

## **AUTORIDADE DE SAÚDE – Fundamentos legais do seu exercício**

### **Alterações introduzidas na revisão de 2017:**

- \* ÍNDICE alterado, nomeadamente numeração de capítulos e páginas.
- \* SIGLAS – Novas: CHLN, ETD, FUP, JUP, PNV, PPCIRA, REN IgR, VASPR.
- \* Introduzidos 2 novos capítulos: 26. QUALIDADE DO AR; 37. VACINAÇÃO.
- \* Introduzidas alterações aos seguintes capítulos e subcapítulos: 3.4 (dois últimos parágrafos); 5.1 (oito últimos parágrafos); 5.3 (reformulado); 13.8 (adicionados dois parágrafos); 13.9 (seis últimos parágrafos); 24 (reformulado); 35 (anterior 34 – reformulado); 38 (anterior 36 – acrescentado parágrafo no final).
- \* ANEXOS: 1 e 3 alterados em conformidade.

O ÍNDICE foi alterado, principalmente como consequência da inclusão de dois novos capítulos e das necessárias renumerações de outros, face às alterações efetuadas.

As oito novas SIGLAS surgem nos documentos que foram incorporados no texto nesta nova versão e que não constavam da versão inicial (de 2016).

O subcapítulo “3.4. ÁGUAS BALNEARES” sofreu alterações nos dois últimos parágrafos na sequência da divulgação, pela DGS, das Normas n.ºs 010/2017 e 011/2017, ambas de 6 de julho.

O subcapítulo “5.1. ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO” sofreu alterações nos oito últimos parágrafos na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 128/2017, de 9 de outubro.

O subcapítulo “5.3. ATESTADOS MÉDICOS PARA ELEIÇÕES E REFERENDOS” foi reformulado, tendo sido introduzidas referências a documentos legais que não constavam da versão inicial (de 2016) e incorporados contributos externos considerados pertinentes.

No subcapítulo “13.8. RAIVA” foram adicionados dois parágrafos na sequência da divulgação, pela DGS, da Norma n.º 007/2017, de 12 de junho.

O subcapítulo “13.9. SARAMPO” sofreu alterações nos seis últimos parágrafos na sequência da divulgação, pela DGS, da Norma n.º 004/2017, de 12 de abril (atualizada em 26 de abril).

O subcapítulo “24. PORTOS” foi reformulado, porquanto existem duas referências à autoridade de saúde no Decreto-Lei n.º 370/2007, de 6 de novembro, e outras duas na Portaria n.º 14/2017, de 10 de janeiro.

O subcapítulo “35. TEMPERATURAS EXTREMAS ADVERSAS” (anterior 34) foi reformulado, na sequência da publicação do Despacho n.º 2483/2017, de 23 de março, e da divulgação, pela DGS,

dos referenciais relativos aos Módulos Verão e Inverno do “Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas”.

No subcapítulo “38. VERIFICAÇÃO DOMICILIÁRIA DE DOENÇA” (anterior 36) foi acrescentado um parágrafo no final na sequência da publicação da Portaria n.º 324/2017, de 27 de outubro.

O capítulo “26. QUALIDADE DO AR” foi introduzido nesta versão porquanto existem duas referências à autoridade de saúde no Decreto-Lei n.º 102/2010, de 23 de setembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 47/2017, de 10 de maio.

O capítulo “37. VACINAÇÃO” foi introduzido nesta versão porquanto existe uma referência aos delegados de saúde coordenadores no Despacho n.º 3668-A/2017, de 28 de abril, e existem duas referências à Autoridade de Saúde Nacional na Portaria n.º 248/2017, de 4 de agosto.

O ANEXO 1 foi alterado em função da introdução de novos documentos e de anotações a documentos que já constavam do mesmo, bem como da retirada de outros.

O ANEXO 3 foi alterado em função da introdução de novos documentos no mesmo.

## **ANTECEDENTES: O dossier *Áreas de Intervenção da Autoridade Sanitária***

1985 foi o ano de arranque em Portugal do primeiro Internato Médico de Saúde Pública (então designado Internato Complementar) e, à época, as três Coordenações – Norte, Centro, Sul – responsáveis a nível nacional por este processo de formação médica iniciaram o trabalho de construir dossiês contendo documentação técnica de apoio aos diversos estágios que constituíam então o programa da especialidade.

Um desses estágios, com a duração de seis semanas, intitulava-se *Estágio em Autoridade Sanitária* e para ele foi elaborado um dossiê em papel contendo cópias de legislação e de outros documentos técnicos que enquadravam “o exercício das funções da autoridade sanitária conforme o previsto na lei”.

Tal como a actual versão electrónica, este primeiro dossiê (que ocupava uma elegante e única pasta de arquivo) estava organizado por rubricas temáticas, ordenadas por ordem alfabética: atestados; boletins de sanidade; cartas de condução; etc. Dentro de cada um dos assuntos, os documentos referentes eram apresentados por ordem da sua publicação em Diário da República ou produção (a título de curiosidade histórica apresenta-se no final do documento principal um Anexo contendo o Índice de Assuntos da 4.<sup>a</sup> actualização do dossiê – 1987 – bem como cópia da circular informativa que orientava a substituição e anotação de documentos dessa actualização).

