



# **A Proteção de Dados Pessoais de Saúde**

Mestrado em Administração Pública

Carina Carvalho

Leiria, março de 2022



# **A Proteção de Dados Pessoais de Saúde**

Mestrado em Administração Pública

Carina Carvalho

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração Pública sob a orientação do Professor Doutor Jorge Barros Mendes

Leiria, março de 2022

# **Originalidade e Direitos de Autor**

Declaro ser a autora desta dissertação, tendo consciência que a cópia ou o plágio, além de poderem gerar responsabilidade civil, criminal e disciplinar, bem como reprovação ou a retirada do grau, constituem uma grave violação da ética acadêmica.

A presente Dissertação de Mestrado, é um trabalho acadêmico, elaborado especialmente para este fim tendo sido devidamente citados todos os autores cujos estudos e publicações contribuíram para a sua elaboração, bem como os contributos significativos de outras obras publicadas da minha autoria.

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

# Agradecimentos

A elaboração de uma Dissertação de Mestrado não é fácil, requer muita disponibilidade de tempo para pesquisa bibliográfica, exigindo do autor e dos que o rodeiam, sacrifícios significativos, mas a vontade de uma aprendizagem continua foi determinante para a conclusão deste trabalho.

A concretização deste trabalho e o esforço nele despendido teria sido inglório sem o incentivo, estímulo, colaboração e disponibilidade de todos aqueles que comigo o partilharam, a todos a minha gratidão e “Obrigado”:

- De um modo muito especial, ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Mendes, pela forma como orientou este trabalho, precioso apoio, empenho e disponibilidade demonstrado em todos os momentos da realização do mesmo;
- À minha família pelo carinho, compreensão e apoio incondicional que sempre demonstraram;
- A todos os colegas que participaram diretamente no meu estudo pela excelente colaboração;
- A todos aqueles que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

# Resumo

As transformações e, conseqüentemente, os novos desafios com que nos deparamos diariamente, conduz os profissionais de saúde a alterar comportamentos no exercício da sua atividade profissional. Toda esta evolução tem um grande impacto no setor da saúde quer na forma de atuação dos profissionais de saúde quer no procedimento por parte do utente em todo o processo que o envolve.

A presente dissertação de Mestrado em Administração Pública do Instituto Politécnico de Leiria, tem como objetivo abordar o tema da proteção de dados pessoais de saúde e descrever a aplicabilidade da legislação nos cuidados de saúde primários especificamente no Agrupamentos de Centros de Saúde Pinhal Litoral, local onde a autora exerce a sua atividade profissional.

O trabalho está dividido em cinco capítulos, no primeiro é realizado um breve enquadramento teórico onde se expõe a evolução do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e constituição dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS); no segundo é efetuada uma revisão bibliográfica sucinta sobre a Proteção de Dados e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados; no terceiro é abordada a proteção de dados de saúde; no quarto explana o processo clínico e no quinto será descrita a prática da Administração Regional de Saúde do Centro, do ACeS Pinhal Litoral e de três unidades funcionais, a USF D. Dinis, USF Cidade do Lis e a UCC Dr. Gorjão Henriques afim de averiguar se os procedimentos internos sobre proteção de dados pessoais de saúde se enquadram na legislação em vigor.

Por último, será relatada a minha opinião pessoal sobre a temática no exercício da atividade profissional e na conclusão são referidas as dificuldades encontradas na elaboração deste trabalho.

**Palavras-Chave:** “Agrupamentos de Centros de Saúde”; Saúde; “Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados”; “Dados Pessoais”; “Dados em Saúde”; “Tratamento de Dados Pessoais”; “Privacidade”; “Confidencialidade”.

# Abstract

The transformations and, consequently, the new daily challenges that we face, lead health professionals to behavioural changes in the exercise of their professional activity. This evolution has great impact on the health sector, both in the way health professionals work and in the procedures carried out by the users throughout the whole process.

This Master's thesis in Public Administration at the *Instituto Politécnico de Leiria*, aims to address the issue of personal health data protection and describe the applicability of the legislation in primary health care, specifically in the *Agrupamentos de Centros de Saúde Pinhal Litoral*, where the author carries out her professional activity.

The work is divided into five chapters. In the first, a brief theoretical framework is carried out, which depicts the evolution of the National Health System (SNS) and the constitution of the Grouping of Health Centers (ACeS); in the second, a brief bibliographic review is carried out on Data Protection and the General Regulation on Data Protection; the third addresses the protection of health data; the fourth explains the clinical process and the fifth describes the practice of the Regional Health Administration, *ACeS Pinhal Litoral* and three functional units, *USF D. Dinis*, *USF Cidade do Lis* and *UCC Dr. Górgão Henriques* in order to verify if the internal procedures of personal health data protection fit the applicable legislation.

Finally, my personal opinion on the subject whilst in the exercise of the professional activity will be reported and the difficulties encountered in the elaboration of this work are mentioned in the conclusion.

**Keywords:** “Grouping of Health Centers”; “Health”; “General Regulation on Data Protection”; “Personal Data”; “Health Data”; “Processing of Personal Data”; “Privacy”; “Confidentiality”.

# Índice

|   |            |
|---|------------|
| <b>Originalidade e Direitos de Autor .....</b>                | <b>iii</b> |
| <b>Agradecimentos .....</b>                                   | <b>iv</b>  |
| <b>Resumo .....</b>   | <b>v</b>   |
| <b>Abstract .....</b>   | <b>vi</b>  |
| <b>Lista de Figuras .....</b>                                 | <b>x</b>   |
| <b>Lista de siglas e acrónimos.....</b>                       | <b>xi</b>  |
| <b>1. Introdução .....</b>                                    | <b>1</b>   |
| <b>2. Capítulo 1 – O Sistema Nacional de Saúde .....</b>      | <b>3</b>   |
| <b>2.1. A evolução de Saúde em Portugal .....</b>             | <b>3</b>   |
| <b>2.2. Alterações com entrada na CEE .....</b>               | <b>4</b>   |
| <b>2.3. Os Fundos Estruturais .....</b>                       | <b>5</b>   |
| <b>2.4. O investimento na área da Saúde.....</b>              | <b>6</b>   |
| <b>2.5. Direito à Saúde.....</b>                              | <b>9</b>   |
| 2.5.1. Setor Público e Setor Privado.....                     | 11         |
| 2.5.2. Sistema Nacional de Saúde.....                         | 12         |
| <b>2.6. Os Cuidados de Saúde Primários.....</b>               | <b>14</b>  |
| <b>2.7. Reforma do Sistema de Saúde em Portugal .....</b>     | <b>15</b>  |
| <b>2.8. Administração Regional de Saúde .....</b>             | <b>16</b>  |
| <b>2.9. Arquitetura Organizacional dos ACES.....</b>          | <b>17</b>  |
| <b>2.10. As unidades funcionais.....</b>                      | <b>23</b>  |
| <b>3. Capítulo 2 – A proteção de dados .....</b>              | <b>26</b>  |
| <b>3.1. Legislação de Proteção de Dados em Portugal .....</b> | <b>26</b>  |

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| <b>3.2.</b> | <b>A Comissão Nacional de Proteção de Dados.....</b>                              | <b>27</b> |
| <b>3.3.</b> | <b>A Importância do RGPD .....</b>  | <b>27</b> |
| <b>3.4.</b> | <b>Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados .....</b>                          | <b>29</b> |
| <b>4.</b>   | <b>Capítulo 3 – A proteção de dados de saúde .....</b>                            | <b>34</b> |
| <b>4.1.</b> | <b>A Proteção de Dados de Saúde.....</b>  | <b>34</b> |
| <b>4.2.</b> | <b>Aplicação do RGPD na Saúde.....</b>  | <b>40</b> |
| <b>4.3.</b> | <b>SPMS e segurança da proteção de dados .....</b>                                | <b>44</b> |
| <b>4.4.</b> | <b>Contexto jurídico atual da proteção de dados no setor da saúde em Portugal</b> | <b>46</b> |
| <b>4.5.</b> | <b>Profissionais de Saúde.....</b>  | <b>47</b> |
| <b>5.</b>   | <b>Capítulo 4 - O Processo Clínico .....</b>                                      | <b>49</b> |
| <b>5.1.</b> | <b>Processo Clínico.....</b>  | <b>49</b> |
| <b>5.2.</b> | <b>Acesso ao Processo Clínico pelo Enfermeiro .....</b>                           | <b>51</b> |
| <b>5.3.</b> | <b>Sigilo profissional em enfermagem .....</b>                                    | <b>54</b> |
| <b>6.</b>   | <b>Capítulo 5 – Descrição da Aplicação do RGPD no ACeS.....</b>                   | <b>57</b> |
| <b>6.1.</b> | <b>ARS CENTRO .....</b>   | <b>57</b> |
| <b>6.2.</b> | <b>Política de Proteção Dados da ARSC .....</b>                                   | <b>58</b> |
| <b>6.3.</b> | <b>ACeS PL .....</b>  | <b>62</b> |
| <b>6.4.</b> | <b>Proteção de dados no ACES PL.....</b>  | <b>63</b> |
| <b>6.5.</b> | <b>Unidade Familiar de Saúde D. Diniz (USF D. Diniz) .....</b>                    | <b>66</b> |
| 6.5.1.      | Missão, Visão e valores.....  | 66        |
| 6.5.2.      | Procedimentos para proteção de dados .....  | 67        |
| <b>6.6.</b> | <b>Unidade Familiar de Saúde Cidade do Lis (USF Cidade do Lis) .....</b>          | <b>68</b> |
| 6.6.1.      | Missão, Valores e Visão.....  | 69        |
| 6.6.2.      | Procedimentos para proteção de dados .....  | 69        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>6.7. Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Gorjão Henriques (UCC GH).....</b> | <b>72</b> |
| 6.7.1. Missão, Visão e Valores da UCC GH .....                                   | 73        |
| 6.7.2. Procedimentos para proteção de dados.....                                 | 74        |
| <b>7. Opinião do Autor .....</b>   | <b>76</b> |
| <b>8. Conclusão .....</b>  | <b>79</b> |
| <b>Referências Bibliográficas .....</b>  | <b>81</b> |

# Lista de Figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1- Modelo Organizativo dos Agrupamentos de Centro de Saúde .....            | 20 |
| Figura 2 - Organograma das unidades funcionais do Cuidados de Saúde Primários..... | 58 |
| Figura 3 - Organograma ACeS PL.....  | 63 |
| Figura 4 - Organograma da UCC GH .....   | 73 |

# Lista de siglas e acrónimos

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACES PL - Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSC, IP - Administração Regional de Saúde do Centro, I. P

CNPDPI - Comissão Nacional de Proteção de Dados Pessoais Informatizados

CNPD - Comissão Nacional de Proteção de Dados

CRP - Constituição da República Portuguesa

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EOE – Estatuto da Ordem Enfermeiros

IGAS - Inspeção Geral das Atividades em Saúde

LPDP - Lei de Proteção de Dados Pessoais

MP - Ministério Público

PIA - Privacy Impact Assessment

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SI - Sistemas de Informação

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UE - União Europeia

UCCGH - Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Gorjão Henriques

UF - Unidades Funcionais

USF - Unidades de Saúde Familiar



# 1. Introdução

No setor da saúde o uso seguro e efetivo dos dados pessoais da pessoa são uma preocupação crescente, nomeadamente, desde a entrada em vigor da nova legislação que responde às exigências da União Europeia (UE). Esta veio alterar fortemente a forma como as organizações tratam os dados pessoais dos titulares. Neste contexto, sendo uma profissional de saúde, senti necessidade de realizar este trabalho com o tema da Proteção de Dados de Saúde para aprofundar conhecimentos e posteriormente aplicar, na minha prática diária, de forma mais consciente e cumprir a legislação nos termos do tratamento de dados pessoais evitando incorrer em incumprimentos.

O acesso aos dados do processo clínico tem conduzido a discussões e levantado muitas questões éticas, nomeadamente em termos de privacidade, sigilo e segurança. Esta acessibilidade em tempo real, por inúmeros profissionais, é de extrema importância uma vez que permite uma melhor comunicação entre os prestadores de cuidados, diminuindo o erro, agilizando diagnóstico e tratamento, se for o caso. Contudo, o acesso de inúmeras pessoas e tratando-se de dados e informações muito particulares e de sensibilidade acrescida, o seu uso pode ser desadequado. O tratamento destes dados só pode ser permitido se for para fins assistenciais ou de investigação, uma vez que as unidades de saúde apenas são consignatárias da informação, o seu proprietário é o utente (Tinto, 2018, p. 45).

De acordo com Ribeiro, Ponte, Cordeiro e Vieira (2020, p. 221), a atuação dos profissionais de saúde no acesso e tratamento de dados pessoais do utente, deve ser clarificada quer nas situações em que o próprio utente solicite o acesso ao seu processo clínico ou em situações nas quais exista uma obrigação legal, perante determinadas entidades administrativas (e.g. Autoridade Tributária, Segurança Social), ou perante os Tribunais e o Ministério Público (MP).

O Regulamento Geral Europeu de Proteção de Dados Pessoais (RGPD) é a lei que protege os dados pessoais, revoga a Diretiva e Lei de Proteção de Dados Pessoais, pretendendo uniformizar a legislação da UE, concedendo mais direitos ao cidadão e responsabilidades às organizações e pessoas titulares de dados pessoais (Nunes, 2019, p.14).

Existem muitas interpretações e preocupações na sociedade portuguesa em termos de proteção de dados, somos inexperientes e nas matérias de privacidade, a meu ver, temos menor preocupação comparativamente a outros países europeus.

Na saúde o acesso e tratamento de dados deve ter especial atenção, cuidado e em conformidade com a legislação em vigor, uma vez que são peculiarmente sensíveis e abordam a vida privada do cidadão.

A presente dissertação de Mestrado em Administração Pública do Instituto Politécnico de Leiria, tem como objetivo abordar o tema da Proteção de Dados Pessoais de Saúde, dando ênfase aos Agrupamentos de Centros de Saúde, uma vez que é o local onde exerço a minha atividade profissional.

Utilizo uma metodologia expositiva, realizando uma pesquisa bibliográfica, foram selecionados os autores que achei mais adequados, tendo em consideração a temática abordada, a base é a legislação portuguesa que responde às exigências da UE.

O trabalho está dividido em cinco capítulos, no primeiro é realizado um breve enquadramento teórico onde se expõe a evolução do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e constituição dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS); no segundo é efetuada uma revisão bibliográfica sucinta sobre a Proteção de Dados e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados; no terceiro é abordada a proteção de dados de saúde; no quarto explana o processo clínico e no quinto será descrita a prática da Administração Regional de Saúde do Centro, do ACeS Pinhal Litoral e de três unidades funcionais, a USF D. Dinis, USF Cidade do Lis e a UCC Dr. Gorjão Henriques afim de averiguar se os procedimentos internos sobre proteção de dados pessoais de saúde se enquadram na legislação em vigor.

Por último, será relatada a minha opinião pessoal sobre a temática no exercício da atividade profissional e na conclusão é referido as dificuldades encontradas na elaboração deste trabalho.

## **2. Capítulo 1 – O Sistema Nacional de Saúde**

Na primeira parte do trabalho, é realizado um breve enquadramento teórico onde se explana a evolução do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e constituição dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS). Este capítulo, na sua maioria, foi retirado de vários trabalhos escritos, por mim realizados na Pós-Graduação em Administração e Gestão em Saúde e no primeiro ano deste mestrado, motivo pela qual não existe referenciação do número da página.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 agosto, atualizada pela Lei n.º 27/2002, de 08 de novembro, estabelece os princípios pelos quais o Estado deve reger a sua atuação, no sentido de proteger o direito dos cidadãos à proteção da saúde.

### **2.1.A evolução de Saúde em Portugal**

A saúde é o bem mais precioso que o indivíduo possui, ser saudável é muito mais que a ausência da doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a Saúde como sendo mais do que ausência de doença, representa uma situação de completo bem-estar físico, psíquico e social e inclui, também, a adequação do sujeito individual ao meio em que está inserido.

A evolução sociodemográfica em Portugal influenciou a evolução da saúde em Portugal, por exemplo nos anos 70 apenas 25,9% da população vivia nas áreas urbanas e no ano 2011 a percentagem atinge os 62,2%% (Relatório Nacional, 2016).

A idade média da população tem vindo a aumentar. Em 2018 era de 80,9 anos (78 anos para os homens e os 83 para as mulheres), contra os 67,1 anos na década de 70. A taxa de natalidade tem vindo a descer, 2019 foi de 8,4% e em 1960 era de 24,1% por 1000 residentes (Pordata, 2020). Assim, o aumento populacional de pessoas com mais de 65 anos e a diminuição da população de 15 anos, apenas confirma que a população portuguesa irá diminuir nos próximos anos (Sousa, 2009).

A taxa de mortalidade infantil diminuiu significativamente nas últimas décadas, em 2020 era de 2,4% comparando com 1990 era de 10,9% por cada 1000 nascimentos, por curiosidade em 1960 era de 77,5% (Pordata, 2020).

O desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico verificado nos últimos anos, fez com que se conseguisse uma melhoria dos indicadores de saúde, quer a taxa de mortalidade infantil quer o aumento da esperança de vida, demonstram um avanço significativo na Saúde Pública em Portugal. No entanto, surgiram novos desafios e mais complexos como o envelhecimento da população e com o alargamento da esperança de vida, a qual causa maior incidência e prevalência de doenças crónicas (Sousa, 2009).

Segundo o Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat), Portugal em 2050 será o quarto país da UE com maior percentagem de idosos (31,9%), uma realidade que nos faz deparar com novas realidades. Surge assim uma urgência em organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados e paliativos, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, o que se irá refletir num acréscimo na despesa no setor da saúde.

## **2.2. Alterações com entrada na CEE**

Os governantes, no setor da saúde, deparam-se com o desafio de compatibilizar a promoção e a proteção da saúde das pessoas, com a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade (Sousa, 2009).

A entrada na CEE consistiu um marco na história económica portuguesa, o que possibilitou o acesso aos fundos estruturais. Assim, Portugal, obteve uma melhoria nas condições de vida dos cidadãos, melhorando o acesso e os cuidados de saúde, o que permitiu o aumento da esperança de vida. Este progresso tem como consequência um aumento do envelhecimento da população, logo um acréscimo no investimento no setor da saúde, com um contexto de recursos escassos, o que coloca a sustentabilidade financeira do SNS em causa, assim os fundos estruturais são uma lufada para se conseguir um crescente investimento setor.

As transferências de verbas entre a UE e Portugal realizam-se nos dois sentidos, Portugal recebe verbas do orçamento comunitário, mas também coopera para o mesmo, o que paga e

o que recebe tem vindo a diminuir ao longo dos últimos tempos, contudo, Portugal sempre foi um beneficiário líquido das transferências comunitárias (Assunção, 2013).

De acordo com Lains (2007), as decisões sobre como utilizar os fundos estruturais são políticas e a Comissão Europeia define os objetivos nas redes de transportes, educação e formação, não sendo muito explícita e, os Governos nacionais também não definem claramente os objetivos, evitando, portanto, escolhas concretas e escrutináveis. Como não existem verdadeiras opções políticas, a avaliação do impacto dos programas financeiros é difícil de se realizar.

Portanto, a única maneira de controlar os investimentos realizados acaba por advir do facto destes serem comparticipados em cerca de 50% por privados. Os critérios de utilização dos fundos estruturais devem estar intimamente relacionados com os efeitos dos investimentos no preço dos produtos e no volume de vendas.

### **2.3.Os Fundos Estruturais**

Portugal integrou a Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1986 que passou a ser designada em 1993 como União Europeia (UE) e constituída por 28 países.

A Comissão Europeia no seu site oficial refere que a Política de Coesão da UE investe na saúde com objetivo de minorar as disparidades económicas e sociais, uma vez que a saúde é um bem essencial para o desenvolvimento e para a competitividade regional. O investimento pode ser realizado em diversas áreas como o envelhecimento da população na Europa, infraestruturas e sistemas sustentáveis de cuidados de saúde, saúde eletrónica, cobertura sanitária e programas de promoção da saúde.

Segundo Assunção (2013), os Fundos Estruturais são ferramentas financeiras da política da União Europeia (UE) e têm como objetivo diminuir as desigualdades estruturais existentes entre os diversos países e regiões, assim coopera para a coesão económica, social e territorial subjacente ao processo de integração europeia.

Os Estados-Membros podem candidatar-se a estes fundos de forma a apoiar o desenvolvimento nacional, a utilização tem o desígnio de assegurar um desenvolvimento

equilibrado do espaço europeu e promover a igualdade entre pessoas e regiões (Assunção, 2013).

Os fundos estruturais europeus, nos anos 80, após o alargamento da Comunidade Europeia, sofreram uma reestruturação e aumentaram consideravelmente com o objetivo de se conseguir reduzir o fosso entre as regiões e ao mesmo tempo reforçar a coesão económico social na Comunidade Europeia (Cappelen, 2003).

De acordo com Amorim (2018) o objetivo dos fundos financeiros europeus não é substituir o esforço de cada Estado no investimento, mas que aumentem e certifiquem que existe investimento e ações de desenvolvimento, daí que nenhum projeto seja financiado na sua totalidade, terá de existir sempre uma comparticipação nacional.

Assunção (2013) defende que a entrada, na UE, de países menos desenvolvidos trouxe um aumento de desequilíbrios regionais e, como tal, foi criado um fundo para as regiões mais desfavorecidas, o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER).

O principal objetivo da UE é estabelecer a igualdade em toda a Europa, nomeadamente, a alargamento da economia, criação de emprego e melhoria das condições de vida. A criação do Fundo Social Europeu (FSE), o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) são exemplos de fundos estruturais desenvolvidos no sentido de promover o crescimento económico e de estabilidade social (Amorim, 2018).

A implementação do FEDER tinha dois objetivos principais:

- ✓ impulsionar o desenvolvimento económico e social
- ✓ fomentar a inovação
- ✓ valorizar o potencial endógeno das regiões, assim como o seu desenvolvimento sustentável.

A estratégia passava por modernizar diferentes setores da economia: transportes, comunicações, energia, ambiente e renovação urbana, infra-estruturas sociais nos domínios da educação, integração social, saúde, cultura e implementar ações de investigação e desenvolvimento científico e tecnológico (Assunção, 2013).