Com o passar do tempo, embora o estágio específico em *Autoridade Sanitária* tenha desaparecido como tal, o dossiê *Áreas de Intervenção da Autoridade de Saúde* foi crescendo e as suas derradeiras versões em papel – distribuídas a todos os Centros de Saúde onde decorria formação na especialidade – ocupavam quatro volumosos dossiês A4, crescimento que traduziu não só o multiplicar de tarefas na área, mas, sobretudo, uma maior capacidade das três Coordenações em identificar, tratar e incluir um maior número de documentos.

Durante os anos 90, com o indispensável apoio informático de engenheiros da ARS Norte, esta versão em papel do dossiê foi transformada em versão electrónica, evolução que possibilitou uma muito maior agilidade na consulta dos documentos do dossiê e uma distribuição pelos locais de formação radicalmente mais económica e célere, pois os dossiês passaram a ser enviados, primeiro em disquetes e depois em apenas dois CD-R. Nesta versão electrónica, a pesquisa de documentos era imediata e um simples clique do rato era quanto bastava para nos levar ao documento procurado ou, até, a outros documentos relacionados.

A partir de 2009, o colega Eduardo Duarte (assistente graduado sénior na Unidade de Saúde Pública do Baixo Mondego) assumiu graciosamente a tarefa de proceder à revisão e actualização do Dossiê, tendo em conta não só os novos diplomas legais/documentos que iam sendo produzidos, mas também a revogação de outros. Para além disso, enriqueceu a compilação original com o acrescento de textos de enquadramento e reflexões sobre o exercício que são também fruto da sua longa experiência nesta área.

## **O PRESENTE TRABALHO:** Fundamentos legais do exercício da Autoridade de Saúde

Entendeu agora (em 2016) a Direção do Colégio da Especialidade de Saúde Pública proceder à divulgação alargada deste instrumento de apoio ao exercício da função de Autoridade de Saúde, lançando mão para tal da sua página no sítio electrónico da Ordem dos Médicos (*Portal Oficial da Ordem dos Médicos/ Especialidades/Saúde Pública/Comunicados*). Gostaríamos de sublinhar que o presente trabalho é um documento que, pela sua própria natureza, não é definitivo e estará em periódica actualização, pelo que todos os contributos ou sugestões serão bem-vindos e devidamente apreciados.

À semelhança do *Dossier Áreas de Intervenção da Autoridade de Saúde*, em que em boa parte se baseia, o presente trabalho, após um capítulo introdutório sobre conceito, função e integração da Autoridade de Saúde nos Serviços de Saúde, encontra-se estruturado pela ordem alfabética dos assuntos que nele são tratados. No final, encontram-se quatro anexos:

**ANEXO 1.** Constitui o *Índice Cronológico* da legislação e outros documentos técnicos de apoio à atuação das autoridades de saúde. Este *Índice Cronológico* apresenta-se em versão mais restrita do que sucedia em versões anteriores, dele constando apenas documentos que, tanto quanto foi possível apurar, se mantêm em vigor e contêm referências expressas à autoridade de saúde, nos seus diversos níveis e designações, ou à sua atuação direta, quer a título individual quer integrando órgão colegiais. Sempre que determinados documentos foram republicados posteriormente, são as versões mais recentes as que são tidas em consideração.

Pela complexidade e variabilidade temporal, não é possível garantir que a informação que consta deste *Índice Cronológico* esteja absolutamente correta nem que nada mais existe de relevante sobre este assunto, pelo que a consulta deste trabalho não deve dispensar o recurso a outras fontes de informação.

**ANEXO 2.** Contém referências a Códigos, Leis, Decretos-Lei, Portarias, Regulamentos e outros documentos com interesse genérico para a autoridade de saúde e que não constam do *Índice Cronológico* por não conterem referência expressa à autoridade de saúde.

**ANEXO 3.** Listagem de documentos que foram revogados, republicados ou retirados do *Índice Cronológico* (pelos motivos que se explicam no próprio anexo), tendo por base a versão daquele *Índice* divulgada em março de 2016.

**ANEXO 4.** Mostra a listagem por Assuntos do primitivo dossiê *Áreas de Intervenção da Autoridade Sanitária* (4.<sup>a</sup> actualização, 1987), incluindo ainda a *Informação n.º 03/87* a qual fornece instruções aos usuários sobre como proceder à actualização da anterior (3.<sup>a</sup>) edição do dossiê.