## **2.4.O investimento na área da Saúde**

O setor da saúde é uma das áreas mais relevantes na despesa pública do Estado português representou em 2018 cerca de 15,5% em relação ao total da despesa pública e em percentagem do PIB situava-se nos 6,3% (OCDE, 2020).

Segundo a OMS, saúde pode ser definida como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidades*”. Sendo assim, o setor da saúde é o bem mais precioso e a UE dá um elevado nível de proteção à saúde.

No site oficial da Comissão Europeia é referido que a mesma decidiu participar ativamente no desenvolvimento de Portugal, sendo criado o Programa Operacional "Saúde", para cofinanciamento, durante o período 2000-2006. O programa integra-se no quadro comunitário de apoio que define a estratégia de desenvolvimento para Portugal, num orçamento global de 698,318 milhões, a parcela dos fundos estruturais ascende a 475,574 milhões de euros.

O objetivo geral do programa é garantir que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade e elevar o nível dos serviços/cuidados prestados aos cidadãos e garantir a todos o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

O programa tem três áreas prioritárias:

***Promover a Saúde e Prevenir a Doença***

- *Prevenção das doenças mais críticas e promoção de modos de vida mais saudáveis, concedendo especial atenção aos grupos sociais mais vulneráveis.*

***Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade***

- *Melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, tentando, simultaneamente, torná-los acessíveis a todas as camadas populacionais.*

***Promover Novas Parcerias e Novos Atores na Saúde***

- *Fomento de novas parcerias com o sector privado e os organismos sociais nas regiões e localidades em que proponham prestações de qualidade.*

O programa “Saúde” abrange todo o território português e os seus cerca de 10 048 000 habitantes. O financiamento europeu permitiu e permite que a recuperação e a melhoria das infraestruturas e equipamentos na área da saúde seja concretizável a um nível mais elevado. Existem dois indicadores a taxa de mortalidade geral e infantil e a esperança de vida que

conseguiu-se elevar em muito, contudo, persistem importantes disparidades regionais no interior do país.

No site supracitado descreve que a autoridade de gestão do programa certifica a coordenação de todos os intervenientes na concretização do programa e organiza as reuniões do Comité de Acompanhamento. Este integra os diversos representantes das entidades portuguesas envolvidas no programa, bem como da Comissão Europeia e do Banco Europeu de Investimento (BEI). É liderado pelo Gestor do programa, que é responsável pelo acompanhamento, gestão e execução física e financeira do programa, garantindo a coerência da sua execução com a estratégia definida no quadro comunitário de apoio. Existem critérios de seleção, descritos no Complemento de Programação e aprovados pelo Comité de Acompanhamento, sendo posteriormente selecionados pela autoridade de gestão.

Os fundos estruturais deveriam ser aplicados para melhorar a qualidade e a humanização dos cuidados de Saúde prestados, as relações entre profissionais e utentes, bem como rentabilizar os recursos humanos. O investimento deveria ser utilizado:

- Construir e/ou remodelação das instalações e infraestruturas técnicas modernas, especificamente elétricas, de climatização e de informática / comunicações;
- Equipar os gabinetes médicos, de enfermagem, salas de tratamento e os espaços destinados aos utentes, com equipamento administrativo, médico e informático adequado ao desempenho das suas funções;
- Equipar as áreas de trabalho do apoio administrativo com equipamento administrativo e informático.

Nas últimas décadas os fundos estruturais e de coesão têm contribuído como o principal impulsionador na evolução do setor da saúde, cuja importância se mede pelos impactos diretos e indiretos, dadas as restrições orçamentais prevê-se que este apoio e “dependência” dos fundos estruturais se mantenha nos próximos anos. Os fundos europeus foram e ainda são a principal fonte de financiamento do SNS, contribuindo para o seu desenvolvimento económico, proteção e bem-estar social. Este investimento permite uma melhoria na qualidade, acesso e eficiência dos serviços de saúde o que resulta numa melhoria no estado de saúde da população em geral (Amorim, 2018).

A área da saúde é a prova irrefutável que o investimento dos fundos europeus permitiu uma enorme evolução e desenvolvimento, um caso de sucesso, provaram que valeu a pena o valor investido, e com resultados excelentes. Portugal por si só não teria capacidade financeira

para realizar todo o investimento quer na parte das infraestruturas quer na aquisição do equipamento. Compreensivelmente, arriscaremos afirmar que a utilização dos fundos poderia ter sido mais eficiente e que existiu aproveitamento indevido dos recursos financeiros públicos, mas não deixa de ser globalmente positivo. Conseguiu-se combater e dar resposta a uma necessidade prioritária e que originou imensos ganhos para a saúde, ou seja, permitiu melhoria dos serviços de saúde e do estado de saúde da população.

Inegavelmente, continua-se a verificar que se não se recorrer aos fundos estruturais a capacidade financeira de Portugal no investimento de elevados valores é impensável, logo os grandes investimentos só são concretizados recorrendo aos fundos estruturais, apenas com estes conseguimos evoluir de forma eficaz e ao nível europeu.

## **2.5.Direito à Saúde**

A República Portuguesa tem uma Constituição que assenta no Estado Social e Democrático de Direito que apresenta valores de liberdade, direitos fundamentais e direitos sociais. Nesta medida, todas as prestações sociais projetadas pelos legisladores constituem execuções de um dever de base constitucional e não qualquer vontade política em retirar ou atribuir benefícios aos cidadãos (Nunes, 2017).

O direito à saúde em Portugal foi integrado em 1976 na Constituição da República Portuguesa. A saúde em Portugal tem como finalidade alcançar toda a população como descrito artigo 64º do Diário da República n.º 86/1976:

*“1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.*

*2. O direito à proteção da saúde é realizado:*

*a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;*

*b) pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.*

*3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:*

- a) *garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;*
  - b) *garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;*
  - c) *orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;*
  - d) *disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;*
  - e) *disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;*
  - f) *estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.*
4. *O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.”*

O artigo 64º sofreu três alterações: a primeira em 1982, a segunda em 1989 e a terceira em 1997 (a revisão de 2010 não foi concluída).

De acordo com Nunes (2017), o direito à proteção da saúde materializa-se através do SNS que deve garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição social e económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, igualmente, em todo o país, o SNS é universal e tendencialmente gratuito.

Atualmente, o SNS é composto por todos os serviços e entidades públicas que prestam cuidados de saúde nomeadamente: agrupamentos de centros de saúde, estabelecimentos hospitalares (independentemente da sua designação) e unidades locais de saúde (ACSS, 2014). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, “*o membro do Governo responsável pela área da saúde exerce poderes de superintendência e tutela sobre todos os serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica*”.

De acordo com Macedo e Reis (2011), todos os cidadãos que residem em Portugal deverão ter acesso ao SNS. Este sistema assenta sob três bases: i) o SNS; ii) os subsistemas e iii) os serviços de saúde de carácter privado. No que respeita ao seu carácter organizacional, o SNS reporta diretamente ao Ministério da Saúde, que por sua vez é financiado pelo Governo Central, por meio de impostos, contribuições diretas e indiretas, voluntárias ou de cariz obrigatório.

O autor supracitado refere que os subsistemas estão associados a determinadas classes profissionais, sendo estes financiados por contribuições dos mesmos. Por sua vez, os seguros/serviços privados financiam cuidados de saúde de carácter privado, sejam de forma direta ou por meio de reembolso.

### **2.5.1. Setor Público e Setor Privado**

De acordo com Barão (2017), até meados dos anos 50, Portugal foi governado por um Estado antidemocrático, assente no ruralismo. No Estado Novo existe a unidade nacional, um único partido, soberania do interesse coletivo sobre o interesse individual.

Portugal distancia-se da Europa, uma vez que se torna num país empobrecido com débil setor industrial e agrícola.

A recessão dos anos 70, conduziu a que o Estado reduzisse o valor orçamental na proteção social e distribuição de rendimentos, finalizando numa nova relação entre cidadão e Estado. A revolução de 1974, levou o novo regime democrático a adotar a nacionalização e o controlo da economia (Cabral, 2009).

Nos anos 80, ocorre a revisão constitucional, resultando numa abertura da economia ao mercado e priorizaram-se as privatizações. Contudo, a abertura à atividade económica não teve os efeitos desejados manteve-se um setor industrial e agrícola com elevado atraso e baixa produtividade (Almeida, 2005).

A crise financeira de 2011 acentua a desigualdade social, resultaram cortes salariais no setor público e em serviços básicos como o setor da saúde e educação. As desigualdades entre o setor público e o privado foram progressivamente atenuadas, nomeadamente com a diminuição do Estado na área social e com o esforço em adotar uma gestão privada a nível de eficácia, eficiência e economia (Barão, 2017).

O autor supracitado refere que o setor privado está sujeito às leis de mercado e à regulação estatal enquanto o setor público está dependente do poder político. Outra grande diferença é a fase de vida. A atividade pública obedece ao poder político que, supostamente não se extingue, uma vez que a sua continuidade depende dos fundos públicos e/ou dotações orçamentais, sendo que a atividade privada está sujeita à lei da insolvência.

O mesmo autor refere que o setor público trata das necessidades coletivas, tem como fim o interesse público e utiliza o comando unilateral que pode revestir a forma de ato normativo ou de decisão. O setor privado trata das necessidades individuais, tem como fim o interesse particular e usa o contrato civil e comercial (instrumento jurídico típico do sector privado baseado no princípio da igualdade das partes).

No que respeita aos cuidados de saúde em Portugal, a procura pelo setor privado aumentou uma vez que o cidadão procura colmatar as lacunas ou contornar as fragilidades do SNS como as listas de utentes sem médico de família, ou tempos de espera para marcação de consulta programada nos centros de saúde, ou mesmo as listas de espera para cirurgia/exames complementares de diagnóstico. Além de que algumas especialidades médicas quase só estão disponíveis no sector privado, como é o caso de certos tratamentos em medicina dentária.

### **2.5.2. Sistema Nacional de Saúde**

De forma a cumprir os direitos fundamentais inscritos na Constituição da República, o Estado tem o dever de proteger a saúde dos cidadãos, respeitando o acesso individual e coletivo à saúde. Todo o cidadão deve ter acesso universal, sem qualquer impedimento e independente de cor, religião, deficiência ou limitação física, otimizando todas as condições necessárias para proporcionar um acesso com qualidade e com as respostas necessárias em termos de promoção da saúde, prevenção da doença, vertente curativa ou de reabilitação (Nunes, 2017).

A Lei nº 56/79 de 15 de setembro, criou o SNS, concretizando o direito à proteção da saúde, a prestação de cuidados globais de saúde e o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, nos termos da constituição, quando não for possível garantir que todas as prestações de saúde sejam realizadas por esta rede, o acesso poderá ser realizado por entidades não integradas concessionadas ou excecionalmente por reembolso direto ao beneficiário (nº 2 do artigo 15º da Lei nº 56/79, de 15 de setembro).

O estatuto do SNS brota da ininterrupta preocupação de proporcionar aos utentes cuidados de saúde cada vez mais eficazes e de elevada qualidade. Aplica-se às instituições e serviços

que constituem o SNS e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o SNS.

As partes que integram o SNS são todos os serviços e entidades públicas que prestam cuidados de saúde: Agrupamentos de Centros de Saúde; estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação e Unidades Locais de Saúde. Assim, o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e compreende órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados, de acordo com o artigo 18º da Lei nº 56/79, de 15 de setembro.

Nas últimas décadas, existiram ganhos em saúde, que colocaram Portugal num lugar cimeiro no que se refere à qualidade de vida dos cidadãos e reduziu muitas das desigualdades na sociedade portuguesa. Portugal é dos países da OCDE com taxas de internamento por problemas de saúde sensíveis aos cuidados de saúde primários e à diminuição da incapacidade permanente mais baixas. A esperança de vida tem aumentado e a uma diminuição da percentagem dos cidadãos que consideram que as suas necessidades de saúde não são satisfeitas e como consequência a percentagem de indivíduos que considera a sua saúde como boa ou muito boa tem aumentado.

Todos os cidadãos portugueses, apátridas e estrangeiros com residência em Portugal e também os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias são beneficiários do SNS.

O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços que estão na dependência do Ministério da Saúde e, atuam de forma articulada, sob direção unificada, gestão descentralizada, desconcentrada e democrática, que visa à prestação de cuidados globais de saúde a toda a população.

António (2014) refere que o SNS, assentava num modelo de gestão totalmente público, em que o Estado assumia a responsabilidade direta de todo o serviço de saúde. Com efeito, o Estado assumiu desde o pós-II Guerra Mundial (1945 em diante) até meados de 2000, um papel de exclusividade ao nível da prestação, financiamento, produção e regulação, dos serviços públicos.

O declínio do SNS devido a deficiências a nível organizacional e persistentes falhas de eficácia e eficiência levou a que os governantes procurassem alternativas para satisfazer as necessidades da população.

## 2.6. Os Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a primeira abordagem de saúde ao cidadão, cobrindo todas as suas necessidades de saúde desde o nascimento até ao fim de vida.

Segundo dados divulgados pela OMS (abril 2021) pelo menos, metade dos 7,3 mil milhões de pessoas em todo o mundo ainda não beneficiam da cobertura total dos serviços essenciais de saúde.

A mesma organização defende que uma força de trabalho dedicada é essencial para prestar CSP e, no entanto, estima-se que falem 18 milhões de profissionais de saúde em todo o mundo.

Os CSP prestam cuidados integrais ao indivíduo/família e comunidades tendo por base as suas necessidades de saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Incide toda a saúde física, mental e social e o bem-estar (OMS, 2019).

A OMS define CSP:

*“Os cuidados de saúde primários decorrem de um compromisso com a justiça e equidade social e do reconhecimento do direito fundamental ao nível mais elevado possível de saúde, conforme o articulado do Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem: Todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar próprios e da sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais necessários (...)”*

Ao longo dos tempos, a definição de CSP tem sido redefinida. A OMS recorre a três componentes:

- satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, reabilitativos e paliativos completos durante toda a vida, atribuindo prioridade estratégica aos principais serviços de cuidados de saúde destinados às pessoas e famílias, através dos cuidados primários, e às populações através das funções da saúde pública como elementos centrais de serviços de saúde integrados;
- abordar de forma sistemática os determinantes da saúde mais vastos (incluindo sociais, económicos e ambientais, assim como as características e comportamentos

das pessoas), através de políticas e ações públicas informadas por evidências, em todos os sectores;

- capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como cocriadores de serviços de saúde e sociais e como autocuidados e prestadores de cuidados a terceiros.

## **2.7.Reforma do Sistema de Saúde em Portugal**

O Sistema de Saúde em Portugal, ao longo dos anos, foi sofrendo uma reforma continuada. Os diversos governos constitucionais têm procurado uma estruturação do Serviço Nacional de Saúde, tentando acompanhar a evolução, as necessidades e expectativas da sociedade. A organização dos serviços de saúde foi em muito influenciada por pareceres religiosos, políticos e sociais de cada época. Porém, as propostas e formas de implementação das referidas reformas vão sendo alteradas conforme a opção política do governo que se encontra em funções (Simões, 2004). Nos dias de hoje, assiste-se a uma nova fase no que respeita aos serviços de saúde prestados em Portugal.

Em períodos de tempo particularmente curtos, Portugal sofreu, transformações de grande importância: democratização e descolonização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico, nomeadamente na área da saúde. Em Portugal, as políticas de saúde evoluíram significativamente nos últimos 40 anos, às quais se podem associar períodos distintos, que correspondem, de certa forma, a diferentes “agendas políticas” (Biscaia *et al* 2008):

- ✓ Uma primeira fase, desde 1971 até ao período revolucionário de 1974 -1975 com a constituição dos Centros de Saúde de 1ª geração;
- ✓ Seguida a fase de 1975 a 1982 com a institucionalização do Serviço Nacional de Saúde (Lei de bases nº56/1979, de 15 de setembro) e do serviço médico à periferia e da carreira de medicina geral e familiar (clínica geral);
- ✓ De 1983 até 1994, a fase dos Centros de Saúde integrados, chamados de 2ª geração;

- ✓ O período de 1995 a 2001 com a introdução de modelos organizativos experimentais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) – Centros de Saúde de 3ª geração;
- ✓ A fase de 2002 até 2004 assinalada pela constituição de parcerias-público-privadas nos CSP;
- ✓ E a fase a partir de 2005, até à presente data, caracterizada pela reorganização dos CSP, com a criação das USF e dos ACES e a extinção das sub-regiões de saúde.

Atualmente, o SNS é composto por todos os serviços e entidades públicas que prestam cuidados de saúde nomeadamente: agrupamentos de centros de saúde, estabelecimentos hospitalares (independentemente da sua designação) e unidades locais de saúde.

O XXI Governo Constitucional definiu como prioridade defender o SNS e teve como objetivo centralizar a rede de CSP na política de saúde do país. A importância da articulação entre os diferentes níveis de cuidados foi reconhecida e exigiu um esforço em aumentar a capacidade de resposta dos CSP com a criação de novas unidades funcionais (UF) como as USF e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Priorizou-se o plano de desenvolvimento de cuidados continuados a idosos e indivíduos com dependência, pretende-se facilitar o acesso e utilização integrada da rede dos serviços do SNS nos seus diversos níveis. De forma a se conseguir atingir metas, o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, nomeou o Coordenador Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários e a sua Equipa de Apoio (Despacho n.º 200/2016 de 7 de janeiro de 2016), definidas as suas funções e competências, bem como a exigência de necessária articulação com os institutos e serviços centrais e regionais do Ministério da Saúde (Biscaia & Heleno, 2016).

## **2.8. Administração Regional de Saúde**

As Administrações Regionais de Saúde (ARS) são criadas através do Decreto-Lei nº 254/82 de 29 junho, sendo constituídas Instituições Públicas integrados na administração do estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio com o Decreto-Lei nº 22/2012 de 29 junho.

A Portaria n.º 164/2012 de 22 de maio, determina a organização interna da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. (ARSC, I P), e aprova os respetivos estatutos.

As ARS reestruturaram o seu modelo de funcionamento, permitindo simplificar e eliminar, no contexto do Ministério e da reorganização nele operada, estruturas e hierarquias cujas competências podem ser exercidas dum modo mais eficiente, constituídas por serviços centrais e serviços descentrados, os ACeS.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) do Serviço Nacional de Saúde e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento.

## **2.9.Arquitetura Organizacional dos ACES**

A Reforma de 2005 dos CSP consistiu, numa primeira fase, na reestruturação organizacional desenvolvida a partir da linha da frente da prestação de cuidados de saúde, onde foram criadas equipas multiprofissionais de contacto direto com a população - as USF - e, numa segunda fase, na reorganização dos Centros de Saúde - os ACES.

Esta reforma poderá ser intitulada “A reinvenção dos Cuidados de Saúde Primários” (Biscaia, 2006, p. 67) onde se pretende, entre outros objetivos: reconfigurar e autonomizar os centros de saúde criando as USF e outras Unidades Funcionais (UF) promovendo formas inovadoras de melhoria da articulação entre unidades de prestação de cuidados. A mudança progressiva dos CSP iniciou-se em 2006, com um novo modelo de governação assente em estruturas simplificadas, funcionais e flexíveis que se articulam com as estruturas formais de administração de saúde já existentes. Este novo modelo organizacional pretende consolidar as inerentes transformações a nível nacional, regional e local para reduzir as diferenças e desigualdades de evolução e qualidade. A estrutura organizacional de tipo hierárquica e piramidal deu lugar a uma rede de equipas multiprofissionais com carácter estrutural permanente, contratualizações estabelecidas diretamente entre os ACES e a Administração Regional de Saúde respetiva. Há necessidade de construir uma cultura e práticas regulares de responsabilização, de avaliação e de transparência a todos os níveis, em prol de uma garantia de sustentabilidade da Reforma de 2005 dos CSP a médio e longo prazo.

O enquadramento legal dos ACES no SNS foi estabelecido pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, que estabelece o seu regime de organização e funcionamento, como serviços de saúde com autonomia administrativa. Constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. No sentido de cumprir com a sua missão os ACES devem desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação da equipa multidisciplinar.

Esta reorganização orientou-se pelos princípios e valores da boa governação, em que a ação é centrada nas pessoas; orientada para o cidadão; é inclusiva de vontades e saberes; transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível e presenciando um quadro ético de responsabilidade social.

As organizações, segundo Parreira (2005) são elementos necessários para a vida civilizada, porque influenciam o seu modo de vida, existindo para servir os indivíduos, condicionando simultaneamente os seus modos de vida, Frederico (2006) refere que a organização é um sistema aberto que está em interação com o meio ambiente e com ele negocia a obtenção dos recursos necessários e é nele que se encontram os seus clientes. A organização é então um poderoso instrumento social, através da coordenação de grande número de ações humanas e da combinação dessas ações com os recursos existentes.

As organizações de saúde são consideradas por Leone, Dussault, Lapão (2014, p.151), referindo Mintzberg e outros investigadores, como as mais complexas, devido a sua diversidade de serviços, equipas multidisciplinares com competências distintas, a ocorrência simultânea de vários processos e pela necessidade e uma abordagem holística. Quando associado a um processo de reforma, a complexidade aumenta, visto que o sistema necessita de se adaptar as novas mudanças e, ao mesmo tempo, procura diferentes soluções para responder aos novos desafios com reflexos na sua gestão.