**Alterações introduzidas na revisão de 2017:**

- \* ÍNDICE alterado, nomeadamente numeração de capítulos e páginas.
- \* SIGLAS – Novas: CHLN, ETD, FUP, JUP, PNV, PPCIRA, REN IgR, VASPR.
- \* Introduzidos 2 novos capítulos: 26. QUALIDADE DO AR; 37. VACINAÇÃO.
- \* Introduzidas alterações aos seguintes capítulos e subcapítulos: 3.4 (dois últimos parágrafos); 5.1 (oito últimos parágrafos); 5.3 (reformulado); 13.8 (adicionados dois parágrafos); 13.9 (seis últimos parágrafos); 24 (reformulado); 35 (anterior 34 – reformulado); 38 (anterior 36 – acrescentado parágrafo no final).
- \* ANEXOS: 1 e 3 alterados em conformidade.

## Agradecimentos

Finalmente, cabe-nos um agradecimento (apresentado cronologicamente) às pessoas que, desde os seus primeiros dias de vida, em 1985, contribuíram para a concepção, produção, manutenção, distribuição e revisão dos assuntos constantes do Dossier *Áreas de Intervenção da Autoridade de Saúde*:

Carlos Daniel Pinheiro, José Marques Neves, Pedro Serrano (Coordenadores do Internato de Saúde Pública, responsáveis pela concepção, produção e distribuição nacional do dossier entre 1985 e 2009);

Ana Maria Santos Silva, Maria João Branco, médicas especialistas em Saúde Pública, pelo apoio à produção das primeiras versões (1985/1986);

Lucinda Carço, Isaura Gigante, Luís Filipe, Ana Pignatell, secretariado das Coordenações do Internato Médico de Saúde Pública do Norte, Centro e Sul;

Engenheiros e outros técnicos informáticos da Administração Regional de Saúde do Norte, responsáveis, na segunda metade dos anos 90, pela informatização e consulta electrónica do dossiê e seus índices.

Um agradecimento particular a Cândida Pité, Clotilde Moutinho, Fernando Lopes, Filomena Araújo, Graça Cruz Alves, João Maldonado Correia, Margarida Vieira, Maria Portugal Ramos e Rogério Nunes pela colaboração na revisão da legislação efetuada em maio e junho de 2016.

Por último, agradecemos a todos os outros colegas, particularmente àqueles que exerceram ou exercem funções de Orientadores de Formação do Internato Médico de Saúde Pública, pelo material que foram enviando ao longo dos anos e pelo seu contributo à construção deste material.

A Direcção do Colégio da Especialidade de Saúde Pública está especialmente em dívida para com Eduardo Duarte pelo seu contributo e colaboração ao longo de todos estes anos.

Porto, Coimbra, Lisboa, dezembro de 2016/novembro de 2017

Pedro Serrano (Presidente)

## ÍNDICE

CHAVE DE SIGLAS .....	7
1. INTRODUÇÃO .....	9
1.1. AUTORIDADE DE SAÚDE .....	9
1.2. AS AUTORIDADES DE SAÚDE NA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	16
1.3. A AUTORIDADE DE SAÚDE E A CARREIRAS MÉDICA .....	20
1.4. A AUTORIDADE DE SAÚDE E O DIREITO .....	22
1.5. AUTORIDADE DE SAÚDE: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS .....	24
2. ACAMPAMENTOS OCASIONAIS .....	27
3. ÁGUA .....	29
3.1. LEI DA ÁGUA .....	29
3.2. ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO .....	29
3.3. ÁGUAS MINERAIS NATURAIS .....	43
3.4. ÁGUAS BALNEARES .....	46
4. ALIMENTOS .....	52
4.1. BIVALVES .....	53
4.2. CARNE .....	55
4.3. TOXINFEÇÕES ALIMENTARES COLETIVAS .....	57
5. ATESTADOS MÉDICOS .....	58
5.1. ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO .....	58
5.2. ATESTADO MÉDICO PARA DESLOCAÇÃO DE PROFESSOR .....	63
5.3. ATESTADOS MÉDICOS PARA ELEIÇÕES E REFERENDOS .....	64
5.4. ATESTADOS MÉDICOS PARA FINS MILITARES .....	66
5.5. ATESTADO MÉDICO PARA ISENÇÃO DO USO DO CINTO DE SEGURANÇA .....	67
6. AVALIAÇÃO AMBIENTAL .....	69
7. BIOCIDAS .....	70
8. CAMPOS DE FÉRIAS .....	72
9. CARTA DE CONDUÇÃO .....	73
10. CEMITÉRIOS .....	77
11. COMBATE À DROGA .....	79
12. DIVERSÕES AQUÁTICAS .....	83
13. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS .....	86
13.1. DOENÇA DE HANSEN .....	103
13.2. DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS .....	104
13.3. DOENÇA MENINGOCÓCICA .....	104
13.4. GRIPE .....	104
13.5. HEPATITE B .....	105
13.6. MERS-CoV .....	105
13.7. POLIOMIELITE .....	106
13.8. RAIVA .....	106
13.9. SARAMPO .....	107
14. ESPAÇOS DE JOGO E DE RECREIO .....	109