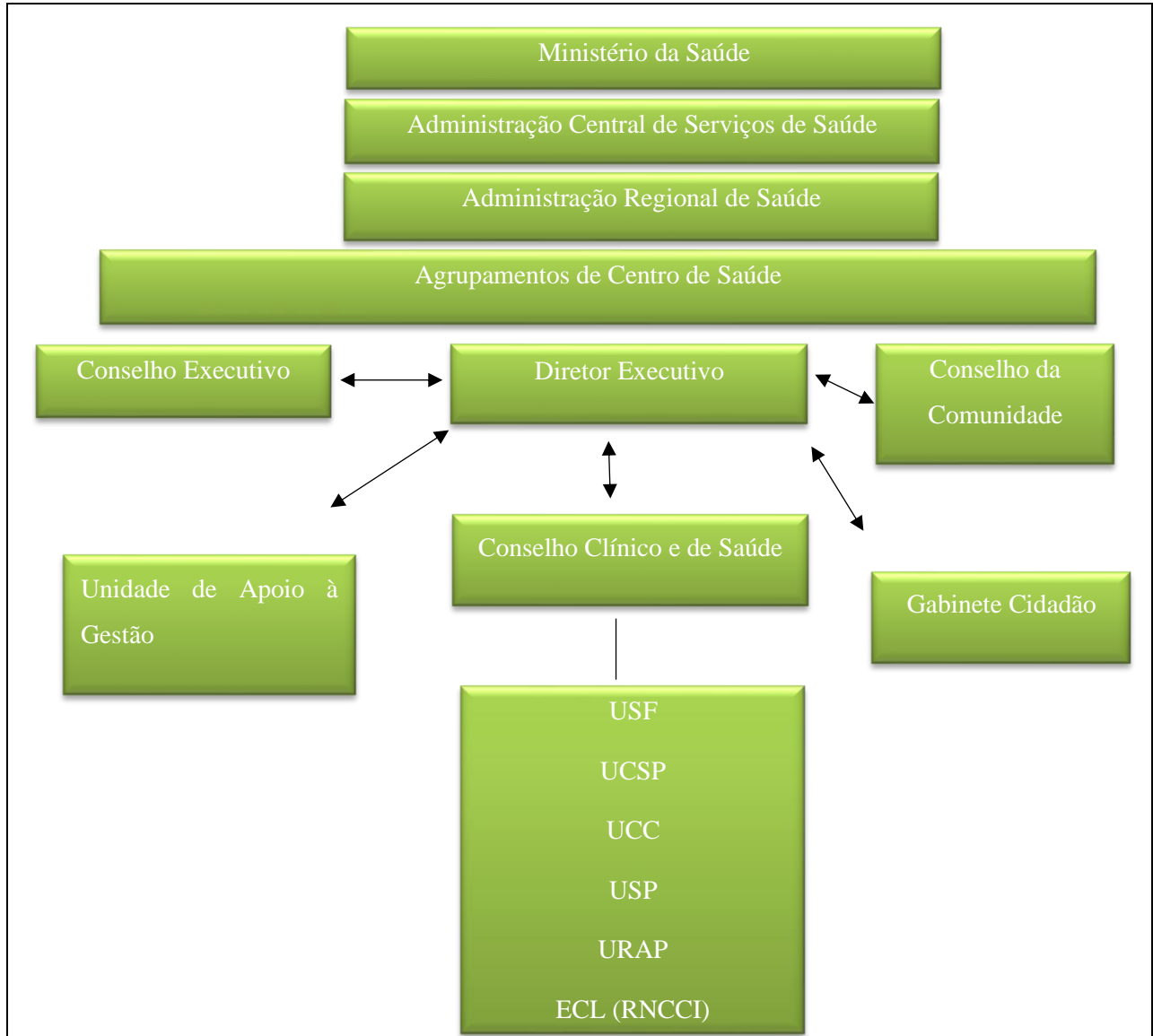
Mintzberg (1995) caracteriza as Organizações de Saúde como burocracias profissionalizadas, constituídas por profissionais altamente diferenciados dos quais depende a realização das tarefas. Associadas à tecnologia, requer um grande esforço de coordenação e interdependência, onde a responsabilização pela coordenação do trabalho está centrada nos próprios profissionais, sendo a competência profissional e a qualidade da coordenação,

determinante da eficácia da organização. Estas burocracias profissionalizadas estão vocacionadas para o aperfeiçoamento constante dos processos já existentes, no sentido de dar resposta às necessidades dos utentes que reclamam novos cuidados, levando à necessidade de uma componente de inovação constante nestas organizações.

Os gestores das organizações de saúde possuem um papel complexo, no que diz respeito a órgãos executivos, exercem funções num contínuo processo de reforma. Têm que lidar com novas formas de organização e incentivos, onde se dá maior ênfase à saúde centrada no indivíduo, recolha de informação e avaliação dos resultados. A mudança organizacional é um processo complexo muitas vezes entendido como um caminho pelo qual as organizações passam do estado presente a outro estado desejado, para aumentar a sua eficácia e a eficiência.

Para a Organização Mundial da Saúde a boa governação para a saúde é a capacidade de ativar a participação de todos os que estão interessados na reforma e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a uns sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis.

Desta forma para os mesmos autores, a boa governação, na saúde significa considerar um conjunto de boas práticas que definem as regras do jogo relativamente à tomada de decisão, à implementação de soluções, à sua avaliação e monitorização e, conseqüentemente, à correção no caso de eventuais desvios. Implicitamente, estamos a falar da capacidade de implementar mudanças efetivas que permitam melhorar o sistema de saúde, respondendo às reais necessidades dos seus utilizadores e garantindo princípios de equidade e de igualdade.

**Figura 1- Modelo Organizativo dos Agrupamentos de Centro de Saúde**

Fonte: Firmino-Machado, J. Magalhães, I. Rodrigues, J. Ramos, V. Baptista, S, & Vilas-Boas, B. (2017).

Os órgãos de administração dos ACES são constituídos pelo Diretor Executivo, o Conselho Clínico, o Conselho da Comunidade (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro). O Diretor Executivo é designado pelo membro do governo responsável pela área da saúde, sobre proposta fundamentada do conselho diretivo da respetiva ARS, IP. Responsável máximo, representa a instituição e gere as atividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamento do ACES.

De acordo com Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, o Conselho Clínico é constituído por um presidente e três vogais. O presidente pertence à carreira médica, à especialidade de medicina geral e familiar; tem de possuir, pelo menos, o grau de consultor e ter experiência

efetiva na especialidade. Deve também exercer funções no ACES, sendo proposto pelo Diretor Executivo. Os três vogais são designados pelo conselho diretivo da ARS, IP, sob proposta fundamentada do presidente do conselho clínico. Devem possuir conhecimentos técnicos em Cuidados de Saúde Primários, experiência em processos de garantia de qualidade dos cuidados e em processos de auditoria, bem como dominar as técnicas de gestão do risco. Um dos vogais deverá ser um médico da especialidade de saúde pública, outro dos vogais será um enfermeiro com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência em CSP. O vogal em falta será um profissional designado de entre todos os profissionais de saúde do ACES.

Entre as várias competências descritas no Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, deste conselho, salienta-se a avaliação da efetividade dos cuidados de saúde prestados, fixação e orientação de procedimentos que garantam a qualidade dos cuidados prestados, verificar o grau de satisfação dos diversos profissionais e organizar e controlar as atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação.

O Conselho da Comunidade é, composto por onze elementos, com um representante indicado pelas câmaras municipais da área de atuação do ACES de cada município abrangido pelo ACES; do centro distrital de Segurança Social das escolas ou agrupamentos de escolas; das Instituições Particulares de Solidariedade Social; da associação dos utentes do ACES; das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social; das associações de empregadores; do hospital de referência; das equipas de voluntariado e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro)

Ao Conselho da Comunidade, compete acompanhar a execução dos planos de atividade dos ACES; alertar para deficiências graves na prestação de cuidados de saúde; assegurar a articulação do ACES com os municípios da sua área geográfica e a dinamização de associações e redes de utentes, promotoras de equipas de voluntariado.

A Unidade de Apoio à Gestão presta apoio administrativo geral, ao diretor executivo, ao conselho clínico e a todas as unidades funcionais, para além do acompanhamento na execução dos contratos-programa entre o ACES e a ARS. Está também responsável pela análise da eficácia das políticas dos recursos humanos e dos equipamentos e assegura o aprovisionamento, gestão e controlo medicamentos e material de consumo clínico. Pela Deliberação nº 152/2017 de 02 de março esta unidade é extinta e é criada a Unidade de

Planeamento de Recursos Humanos em que é reforçada a sua responsabilidade na atividade que vem desenvolvendo.

A Equipa de Coordenação Local dos Cuidados Continuados Integrados, exerce as suas competências de forma articulada e direta com o Conselho Clínico, tendo um âmbito transversal a todo o ACES.

Existe ainda, na dependência do Diretor Executivo, o Gabinete do Cidadão que tem as funções de verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde; informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários; receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativo aos cuidados prestados, dar respostas às mesmas e de verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.

Por último, mas não menos importante, a Direção de Enfermagem do ACES é regulamentada através da Portaria n.º 245/2013 de 5 de agosto: a composição, as competências e a forma de funcionamento da direção de enfermagem nos serviços e estabelecimento de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde.

Esta direção é composta pelo enfermeiro vogal do conselho clínico e de saúde, enfermeiros adjuntos que sejam titulares das categorias subsistentes, identificadas no n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, desde que cumpram as condições a que se refere o artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro.

Em cada Direção de Enfermagem funciona uma Comissão Executiva Permanente, que segundo a Portaria n.º 245/2013 de 5 de agosto é composta pelo presidente que é o enfermeiro vogal do conselho clínico e de saúde, dois adjuntos do enfermeiro vogal do conselho clínico e de saúde e três membros, pertencentes à direção de enfermagem, a eleger pelos elementos que a compõem.

Segundo a mesma Portaria há a salientar as funções da Direção de Enfermagem, colaborar na definição das políticas da organização; enquadrar a prestação de cuidados de enfermagem nas políticas definidas pela organização; elaborar estudos de custo/benefício relativamente aos cuidados de enfermagem; contribuir para a definição da política de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem, promover a aplicação dos padrões de qualidade aprovados; elaborar, planear e avaliar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados; incentivar à investigação em enfermagem no sentido

do desenvolvimento de competências e formação dos enfermeiros e gestores no processo de avaliação do desempenho dos trabalhadores enfermeiros.

À Comissão Executiva permanente compete executar as deliberações da direção de enfermagem; coadjuvar o presidente da direção de enfermagem, no exercício das suas funções e exercer as demais competências que lhe estejam legalmente atribuídas.

Esta reorganização orientou-se pelos princípios e valores da boa governação, em que a ação é centrada nas pessoas; orientada para o cidadão; é inclusiva de vontades e saberes; transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível e presenciando um quadro ético de responsabilidade social.

## **2.10. As unidades funcionais**

Os CSP têm por base a promoção da saúde, prevenção da doença e os cuidados de proximidade, centrada no utente/família e orientada para a comunidade. A reforma dos CSP visa a melhoria dos cuidados de saúde, tornando-os mais centrados no cidadão, acessíveis e eficientes, estando presente a necessidade de melhorar a satisfação dos profissionais e cidadãos, mas esta reestruturação dos CSP coloca desafios em que será necessária uma reforma de pensamento para que esta mudança se consiga implementar e desenvolver (Firmino-Machado *et al*, 2017, p.431).

A implementação dos ACeS (Decreto-lei nº28/2008, de 22 de fevereiro) serviços públicos de saúde, descentralizados das respetivas Administrações Regionais de Saúde além dos órgãos de administração e fiscalização foram constituídos por várias unidades funcionais: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de saúde Familiares (USF). O objetivo é a descentralização de competências de forma que localmente exista poder e responsabilidade para uma tomada de decisão mais adequada e rápida.

As USF são a referência máxima desta reforma, um modelo inovador, constituídas por equipas multidisciplinares (especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros e secretários clínicos) proporcionam uma maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, uma vez que tem um modelo de contratualização interna. São unidades prestadoras

de cuidados de saúde médicos e de enfermagem personalizados. Unidades com objetivos e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, continuidade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência, produtividade e satisfação. Os profissionais são remunerados segundo uma componente fixa e uma componente variável dependente da produtividade e qualidade das prestações. As USF podem estar organizadas em três modelos (A, B e C) diferentes patamares de autonomia e compensação retributiva. Atualmente em Portugal apenas existem modelos A e B (Biscaia, 2006).

As UCSP mantêm o modo de funcionamento dos CSP antes da reforma de 2005, num modelo mais vertical a nível de hierarquia e são menos autónomos (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro).

As UCC são unidades fundamentais e identitárias dos CSP uma vez que integram inúmeras áreas da tecnologia da saúde enfrentando diversos desafios. São unidades com autonomia administrativa e têm como missão a prestação de cuidados de “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeiram acompanhamento próximo. Atuam ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, na implementação de unidades móveis de intervenção” e pela responsabilidade de integrar no seu campo de intervenção as equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados e comunitárias de suporte em cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Para a sua aprovação dependem da constituição de equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), mas a prioridade dada às USF condiciona e trava a constituição destas unidades funcionais (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro).

De acordo com o Relatório de Primavera 2008 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), prevê-se para esta unidade a exigência de respostas globais, integradas, articuladas e de grande complexidade, pelo que se recomenda a maior atenção na sua conceção e implementação. Deverão ser dotadas do modelo organizacional, recursos humanos e materiais compatíveis com os novos desafios que se colocam aos cuidados de saúde primários no âmbito da intervenção comunitária e das respostas de proximidade aos cidadãos, que se pretendem cada vez mais perto dos locais onde vivem e trabalham (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro).

A ECL articula com o seu Conselho Clínico e na dependência funcional da coordenação regional da RNCCI, é constituída por representantes dos CSP (médico e enfermeiro), do Instituto da Segurança Social e da Autarquia (sendo este último opcional). Assegura o acompanhamento e avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência. Tem um papel muito importante na gestão do circuito da pessoa em situação de dependência na Rede, o seu principal objetivo é avaliar as situações de saúde e sociais, pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação, implementação do plano individual de cuidados e respetiva monitorização, sendo em última instância o ‘gestor da situação do utente’ na sua mobilidade ou alta da Rede. O acompanhamento pelas equipas domiciliárias da Rede encontra-se condicionado ao preenchimento de critérios de referenciação, que consagram as condições de admissão e de exclusão de doentes em qualquer tipologia de serviços (ACSS, 2013).

As USP pelo seu desígnio fundamental ao nível do planeamento em saúde para a área geodemográfica devem ser dotadas do modelo organizacional, recursos humanos e materiais compatíveis como as UCC. São unidades que funcionam como observatório de saúde da área geográfica do ACeS que integra. Compete-lhe elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população. Os resultados que apresentarem será de extrema importância para a avaliação do desempenho em saúde do ACeS e constituirá uma ferramenta crucial para a atividade do Conselho Clínico e este realizar a medição dos ganhos em saúde da população (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro).

A URAP é uma unidade em que fazem partes integrantes vários técnicos com intervenção assistencial em saúde (assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais entre outros) que prestam serviços de consultoria assistencial a todas as unidades funcionais (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro).

A reestruturação dos CSP fez com que houvesse uma agregação de recursos e estruturas de gestão, o que fez que as concorrências estruturais desaparecessem, houve ganhos económicos e viabilização de estratégias regionais que vão de encontro das necessidades e expectativas da população, mas tendo em consideração três pontos fundamentais a vontade dos profissionais e a aposta na mudança; o incentivo pelo grupo de missão e o apoio do Ministério da Saúde (Pisco, 2011, p.2848 e 2850).

### **3. Capítulo 2 – A proteção de dados**

Nesta segunda parte será realizada uma revisão bibliográfica sucinta sobre evolução legislativa, abordando conceitos de dados pessoais e tratamento de dados e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

#### **3.1. Legislação de Proteção de Dados em Portugal**

Na Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976 o direito à privacidade está descrito no capítulo dos direitos fundamentais, artigos 26.º, n.º 1 e 35.º, centrada na informática e na proibição para uso discriminatório dos dados pessoais (Mota, 2018, s/p.).

O mesmo autor cita que somente em 1991 surge a primeira Lei reconhecida à proteção de dados pessoais, Lei 10/91, muito focalizada na informática e tratamento dos dados pessoais de forma automatizada. Esta lei consagra a constituição da Comissão Nacional de Proteção de Dados Pessoais Informatizados (CNPDI).

Em 1994, com a Lei 28/94 é acrescida a necessidade de proteção de dados pessoais e atribuída à CNPDI o Direito à Informação e acesso aos dados pessoais. Uma Lei vanguardista, uma vez que proíbe o tratamento automatizado de dados pessoais como convicções políticas, sindicais, religiosas e de origem étnica (Silva, 2021, p. 15).

Em 1996 é introduzido no Código Civil o direito à reserva da intimidade.

No ano de 1998, através da Lei n.º 67/98 – Lei da Proteção dos Dados Pessoais dá-se a transposição da Diretiva Europeia de 95/46/CE.

Em 2004, pela Lei 43/2004 é regulada a atividade da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPDI) antiga CNPDI.

Em 2019 foram publicadas duas novas leis sobre RGPD a Lei n.º 58/2019 e a Lei n.º 59/2019 de forma a responder às exigências da UE relativamente ao cumprimento do RGPD - Regulamento 2016/679 de abril de 2016.

### 3.2.A Comissão Nacional de Proteção de Dados

Como referido na Lei n.º 58/2019 de 08 de agosto, artigo 3.º a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) é a autoridade de controlo nacional para efeitos do RGPD. No artigo 4º é referido que a CNPD

*“é uma entidade administrativa independente, com personalidade jurídica de direito público e com poderes de autoridade, dotada de autonomia administrativa e financeira, que funciona junto da Assembleia da República.” (..) “controla e fiscaliza o cumprimento do RGPD, da Lei 58/2019, da Lei 59/2019 e da Lei 41/2004, bem como das demais disposições legais e regulamentares em matéria de proteção de dados pessoais, a fim de defender os direitos, liberdades e garantias das pessoas singulares no âmbito dos tratamentos dos seus dados pessoais.” (...) “A CNPD age com independência na prossecução das suas atribuições e competências (previstas designadamente nos artigos 57.º do RGPD, 6.º da Lei 58/2019, e 44.º da Lei 59/2019) e no exercício dos seus poderes (cf. Artigos 58.º do RGPD, 8.º da Lei 58/2019, e 45.º da Lei 59/2019).”*

Sempre que a CNPD solicite informações, acesso ao sistema informático, ficheiros de dados pessoais e/ou documentação relativa ao tratamento de dados pessoais a entidades quer pública quer privadas, estas devem cooperar.

O RGPD fortalece os meios e capacidades de fiscalização da CNPD, dando poder a esta entidade para aplicar sanções acessórias, como o bloqueamento ou destruição de dados, a proibição, temporária ou definitiva, do tratamento de dados pessoais (o que na prática é suscetível de impedir o desenvolvimento da atividade), ou ainda a publicidade da sentença condenatória. O responsável pelo tratamento poderá ainda incorrer em responsabilidade civil ou criminal (SPMS, s/d, p. 21).

### 3.3.A Importância do RGPD

O RGPD é um instrumento jurídico de direito secundário europeu, que entrou em vigor a 25 de maio de 2018, com o objetivo de homogeneizar o regime de tratamento de dados no

espaço da UE, uma condição essencial para a favorável atividade do Mercado Único, uma vez que se existiam Estados Membros que não garantiam a proteção de dados pessoais, o que permitia a que os agentes que detinham dados pessoais os comercializassem, o que colocava a privacidade e intimidade individual em risco.

Neste contexto, foi criado o RGPD de forma a estabelecer regras relativas à proteção das pessoas individuais no que se refere ao tratamento e livre circulação de dados pessoais, defendendo os direitos e liberdades fundamentais das pessoas singulares. A pessoa e a defesa dos seus direitos constitucionais, ou seja, tenta-se proteger integralmente a pessoa (Scarlet e Caldeira, 2019).

Os mesmos autores referem que este novo documento determina maior responsabilidade, informação e transparência, mas não existe uma completa rutura com a legislação anterior.

Nas últimas décadas verificou-se uma evolução tecnológica e o modo como os dados pessoais são guardados, tratados e processados alterou. A difusão e o fluxo de dados pessoais online têm aumentado imenso o que levou a uma crescente preocupação, uma vez que os titulares dos dados disponibilizam cada vez mais os seus dados, a utilização de internet quer para negócios, compras entre outros sofreu um forte aumento, tal evolução originou uma preocupação para os governantes o que motivou à atualização legislativa na área da proteção de dados por parte da UE (Teves, 2019, p. 12).

A proteção de dados está diretamente relacionada com a segurança, esta é extremamente importante e o RGPD dá destaque a este tema, é descrito que a responsabilidade pela segurança no tratamento de dados (responsável do tratamento de dados e subcontratante) é conjunta e ambos terão de adotar as medidas necessárias para prevenir o acesso indevido de dados pessoais por terceiros. As medidas de segurança têm de ser adaptadas mediante a avaliação de cada caso, o que significa a dissociação da identidade do indivíduo (pseudonimização e encriptação de dados); assegurar a confidencialidade nos sistemas e serviços de tratamento; no caso de acontecer algo indesejável, físico ou técnico, tem de existir a capacidade de restabelecer a disponibilidade e acesso aos dados pessoais e, por último tem de estar implementado um processo para testar, analisar e avaliar periodicamente as medidas técnicas e organizativas de segurança (Teves, 2019, p. 86).

### 3.4.Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

O RGPD veio modificar seriamente a forma de tratamento dos dados pessoais pelas entidades e organismos europeus. Este regulamento implica um aumento dos direitos dos titulares dos dados pessoais e, ao mesmo tempo, um alargamento dos deveres das organizações em matéria de privacidade. À Diretiva de Proteção de Dados Pessoais foram inseridas novas definições como a de “violação de dados pessoais”, de “limitação do tratamento”; de princípio da transparência e de princípio da responsabilidade. As mudanças impostas pelo RGPD tem como objetivo garantir que a proteção de dados dos titulares deixe de ser tratada como mercadoria desejável em mercado sem regras e que as entidades tratem os dados pessoais com o mínimo de danos possíveis na privacidade dos titulares dos dados (Silva, 2021, p.13).

Com a globalização, desenvolvimento tecnológico e aumento exponencial da comercialização via eletrónica, a UE tenta uma uniformização nos diversos setores dos Estados-Membros, criando regras e regulando os direitos fundamentais individuais tendo como objetivo prevenir a violação do direito à proteção de dados pessoais. A preocupação em salvaguardar a vida privada e impedir que os Estados abusassem, desde há muito que é uma preocupação e tema de reflexão por parte dos intelectuais e ativistas que lutam pela privacidade individual (Mota, 2018, s/ p.).