15. ESPETÁCULOS DE NATUREZA ARTÍSTICA .....	110
16. ESTABELECIMENTOS .....	111
16.1. ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL .....	111
16.2. ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS .....	113
16.3. ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE .....	115
16.4. ESTABELECIMENTOS TERMAIS .....	117
17. EVICÇÃO ESCOLAR .....	124
18. EXPLOSIVOS .....	126
19. INSTALAÇÕES DESPORTIVAS .....	128
20. MEDICAMENTOS .....	129
21. ÓBITO .....	131
22. PEDREIRAS .....	136
23. PENSÕES DE SANGUE .....	137
24. PORTOS .....	139
25. PROTEÇÃO CIVIL .....	143
26. QUALIDADE DO AR .....	145
27. RADIAÇÕES .....	146
28. RECINTOS DE ESPETÁCULOS E DIVERTIMENTOS PÚBLICOS .....	149
29. RECINTOS ITINERANTES E IMPROVISADOS .....	150
30. REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL .....	151
31. RESÍDUOS .....	152
32. SAÚDE MENTAL .....	154
32.1. O DIREITO À LIBERDADE E À SEGURANÇA NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA .....	159
33. SAÚDE OCUPACIONAL .....	162
34. TAXAS .....	165
35. TEMPERATURAS EXTREMAS ADVERSAS .....	166
36. TRASLADAÇÃO .....	167
37. VACINAÇÃO .....	170
38. VERIFICAÇÃO DOMICILIÁRIA DE DOENÇA .....	172

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA .....	174
-------------------------------	-----

## **ANEXOS**

ANEXO 1. Índice Cronológico .....	175
-----------------------------------	-----

ANEXO 2. Códigos, Leis, Regulamentos e outros documentos com interesse genérico para a Autoridade de Saúde .....	179
--	-----

ANEXO 3. Documentos retirados do Índice do Dossiê Áreas de Intervenção da Autoridade de Saúde, listados por ordem cronológica e indicando o motivo que levou à sua exclusão .....	181
---	-----

ANEXO 4. Índice de Assuntos da 4.ª atualização do Dossiê Áreas de Intervenção da Autoridade Sanitária (1987) e Informação n.º 03/87 das Coordenações do Internato Complementar de Saúde Pública .....	199
---	-----



## CHAVE DE SIGLAS

AC – Autoridade competente  
 ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
 ACPTMP – Autoridade competente para a protecção do transporte marítimo e dos portos  
 ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.  
 ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho  
 ADRS – Adjunto do delegado regional de saúde  
 AMN – Autoridade Marítima Nacional  
 ANPC – Autoridade Nacional de Protecção Civil  
 ANS – Autoridade Nacional de Saúde  
 AP – Administração portuária  
 APA – Agência Portuguesa do Ambiente, I.P.  
 APP – Autoridade de protecção do porto  
 ARH – Administração de região hidrográfica  
 ARS – Administração Regional de Saúde, I.P.  
 AS – Autoridade de Saúde  
 ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica  
 ASN – Autoridade de Saúde Nacional  
 CCDR – Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional  
 CCE – Comissão Coordenadora de Emergência  
 CCPP – Comissão consultiva de protecção do porto  
 CCPTMP – Conselho consultivo para a protecção do transporte marítimo e dos portos  
 CCVE – Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica  
 CE – Comissão Europeia  
 CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE  
 CNPD – Comissão Nacional de Protecção de Dados  
 CNSP – Conselho Nacional de Saúde Pública  
 CRP – Constituição da República Portuguesa  
 CRSP – Centro Regional de Saúde Pública  
 DCS – Delegado concelhio de saúde  
 DDO – Doenças de declaração obrigatória  
 DGAF – Direcção-Geral de Assuntos Farmacêuticos  
 DGAIEC – Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo  
 DGAM – Direcção-Geral da Autoridade Marítima  
 DGAV – Direcção-Geral de Alimentação e Veterinária  
 DGCSP – Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários  
 DGS – Direcção-Geral da Saúde  
 DGV – Direcção-Geral de Veterinária ou Direcção-Geral de Viação  
 DIR – Documento de identificação do recinto  
 DRA – Direcção Regional do Ambiente  
 DRS – Delegado regional de saúde  
 EPE – Entidade Pública Empresarial  
 ERS – Entidade Reguladora da Saúde  
 ERSAR – Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos  
 ETD – *estimated time of departure*  
 EURATOM – Comunidade Europeia da Energia Atómica  
 FUP – Fatura Única Portuária  
 GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos  
 GNR – Guarda Nacional Republicana  
 HACCP – Hazard Analysis and Critical Control Points  
 IGAOT – Inspeção-Geral do Ambiente e do Ordenamento do Território  
 IGAS – Inspeção-Geral das Actividades em Saúde  
 IMT – Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P.  
 INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.  
INSRJ – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.  
IP – Instituto Público  
IPAC – Instituto Português de Acreditação, I.P.  
IPDJ – Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.  
IPPAA – Instituto de Protecção à Produção Agro-Alimentar  
IPTM – Instituto Português e dos Transportes Marítimos  
JUP – Janela Única Portuária  
LSM – Lei do Serviço Militar  
MA – Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas  
MAI – Ministério da Administração Interna  
MAOT – Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território  
MCOTA – Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente  
ME – Ministério da Educação  
MERS-CoV – Coronavírus Middle East Respiratory Syndrome  
MS – Ministério da Saúde  
MAS – Ministro da Saúde e Assistência  
MSS – Ministério da Solidariedade e Segurança Social  
NUTS – Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos  
OPP – Oficial de protecção do porto  
PCQA – Plano de controlo da qualidade da água  
PCTEA – Plano de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas  
PJ – Polícia Judiciária  
PNV – Programa Nacional de Vacinação  
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos  
PPP – Plano de protecção do porto  
PSP – Polícia de Segurança Pública  
REN IgR – Reserva estratégica nacional de imunoglobulina contra a raiva  
RJUE – Regime Jurídico da Urbanização e Edificação  
RSI – Regulamento Sanitário Internacional  
SEAS – Secretário de Estado da Saúde e Assistência  
SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras  
SEI – Secretário de Estado da Indústria  
SEJ – Secretário de Estado da Justiça  
SEPNA – Serviço de Protecção da Natureza e do Ambiente da Guarda Nacional Republicana  
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências  
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida  
SINAVE – Sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica  
SINAVELab – Sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica – Laboratórios  
SIR – Sistema da Indústria Responsável  
SIRJUE – Sistema de Informação do Regime Jurídico da Urbanização e Edificação  
SIS – Serviço de Informações de Segurança  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.  
TAC – Toxinfecções alimentares coletivas  
UC – Unidades de competência  
UE – União Europeia  
UFCD – Unidades de formação de curta duração  
ULS – Unidade Local de Saúde  
USP – Unidade de Saúde Pública  
VASPR – Vacina Anti-Sarampo, Parotidite e Rubéola  
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana  
ZER – Zonas Empresariais Responsáveis