A Segunda Guerra Mundial e o genocídio ocorrido no Holocausto, onde ocorreram atos de opressão, exploração e assassinato em massa, revelando a crueldade humana, levou à criação e materialização de uma legislação pioneira em defesa dos direitos fundamentais do ser humano (Mota, 2018, s/ p.).

Assim em 1948, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, publica a Declaração Universal dos Direitos do Homem, como resposta às desumanidades ocorridas na II Guerra Mundial. Na Declaração Universal dos Direitos do Homem é referido que:

*“o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade tendo sempre em mente esta Declaração, esforce-se, por meio do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de carácter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância*

*universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Países-Membros quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição”.*

No ano de 1950 o Conselho Europeu, composto por 10 países, aprova a Convenção Europeia dos Direitos Humanos que entra em vigor em 1953, baseado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, inicialmente destinada aos Estados Membros, mas com o objetivo de ser validado por outros Estados (Mota, 2018, s/p.).

De acordo com o autor supracitado, a década de 60 é marcada pela inovação e revolução no que toca à proteção de dados pessoais. Nesta década verifica-se um grande desenvolvimento tecnológico e informático e passa a ser possível o processamento indiscriminado e automatizado de grandes quantidades de dados pessoais. A comercialização de dados pessoais torna-se num negócio global e altamente lucrativo, imergem organizações especializadas em compra e venda de dados pessoais. Mediante esta nova realidade o Conselho Europeu decide regular o tratamento de dados pessoais para que estes sejam utilizados com transparência e lealdade, resultando a Recomendação 509 publicada em 1968.

Nos anos 70, surgem a Resolução 73/22 (1973) e um ano seguinte, a Resolução 74/29. A publicação destas duas resoluções, para o Conselho Europeu, o objetivo era a sua transposição para as legislações nacionais, o que não aconteceu de forma uniforme entre os Estados, e as divergências entre as leis de proteção de dados pessoais nos diferentes Estados era imensa que até afetaram e dificultavam o desenvolvimento comercial internacional, e, por conseguinte, o crescimento económico (Mota, 2018, s/p.).

Assim, em 1981 deu-se a reformulação das Resoluções 73/22 e 74/29 e originou a publicação da Convenção 108, documento inovador e o primeiro instrumento internacional na proteção de dados (Moreira, 2018).

No ano de 1992 a UE substitui a Comunidade Económica Europeia e a preocupação da universalidade de algumas leis desponta, pelo que em 1995, surge a Diretiva 95/46/CE, que tenta uniformizar a legislação dos Estados e que estes partilhassem a mesma matriz de ação, mais uma vez, tal não sucedeu. Perante tantas divergências o Presidente do Parlamento Europeu, o Conselho Europeu e a Comissão Europeia viram-se obrigados a publicar no ano 2000, o Protocolo Adicional, o qual tenta clarificar as regras da transferência de dados pessoais entre os Estados que não tinham ratificado a Convenção 108. (Mota, 2018, s/p.).

O autor referido menciona que a assinatura do Tratado de Lisboa acontece em 2007 e a sua entrada em vigor dá-se em 2009. Este permite que a UE assuma a responsabilidade de

assegurar a segurança de todos os cidadãos do espaço comunitário e sancione os Estados que não cumpram a Lei Comunitária. Este é ponto de partida para que a Comissão Europeia, entre 2009 e 2010, faça uma profunda revisão legislativa e em 2012 surge a proposta do Regulamento de Proteção de Dados. A revisão deste documento demorou 4 anos, sendo publicado o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho em 2016, conhecido como Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Em 2018 o RGPD entra em vigor, obrigatoriamente, em todos os Estados Membros.

Como descrito no site oficial da UE, o RGPD elucida as exigências detalhadas em matéria de recolha, armazenamento e gestão de dados pessoais, aplicáveis nas organizações europeias, estabelecidas em território europeu ou fora dele, que abordam dados pessoais de pessoas com residência na UE.

Podemos entender por dados pessoais qualquer informação sobre determinada pessoa como nome, morada, número do documento de identificação/passaporte, rendimento, perfil cultural, endereço IP (protocolo internet), dados na posse de um hospital ou médico (que identifiquem de forma inequívoca uma pessoa para fins relacionados com a saúde). A origem racial ou étnica, orientação sexual, opiniões políticas, convicções religiosas ou filosóficas, filiação sindical, dados genéticos, biométricos e relativos à saúde, exceto em casos específicos (por exemplo, se tiver recebido consentimento explícito ou o tratamento for necessário por motivos de interesse público importante, com base no direito europeu ou nacional) e dados pessoais relacionados com condenações penais e infrações, salvo se tal for autorizado pelo direito europeu ou nacional não se podem considerar nem tratar como dados pessoais (artigo 4º, n.º 1, do RGPD).

No tratamento de dados pessoais podemos considerar dois perfis principais o responsável pelo tratamento, este determina a finalidade e os meios do tratamento de dados e o subcontratante, armazena e trata dados por conta do responsável pelo tratamento (artigo 4º, n.º 2, do RGPD).

Se uma organização tiver como atividade principal o tratamento de dados em grande quantidade, se a sua atividade comercial principal for o tratamento de dados ou fizer um acompanhamento frequente de entidades singulares ou tratar categorias de dados, deve designar um encarregado da proteção de dados, este controlará o modo como os dados pessoais são tratados pela empresa e informará, aconselhará e dará as informações sobre as obrigações aos colaboradores/ trabalhadores que tratam os dados pessoais. O encarregado

será o elo de ligação entre a organização e a autoridade de proteção de dados (site oficial da UE).

No mesmo site, é referido que o tratamento de dados, segundo as regras estabelecidas pela UE, deve ser estabelecido de forma lícita e equitativa em que os fins estão devidamente definidos, a sua especificidade e legitimidade não suscitem dúvidas e apenas serão utilizados para o necessário para atingir os objetivos instituídos. O tratamento de dados só será viável se uma das condições abaixo descritas estiver preenchida:

- obteve o consentimento do titular dos dados;
- o tratamento é necessário para executar um contrato no qual o titular dos dados é parte;
- o tratamento é necessário para cumprir uma obrigação legal;
- o tratamento é necessário para defender os interesses vitais do titular ou de outra pessoa;
- o tratamento é necessário para exercer funções de interesse público;
- o tratamento é necessário no interesse legítimo da sua empresa, desde que os direitos e liberdades fundamentais dos titulares dos mesmos não sejam afetados de forma significativa. Se os direitos dos titulares prevalecerem sobre os interesses da sua empresa, então não pode tratar os dados pessoais.

Se o titular dos dados tiver falecido, for pessoa coletiva ou o tratamento for realizado por uma pessoa singular no exercício de atividades sem qualquer ligação com uma atividade comercial ou profissional o RGPD não se aplica. As empresas que tem a sua sede fora do território da UE, mas que tratam dados de cidadãos da UE devem nomear um representante na UE (site oficial da UE).

Segundo Silva (2021, p.16-18) o RGPD é um documento complexo e extenso constituído por 173 argumentos preliminares, necessários para a sua interpretação e entendimento e articula-se em 99 artigos organizados em 11 capítulos:

- CAPÍTULO I - Disposições gerais
- CAPÍTULO II - Princípios
- CAPÍTULO III - Direitos do titular dos dados

- CAPÍTULO IV - Responsável pelo tratamento e subcontratante
- CAPÍTULO V - Transferências de dados pessoais para países terceiros ou organizações internacionais
- CAPÍTULO VI - Autoridades de controlo independentes
- CAPÍTULO VII - Cooperação e coerência
- CAPÍTULO VIII - Vias de recurso, responsabilidade e sanções
- CAPÍTULO IX - Disposições relativas a situações específicas de tratamento
- CAPÍTULO X - Atos delegados e atos de execução
- CAPÍTULO XI - Disposições finais

## 4. Capítulo 3 – A proteção de dados de saúde

A proteção de dados na saúde tem especial importância na medida em que os dados pessoais tratados e os tipos de tratamentos são muito complexos e são realizados no âmbito da prestação de cuidados em saúde (Rosa, 2018, p. 19).

### 4.1.A Proteção de Dados de Saúde

O RGPD alterou efetivamente a forma de tratamento de dados pessoais das entidades de saúde em Portugal e desencadeou imensas questões e dúvidas no quotidiano da prática dos profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito aos pedidos de informação dirigidos pela pessoa singular e suas obrigações legais a que os serviços de saúde se encontram agregados (Ribeiro et al., 2020, p. 221).

De acordo com Deodato (2017, p.11) dados de saúde são os dados pessoais referentes à saúde de um indivíduo, colhidos, registados/guardados e usados pelos profissionais de saúde. A definição de dados relativos à saúde é descrita no Considerando e no artigo 4º, nº 15, do RGPD como *“dados pessoais relacionados com a saúde física ou mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde”*. A Lei nº12/2005 de janeiro, artigo 2º, define a informação de saúde como *“todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar”*. Assim e como refere Deodato (2017, p.13) os dados pessoais de saúde abarcam qualquer informação que diz respeito à saúde de um indivíduo, usada pelos profissionais de saúde aquando do processo de tratamento, registada nas plataformas de saúde. Deve ser salvaguardado, como mencionado pelo mesmo autor, na mesma página, que toda a informação, inclusive a não registada, consiste em dados pessoais de saúde, isto é, *“não é o registo que determina a categorização do dado, mas a sua natureza”*. Toda a informação colhida pelo profissional de saúde quer pela observação clínica quer por exames complementares de diagnóstico ou transmitida entre a equipa multidisciplinar constitui dados pessoais de saúde.

Todo o cidadão tem direito à proteção da saúde e o estado deve garantir este direito como referido na Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 agosto, atualizada pela Lei n.º 27/2002, de 08 de novembro.

Também na CRP é citado no número 1 do artigo 26, os dados de saúde de um indivíduo, são integrados nos dados pessoais, respeitante à vida privada de cada um e devem ser tratados de acordo com o direito à privacidade e reserva da intimidade da vida privada e familiar, assim a sua divulgação e acesso devem estar limitados (Cardozo, 2016, p. 44).

No artigo 35º, da CRP, determina que “*A lei define o conceito de dados pessoais, bem como as condições aplicáveis ao seu tratamento automatizado, conexão, transmissão e utilização, e garante a sua proteção, designadamente através de entidade administrativa independente.*”.

Pelo descrito acima, podemos afirmar que em Portugal, o tema proteção de dados pessoais, não é ignorado, uma vez que é apontado e reconhecida a sua relevância na lei fundamental, mas a discussão e o reconhecimento só é efetuado após a UE publicar o RGPD.

Os dados pessoais de saúde são registados e guardados numa vasta rede digital, em diversas plataformas, assim os profissionais de saúde podem aceder ao processo clínico em qualquer instituição de saúde pública, o que facilita e acelera a decisão terapêutica, uma vez que a migração de dados é determinante na promoção, prevenção, tratamento da doença e continuidade de cuidados de saúde.

A medicina atual é baseada, não apenas na situação clínica atual da pessoa, mas no seu histórico pessoal e familiar. Qualquer instituição do SNS tem acesso ao historial clínico do utente, neste contexto Deodato (2017, p.15) refere que o conhecimento do histórico clínico, pessoal e familiar, é fundamental para um diagnóstico e tratamento eficaz.

A ideia de que os registos clínicos são institucionais e não individuais, tem alterado nos últimos anos, no artigo 3º da Lei nº 12/2005 de 26 de janeiro, é referenciado que:

*“Propriedade da informação de saúde*

*1 - A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação, a qual não pode ser utilizada para outros fins que não os da prestação de cuidados e a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei.*

*2 - O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado.*

*3 - O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento ou nos termos da lei, é exercido por intermédio de médico, com habilitação própria, se o titular da informação o solicitar.*

*4 - Na impossibilidade de apuramento da vontade do titular quanto ao acesso, o mesmo é sempre realizado com intermediação de médico.”*

Pelo supracitado, mesmo a informação sendo facultada aos profissionais de saúde e frequentemente ocorrerem no interior de uma instituição de saúde, estes não se tornam seus proprietários, tomam conhecimento dos mesmos não ficam a deter a sua posse, de igual forma as instituições são depositárias das informações registadas, mas não detêm a sua propriedade, apenas os detêm para assegurar as intervenções terapêuticas (Deodato, 2017, p.24).

Os dados de saúde são privados, apenas o deixam de ser por vontade do titular ou quando expostos no âmbito da prestação de cuidados de saúde, mesmo neste caso não podem ser tornados públicos. Existem dados de saúde que o titular não permite que sejam divulgados mesmo às pessoas/famíliares mais chegados. Então, pode considerar-se a informação de saúde no objeto do direito à “reserva da intimidade da vida privada e familiar”, descrita na Constituição no nº1 do artigo 26º e do Código Civil no artigo 80º, por conseguinte os dados de saúde estão protegidos por dois grupos de direitos de elevada valia jurídica, os direitos fundamentais e os direitos de personalidade (Deodato, 2017, p.27 e 28).

Assim e dada a especificidade da informação da saúde, as organizações, como depositárias desta informação tem de garantir a privacidade e a guarda de segredo, como previsto na Lei nº 12/2005 de 26 de janeiro, artigo 4º:

*“1 - Os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde devem tomar as providências adequadas à protecção da sua confidencialidade, garantindo a segurança das instalações e equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica de todos os profissionais.*

*2 - As unidades do sistema de saúde devem impedir o acesso indevido de terceiros aos processos clínicos e aos sistemas informáticos que contenham informação de saúde, incluindo as respectivas cópias de segurança, assegurando os níveis de segurança apropriados e cumprindo as exigências estabelecidas pela legislação que regula a protecção de dados pessoais, nomeadamente para evitar a sua destruição, acidental ou ilícita, a alteração, difusão ou acesso não autorizado ou qualquer outra forma de tratamento ilícito da informação.*

*3 - A informação de saúde só pode ser utilizada pelo sistema de saúde nas condições expressas em autorização escrita do seu titular ou de quem o represente.*

*4 - O acesso a informação de saúde pode, desde que anonimizada, ser facultado para fins de investigação.*

*5 - A gestão dos sistemas que organizam a informação de saúde deve garantir a separação entre a informação de saúde e genética e a restante informação pessoal, designadamente através da definição de diversos níveis de acesso.*

*6 - A gestão dos sistemas de informação deve garantir o processamento regular e frequente de cópias de segurança da informação de saúde, salvaguardadas as garantias de confidencialidade estabelecidas por lei.”*

Atendendo ao supracitado, com a informatização e a digitalização de documentos contendo informação clínica do utente cada vez mais frequente, é fundamental a permanente atualização e melhoramento da segurança a nível dos sistemas informáticos. Caminhamos para o processo clínico totalmente informatizado, o que facilita o acesso aos dados pelos profissionais de saúde, mas também aumenta o risco da violação da privacidade do titular dos dados pessoais. Nos últimos anos instituições de saúde sofreram ataques informáticos o que demonstra a vulnerabilidade das plataformas, muitos especialistas defendem um sistema mais forte e com informação encriptada de forma a proteger a privacidade dos cidadãos (Rosa, 2018, p. 22).

A Lei 58/2019 no artigo 29º, n.º 1, refere que “o acesso a dados pessoais para o tratamento de dados de saúde rege-se pelo princípio da necessidade de conhecer a informação”.

Na maior parte dos casos, o tratamento de dados pessoais presume o consentimento do titular dos dados, tendo como exceção as situações previstas na Lei de Proteção de Dados Pessoais (LPDP). Quando se trata dados sensíveis, a regra é a proibição, mas se o tratamento decorrer de disposição legal, o titular dos dados tiver dado consentimento, a CNPD permitido ou o

tratamento for imprescindível ao exercício das atribuições legais ou estatutárias do responsável. Do mesmo modo, o tratamento de dados sensíveis é, ainda, permitido quando o titular estiver física ou legalmente incapaz para dar o seu consentimento ou o uso de dados incorra na proteção de benefícios vitais do titular ou de uma outra pessoa. Quando não é exigido consentimento para o tratamento de dados tem de se informar do objetivo e os termos em que os dados serão tratados (SPMS, s/d, p. 19).

O responsável pelo tratamento de dados pessoais tem um maior número de obrigações, ou seja, passa a ter de apresentar que realiza as regras aplicáveis às operações de tratamento de dados. O novo regulamento implica mudança nas organizações no que se refere à proteção e tratamento de dados pessoais, poderão ser novas obrigações e/ou reforço das obrigações previamente definidas. Com o novo RGPD, as alterações podem ser agrupadas em cinco vetores principais: a governação de dado, o consentimento, os direitos dos titulares, a segurança e o poder sancionário (SPMS, s/d, p. 22).

A SPMS, s/d, p. 24, refere que na Governança dos Dados, o RGPD, institui que todas as entidades devem implementar as medidas necessárias e adequadas com o intuito de existir o cumprimento das normas de privacidade e proteção de dados pessoais, mostrando o seu empenho, compromisso e seriedade sempre que solicitadas a demonstrar a execução das regras aplicáveis. Na área da saúde os procedimentos devem ser exatamente os mesmos, a inquietação do risco de privacidade deve estar presente desde a fase inicial, ou seja, desde a contratação de um novo produto, serviço e/ou projeto a fim de garantir que o tratamento de dados está em conformidade com a legislação protegendo os direitos dos titulares dos dados em causa. As organizações devem, também, garantir, por defeito, que a quantidade de dados pessoais recolhida, utilizada e guardada, para cada tarefa, seja apenas a estritamente necessária e no menor tempo possível. Quando existe a possibilidade de realizar um tratamento de dados pessoais deve ser efetuada uma apreciação do impacto que tais operações sobre a proteção de dados pessoais, com o objetivo de adotar medidas que minorem ou eliminem riscos eventuais de incumprimento para evitar coações. Esta avaliação denomina-se de “privacy impact assessment” (PIA). Como referido no RGPD a CNPD tem de tornar pública a lista de operações de tratamento sujeitos à exigência da concretização de PIA. Sempre que se prevê o tratamento de dados de riscos a CNPD tem de ser consultada e pedir a sua autorização.

No documento supracitado, página 24, é explicado que as entidades integrantes do SNS, tem de nomear um encarregado da proteção de dados que será o elo de ligação junto da CNPD,

dos titulares de dados e é neste que estão centralizadas todas as questões de proteção de dados pessoais. O encarregado pode ser um trabalhador interno ou externo à instituição, tem como obrigatoriedade possuir formação e experiência adequadas. As organizações de saúde têm de adotar medidas que atestem que o tratamento de dados é efetuado mediante a legislação em vigor, para tal devem ser realizados procedimentos internos para uniformizar práticas por todos os profissionais de saúde e, com periodicidade que a organização determinar, devem ser realizadas auditorias de forma a avaliar as práticas do tratamento de dados. Os registos de atividades de tratamento de dados devem ser mantidos e devem referir tipo de dados tratados, finalidades, descrição das categorias de titulares dos dados e destinatários dos mesmos, medidas de segurança e prazo de conservação, se existirem subcontratantes devem se reger pelas mesmas regras, o que implica que estes subcontratos sejam realizados de forma mais criteriosa com obrigações claras e precisas nesta matéria. Pela primeira vez, os subcontratantes estão sujeitos a uma série de obrigações e podem sofrer sanções.

Na página 27, faz-se referência ao consentimento, neste ponto cabe ao responsável pelo tratamento de dados expor que o titular dos dados concedeu o seu consentimento livre, específico, informado e esclarecido. O titular pode em qualquer momento anular o seu consentimento.

No que se refere aos direitos dos titulares de dados, na página 28, está descrito que estes são reforçados com o RGPD, nomeadamente a exigência aplicável à informação concedida ao titular dos dados, esta terá de ser compreensível e clara. O titular tem o direito de ser informado sobre a pessoa que irá tratar ou a quem são transmitidos os seus dados pessoais. As organizações de saúde do SNS devem também informar o fundamento jurídico para o tratamento, o prazo de conservação dos dados e o direito de apresentação de reclamações às autoridades competentes tais como a CNPD. As entidades de saúde do SNS têm um mês para responder ao pedido de acesso de informação pelo titular de dados ou deliberações decretadas relativamente aos seus dados pessoais. Na mesma linha, se o titular pedir a eliminação dos dados (se se verificarem as condições previstas no RGPD) esta ação deve ser executada efetivamente, incluindo cópias ou reprodução dos mesmos. O titular de dados pode não concordar com a extinção dos seus dados e requerer a limitação do tratamento dos mesmos, neste caso a entidade de saúde terá de transmitir a cada destinatário a quem os dados foram cedidos a decisão do titular de dados, como define o RGPD, deverá ser inserida uma marca nos dados pessoais guardados com o intuito de limitar o seu tratamento futuro.

Respeitante à portabilidade dos dados, apenas se refere aos dados por si transmitidos e deve ser efetivado entre os responsáveis pelo tratamento.

## **4.2. Aplicação do RGPD na Saúde**

A prestação de cuidados ao indivíduo só é possível se o profissional de saúde aceder aos seus dados pessoais/processo clínico. Atualmente, a medicina, baseia-se no historial clínico do utente. Sempre, que este recorre ao SNS, o profissional tem acesso a muitos procedimentos de saúde ministrados, pelas várias instituições que pertencem ao SNS, em alguns casos desde o seu nascimento. Neste contexto Deodato (2017, p.15), menciona que a intervenção de saúde, que caracteriza como universal, acarreta *“um conhecimento do passado histórico de cada pessoa, que muitas vezes obriga a um conhecimento prévio familiar, naquilo a que se denomina pela «história pessoa e familiar de saúde». Ou seja, a intervenção de saúde necessita aprofundar significativamente o conhecimento sobre a pessoa e a sua família, para que possa diagnosticar e intervir de forma eficaz”*.

As categorias especiais de dados pessoais, as que requerem uma proteção elevada, só devem ser objeto de tratamento para fins relacionados com a saúde quando tal for indispensável para alcançar os objetivos no interesse das pessoas singulares e da sociedade ou por razões no domínio da saúde pública, neste caso não é necessário o consentimento do titular dos dados pessoais (Almada et al., 2020, p. 832).

Os mesmos autores referem que os dados devem ser recolhidos para desígnios determinados, explícitos e legítimos, não podendo futuramente ser tratados de forma incompatível com as finalidades iniciais, excetuando para fins de arquivo de interesse público ou investigação científica como descrito no artigo 89º do RGPD.