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 . AUTORIDADE DE SAÚDE

Em termos legislativos, a expressão “autoridade de saúde” surgiu pela primeira vez na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), a qual consagrou uma das suas bases (a Base XIX) a esta entidade com personalidade jurídica, como se transcreve:

**«Base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Autoridades de saúde)**

1 – *As autoridades de saúde situam-se a nível nacional, regional e concelhio, para garantir a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, e estão hierarquicamente dependentes do Ministro da Saúde, através do director-geral competente.*

2 – *As autoridades de saúde têm funções de vigilância das decisões dos órgãos e serviços executivos do Estado em matéria de saúde pública, podendo suspendê-las quando as considerem prejudiciais.*

3 – *Cabe ainda especialmente às autoridades de saúde:*

a) *Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública para defesa da saúde pública;*

b) *Ordenar a suspensão de actividade ou o encerramento dos serviços, estabelecimentos e locais referidos na alínea anterior, quando funcionem em condições de grave risco para a saúde pública;*

c) *Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública;*

d) *Exercer a vigilância sanitária das fronteiras;*

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

4 – *As funções de autoridade de saúde são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde e são desempenhadas por médicos, preferencialmente da carreira de saúde pública.*

5 – *Das decisões das autoridades de saúde há sempre recurso hierárquico e contencioso nos termos da lei.»*

A entrada em vigor desta Lei levou à alteração de muitos dos normativos legais anteriores, mas só em 1993, com a publicação do Decreto-Lei n.º 336/93, de 29 de setembro, foi regulamentada a Base XIX da Lei de Bases da Saúde, sendo estabelecidas então “*as regras de nomeação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde*”.

Terminava, assim, um longo período em que estas autoridades foram designadas por “autoridades sanitárias”, mantendo-se no exercício das suas funções, até que se procedesse às nomeações nos termos do novo Decreto-Lei, as que tinham sido nomeadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de março (Artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 336/93, de 29 de setembro).

As autoridades sanitárias já tinham uma longa história em Portugal, sendo possível recuar pelo menos até ao início do Século XVIII para conhecer medidas e decisões que configuram o exercício de um poder cometido a uma entidade para salvaguarda da saúde pública, surgindo, posteriormente, numerosas referências a delegados e/ou subdelegados de saúde, pelo menos desde meados do Século XIX.

O Decreto-Lei n.º 336/93, de 29 de setembro, foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril. Este último veio a ser alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro, e retificado pela Declaração de Retificação n.º 51/2013, de 3 de dezembro.

Por ser o documento vigente que serve de base ao exercício das funções de autoridade de saúde, para além de estabelecer as regras da sua designação, transcreve-se em seguida todo o articulado do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, na sua versão consolidada.