O consentimento informado, livre, específico e inequívoco é essencial e só após este ser efetuado pelo titular de dados é que o tratamento de dados pessoais pode ser executado, e este pode, a qualquer momento, suspender ou retirar o seu consentimento. O silêncio, omissões ou opções pré-validadas não consistem em consentimento (Almada et al., 2020, p. 832).

A proteção de dados no setor da saúde é, de uma complexidade enorme e deve ser uma das preocupações dos Diretores Executivos e dos profissionais responsáveis pelo tratamento de dados pessoais.

A Secretária-Geral do Ministério da Saúde, realizou um estudo com base em inquéritos e, nas instituições de saúde, apenas 35% dos inquiridos confirmaram que a Instituição lhes proporcionou formação sobre o RGPD, enquanto 65% afirmaram que não tiveram formação (Rosa, 2018, p. 21).

As instituições de saúde do SNS possuem arquivos físicos para os processos clínicos mais antigos, mas a tendência é a total informatização e o desaparecimento gradual do processo físico. A existência de vários programas e plataformas informáticas contendo diversos dados de saúde de cada indivíduo e a sua utilização por diversos profissionais quer para consulta, quer para registos, torna o tratamento de dados na sua globalidade (recolha, armazenamento, consulta e outras) de alto risco e requer uma atenção muito especial (Rosa, 2018, p. 42).

Nas unidades de saúde existem inúmeros programas informáticos e aplicações onde se registam dados pessoais do indivíduo e que, no normal exercício profissional, qualquer funcionário das unidades de saúde que se inserem no SNS podem aceder aos mesmos, como refere Deodato (2017, p.17), todos os dados de saúde são do conhecimento de uma equipa multidisciplinar e de múltiplas instituições (hospitais e centros de saúde), sendo os registos efetuados por pluriprofissionais das várias instituições nas quais o utente recebe assistência, o que origina uma complexidade enorme. É importante referir que existe, também, migração de informação entre plataformas e envio de dados para outros profissionais, se a situação clínica assim o exigir.

Os sistemas de informação na saúde permitem a melhoria da acessibilidade, colaboração e partilha de conhecimentos entre os profissionais de saúde com o objetivo da continuidade e maior eficiência e eficácia dos cuidados prestados ao utente. A maioria, senão a totalidade, dos sistemas de informação e aplicações, utilizadas pelas organizações de saúde do SNS são controladas e da responsabilidade dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), a quem cabe garantir a operacionalidade e segurança das infraestruturas tecnológicas e dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, promovendo a definição e a utilização de normas, metodologias e requisitos que garantam a interoperabilidade e interconexão dos sistemas de informação da saúde entre si e com os sistemas de informação transversais à

Administração Pública, visando desenvolver e proteger a saúde dos cidadãos (SPMS no seu site oficial).

A SPMS (s/d), no documento Privacidade da Informação no Setor da Saúde, ponto 7, Medidas de Segurança, alínea a, afirma que

*“assume o compromisso de garantir a segurança dos dados pessoais que lhe são disponibilizados, pondo em prática medidas técnicas e organizativas adequadas para proteger os dados pessoais contra a destruição, a perda, a alteração, a difusão, o acesso não-autorizado ou qualquer outra forma de tratamento acidental ou ilícito, nos termos da legislação atualmente em vigor em matéria de proteção de dados”.*

No mesmo documento, ponto 7, alíneas b), c) e d) são descritas as medidas de segurança física e lógica, ou seja, existe controlo de acesso de funcionários, colaboradores e visitantes às instalações da SPMS e há sistema de controlo e rastreamento de acesso aos sistemas, sempre que um profissional acede a qualquer sistema fica registada data, hora e número mecanográfico. A migração de dados entre as aplicações do SNS é realizada de forma encriptada, com recursos a chaves privadas e inequívocas. São, também, utilizadas ligações seguras (HTTPS) e a transferência de dados é protegida com recurso a protocolos Security Sockets Layer. Regularmente os profissionais tem de alterar as passwords e é recomendado aos titulares dos dados a utilização de computador e browser atualizados em termos de “patches” de segurança adequadamente configurados. As medidas de segurança devem, ainda, impedir o acesso indevido por terceiros, aos dados de saúde. Para tal devem ser identificadas as vulnerabilidades dos sistemas, o impacto que as falhas de segurança possam causar para adotar as devidas medidas de segurança.

A informação pessoal armazenada nos sistemas de informação na saúde possui características que influenciam diretamente as oportunidades e ameaças relacionadas com a segurança e privacidade dos dados pessoais, como, existem inúmeras plataformas de armazenamento (centrais e locais), multiprofissionais tem acesso aos dados do utente, crescente migração de dados pelas diferentes plataformas de armazenamento de dados, partilha de dados quer para o tratamento quer para investigação, gestão da saúde pública e da procura (SPMS, s/d, p. 12 e 13).

A proteção de dados, a nível informático, é apenas uma das preocupações das entidades responsáveis. Não podemos esquecer que a informação de saúde de um indivíduo está concentrada nos sistemas informáticos, sendo que, uma quantidade considerável de dados é

processada em processo físico e sistemas informáticos básicos, assim como o fator humano intrínseco à prestação de cuidados, consulta e registos de dados pessoais no processo, pelo que a proteção tem de ter uma atenção especial (Rosa, 2018, p. 45).

O artigo 9º do RGPD determina a proibição do tratamento de dados pessoais relativos à saúde, existindo algumas exceções como é especificado no n.º 2 nas suas diversas alíneas, nomeadamente nas al. h) e i), especificamente na área da saúde. Sendo que ao abrigo da Lei 58/2019 o tratamento de dados deve ser realizado por um profissional ao qual incumbe o sigilo profissional, que se alarga a todos os titulares de órgãos e trabalhadores que no seu contexto tenham acesso aos dados pessoais referentes à saúde. Não podemos esquecer que para realizar o tratamento de dados pessoais, o titular tem de conceder o seu consentimento para uma ou mais finalidades especificadas no artigo 6º do RGPD. Tal não se aplica se as informações forem solicitadas em defesa de um direito num processo judicial ou sempre que os tribunais atuem no exercício das suas funções jurisdicionais, neste caso o profissional de saúde terá de emitir o seu parecer. No entanto, o sigilo profissional só poderá ser quebrado se, antecipadamente, for realizada ponderação jurídica dos interesses pelo Juiz e decidido em despacho, com a respetiva fundamentação legal, constante no Processo (Ribeiro, Ponte, Cordeiro e Vieira, 2020, p. 222).

A cedência de informação a outras entidades tem de ser com o devido consentimento expresso e documentado do titular dos dados pessoais.

No caso do utente solicitar a consulta do seu processo clínico, este procedimento está devidamente expresso na CRP no artigo 35º no n.º 1 e artigo 268º n.º 2, desde que este acesso, não colida com segurança, investigação criminal e intimidade pessoal (Ribeiro, Ponte, Cordeiro e Vieira, 2020, p. 223).

Os autores supracitados, expõem que os registos dos dados clínicos do utente não devem ser apagados, uma vez que podem ser pertinentes em qualquer momento de vida do indivíduo. O direito à extinção de dados é descrito no artigo 17º do RGPD.

A necessidade de solicitar consentimento ao titular de dados para a transmissão dos mesmos entre os diversos profissionais de saúde não é necessária, uma vez que os dados relativos à saúde podem ser organizados em sistemas únicos com as exigências de segurança que pressupõe a sua inviolabilidade, como prevê o artigo 30º da Lei n.º 58/2019.

Se existir dúvida perante a divulgação de dados, os profissionais de saúde devem pedir parecer aos órgãos superiores.

Quando há acesso aos dados, o titular deve ser notificado e, o responsável pelo tratamento deve certificar-se que o mecanismo de notificação está disponível e em atividade.

A recolha de dados pessoais pelas entidades que integram o SNS, ainda que o consentimento do titular de dados, não seja obrigatório, terá de dar um conjunto de informações ao mesmo, como por exemplo, identificação da Instituição responsável, os objetivos do tratamento dos dados, as comunicações de dados, o carácter obrigatório ou facultativo da disponibilização dos dados e as condições de acesso, retificação e eliminação dos dados. Estas informações devem estar presentes em todos os formulários de colheita de dados, se a recolha for verbal esta informação poderá ser concedida verbalmente (SPMS, s/d, p. 19).

### **4.3.SPMS e segurança da proteção de dados**

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS) foram criados em 2010, pelo Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março, como pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e de património próprio, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado, estando sujeita à tutela dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde (site oficial da SPMS).

Os SPMS procuram ajustar boas práticas, produtos e serviços às necessidades dos utentes do SNS, sendo responsável pelos sistemas e tecnologias de informação da saúde.

Um dos objetivos da reforma do SNS é a desmaterialização dos processos clínicos, a digitalização do acesso à informação e a introdução de novas tecnologias associadas à prestação de cuidados de saúde (SPMS, s/d, p. 6).

O crescimento exponencial da tecnologia informática a nível mundial é uma realidade incontornável e o setor da saúde não ficou indiferente e verificamos um crescimento de produtos e serviços digitais e tecnológicos, o que leva a uma preocupação crescente a nível de segurança, privacidade e proteção de dados de saúde e informação clínica do cidadão/utente do SNS.

Neste contexto, os SPMS publicaram um documento “Privacidade da Informação no Setor da Saúde”, meramente informativo e orientador, onde serão abordadas “*as vertentes jurídica*

*e legal envolvidas no tratamento de dados pessoais no âmbito da prestação de cuidados de saúde, elucidando o leitor sobre os diversos aspetos a ter em conta aquando do tratamento de dados pessoais e apontar caminhos para a definição de programas de melhoria da organização, processos, tecnologias e competências das Entidades no SNS” (p. 6).*

Os SPMS, no âmbito da Estratégia Nacional para o Ecosistema de Informação de Saúde 2020 – ENESIS 2020, tem desenvolvido e implementado diligências na segurança e privacidade desenvolvidas

*“na generalidade das Entidades integrantes do SNS – i.e. os serviços e Entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, da administração direta e indireta, assim como do setor público empresarial, designadamente: (i) os agrupamentos de centros de saúde; (ii) os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação e natureza jurídica (v.g. As Entidades de saúde e centros hospitalares tanto do setor público administrativo como do setor público empresarial); e (iii) as unidades locais de saúde (SPMS, s/d, p. 7).*

Esta necessidade de esclarecer vem de encontro à aprovação do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, o RGPD e conseqüente necessidade de adaptação de processos e metodologias aplicáveis à forma como as Organizações passaram a tratar os dados pessoais.

Os SPMS pretendem promover a evolução dos sistemas de informação para um processo clínico totalmente digital possibilitando ao cidadão o acesso em tempo real e na sua totalidade.

As organizações que fazem parte integrante do SNS devem considerar as decisões e deliberações emitidas pela CNPD, pois só assim poderão redigir procedimentos e adotar medidas de forma a evitar incumprimentos e recolher benefícios dos dados recolhidos.

Perante o exposto anteriormente, verificamos que a confidencialidade, integridade, disponibilidade e conformidade legal e normativa, nomeadamente a privacidade, da informação tem uma enorme relevância. A confidencialidade é um dos pilares base, ou seja, a informação está protegida contra acesso e divulgação a entidades não autorizadas. A integridade significa que todos os dados a que os profissionais têm acesso são verídicos, fidedignos e completos de forma que o tratamento prescrito é o mais adequado. A disponibilidade significa o acesso aos dados a todo o profissional autorizado, a acessibilidade

é crucial para o tratamento uma vez que na maioria das vezes estão envolvidos multiprofissionais. Podemos concluir que, se estes três pontos, estiverem a ser geridos de forma segura e com otimização, o sistema de saúde evolui e dá suporte à procura. A conformidade tem o objetivo de alinhar toda a informação de forma a esta ser acessível a todos os autorizados (SPMS, s/d, p.15 e 16).

Qualquer entidade que compõe o SNS, que pretenda deter ou tratar dados pessoais terá de notificar antecipadamente a CNPD. Todavia, os dados sensíveis (dados de saúde, dados genéticos, dados de vida privada, origem racial ou étnica) tem de se obter uma autorização da mesma autoridade. No caso de tratamento de dados na saúde, incluindo os dados genéticos, basta a participação à CNPD, uma vez que o objetivo desse tratamento será para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou ainda de gestão de serviços de saúde. Neste contexto, o tratamento desses dados é realizado por um profissional de saúde ou por outra pessoa sujeita a sigilo profissional (SPMS, s/d, p. 18).

A violação de dados pessoais é de notificação obrigatória, à CNPD, a não ser que esta não seja passível de resultar em dano para os direitos e liberdades das pessoas singulares. Esta notificação deve ser efetuada até 72 horas após ser detetado pela entidade, a entidade de saúde deverá enviar toda a documentação sobre a violação de forma a CNPD, averiguar se as regras e normas previstas no RGPD foram devidamente cumpridas. Sempre que a violação tenha implicações negativas na privacidade do titular de dados as organizações de saúde têm o dever de o notificar.

#### **4.4.Contexto jurídico atual da proteção de dados no setor da saúde em Portugal**

A transformação digital no setor da saúde tem de acompanhar as exigências de proteção de dados pessoais dos utentes e profissionais de saúde. Para efeitos da Lei de Proteção de Dados Pessoais (LPDP) são considerados dados pessoais todas as informações que, direta ou indiretamente, identifiquem uma pessoa singular, nomeadamente o nome, a morada, o endereço de correio eletrónico, assim como, dados relativos a historiais clínicos, historial e características de doenças e perfis de utilizadores/utentes (SPMS, s/d, p.17).

As organizações que compõem o SNS devem garantir a execução das regras previstas na legislação e as disposições regulamentares específicas do setor da saúde, que regulam a propriedade, o acesso e a legitimidade do tratamento da informação de saúde dos utentes.

A SPMS, s/d, na p. 32 descreve resumidamente as obrigações que as organizações de saúde do SNS tem de cumprir:

- ✓ *“Tratar os dados recolhidos para finalidades determinadas, explícitas e legítimas;*
- ✓ *Implementar os princípios de “privacy by design” e o “privacy by default”;*
- ✓ *Prestar informação aos titulares dos dados;*
- ✓ *Obter o consentimento dos titulares para finalidades de tratamento específicas;*
- ✓ *Garantir os direitos de acesso, retificação, apagamento e oposição;*
- ✓ *Assegurar os direitos de apagamento, limitação do tratamento e portabilidade dos dados;*
- ✓ *Implementar as adequadas medidas de segurança;*
- ✓ *Conservar os dados apenas pelo período necessário;*
- ✓ *Efetuar registos das atividades de tratamento de dados;*
- ✓ *Realizar “privacy impact assessments”;*
- ✓ *Designar o Data Privacy Officer;*
- ✓ *Notificar violações de dados e de incidentes de segurança;*
- ✓ *Celebrar contratos escritos com os prestadores de serviços;*
- ✓ *Pedir, nos casos aplicáveis, consulta prévia à CNPD para os tratamentos de dados;*
- ✓ *Realizar auditorias de conformidade e adotar políticas;*
- ✓ *Adoção de cuidados na escolha de prestadores de serviços.”*

#### **4.5. Profissionais de Saúde**

Dada a dimensão das organizações de saúde, nomeadamente os ACeS, a proteção dos dados pessoais é uma grande inquietação, não apenas da Direção Executiva, mas de todos os colaboradores quer os que tratam quer os que acedem aos dados do cidadão aquando do

desempenho da sua atividade profissional. Os diretores devem garantir que o tratamento de dados pessoais é realizado mediante o descrito no RGPD (Rosa, 2018, p.19).

O mesmo autor defende que todas as estruturas do SNS, assim como, os sistemas de informação devem monitorizar e controlar as práticas e assegurar que o RGPD está a ser cumprido, para tal deve ser nomeado o Encarregado de Proteção de Dados.

Os SPMS, s/d, p.35 é descrito que o cumprimento do RGPD depende da consciencialização, sensibilização e empenho de todas as entidades que compõem o SNS e da existência de um compromisso, assim a formação interna e sensibilização de todos os colaboradores/trabalhadores em matéria de proteção de dados é fundamental para garantir que todos conhecem as regras e princípios a seguir na recolha e tratamento de dados pessoais com a finalidade única que o cumprimento do RGPD está a ser executado e a atuação uniforme de todos os colaboradores de forma a evitar e/ou minorar incumprimentos que podem advir em sanções para a entidade patronal.

A implementação das novas regras que o RGPD determina uma mudança de conceitos e práticas resultando numa maior responsabilização das organizações de saúde integrantes do SNS, a existência de procedimentos internos é crucial para debater e informar profissionais e cidadãos, assim como regular condutas, comportamentos de forma a serem executadas boas práticas profissionais de todos os colaboradores.

Os procedimentos são o apoio dos funcionários na execução das suas atividades, todos sabem exatamente como realizar as suas funções, uma vez que descrevem e estabelecem atuações técnicas e administrativas com o objetivo da melhoria continua, minorar erros e aumentar a eficiência dos trabalhadores. A realização de auditorias é crucial para a correção de não conformidades (SPMS, s/d, p.25).

Os profissionais de saúde são os responsáveis pela recolha e tratamento de dados pessoais na saúde, devendo adotar medidas de atuação para garantir confidencialidade dos dados e evitar lapsos na segurança (SPMS, s/d, p.37).

## 5. Capítulo 4 - O Processo Clínico

Na quinta parte do trabalho irei abordar o processo clínico do utente e a quem é autorizada a sua consulta. O RGPD veio alterar paradigmas e o proprietário de dados é o titular dos dados e as instituições de saúde meras guardiãs desses dados, dando total liberdade ao titular para consultar o seu processo clínico e ser exigido o seu consentimento para aceder ao mesmo.

### 5.1. Processo Clínico

Entende-se por processo clínico, como referido no artigo 5º, n.º 2 da Lei nº 12/2005 “*por qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação de saúde sobre doentes ou seus familiares. Cada processo clínico deve conter toda a informação médica disponível que diga respeito à pessoa*”.

Os principais objetivos do processo clínico são: melhorar os cuidados de saúde prestados ao doente; partilhar informação clínica entre os profissionais de saúde; diminuir o erro; melhorar a forma como a informação é obtida, registada e disponibilizada; garantir a mobilidade e acesso remoto; melhorar o suporte à decisão clínica; acesso fácil a standards terapêuticos; e, por fim, a racionalização de recursos (Dias, 2012, p. 526).

Toda a informação recolhida pelo profissional de saúde deve ser registada no processo clínico do utente, garantindo a segurança do tratamento, obtenção de prova e controlo de custos (Dias, 2012, p. 526).

O acesso ao processo clínico do utente só pode ser executado pelos profissionais implicados no plano terapêutico do utente.

A nova realidade, de o utente puder consultar o seu processo clínico, pode condicionar os registos dos profissionais de saúde, uma vez que possa também podem ceder a pedidos de adulteração por parte do titular.

Não esquecendo que a tecnologia é essencial e imprescindível, é preponderante que os responsáveis promovam a segurança para que as informações de saúde não sejam utilizadas

inadvertidamente e para os fins a que se destinam, promoção da saúde e prevenção da doença e avanço nos tratamentos a fim de se alcançar uma melhor e eficiente qualidade de vida.

A evolução digital na saúde na última década foi imensa e os profissionais de saúde têm acesso à informação, em qualquer instituição pública, quer nos cuidados de saúde primários, quer nos cuidados de saúde secundários, em tempo real e útil. Tal acesso é fundamental e indispensável para que os cuidados de saúde tenham uma qualidade mais eficiente e eficaz, ao mesmo tempo que diminui o erro/falhas terapêuticas. A prevenção e/ou monitorização da doença ficam facilitadas, o que resulta em ganhos de saúde consideráveis para a população.

Toda a evolução e inovação implica desafios quer sejam éticos, morais, políticos e legais pelo que cada vez mais o profissional de saúde tem de se atualizar e esclarecer a forma assertiva e legal para tratarem os dados pessoais, uma vez que as solicitações são imensas quer pelo utente/titular dos dados quer pelos familiares ou amigos.

Não podemos esquecer que a saúde e toda a sua globalidade torna a pessoa e quem a rodeia fragilizada e muitas vezes usam a parte emocional para ludibriar o profissional e obter informações, mas o profissional terá de saber gerir estes sentimentos e não colocar em risco a sua carreira profissional, uma vez que, se der informações indevidas pode incorrer num processo judicial. Não podemos olvidar que as pessoas são maldosas e, muitas vezes, jogam com o emocional para futuramente obter resultados, ou seja, pedir indemnização por uso abusivo de dados.

O acesso de dados clínicos do titular tem de se concedido pelo próprio e deve apenas ser comunicada a informação abrangida pelo instrumento de consentimento. Os familiares não podem aceder, nem ser informados de dados de saúde individual se o utente não der consentimento. O profissional de saúde pode dar informação com fim terapêutico de acalmar os familiares, sem colocar em causa a privacidade do titular de dados, ou seja, terá de avaliar esta necessidade e divulgar o estritamente indispensável para cada situação. (Deodato, 2017, p.35).

As cedências de informação, mesmo para dados administrativos, não devem ser facultadas, a não ser a pedido de instâncias judiciais autorizadas legalmente, a CNPD ou em circunstâncias devidamente descritas em Normas Internas, por exemplo, quando o utente está impossibilitado de conceder o consentimento é a comissão de ética da instituição a apreciar o caso e autorizar ou não a recolha de dados (Deodato, 2017, p.35-36).

## **5.2. Acesso ao Processo Clínico pelo Enfermeiro**

O enfermeiro, como profissional de saúde ao prestar cuidados de saúde e no âmbito da sua atividade profissional tem acesso aos dados pessoais e ao processo clínico do utente. A questão coloca-se quando se acede ao processo clínico dos utentes aos quais não se prestaram quaisquer cuidados de enfermagem/saúde.

No Parecer CJ 114/2019, emitido pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, é explicado que a consulta de dados clínicos e pessoais do titular pertencem à privacidade individual e encontra-se legislado quem pode aceder aos mesmos. Cada instituição deve implementar as devidas medidas para que a legislação seja cumprida. Sempre que um enfermeiro consultar o processo clínico de um utente e não estiver envolvido no processo terapêutico, ou sem a autorização do titular de dados pessoais desrespeita a Lei e constitui facto que se enquadra em crime de acesso ilegítimo a dados confidenciais.