**«Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, com as alterações nele introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro, e pela Declaração de Retificação n.º 51/2013, de 3 de dezembro.**

### **Artigo 1.º (Objeto)**

*O presente decreto-lei estabelece as regras de designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde.*

### **Artigo 2.º (Definição)**

*1 – Para efeitos do presente decreto-lei, entende-se por autoridade de saúde a entidade à qual compete a decisão de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção e proteção da saúde, bem como no controlo dos fatores de risco e das situações suscetíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais.*

*2 – A autoridade de saúde detém os poderes necessários ao exercício das competências referidas no número anterior na sua área geodemográfica de intervenção, bem como os poderes relativos à vigilância de saúde no âmbito territorial nacional que derivem da circulação de pessoas e bens no tráfego e comércio internacionais.*

### **Artigo 3.º (Autoridades de saúde)**

*1 – As autoridades de saúde exercem poderes no âmbito territorial correspondente às áreas geográficas e administrativas de nível nacional, regional e local, definidas conforme a Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) em vigor, funcionando em sistema de rede integrada de informação.*

*2 – As autoridades de saúde dependem hierarquicamente do membro do Governo responsável pela área da saúde, através do diretor-geral da Saúde.*

*3 – A autoridade de saúde de âmbito nacional é o diretor-geral da Saúde.*

*4 – As autoridades de saúde de âmbito regional são denominadas delegados de saúde regionais e delegados de saúde regionais adjuntos.*

*5 – As autoridades de saúde de âmbito local são denominadas delegados de saúde coordenadores e delegados de saúde.*

### **Artigo 4.º (Designação)**

*1 – Os delegados de saúde regionais são designados, em comissão de serviço, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta do diretor-geral da Saúde e após parecer favorável do conselho diretivo da administração regional de saúde territorialmente competente.*

- 2 – O delegado de saúde regional exerce, por inerência à comissão de serviço para que foi designado, as funções de diretor do departamento de saúde pública da administração regional de saúde respetiva, nos termos de legislação própria.
- 3 – Os delegados de saúde regionais adjuntos são designados, em comissão de serviço, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta do diretor-geral da Saúde, ouvido o delegado de saúde regional e após parecer favorável do conselho diretivo da administração regional de saúde territorialmente competente.
- 4 – Os delegados de saúde regionais e os delegados de saúde regionais adjuntos são designados, por escolha, de entre médicos de saúde pública com o grau de consultor.
- 5 – Os delegados de saúde coordenadores são designados, em comissão de serviço, pelo diretor-geral da Saúde sob proposta do conselho diretivo da respetiva administração regional de saúde, ouvido o diretor executivo do agrupamento de centros de saúde ou o conselho de administração da unidade local de saúde a que se encontram afetos e parecer favorável do respetivo delegado de saúde regional.
- 6 – O delegado de saúde coordenador exerce, por inerência à comissão de serviço para que foi designado, as funções de coordenador da unidade de saúde pública do respetivo agrupamento de centros de saúde, nos termos de legislação própria.
- 7 – Os delegados de saúde são designados, em comissão de serviço, pelo diretor-geral da Saúde sob proposta do conselho diretivo da respetiva administração regional de saúde, ouvido o diretor executivo do agrupamento de centros de saúde ou o conselho de administração da unidade local de saúde a que se encontram afetos e pareceres favoráveis dos respetivos delegados de saúde coordenadores e delegado de saúde regional.
- 8 – Os delegados de saúde coordenadores e os delegados de saúde são designados de entre médicos com grau de especialista de saúde pública ou, não sendo possível, a título transitório e apenas enquanto não forem colocados médicos da especialidade de saúde pública na unidade de saúde pública, de entre médicos com grau de especialista em áreas relevantes para a saúde pública.
- 9 – É aplicável à comissão de serviço o regime constante da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, com as especialidades previstas nos números seguintes.
- 10 – O conselho diretivo de cada administração regional de saúde territorialmente competente deve propor a renovação da comissão de serviço referida nos n.ºs 1, 3, 5 e 7, no prazo de 90 dias antes do seu termo.
- 11 – No caso de não renovação nos termos do número anterior, o exercício das funções em regime de gestão corrente não pode exceder o prazo de 90 dias contados a partir da cessação da respetiva comissão de serviço.
- 12 – Na situação prevista na última parte do número anterior, as funções de delegado de saúde regional e de delegado de saúde coordenador são asseguradas em regime de substituição, respetivamente nos termos do n.º 5 do artigo 7.º e do n.º 7 do artigo 8.º, até à designação de novo titular nos termos do presente decreto-lei.
- 13 – Mediante despacho do diretor-geral da Saúde, sob proposta fundamentada do delegado de saúde regional e ouvidos os diretores executivos dos agrupamentos de centros de saúde e ou dos conselhos de administração das unidades locais de saúde intervenientes, pode ser autorizado aos delegados de saúde coordenadores e delegados de saúde, o exercício de funções de autoridade de saúde em área geográfica diferente daquela para que estão designados, desde que a intervenção se situe na circunscrição territorial da respetiva Administração Regional de Saúde, haja concordância do interessado e sem prejuízo do disposto em legislação especial sobre esta matéria.
- 14 – A autorização dada nos termos do disposto no número anterior tem caráter excecional e temporário, e é concedida por períodos até um ano, que podem ser renovados até um máximo de três anos.

15 – A proposta do delegado de saúde regional a que se refere o n.º 13 deve especificar os motivos que justificam o pedido e o respetivo prazo de duração daquele exercício de funções.