O acesso aos dados de saúde de um utente, pelo profissional de saúde, deve-se à necessidade de conhecer os aspetos relevantes de forma a planear e executar um plano de cuidados o mais adequado para se obter ganhos em saúde. Estes dados são recolhidos maioritariamente através de informação diretamente transmitida pelo utente, livremente e autonomamente.

A informação é facultada numa relação de confiança que a pessoa estabelece com o profissional de saúde, estando este coberto por princípios éticos e jurídicos descritos no Código Deontológico da sua profissão. O que significa que os utentes confiam que a informação transmitida apenas irá ser usada para delinear o seu plano terapêutico. O dever de sigilo estende-se às informações transmitidas na equipa multiprofissional, diagnósticos, planificação das intervenções, tratamentos efetuados, avaliação nas diversas etapas do processo terapêutico, ou seja, a confidencialidade de toda a informação transmitida pelo utente, pessoas próximas do utente ou equipa multidisciplinar deve estar garantida e nunca pode ser cedida a outros ou acessada por outra que não esteja envolvida no processo terapêutico.

Importa referir que o n.º 1 do artigo 26º da CRP contempla que todo o cidadão tem direito à sua identidade pessoal e à reserva da intimidade da sua vida privada e familiar, com a evolução tecnológica a informação do utente está disponível e acessível em tempo real para toda a equipa multiprofissional, a qual deve aceder ao exclusivamente necessário para a tomada de decisão terapêutica. A preservação do sigilo de toda informação recolhida em

todo o processo, respeitante ao utente, no decurso do processo terapêutico e que a este esteja implicado, deve ser mantida por todos os que direta e indiretamente a ela tiveram acesso. O sigilo profissional é um direito do utente, um dever do profissional de saúde e todos os profissionais envolvidos no processo terapêutico estão incluídos.

O Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, que aprova o Código Deontológico de Enfermagem, os artigos 84º, 85º e 86º fazem referência ao dever da informação; ao dever do sigilo e do respeito pela intimidade:

*“Artigo 84.º*

*Do dever de informação*

*No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:*

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;*
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;*
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;*
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.*

*Artigo 85.º*

*Do dever de sigilo*

*O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:*

- a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;*
- b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;*
- c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;*

*d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.*

*Artigo 86.º*

*Do respeito pela intimidade*

*Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:*

*a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família;*

*b) Salvar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa.”*

Ora, considerando as disposições acima mencionadas concluiu-se que todos os enfermeiros que não façam parte do processo terapêutico do utente não podem aceder ao mesmo. Assim como, qualquer pessoa ou entidade, excetuando o titular dos dados, não tem direito a receber informação de saúde sobre o utente, mesmo perante os familiares o sigilo só poderá ser quebrado quando todos os requisitos da alínea b) estiveram preenchidos, o que quer dizer que tem de estar implicados no processo terapêutico, como cuidadores informais, mas a informação fornecida tem de acrescentar tranquilidade, confiança e estabilidade à família. Aquando da partilha de informação, é muito relevante o critério de pertinência, ou seja, apenas a informação de extrema relevância e indispensáveis para a determinação do plano terapêutico e partilhada entre os profissionais de saúde que fazem parte integrante e envolvidos nas intervenções a executar no tratamento do utente (Conselho Jurisdicional, 2019, p. 3).

O acesso indevido à informação do utente, acontece quando a informação não é partilhada com qualquer profissional de saúde e, mesmo assim, é obtida por enfermeiros que não estão envolvidos no processo terapêutico do utente, logo, não deveriam ter conhecimento dos dados pessoais do mesmo.

O sigilo profissional não confere legitimidade ao profissional de saúde para acedera dados de saúde pessoais de qualquer individuo e não permite acesso ilimitado e indiscriminado aos dados pessoais de qualquer pessoa, se o enfermeiro não participou direta ou indiretamente

no plano de cuidados. Conclui-se que é ilegítima a consulta de dados pessoais de saúde, no processo clínico, por enfermeiros que não estejam envolvidos no processo terapêutico do utente. Se tal acontecer existe fundamento para incrementar um processo-crime, uma vez que viola o consagrado no artigo 97º, n.º 1 alínea a) e no artigo 107 do EOE. Esta consulta indevida, mais gravosa é se for realizada de livre e conscientemente, praticando, assim, fatos suscetíveis de enquadrar o crime de acesso ilegítimo a dados confidenciais, previstos e punido pelo artigo 6º, n.º 1 e 4 alínea a) da Lei n.º 109/2009 de 15 de setembro (Conselho Jurisdicional, 2019, p. 4).

Os dados de saúde têm a característica de ser privados logo não podem ser acedidos por outros profissionais senão os que estão envolvidos no processo terapêutico.

Todos os registos devem ser efetuados nos sistemas de informação (SI) aprovados pela SPMS, não devendo existir registos paralelos em SI não aprovados e/ou equipamentos privados do profissional de saúde (SPMS, s/d, p.36).

### **5.3.Sigilo profissional em enfermagem**

Neste subcapítulo incidirei a minha investigação na área da enfermagem, uma vez que é a minha atividade profissional.

O sigilo profissional, em especial na saúde, consiste num dos principais meios de proteção da confidencialidade dos utentes e tem como objetivo respeitar e proteger o direito das pessoas à restrição da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais, bem como garantir a confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde de modo a ser estabelecida a relação de confiança. O enfermeiro tem obrigatoriedade no dever de sigilo profissional, como consequência da relação terapêutica que estabelece com o utente. (Regulamento n.º 338/2017, Preâmbulo).

No mesmo documento é referido que o enfermeiro está obrigado a conservar segredo profissional sobre a informação recolhida no exercício da sua profissão, independentemente da fonte, a informação partilhada é a pertinente e apenas com os profissionais implicados no plano terapêutico, como descrito no artigo 3º:

*“1 - Nos termos do n.º 1 do artigo 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de:*

*a) considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;*

*b) partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;*

*c) divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei, devendo para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;*

*d) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.*

*2 - O dever de guardar segredo profissional não se extingue com a morte do alvo de cuidados ou com a cessação do exercício profissional.”*

A divulgação de informações confidenciais sobre o indivíduo só pode ser exercido nas situações previstas na lei, mas deve aconselhar-se, previamente, com o conselho jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.

Todas as profissões reguladas na área da saúde têm descrito no seu Código Deontológico o dever de segredo profissional, caso seja violado pode incorrer em processo disciplinar. As deontologias profissionais estabelecem o dever de cumprimento e, também, preveem sanções disciplinares para a transgressão do sigilo profissional (Deodato, 2017, p.31).

O profissional de saúde tem o dever do segredo profissional e as instituições como consignatárias dos registos de informação de saúde dos seus utentes, tem de implementar medidas de forma a não existir violação da privacidade individual.

Pelo descrito acima, aferimos que a divulgação dos dados de saúde, sujeitos a proteção deontológica e jurídica, não é exequível, a não ser em situações específicas contempladas na legislação. Sempre que um novo profissional de saúde é envolvido no processo terapêutico terá de ser informado sobre a situação de saúde do utente de forma a tomar as decisões adequadas e prestar os melhores cuidados. Nas situações de dependência ou crianças o

cuidador e/ou família terão de receber informações para uma continuidade de cuidados ser viável (Deodato, 2017, p.34).

O sigilo profissional pode ser quebrado para fins judiciais, mas tem de respeitar as normas jurídicas em vigor, quer as legais quer as deontológicas, que salvaguardam a vida privada da pessoa e estão previstas condutas especiais para validar a quebra do sigilo, em situações especiais deve existir a intervenção de um tribunal superior e/ou Ordem Profissional a emitir o aval para serem revelados as informações de saúde perante estas autoridades. Outra situação em que o segredo profissional pode ser quebrado e os dados usados por terceiros é quando existe risco para saúde pública (Deodato, 2017, p.36-38).

## 6. Capítulo 5 – Descrição da Aplicação do RGPD no ACeS

Neste capítulo será descrita a prática do ACeS Pinhal Litoral e de três unidades funcionais, a Unidade de Saúde Familiar D. Diniz (USF D. Diniz), a Unidade de Saúde Familiar Cidade do Lis (USF Cidade do Lis) e a Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Gorjão Henriques (UCC GH) em termos de proteção de dados em saúde.

### 6.1.ARS CENTRO

Como descrito no Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro, o XIX Governo Constitucional determinou a reforma da Administração Pública, para a tornar mais eficiente e racional na utilização dos recursos públicos e, por outro, para ser conseguida uma redução da despesa pública. A estrutura e organização do Estado é crucial para lhe dar maior coerência e capacidade de resposta no desempenho das funções. O Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, aprova a nova orgânica do Ministério da Saúde. As Administrações Regionais de Saúde reestruturam o seu modelo de funcionamento, permitindo simplificar e eliminar, no contexto do Ministério e da reorganização nele operada, estruturas e hierarquias cujas competências podem ser exercidas dum modo mais eficiente.

No artigo 1º do DL, acima referido, as Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), “*são institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio.*”. As ARS, I. P têm por missão garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.

A ARS Centro (ARSC), é uma instituição com responsabilidades na administração das políticas de saúde, tendo como atribuições (Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro):

- “*Assegurar, na respetiva área geográfica, a prossecução das atribuições do Ministério da Saúde;*”

- *Coordenar, orientar e avaliar a execução da política de saúde na respectiva região de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, com vista à optimização dos recursos disponíveis;*
- *Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respectiva execução a nível regional;*
- *Desenvolver e fomentar actividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a protecção e promoção da saúde das populações;*
- *Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referênciação;*
- *Desenvolver e consolidar a rede de cuidados continuados integrados e supervisionar o seu funcionamento de acordo com as orientações definidas.”*

**Figura 2 - Organograma das unidades funcionais do Cuidados de Saúde Primários**



Fonte: Manual Acolhimento de Novos Colaboradores da UCC GH

## **6.2. Política de Proteção Dados da ARSC**

Este ponto tem como referência a Circular Normativa de 28 de junho de 2018, que aprova a Política de Privacidade de Dados da ARSC, IP, onde, estão definidas as orientações e procedimentos a adotar na comunicação de dados pessoais por forma a cumprir a legislação em vigor. Documentos disponíveis no site oficial da ARSC.

No documento supracitado, é referido que os pedidos para a comunicação de dados pessoais devem ser solicitados diretamente pelos profissionais, devidamente habilitados por organismos ou autoridades competentes (por exemplo, DGS para realizar auditorias) ao Conselho Diretivo da ARSC, IP, discriminando o objetivo, finalidade e o contexto que assistem ao tratamento de dados em formulário próprio. Os pedidos apresentados pelos profissionais de saúde da ARSC, IP, devem seguir o procedimento anterior mesmo que sejam responsáveis pelo ficheiro ou conjunto de utentes de uma Unidade Funcional (UF).

Quando se trata de estudos com interesse relevante para a atividade assistencial e/ou monitorização do Centro de Saúde ou de UF temos de ter em consideração duas situações:

- Sem identificação dos utentes, em que a comunicação de dados pessoais, anónima deve ser solicitada pelo Coordenadores da UF aos serviços competentes, fazendo referência à finalidade e enquadramento que assistem ao tratamento de dados, com preenchimento de um formulário estipulado;
- Com identificação dos utentes, a comunicação de dados pessoais, com identificação/pseudonimizados deve ser solicitada pelo Coordenadores da UF ao Conselho Diretivo da ARSC, IP, fazendo referência à finalidade e enquadramento que assistem ao tratamento de dados, com preenchimento de um formulário estipulado.

Quando se trata de estudos fora do exercício das respetivas competências e funções nos Centro de Saúde ou de UF, estes estudos são ensaios científicos/clínicos para efeitos curriculares ou outros, temos de ter em consideração duas situações:

- Sem identificação dos utentes, em que a comunicação de dados pessoais, anónima deve ser solicitada pelo Coordenadores da UF aos serviços competentes, fazendo referência à finalidade e enquadramento que assistem ao tratamento de dados, com preenchimento de um formulário estipulado;
- Com identificação dos utentes, a comunicação de dados pessoais, com identificação/pseudonimizados deve ser solicitada pelo Coordenadores da UF ao Conselho Diretivo da ARSC, IP, fazendo referência à finalidade e enquadramento que assistem ao tratamento de dados, com preenchimento de um formulário estipulado.

Os pedidos de comunicação de dados pessoais efetuados por profissionais de saúde/investigadores, enquanto participantes ou promotores em estudos /ensaios clínicos

para efeitos curriculares ou outros, com ou sem identificação dos utentes, devem preencher os formulários correspondentes (anexo I) e solicitar ao Conselho Diretivo da ARSC, IP. A indicação da finalidade e enquadramento que assistem ao tratamento dos dados é obrigatória, assim como a prévia validação junto dos órgãos e/ou comissões competentes no domínio ético-científico, no caso em que há identificação/pseudonimizados terá de existir consentimento livre e informado dos titulares de dados para que seja permitida a comunicação dos respetivos dados.

A anonimização os dados pessoais é uma técnica de processamento de dados que remove ou modifica informações que possam identificar um indivíduo. Os dados não podem ser associados a nenhuma pessoa específica. Com este tipo de análise há proteção da identidade dos utilizadores e os dados podem ser partilhados externamente e com segurança, tornando-os úteis para outros sem colocar a privacidade em risco (Universidade Coimbra, 2022, s/p.).

A pseudonimização é o processo de tratamento de dados pessoais em que estes deixem de poder ser atribuídos a um titular específico sem recorrer a informações adicionais, estas têm de ser mantidas em separado e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para certificar que os dados pessoais não possam ser concedidos a um indivíduo singular identificável ou reconhecida (artigo 4º, n.º 5 do RGPD).

O responsável pelo tratamento de dados pessoais é a ARSC, IP, com sede em Coimbra, a qual tem designado um Encarregado da Proteção de Dados que pode ser contactado via email ou via postal.

A ARSC, IP é a entidade responsável pela recolha e tratamentos de dados pessoais utilizados no contexto dos serviços por si prestados. Esta entidade recolhe e trata todos os dados a que tem acesso pelas mais variadas formas de recolha, podendo incluir dados de identificação e outros, assim como todo o processo clínico. O titular de dados pode dar o seu consentimento, relativamente à articulação com os diversos sistemas de informação e/ou entidades do Ministério da Saúde, entidades terceiras do setor da saúde ou aos profissionais de saúde. Estes consentimentos podem ser cancelados a qualquer momento, nos termos da legislação em vigor. A comunicação de dados anonimizados pode ser facultada, garantindo a privacidade dos titulares dos dados pessoais, no caso de ser necessária a identificação é necessário consentimento e prévia validação junto dos órgãos e/ou comissões competentes

no domínio ético-científico. A ARS, IP, comunica os dados pessoais do titular, nos termos da lei, às entidades legalmente competentes e habilitadas.

A finalidade do tratamento dos dados pessoais recolhidos são:

- Medicina preventiva, diagnóstico médico, prestação de cuidados/tratamentos médicos;
- Estudos no âmbito da Saúde Pública e Epidemiologia;
- Estudos científicos no âmbito das Ciências da Saúde;
- Gestão de serviços de saúde
- Proteção dos interesses vitais dos titulares dos dados ou qualquer outra finalidade legítima prevista na lei.

O tratamento de dados pessoais, referidos anteriormente, só terá viabilidade se existir:

- consentimento para uma ou mais finalidades específicas do titular de dados;
- necessidade para a defesa de interesses vitais do titular ou de outra pessoa singular;
- indispensável para o cumprimento de obrigações jurídicas à qual o responsável pelo tratamento de dados esteja sujeito;
- necessidade para o exercício de funções de interesse público;
- para efeitos de interesses legítimos continuados pelo responsável pelo tratamento.

Os dados serão conservados pelo período mínimo necessário para atingir os objetivos do estudo, sem prejuízo das disposições legais ou regulamentos em contrário.

Os titulares dos dados pessoais têm direitos:

- Podem solicitar à ARSC, IP, o acesso aos seus dados pessoais, assim como a sua retificação ou a sua eliminação, limitação ou oposição ao tratamento de dados, direito à portabilidade dos dados nos casos dispostos na lei (artigo 16º e seguintes do RGPD);
- Se o tratamento de dados exigir consentimento o titular pode suspender ou retirar o mesmo em qualquer momento, sem comprometer a licitude do tratamento realizado com base no consentimento antecipadamente dado;
- Qualquer ação anteriormente descrita será realizada por contato direto à ARSC, IP (via email ou postal).

O titular pode apresentar reclamação à entidade de controlo ou acionar um processo na justiça contra a entidade de controlo ou responsável pelo tratamento ou subcontratante, nos termos previsto na legislação (artigo 77º, 78º e 79º do RGPD).

À ARSC, IP cumpre assumir o compromisso de garantir a proteção e segurança dos dados pessoais que lhe são confiados, tendo em prática medidas técnicas e organizativas adequadas contra a utilização por terceiros de forma inadvertida, utilizando ligações seguras (encriptadas) com recurso a chaves pessoais e inequívocas, salvaguardando a privacidade e minimizando o risco de interceção de dados durante a comunicação.

### **6.3.ACeS PL**

O texto infra redigido tem a sua fundamentação no BI-CSP e no Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde Agrupamento dos Centros de Saúde Pinhal Litoral (ACeS PL) de 2020.

A área geográfica que o ACeS PL abrange, só terá a equidade em matéria de saúde quando toda a população tiver acesso aos cuidados de saúde, sabemos que o pilar são os CSP uma vez que é através dos CSP que se previne e promove a saúde. A principal missão do ACeS PL é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da área geodemográfica do Pinhal Litoral (Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de novembro). Tem como visão maximizar os ganhos em saúde da população da área de abrangência do ACeS através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os setores da sociedade local, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania. A solidariedade institucional e pessoal, o elevado sentido ético, uma permanente atitude de cidadania responsável e comprometida. Os valores fundamentais do Sistema de Saúde são a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade.

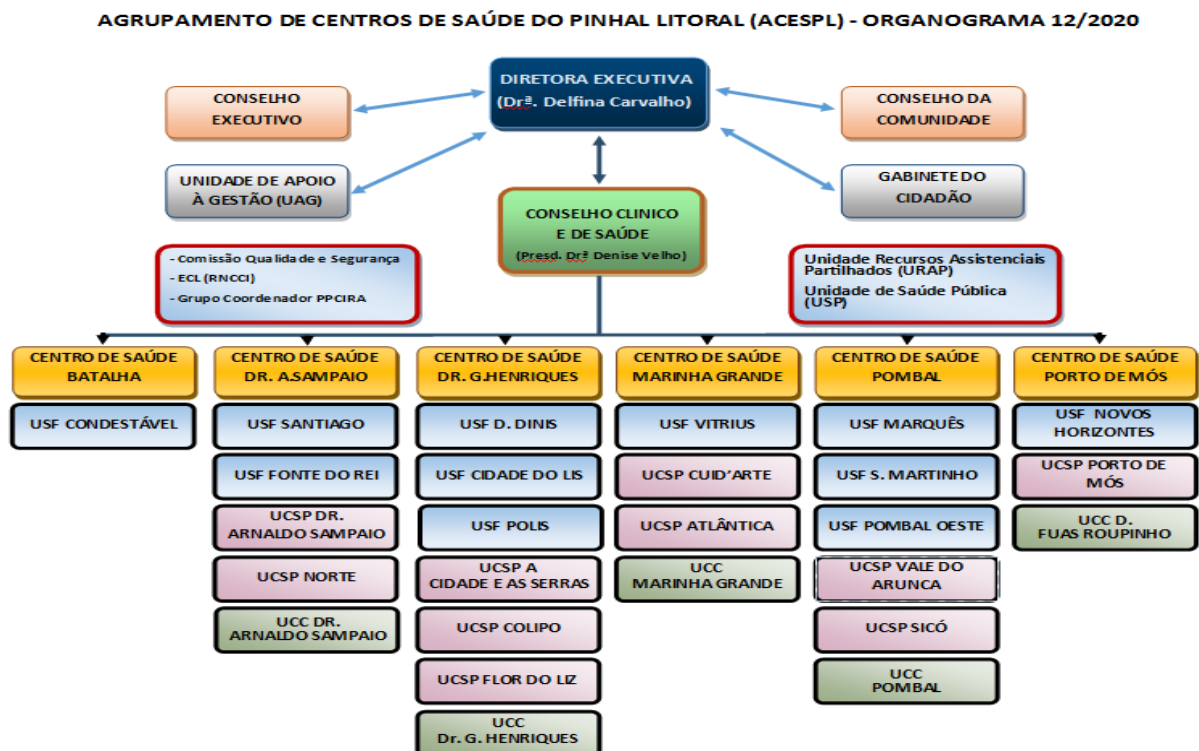
O ACeS PL insere-se no Distrito de Leiria e abrange a área geográfica dos concelhos da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal e Porto de Mós com uma população residente de 274 632 indivíduos.

A sede localiza-se na cidade de Leiria, sendo composto pelos Centros de Saúde da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Pombal, Porto de Mós. Está descentralizado em várias unidades funcionais, atualmente 28 unidades funcionais: onze Unidades de Saúde Familiar (USF), dez

Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), cinco Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (fonte: Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

O ACeS PL tem um total de 274,813 utentes inscritos, 689 profissionais de saúde distribuídos pelas diversas classes profissionais: 197 médicos, 227 enfermeiros, 174 secretários clínicos, 91 outros profissionais incluindo 64 clínicos internos.

**Figura 3 - Organograma ACeS PL**



Fonte – Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde ACeS Pinhal Litoral (2020)

## 6.4. Proteção de dados no ACES PL

A informação descrita foi recolhida junto da responsável da Unidade de Apoio à Gestão (UAG) do ACeS PL. Esta entidade tem como princípio a segurança dos dados pessoais de saúde, de maneira a salvaguardar a confidencialidade da informação, nos termos da legislação em vigor.

No ACeS PL não há nomeação para responsável pelo tratamento de dados e/ou encarregado da proteção de dados. Anteriormente à pandemia, por COVID-19, a ARSC enviou um documento a informar para a necessidade desta nomeação, mas com a pandemia este tema ficou suspenso, com o retomar da atividade pré pandemia, a responsável pela UAG acredita que será uma medida que a ARSC recuperará.

Atualmente, todos os pedidos para consulta de processo individual e/ou recolha de dados pessoais, têm de ser dirigidos à Diretora Executiva (DE), após o seu parecer favorável, são concedidos os dados pessoais no disposto na lei em vigor. A consulta ao processo individual é acompanhada, de forma a garantir a não violação do mesmo.

Na sede do ACeS PL estão guardados os processos individuais de todos os profissionais desta organização, os processos clínicos estão reservados nas unidades de saúde. Os processos individuais estão armazenados em armários, num gabinete determinado para este fim, ambos fechados à chave, sendo a segurança da responsabilidade da seção de pessoal.

Atualmente cada seção tem um responsável pela segurança dos processos individuais e cada funcionário é responsabilizado pelo acesso e tratamento de dados que tem a seu cargo.

Na sede do ACeS PL a atividade diária dos profissionais é com dados pessoais, todo o profissional tem como princípio, guardar todo o documento que contenha dados pessoais, aquando do atendimento de um outro profissional, de forma a preservar e assegurar a não divulgação de qualquer dado pessoal.

Não existe, à data, procedimento interno sobre proteção de dados, o ACeS PL rege-se pela lei geral da proteção de dados pessoais e circulares normativas emanadas pela ARSC.

Sempre que existe queixa de violação de acesso/tratamento de dados pessoais, o caso é encaminhado para a Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e é instaurado processo disciplinar.

A IGAS é um serviço central da administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, integrado no Ministério da Saúde. A norma da IGAS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 33/2012, de 13 de fevereiro, refere que a sua missão é *“auditar, inspecionar, fiscalizar e desenvolver a ação disciplinar no sector da saúde, com vista a assegurar o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de atuação em todos os domínios da atividade e da prestação dos cuidados de saúde desenvolvidos quer pelos serviços, estabelecimentos e organismos do Ministério da Saúde, adiante abreviadamente designado por MS, ou por este*

*tutelados, quer ainda pelas entidades privadas, pessoas singulares ou coletivas, com ou sem fins lucrativos”.*

No que respeita à informação digital o Gabinete de Informática do ACeS PL tem implementados métodos e parâmetros de segurança da informação dos utentes:

- Todos os postos de trabalho possuem antivírus instalado;
- As aplicações utilizadas permitem a parametrização de níveis de acesso;
- São realizados backups periódicos, quer das bases de dados de dados de informação clínica (SAM, SAPE e SINUS) quer de servidores de infraestrutura;
- Cada utilizador possui identificador e palavra-passe pessoal para os vários sistemas em uso;
- A mudança periódica de password, quando não exigida pelas aplicações, é da responsabilidade do utilizador;
- O servidor do ACES é de acesso restrito aos utilizadores da RIS.

Existe na pasta pública, que todos os profissionais do ACeS PL têm acesso, a pasta do cidadão seguro onde estão vários documentos referentes à segurança, emanadas pelo Centro Nacional de Cibersegurança de Portugal.

Cada profissional tem atribuído um e-mail institucional, no domínio min-saude.pt, garantindo a confidencialidade e o melhor tratamento da informação.

Todas as UF possuem um e-mail institucional que garante a confidencialidade e o melhor tratamento da informação e é este e-mail que deve ser divulgado aos utentes da UF.

Todos os computadores e programas instalados, utilizados nas UF do ACeS PL, são de utilização exclusiva na rede de domínio do Ministério da Saúde e o acesso só é permitido após colocação de palavra-chave pessoal e intransmissível. Sempre que o profissional se ausenta do seu posto de trabalho deve trocar de conta ou terminar sessão.

As UF do ACeS PL, são unidades formadoras, pelo que mediante autorização prévia, permite que os alunos de medicina e de enfermagem, assim como os médicos internos, tenham acesso aos processos clínicos para estudos de investigação e terá sempre o acordo dos utentes selecionados, através de assinatura de consentimento informado, livre e esclarecido.

## **6.5. Unidade Familiar de Saúde D. Diniz (USF D. Diniz)**

A USF D. Diniz iniciou a sua atividade a 29 de novembro de 2006, é parte integrante do ACeS PL, sendo constituída por uma equipa multiprofissional, tendo 11 247 utentes inscritos.

Encontra-se em processo de acreditação, que em fase de pandemia foi suspenso e esperam reiniciar a curto prazo.

A descrição infra efetuada tem como referência o procedimento interno e folheto informativo sobre a confidencialidade e proteção de dados pessoais em vigor na USF D. Diniz. A informação foi consolidada após esclarecimento pessoal com um elemento do Conselho Técnico.

### **6.5.1. Missão, Visão e valores**

A equipa da USF D. Diniz toma como missão a prestação de cuidados de saúde globais, personalizados e adequados às famílias inscritas na USF. Prestar cuidados de saúde na área dos CSP adaptados às exigências atuais e com capacidade para evoluir tecnicamente, capazes de nos distinguirmos pela qualidade dos cuidados prestados, pela satisfação dos utentes e dos profissionais.

#### Visão

Manter uma USF capaz de prestar cuidados de saúde humanizados, de excelência, dando particular ênfase à satisfação dos utentes e profissionais, à formação e investigação, sempre baseados na avaliação sistemática de todas as atividades desenvolvidas (qualidade; satisfação; profissionalismo; ética; rigor)

#### Valores

Todos os elementos que constituem a U.S.F. D. Diniz estão conscientes da importância do trabalho em equipa, da interdependência do trabalho de todos os profissionais pelo que definiu como valores fundamentais os seguintes o rigor, a unidade, a liberdade e a excelência, em resumo a equipa pretende se desenvolver com REGRA (BI\_CSP).

### **6.5.2. Procedimentos para proteção de dados**

A USF D. Diniz cumpre as orientações emanadas pela ARS C, IP, que vão ao encontro da legislação em vigor, tendo inclusivamente um folheto informativo para todos os profissionais e utentes das orientações gerais da sua atuação em termos de Proteção de Dados Pessoais de Saúde.

No folheto informativo “Proteção de Dados Pessoais do Utente – um Direito dos Cidadãos” são descritos os pontos principais na gestão do acesso e proteção de dados pessoais em saúde.

Todos os profissionais, que integram a equipa multidisciplinar da USF D. Diniz expressam o compromisso escrito com a segurança e confidencialidade de todas as informações alusivas ao processo clínico do utente. Se o profissional de saúde cessar funções na unidade USF D. Diniz mantém a obrigatoriedade do segredo profissional. Os alunos de enfermagem ou internos do ano comum assinam o Compromisso de Confidencialidade no início do estágio. Os documentos acima referidos ficam arquivados na secretaria.

De forma a garantir a confidencialidade de atendimento no balcão administrativo existe separação entre os postos de trabalho e fila única distinta para cada posto de trabalho e os gabinetes de consulta médica/enfermagem são utilizados por um único profissional de saúde e utente (um de cada vez).

Toda a informação, em papel, circula em pasta fechada e opaca e os circuitos devidamente identificados para os diversos tipos de informação escrita (arquivo; para enviar; etc). Todos os locais de armazenamento de informação estão fechados à chave e o local onde estão as chaves do conhecimento dos profissionais. Os processos familiares em suporte de papel também se encontram arquivados em local próprio, identificados e destinado a cada equipa de saúde, em armário fechado à chave. Todo o documento que não necessita de arquivo é colocado em local próprio para sua posterior destruição (destruidor de papel).

Aquando da recolha de dados pessoais, dos utentes, estes têm de ser informados sobre a finalidade dos dados, o responsável pelo tratamento de dados, a quem podem ser comunicados, se tem a possibilidade de os retificar e em que condições (caso seja necessário) e as consequências se não responder às questões facultativas ou obrigatórias.

Toda a informação veiculado por telefone é preferencialmente realizada no Back Office, omitindo sempre qualquer elemento identificativo do utente, no entanto a informação pessoal só é fornecida ao titular de dados pessoais ou ao seu representante legal.

O direito de acesso à informação responde ao exposto na Lei nº 12/2005 (artigo 3º) “*a informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, analisados e outros exames, intervenções e diagnósticos é propriedade da pessoa*”, assim o utente tem direito de ser informado sobre os seus dados clínicos, este acesso é efetuado pelo clínico escolhido pelo titular dos dados pessoais de saúde. O acesso ao processo clínico é efetuado após preenchimento, pelo próprio ou pelo representante legal, de um requerimento de solicitação de relatório/informação clínica vigente na unidade e entregar na secretária clínica da UF.

O utente pode aceder a alguma informação clínica no Portal do SNS – Área do Cidadão.

O utente da USF D. Diniz tem o direito que os seus dados estejam atualizados, solicitando a sua retificação junto da secretária clínica da UF.

Como descrito no documento oficial da USF D. Dinis os dados pessoais a que a UF tem acesso serão facultados pelo utente, voluntariamente, no secretariado e no decorrer das consultas médicas e de enfermagem, a finalidade é exclusivamente para a prestação de cuidados de saúde e os documentos pedidos serão Cartão de Cidadão/BI, morada e contatos, dados indispensáveis para contactar o utente em caso de necessidade.

O utente tem o direito de não permitir a recolha e tratamento de dado pessoais de saúde para efeitos de marketing direto ou de qualquer outra forma de prospeção, assim como a comunicação dos seus dados a terceiros, salvo por disposição legal em contrário.

Em situações em que o utente seja menor ou incapaz e exista tutor ou representante legal, este tem de apresentar documento oficial com essa informação e uma cópia terá de ser cedida à UF que será arquivada no processo clínico do utente. Em situações de divórcio, deverá ser entregue cópia do documento oficial com identificação do responsável paternal da criança, dado que o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (art. 38º CP).

## **6.6.Unidade Familiar de Saúde Cidade do Lis (USF Cidade do Lis)**

A USF Cidade do Lis iniciou formalmente funções no dia 3 de setembro de 2013, em junho de 2016 foi aprovado o Parecer Técnico para a passagem a modelo B, com homologação a partir 01 de novembro de 2016 e em fevereiro de 2022 obteve a Acreditação.

A USF Cidade do Lis é uma das UF Do ACeS PL, pertencente à ARS Centro, instalada no Edifício do Centro de Saúde Dr. Gorjão Henriques e tem 11 101 utentes inscritos (USF Cidade do Lis, 2018, p.3-4).

A descrição infra efetuada tem como referência o procedimento interno “Proteção Dados Pessoais/ Política Privacidade de Dados”. A informação foi consolidada após esclarecimento pessoal com um elemento do Conselho Técnico.

#### **6.6.1. Missão, Valores e Visão**

A Missão da USF Cidade do Lis é prestar serviços no âmbito dos Cuidados Primários de Saúde com padrões de qualidade elevados, humanizados garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade de cuidados a toda a população pertencente à unidade, trazendo ganhos em qualidade, eficiência, racionalização de gastos e harmonização dos serviços.

Como valores tem a honestidade, solidariedade, motivação, humildade, ética profissional, respeito; compromisso, comunicação; responsabilidade, empenho; rigor científico, competência, profissionalismo, eficiência; humanização, tolerância; interajuda; organização, disponibilidade, zelo profissional, dedicação; lealdade; confiança; sinceridade e frontalidade.

A sua visão é *“fazer que o melhor da equipa seja bem mais que a soma do melhor de cada um, contribuindo para dignificar e melhorar os CSP, pilar do SNS”*.

#### **6.6.2. Procedimentos para proteção de dados**

A USF Cidade do Lis cumpre as orientações emanadas pela ARS C, IP, que vão ao encontro da legislação em vigor, não possui folheto informativo, mas um cartaz afixado em local visível e acessível a todos os utentes, este tem descritos a missão, valores, visão, compromisso com os utentes e resposta aos utentes.

O procedimento interno “Proteção Dados Pessoais/ Política Privacidade de Dados” tem como objetivo consciencializar os profissionais para a importância do cumprimento dos preceitos éticos profissionais e da legislação em vigor, no que respeita à proteção e confidencialidade dos dados pessoais que são confiados à UF e informar os utentes dos direitos que lhes assistem.

Todos os profissionais, que integram a equipa multidisciplinar da USF Cidade do Lis subscrevem a Carta de Compromisso da Unidade, que inclui o compromisso de confidencialidade e de segredo profissional, de todas as informações referentes ao estado de saúde do doente e aos dados de carácter pessoal, que se mantem mesmo após o falecimento do utente e também após a saída do profissional da unidade. Assim como alunos de enfermagem ou internos do ano comum assinam o Compromisso de Confidencialidade no início do estágio. Os documentos acima referidos ficam arquivados na secretaria.

A USF Cidade do Lis, garante a privacidade do utente em todos os locais de atendimento, no balcão administrativo, existem dificuldades dada a arquitetura do serviço, mas há separação entre os postos de trabalho e fila única, com atendimento por pessoa distinta para cada posto de trabalho e os gabinetes de consulta médica/enfermagem são utilizados por um único profissional de saúde e utente (um de cada vez).

Como descrito no procedimento interno, após cada consulta o médico/enfermeiro, deve guardar qualquer elemento identificativo dos utentes de consultas anteriores e não deve atender o telefone durante a consulta, mas sobretudo não atender telefonemas de outros utentes. As consultas e/ou tratamentos são realizadas em gabinete com porta fechada, qualquer ato de diagnóstico ou terapêutico só pode ser realizado na presença de profissionais indispensáveis à sua execução, salvo se o utente consentir ou pedir a presença de outros elementos.

O profissional da USF Cidade do Lis não deve imprimir listagens de utentes com identificação pessoal, se for necessário deve circular em pasta fechada e opaca, respeitando, sempre o “circuito” dos processos em suporte papel.

O envio de correio eletrónico, com a mesma informação, para vários utentes ao mesmo tempo deve ser efetuado com os preceitos de confidencialidade (BCC).

Toda a informação, em papel, circula em pasta fechada e opaca e os circuitos devidamente identificados para os diversos tipos de informação escrita (arquivo; para enviar; etc). Todos os locais de armazenamento de informação estão fechados à chave e o local onde estão as

chaves do conhecimento dos profissionais. Os processos familiares em suporte de papel também se encontram arquivados em local próprio, identificados e destinado a cada equipa de saúde, em armário fechado à chave. Todo o documento que não necessita de arquivo é colocado em local próprio para sua posterior destruição (destruidor de papel).

O pedido de consentimento informado é pedido ao utente nas situações previstas na lei.

O utente tem direito de ser informado sobre os seus dados clínicos, este acesso é efetuado pelo médico de família. O acesso ao processo clínico é efetuado após preenchimento, pelo próprio ou pelo representante legal, de um requerimento de solicitação de relatório/informação clínica vigente na unidade e entregar na secretária clínica da UF.

O utente da USF Cidade do Lis tem o direito que os seus dados estejam atualizados, solicitando a sua retificação junto da secretária clínica da UF.

Como descrito no documento oficial da USF Cidade do Lis os dados pessoais a que a UF tem acesso serão facultados pelo utente, voluntariamente, no secretariado e no decorrer das consultas médicas e de enfermagem, a finalidade é exclusivamente para a prestação de cuidados de saúde e os documentos pedidos serão Cartão de Cidadão/BI, morada e contatos, dados indispensáveis para contactar o utente em caso de necessidade.

O utente tem o direito de não permitir a recolha e tratamento de dado pessoais de saúde para efeitos de marketing direto ou de qualquer outra forma de prospeção, assim como a comunicação dos seus dados a terceiros, salvo por disposição legal em contrário.

Em situações em que o utente seja menor ou incapaz e exista tutor ou representante legal, este tem de apresentar documento oficial com essa informação e uma cópia terá de ser cedida à UF que será arquivada no processo clínico do utente. Em situações de divórcio, deverá ser entregue cópia do documento oficial com identificação do responsável paternal da criança, dado que o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (art. 38º CP).

De forma a manter as boas práticas e evitar as inconformidades são realizadas auditorias internas semestrais, se forem detetadas inconformidades são decididas em conselho geral medidas corretivas para debelar as inconformidades.

## **6.7. Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Gorjão Henriques (UCC GH)**

A UCC GH iniciou a sua atividade no dia 02 de janeiro de 2020, após homologação do Parecer Técnico da Equipa Regional de Apoio – Centro no dia 18 de dezembro de 2019.

A UCC GH é uma unidade de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente dedicada às pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que necessitem de acompanhamento próximo (Plano de Ação da UCC GH 2020-2022).

É uma UF autónoma a nível organizacional e técnico, integrada no ACeS Pinhal Litoral, funcionando em estreita relação com as outras unidades funcionais que são parte integrante do ACeS PL e com parcerias a nível da comunidade, indispensáveis à concretização da sua missão (artigo 2º do Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril).

A equipa da UCCGH tem como objetivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção, de forma a obter ganhos em saúde (Plano de Ação da UCC GH 2020-2022). Para esse efeito os profissionais adotam um conjunto de valores que norteiam a sua atividade, dando sentido à sua existência e constituindo garantia de um exercício adequado (DL nº 28/2008, republicado pelo DL n.º 253/2012, de 27 de novembro):

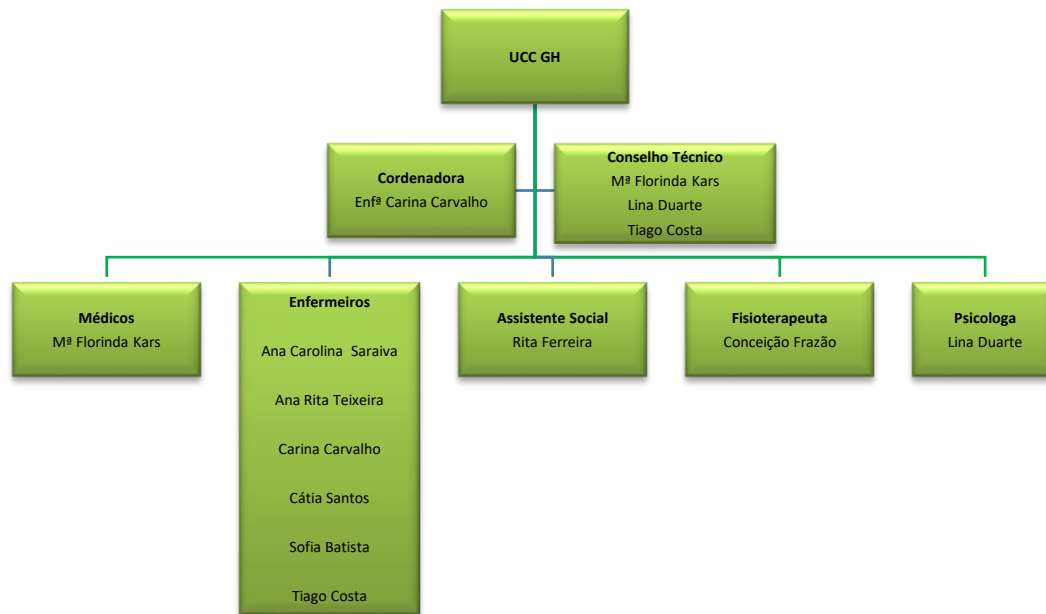
- ✓ Cooperação;
- ✓ Solidariedade e trabalho de equipa;
- ✓ Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica;
- ✓ Articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACeS PL;
- ✓ Parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras);
- ✓ Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional.

Foram definidos compromissos e garantias a assumir com a tutela, através da Carta de Compromisso Assistencial, bem como, com a população da área geográfica mediante a elaboração de uma Carta da Qualidade.

A UCC tem, de acordo com o Decreto-Lei referido em epígrafe e Despacho 10143/2009, de 16 de abril, a missão de “*contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da*

*sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde...” e “... assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida...”*

**Figura 4 - Organograma da UCC GH**



Fonte – Manual de Acolhimento a Novos Colaboradores da UCC GH (2022)

### 6.7.1. Missão, Visão e Valores da UCC GH

**MISSÃO:** prestar cuidados de saúde e de apoio psicológico e social ao Cidadão/Família/Grupo/Comunidade, sempre norteados pela excelência.

**VISÃO:** assegurar respostas integradas, articuladas e diferenciadas, de proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados, obtenção de ganhos em saúde e melhoria da Acessibilidade e equidade.

**VALORES:**

- Cooperação entre todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da Acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- Solidariedade e trabalho em equipa;
- Autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
- Articulação com as outras unidades funcionais da área geográfica abrangida pelo centro de saúde Dr. Gorjão Henriques;
- Parceria com estruturas da comunidade local;
- Avaliação contínua;
- Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus colaboradores, promotores de ganhos, motivação e satisfação profissional;
- Foco no cliente – a organização depende dos seus clientes, pelo que deve entender as suas necessidades atuais e futuras, satisfazê-las e implementar métodos para monitorizar a sua perceção quanto aos produtos e serviços fornecidos;
- Melhoria contínua – como objetivo permanente da organização e transversal a todos os programas da carteira de serviços, garante que, através de ações preventivas e corretivas, se caminhe na procura da excelência.

Referido no Plano de Ação da UCC GH 2020-2022.

### **6.7.2. Procedimentos para proteção de dados**

A UCC GH tem a preocupação de proteger os dados de saúde dos seus utentes, o acesso e tratamento dos dados pessoais é realizado no estrito cumprimento da legislação de proteção de dados pessoais em vigor.

A UCC GH implementou as medidas exigidas e cumpre com as normas emanadas pela ARSC de segurança e internamente, a nível técnico e organizacional, também implementou as medidas necessárias para garantir a segurança dos dados de carácter pessoal que lhe sejam fornecidos de forma a evitar a sua alteração, perda, tratamento e/ou acesso não autorizado.

Os profissionais da UCC GH cumprem as regras de acessos às plataformas digitais, os dados em papel são guardados em armário fechado, apenas a equipa multidisciplinar tem acesso.

Na UCC GH a sua atividade maioritariamente é grupal, idosos, grávidas, comunidade escolar, puérperas e outras, cada programa da UF possui um regulamento que define a organização e funcionamento dos mesmos e os participantes tem de consentir e concordar com o mesmo. Nos programas em que os participantes não têm dificuldade em utilizar os meios digitais o regulamento do programa, que o utente vai participar, é enviado por correio eletrónico, ao qual terá de responder se concorda ou não com as normas, regras e funcionamento, nas situações em que o utente não tenha acesso, não domine ou tenha outra dificuldade com as redes digitais, ser-lhe-á explanado o regulamento oralmente e dará o seu consentimento escrito e assinado. Sempre que um utente não concorde com algum ponto do regulamento tenta-se encontrar uma solução, se esta não for exequível o utente não frequentará a atividade.