16 – Nas situações em que da aplicação do disposto no n.º 13 resulte para os delegados de saúde coordenadores e delegados de saúde a acumulação de funções com o exercício de funções de autoridade de saúde em área geográfica diferente daquela para que estão designados, não há lugar à acumulação de remunerações.

### **Artigo 5.º (Atribuições e competências)**

1 – As autoridades de saúde asseguram a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, competindo-lhes, ainda, a vigilância das decisões dos órgãos e serviços operativos do Estado em matéria de saúde pública.

2 – Para efeitos do disposto no número anterior, as autoridades de saúde podem utilizar todos os meios necessários, proporcionais e limitados aos riscos identificados que considerem prejudiciais à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais envolvidos.

3 – Às autoridades de saúde compete, em especial, de acordo com o nível hierárquico técnico e com a área geográfica e administrativa de responsabilidade:

a) Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública e determinar as medidas corretivas necessárias à defesa da saúde pública;

b) Ordenar a interrupção ou suspensão de atividades ou serviços, bem como o encerramento dos estabelecimentos e locais referidos na alínea anterior onde tais atividades se desenvolvam em condições de grave risco para a saúde pública;

c) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública;

d) Exercer a vigilância sanitária no território nacional de ocorrências que derivem do tráfego e comércio internacionais;

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

4 – Quando ocorram situações de emergência grave em saúde pública, em especial situações de calamidade ou catástrofe, o membro do Governo responsável pela área da saúde toma as medidas necessárias de exceção que forem indispensáveis, coordenando a atuação dos serviços centrais do Ministério com as instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde e as autoridades de saúde de nível nacional, regional e municipal.

### **Artigo 6.º (Autoridade de saúde nacional)**

1 – Enquanto autoridade de saúde nacional, compete ao diretor-geral da Saúde:

a) Supervisionar a atividade das autoridades de saúde em todas as áreas de competência, incluindo o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional;

b) Coordenar o funcionamento global da rede de autoridades de saúde;

c) Exercer a coordenação nacional de vigilância epidemiológica, nos termos de legislação própria;

d) Exercer em situações de grave emergência em saúde pública, designadamente em casos de epidemias graves, mediante declaração pública do membro do Governo responsável pela área da saúde, as competências de requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde.

2 – O diretor-geral da Saúde enquanto autoridade de saúde nacional é substituído nos seus impedimentos por um subdiretor-geral por ele designado, com a especialidade de saúde pública, ou por um delegado regional de saúde expressamente por ele designado para o efeito.

3 – O apoio técnico e logístico à autoridade de saúde nacional é prestado pela Direção-Geral da Saúde.

### **Artigo 7.º (Autoridades de saúde de âmbito regional)**

1 – A autoridade de saúde de âmbito regional, também designada por delegado de saúde regional, está sediada no departamento de saúde pública de cada administração regional de saúde.

2 – À autoridade de saúde de âmbito regional compete:

- a) Coordenar e supervisionar o exercício de competências de autoridade de saúde na respetiva região;
- b) Fazer cumprir as normas que tenham por objeto a defesa da saúde pública, requerendo, quando necessário, o apoio das autoridades administrativas e policiais;
- c) Exercer a coordenação regional da vigilância epidemiológica, nos termos da legislação aplicável;
- d) Levantar autos relativos às infrações e instruir os respetivos processos, solicitando, quando necessário, o concurso das autoridades administrativas e policiais, para o bom desempenho das suas funções;
- e) Exercer os demais poderes que lhe sejam atribuídos por lei ou que lhe hajam sido superiormente delegados ou subdelegados pela autoridade de saúde nacional;
- f) Prestar a colaboração que lhe seja solicitada pelos serviços da administração regional de saúde dentro da sua competência;
- g) Fazer cumprir as normas do Regulamento Sanitário Internacional.

3 – A autoridade de saúde regional é coadjuvada por um delegado de saúde regional adjunto, conforme proposta fundamentada, a apresentar pelo delegado de saúde regional ao conselho diretivo da administração regional de saúde.

4 – Os delegados de saúde regionais adjuntos exercem as competências que lhe forem delegadas pelo delegado de saúde regional.

5 – A autoridade de saúde regional é substituída nas suas ausências e impedimentos pelo delegado de saúde regional adjunto que aquela autoridade designar ou, não sendo possível, por um delegado de saúde coordenador por ele designado, mediante comunicação prévia à autoridade de saúde nacional.

### **Artigo 8.º (Autoridade de saúde a nível local)**

1 – A autoridade de saúde de nível local, também designada por delegado de saúde coordenador, está sediada nas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde e ou nas unidades locais de saúde e exerce as suas competências no âmbito geográfico territorialmente competente.

2 – Para cada agrupamento de centros de saúde é designado um delegado de saúde coordenador e no mínimo um delegado de saúde.

3 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, em cada agrupamento de centros de saúde o delegado de saúde coordenador é coadjuvado por delegados de saúde, segundo um rácio de um delegado de saúde por cada 75 mil habitantes residentes na área de intervenção.