Quando a UCC GH pretende realizar um estudo específico é facultado um consentimento que após esclarecido, assinará. Os resultados ser-lhe-ão facultados e pode a qualquer momento cancelar a sua participação, como previsto na lei. O armazenamento de dados pessoais será o estritamente necessário para o cumprimento dos objetivos do estudo.

## 7. Opinião do Autor

A publicação do RGPD fez emergir uma nova preocupação e consciencialização nos profissionais de saúde em matéria de proteção de dados. Os profissionais e, nomeadamente, as instituições tiveram de se adaptar e realizar alterações nos procedimentos internos de forma a dar resposta à nova realidade para evitar violações à lei da proteção de dados pessoais, que pudessem resultar em processos jurídicos. Contudo, toda esta transformação não levou a que as entidades realizassem formação para atualização e aquisição de novos conhecimentos na questão da nova legislação (RGPD) para os profissionais, existiu alguma sensibilização, mas formação em serviço foi escassa.

Os dados pessoais em saúde são considerados sensíveis, privados e abrangentes, como descrito no artigo 3º da Lei n.º 12/2005 refere que a *“informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa”*.

Anteriormente ao RGPD, o profissional de saúde tinha em consideração o sigilo profissional e o código deontológico da sua área profissional, mas o RGPD veio aumentar as responsabilidades e/ou a consciencialização da forma como os dados pessoais são tratados, uma vez que reforça o direito do cidadão pelos seus dados e impõe regras mais restritas às entidades que utilizam esses dados.

Iniciei a minha atividade profissional em 1996, a proteção de dados pessoais era desconhecida, a Lei da proteção de dados pessoais entra em vigor em 2018.

A grande problemática na aplicabilidade do RGPD refere-se aos pedidos de informação pelos titulares e/ou familiares dos dados pessoais e às obrigações legais que nos encontramos dependentes. Acontece com frequência, desconhecimento e dúvidas em relação à atuação na questão de proteção de dados pessoais de saúde dos utentes, especificamente em facultar o acesso aos seus dados pessoais, anteriormente, pensava-se que os dados eram institucionais, o RGPD alterou totalmente este conceito, o proprietário é o utente e a instituição é apenas consignatária dos dados individuais.

Os profissionais de saúde, têm acesso a inúmeros dados, determinantes para conhecer aprofundadamente o utente e a sua situação clínica, estes dados determinam a escolha dos procedimentos terapêuticos a seguir. De referir que a recolha de dados é o resultado de uma

relação que se estabelece entre o utente e o profissional de saúde, a relação terapêutica, uma relação de confiança, em que o utente disponibiliza toda a informação para um fim determinado como o diagnóstico ou intervenção terapêutica/paliativa, o que significa que as informações passam a ser do conhecimento de uma equipa multidisciplinar e a organização de saúde é um local de armazenamento de informação de saúde pertencentes a todos os indivíduos por elas assistidas. Muita informação armazenada nestas instituições, só é possível uma vez que é necessária para o tratamento da pessoa, e só com esta finalidade que são cedidos determinados dados, pelo que a segurança da proteção destes dados é fundamental e tão discutida (Deodato, 2017, p. 17-18).

O sigilo profissional impede os profissionais de saúde de cederem dados clínicos do utente sem o seu consentimento, se acontecer divulgação o profissional incorre num processo criminal, como definido no artigo 195º do Código Penal e o artigo 135 do Código de Processo Penal. Os profissionais da área da saúde têm de ter em consideração, na sua prática diária, especificamente, na divulgação de dados pessoais de saúde os princípios deontológicos e jurídicos (Deodato, 2017, p. 21).

A realização deste trabalho evidenciou a importância e necessidade de uma maior atenção para a questão do RGPD e consciencializou-me, como coordenadora de uma UF, dos riscos que enfrentamos diariamente na nossa prática diária, no respeitante ao tema exposto. Verifiquei que existe necessidade de formação interna sobre o tema, a qual irei realizar após a conclusão desta dissertação, uma vez realizamos algumas práticas que não estão em conformidade com a legislação e podemos incorrer em processo disciplinar, com repercussões graves para o exercício futuro.

A ameaça de ciberataques, uma vez que a maioria do armazenamento de dados em saúde é realizado em plataformas digitais, leva a uma preocupação crescente na segurança e as medidas de proteção têm de ser constantemente atualizadas e reforçadas, aumentando a monitorização dos fluxos de dados pessoais. Recentemente, verificaram-se vários ataques a instituições de saúde o que demonstrou que estas são um setor vulnerável e suscetíveis à criminalidade informática.

O número crescente de ataques informáticos fez com que o paradigma, de proteção de dados, se alterasse, há consciencialização para a necessidade de mudança de comportamentos na recolha e tratamento de dados pessoais e atualização de conhecimentos/práticas na atividade

diária para não incorrerem em incumprimento e se iniciar processo disciplinar com graves consequências a nível profissional.

## 8. Conclusão

A primeira grande reforma legislativa, na UE, no que concerne à proteção de dados pessoais foi o RGPD e o objetivo é fornecer maior proteção no tratamento de dados pessoais e tem como base novas obrigações e responsabilidades para as organizações, novos direitos para os titulares de dados pessoais e novos poderes para as autoridades nacionais de proteção de dados (Nunes, 2019, p. 61).

Os dados pessoais de saúde são muito específicos e contêm informações de vida (passada, presente e futura) e tem de ser garantida uma proteção especial, merecendo especial atenção aos possíveis acessos indevidos, uma vez que estamos na era da tecnologia e esta será um desafio permanente à segurança. As organizações de saúde não podem descurar uma vez que são fiéis depositarias de um património privado (Deodato, 2017, p.39).

A recolha e tratamento de dados pessoais requer, sempre, honestidade, transparência e consentimento. A finalidade da recolha deve ser honrada, com a globalização e a nova era digital com que nos deparamos a preocupação com o armazenamento e tratamento dos dados pessoais, é maior. No entanto, existe uma crescente potencialidade que ainda não está a ser devidamente explorada, nomeadamente na investigação em saúde. A partilha deve ser facultada para que haja um desenvolvimento, evolução e progresso científico de forma a melhorar a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida da população. Quanto mais dados estiverem ao acesso dos cientistas mais eficiente será o desenvolvimento tecnológico o que irá originar uma melhor eficácia dos serviços de saúde assim como o fortalecimento do conhecimento da população na promoção, prevenção e gestão da doença (Almada et al., 2020, p. 828).

A implementação do RGPD não tem sido tarefa fácil, principalmente nas entidades públicas, implicou mudanças na organização das instituições, os recursos humanos e financeiros são insuficientes e a exigência e complexidade do regulamento são imensas, o que torna a sua efetivação difícil.

O tema da recolha e tratamento de dados pessoais de saúde é muito abrangente e controverso, com opiniões muito divergentes, mas o objetivo é a melhoria continua dos cuidados e serviços de saúde respeitando a privacidade dos pacientes, cumprindo, sempre, a legislação em vigor.

A realização deste trabalho foi desafiante e permitiu aprofundar conhecimentos nesta área. Permitiu a consciencialização sobre a problemática e o conhecimento das práticas em termos de proteção de dados na ARSC, IP, ACeS PL e diferentes UF. Tomei consciência, como coordenadora da UCC GH, que ainda existem vários procedimentos a ser realizados nos diferentes programas da UF e que algumas atitudes na nossa atividade diária têm de sofrer pequenas alterações, como por exemplo, a divulgação, ao núcleo familiar, de dados pessoais de saúde do titular sem o seu prévio consentimento.

Ao findar este trabalho considero que atingi os objetivos inicialmente propostos, no entanto senti alguma dificuldade, uma vez que o tema é muito abrangente e a seleção da bibliografia e escolha de conteúdo não foi tarefa fácil.

## Referências Bibliográficas

- ✓ Administração Central do Sistema de Saúde (2014), Departamentos e Unidades – Rede Hospitalar do SNS. Disponível em: <http://www.acss.minsaude.pt/%C3%81reaseUnidades/InvestimentosInstalEquipamentos/Destaques/SistNacionalIdentifInstitui%C3%A7%C3%B5esSistSa%C3%BAde/RedeHospitalardoSNS/tabid/318/language/pt-PT/Default.aspx>. Acesso a 22 janeiro de 2022.
- ✓ Administração Central do Sistema da Saúde (ACSS). (2018). Parcerias Público-Privadas no setor da Saúde. Retirado de: <http://www2.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestãoeFinanciamentoPrestSaúde/ParceriasPúblicoPrivadas/tabid/1222/language/pt-PT/Default.aspx> Acesso a 26 de dezembro 2020.
- ✓ ACeS do Pinhal Litoral. (2020). *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde*. Retirado de: <http://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2021/04/ACeS-PL-Relatorio-de-acesso-2020.pdf>. Acesso a 05 março 2022.
- ✓ (s/ autor). (26.03.2021). A proteção de dados ao abrigo do RGPD. Retirado de: [https://europa.eu/youreurope/business/dealing-with-customers/data-protection/data-protection-gdpr/index\\_pt.htm](https://europa.eu/youreurope/business/dealing-with-customers/data-protection/data-protection-gdpr/index_pt.htm) . Acesso a 16 outubro de 2021.
- ✓ Almada, M., Midão, L., Portela, D., Dias, I., Núñez-Benjumea, F.J., Parra-Calderon, C.L., Costa, E. (2020). Um Novo Paradigma em Investigação em Saúde: Dados FAIR (Localizáveis, Acessíveis, Interoperáveis, Reutilizáveis). *Acta Médica Portuguesa*. Dezembro. 33(12): 828-834. <https://doi.org/10.20344/amp.12910>.
- ✓ Almeida, M. A. (2005). Parcerias Público-Privadas: a experiência portuguesa. *Revista Direito e Justiça*. Volume Especial 2005, 175-190.
- ✓ António, I. (junho de 2014). Das Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: Análise e reflexão sobre alguns Aspectos Económico-Financeiros. *Revista Electrónica de Direito*. 0(2). Retirado de: <https://cije.up.pt/pt/red/edicoes-antiores/2014-nordm-2/das-parcerias-publico->

- [privadas-no-sector-da-saude-analise-e-reflexao-sobre-alguns-aspectos-economico-financeiros/](#). Acesso a 26 de dezembro 2020.
- ✓ Amorim, A.R.M.S. (2018). O Impacto dos Fundos Comunitários Europeus nos Serviços de Saúde na Região Norte. (Dissertação de Mestrado). Retirado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/116422/2/296095.pdf>. Acesso a 16 outubro de 202.
  - ✓ Assunção, B.M.G. (2013). A Importância dos Fundos Estruturais no Desenvolvimento Empresarial Português: Uma Visão Prática a partir do IAPMEI. (Relatório de estágio). Retirado de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25407/3/RE%20Beatriz%20Assun%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acedido a 20 de abril de 2021.
  - ✓ Barão, M.S.V. (2017). Análise das Parcerias Público-Privadas. (Dissertação de Mestrado). Retirado de : <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/119813/2/333907.pdf>. Acesso a 18 de dezembro 2020.
  - ✓ Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 22 (1), 67-79. doi: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v22i1.10211>
  - ✓ Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos* (2º ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora. ISBN 9789898160119.
  - ✓ Cabral, N. C. (2009). *As Parcerias Público Privadas*. Cadernos IDEFF, 0(9). Coimbra: Livraria Almedina.
  - ✓ Cappelen, A. C., Fulvio; Fagerberg, J., Verspagen, B. (2003). The Impact of EU Regional Support on Growth and Convergence in the European Union. 41(4), 621.
  - ✓ Cardozo, V. F. (2016). *O direito à intimidade da vida privada: o problema do enquadramento jurídico-constitucional das escutas telefónicas em processo penal*. Dissertação de Mestrado em Direito. Universidade de Coimbra. Retirado de: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/41203/1/Virg%C3%ADnia%20Fehlberg%20Cardozo.pdf> Acedido a 12 de novembro de 2021.
  - ✓ Circular Normativa de 28 de junho 2018. *Comunicação e Proteção de Dados Pessoais*. Administração Regional de Saúde do Centro, IP.

- ✓ Conselho Jurisdicional. (2019). Parecer CJ 114/2019. Ordem dos enfermeiros. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/15582/parecer-114-2019\\_cj\\_consulta-indevida.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/15582/parecer-114-2019_cj_consulta-indevida.pdf). Acedido a 21 de fevereiro 2022.
- ✓ Conselho Jurisdicional. (2019). Parecer CJ 117/2019. Ordem dos enfermeiros. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16152/parecer-117-2019\\_cj\\_acesso-impedido.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16152/parecer-117-2019_cj_acesso-impedido.pdf). Acedido a 21 de fevereiro 2022.
- ✓ Deodato, S. (2017). *Proteção dos dados pessoais de Saúde*. Universidade Católica Editora.
- ✓ Pereira, A.G.D. (2012). *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Jurídico-Civilísticas. Universidade de Coimbra. Retirado de: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31524/1/Direitos%20dos%20pacientes%20e%20responsabilidade%20m%C3%A9dica.pdf>. Acedido a 15 de janeiro de 2022.
- ✓ EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS AND COUNCIL OF EUROPE - Handbook on European data protection law – Luxemburgo, Publications office of the European union, 2018.
- ✓ Firmino-Machado, J. Magalhães, I. Rodrigues, J. Ramos, V. Baptista, S., & Vilas-Boas, B. (2017). Governação de Saúde e Gestão de Proximidade: A Necessidade de Autonomia de Gestão nos Agrupamentos de Centros de Saúde. *Acta Medica Portuguesa*, 30 (6), 431-433. doi: 10.20344/amp.8274.
- ✓ Lains, P. (2007). *O Economista Suave. Edições Cosmos*. ISBN: 9789727622856
- ✓ Leone, C., Dussault, G., Lapão, L.V. (2014). Reforma na atenção primária à saúde implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cadernos Saúde Pública*. 30 (1), 149-160. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00135112>
- ✓ Macedo, A., Reis, A. (2011). *A saúde não tem preço mas tem custos*. Edições Sílabo.
- ✓ Moreira, T.F.M. (2018). O Impacto do Regulamento Geral da Proteção de Dados Pessoais nas Organizações: Um Novo Paradigma. Retirado de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23465>. Acesso a 27 de novembro de 2021.

- ✓ Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. (4ª ed.). Lisboa: Dom Quixote. ISBN: 9789722040006.
- ✓ Mota, J.F. (2018, 16 outubro). EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS LEIS DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS NA EUROPA E EM PORTUGAL. Linkelin. Retirado de: <https://pt.linkedin.com/pulse/evolução-histórica-das-leis-de-privacidade-e-proteção-furtado-mota>. Acesso a 16 outubro 2021.
- ✓ Nunes, A. M. (2017). Direito à saúde em Portugal: delimitação jurídica do Serviço Nacional de Saúde. *Direitos Fundamentais & Justiça*, Ano 11(37),17-34. Retirado de :  
[https://www.researchgate.net/profile/Alexandre\\_Morais\\_Nunes/publication/326961126\\_Direito\\_a\\_saude\\_em\\_Portugal-delimitacao\\_juridica\\_do\\_Servico\\_Nacional\\_de\\_Saude/links/5b6e139945851546c9fa4695/Direito-a-saude-em-Portugal-delimitacao-juridica-do-Servico-Nacional-de-Saude.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alexandre_Morais_Nunes/publication/326961126_Direito_a_saude_em_Portugal-delimitacao_juridica_do_Servico_Nacional_de_Saude/links/5b6e139945851546c9fa4695/Direito-a-saude-em-Portugal-delimitacao-juridica-do-Servico-Nacional-de-Saude.pdf). Acesso a 28 de dezembro 2021.
- ✓ Nunes, G.A.F. (2019). O Tratamento de Dados Pessoais de Saúde à luz do Regulamento Geral Europeu de Proteção de Dados Pessoais. Dissertação de Mestrado em Direito. Universidade de Coimbra. Retirado de: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23465> . Acesso a 12 janeiro de 2022.
- ✓ Parreira, P.M. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau. ISBN:9728485468.
- ✓ Pereira, A., Macedo, A., Mendes, B., Sezões, J., Machado, T. (2012). Sigilo Profissional. Percursos, nº23, 3-8. Retirado de: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9251/1/Revista%20Percursos%20n23\\_Sigilo%20Profissional.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9251/1/Revista%20Percursos%20n23_Sigilo%20Profissional.pdf). Acesso a 23 de fevereiro 2012.
- ✓ Política Privacidade Proteção Dados Pessoais de 08 de junho de 2018. Administração Regional de Saúde do Centro, IP.
- ✓ Pordata. (2020). Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001). Retirado de: [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418). Acedido a 01 maio 2021.

- ✓ Pordata. (2020). Taxa bruta de natalidade: Quantos bebés nascem por 1.000 residentes? Retirado de: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>. Acedido a 01 maio 2021.
- ✓ Pordata. (2020). Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil. Retirado de: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528-2950>. Acedido a 01 maio 2021.
- ✓ Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de saúde. *Ciência & Saúde Colectiva*, 16 (6), 2841-2852. doi: 10.1590/S1413-81232011000600022
- ✓ Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). Retirado de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679#d1e1554-1-1>. Acedido a 20 dezembro de 2022.
- ✓ Relatório Nacional – Portugal. (2016, agosto). Direção Geral do Território. ISBN: 978-989-8785-07-7.
- ✓ Ribeiro, H.P., Ponte, A., Cordeiro, F.R., Vieira, F. (2020). O Novo Regulamento Geral Sobre a Protecção de Dados e as Suas Implicações Quanto a Pedidos de Informação Dirigidos aos Profissionais de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*. Abril. 33(4): 221-224. <https://doi.org/10.20344/amp.13162>.
- ✓ Rosa, D.M.A. (2018). Proteção de Dados Pessoais em Saúde e Hospitais E.P.E.: Responsabilidade Civil do Responsável pelo Tratamento. (Dissertação de Mestrado). Retirado de: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37436/1/ulfd136577\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37436/1/ulfd136577_tese.pdf). Acedido a: 14 de dezembro 2021.
- ✓ Scarlet, G.B.S., Caldeira, C. (2019). O consentimento informado e a proteção de dados pessoais de saúde na internet: uma análise das experiências legislativas de Portugal e do Brasil para a proteção integral da pessoa humana. *Civilistica.com*. a.8.

- nº1. Retirado de: <http://civilistica.com/o-consentimento-informado-e-a-protecao/>. Acesso a 04 dezembro 2021.
- ✓ Silva, O.M.N.D.S. (2021). *Qualidade e Segurança - Política de Proteção e Privacidade de Dados*. (Relatório de Estágio). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto. Porto.
  - ✓ Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina. ISBN: 9789724023427.
  - ✓ Sousa, P.A.F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta paul. Enfermagem*. 22 (número especial), 884-894. doi: 10.1590/S0103-21002009000700009
  - ✓ SPMS, EPE (s/d). Política de Privacidade e Proteção de Dados. Retirado de: <https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/07/Politica-de-Privacidade-e-Protecao-de-Dados-1.pdf> . Acedido a 29 janeiro 2022.
  - ✓ SPMS, EPE (s/d). Privacidade da Informação no Setor da Saúde. Retirado de: [https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/03/Guia-Privacidade-SMPS\\_RGPD\\_digital\\_20.03.172-v.2.pdf](https://spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/03/Guia-Privacidade-SMPS_RGPD_digital_20.03.172-v.2.pdf) . Acedido a 14 dezembro 2021.
  - ✓ Teves, D.M., (2019). *A proteção de dados pessoais – o novo paradigma jurídico* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores – Faculdade de Economia e Gestão.
  - ✓ UCC Dr. Gorjão Henriques. (2022). *Manual de Acolhimento a novos Colaboradores*.
  - ✓ União Europeia. (site oficial). Retirado de: [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/pt/policy/themes/health/](https://ec.europa.eu/regional_policy/pt/policy/themes/health/). Acedido a 29 abril 2021.
  - ✓ Universidade de Coimbra. (2022). *Informação Administrativa e Proteção de Dados - Anonimização e Pseudonimização*. Retirado de: [https://www.uc.pt/protecao-de-dados/protecao\\_dados\\_pessoais/anonimizacao](https://www.uc.pt/protecao-de-dados/protecao_dados_pessoais/anonimizacao).
  - ✓ World Health Organization. Cuidados de Saúde Primários. Retirado de: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>. Acedido a 15 setembro 2022.

## Legislação

- ✓ Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. *Diário da República n.º 93/1998 – 1ª Série.* Ministério da Saúde.
- ✓ Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República n.º 38/2008 – 1ª-A Série.* Ministério da Saúde.
- ✓ Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro. *Diário da República n.º 184/2009 - 1ª Série.* Ministério da Saúde.
- ✓ Decreto-Lei n.º 122/2010 de 11 de novembro. *Diário da República n.º 219/2010 – 1ª Série.* Ministério da Saúde.
- ✓ Deliberação n.º 152/2017 de 02 de março. *Diário da República n.º 44/2017 – 2ª Série.* Saúde - Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.
- ✓ Lei n.º 26/2016 de 15 de setembro. *Diário da República n.º 160/2016 – 1ª Série.* Assembleia da República.
- ✓ Lei n.º 56/79 de 15 de setembro. *Diário da República n.º 214/1979 – 1ª Série.* Assembleia da República.
- ✓ Lei n.º 58/2019 de 08 de agosto. *Diário da República n.º 151/2019 – 1ª Série.* Assembleia da República.
- ✓ Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro. *Diário da República n.º 18/2005 – 1ª Série.* Assembleia da República.
- ✓ Lei n.º 48/90 de 24 agosto. *Diário da República n.º 195/1990 – 1ª Série.* Assembleia da República.
- ✓ Portaria n.º 245/2013 de 5 de agosto. *Diário da República n.º 149/2013 – 1ª Série.* Ministérios das Finanças e da Saúde
- ✓ Regulamento n.º 338/2017 de 23 de junho de 2017. *Diário da República n.º 120/2017 – 2ª Série.* páginas 12770 – 12772. Ordem dos Enfermeiros.