4 – Nos municípios com mais de um agrupamento de centros de saúde, é designado pelo delegado regional de saúde o delegado de saúde que se articula com as instituições externas ao Serviço Nacional de Saúde, para efeitos de normalização e de aplicação de procedimentos de âmbito municipal.

5 – À autoridade de saúde de nível local compete, na sua área de influência:

- a) Coordenar e supervisionar o exercício de autoridade de saúde no respetivo âmbito geodemográfico;

- b) *Fazer cumprir as normas que tenham por objeto a defesa da saúde pública, requerendo, quando necessário, o apoio das autoridades administrativas e policiais;*
  - c) *Exercer a coordenação a nível local da vigilância e investigação epidemiológica, nos termos da legislação aplicável;*
  - d) *Levantar autos relativos às infrações e instruir os respetivos processos, solicitando, quando necessário, o concurso das autoridades administrativas e policiais, para o bom desempenho das suas funções;*
  - e) *Exercer os demais poderes que lhe sejam atribuídos por lei ou que lhe hajam sido superiormente delegados ou subdelegados pela autoridade de saúde regional;*
  - f) *Colaborar, dentro da sua área de competência, com as unidades de saúde do seu âmbito geodemográfico;*
  - g) *Colaborar, dentro da sua área de competência, com os municípios do seu âmbito geográfico, em atividades conjuntas, definidas em legislação específica;*
  - h) *Fazer cumprir as normas do Regulamento Sanitário Internacional.*
- 6 – *A autoridade de saúde local é coadjuvada, no mínimo por um delegado de saúde, a quem compete, na sua área de influência, prosseguir as competências previstas nas alíneas b), e), f), g) e h) do número anterior.*
- 7 – *A autoridade de saúde local é substituída nas suas ausências e impedimentos pelo delegado de saúde por ele designado, mediante comunicação prévia à autoridade de saúde regional.*

#### **Artigo 9.º (Funções da autoridade de saúde)**

- 1 – *As funções inerentes ao exercício do poder de autoridade de saúde são exercidas com autonomia técnica e são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde.*
- 2 – *As autoridades de saúde, no exercício do seu poder e competências, dispõem de apoio, a nível técnico, jurídico, de recursos humanos e logístico, que é assegurado pelos departamentos de saúde pública das administrações regionais de saúde ou pelas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde ou das unidades locais de saúde das respetivas áreas de intervenção, ou ainda, por outras unidades orgânicas integradas na administração regional de saúde territorialmente competente.*
- 3 – *As autoridades de saúde podem, no âmbito territorial competente, delegar nos profissionais que integram os respetivos serviços de saúde pública, de acordo com as áreas específicas de intervenção, a execução de atos materiais compreendidos no exercício das suas competências, desde que observados os requisitos de qualificação profissional necessários ao exercício das mesmas.*

#### **Artigo 10.º (Remuneração)**

*Os médicos no exercício efetivo de funções de autoridade de saúde que impliquem a obrigatoriedade de apresentação ao serviço sempre que solicitados têm direito a um suplemento remuneratório, cujo montante pecuniário e condições de pagamento são fixados por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da saúde.*

#### **Artigo 11.º (Conselho de Autoridades de Saúde)**

- 1 – *É criado o Conselho de Autoridades de Saúde, adiante designado por Conselho, com natureza consultiva e de apoio à autoridade de saúde nacional, com a seguinte composição:*
- a) *O diretor-geral da Saúde, que preside;*
  - b) *Os diretores regionais de saúde das Regiões Autónomas;*
  - c) *Os delegados de saúde regionais;*
  - d) *Um delegado de saúde a designar pelos respetivos pares em cada região;*



e) *Três personalidades de reconhecido mérito da saúde pública nomeados pelo diretor-geral da Saúde.*

2 – *Ao Conselho compete:*

a) *Emitir pareceres em matérias que lhe sejam solicitadas;*

b) *Propor medidas normativas adequadas ao bom funcionamento da rede de autoridades de saúde;*

c) *Propor a realização de estudos para harmonização de procedimentos das autoridades de saúde, com o objetivo de garantir soluções adequadas ao funcionamento integrado e coerente da rede;*

d) *Pronunciar-se, a pedido dos membros do Governo ou de qualquer membro do Conselho, sobre aspetos de ética, sociais e legais, designadamente sobre publicitação, divulgação e disseminação de informações relacionadas com a saúde pública.*

3 – *O Conselho reúne ordinariamente três vezes por ano e, extraordinariamente, sempre que seja convocado pelo presidente.*

4 – *Os termos de organização e funcionamento do Conselho de Autoridades de Saúde constam de regulamento interno a aprovar na primeira reunião após a sua constituição.*

5 – *O exercício das funções referidas nos números anteriores não é remunerado.*

### **Artigo 12.º (Dever de colaboração das instituições públicas e privadas)**

1 – *É reconhecido às autoridades de saúde o direito de acesso à informação necessária ao exercício das suas funções, relevante para a salvaguarda da saúde pública, devendo as instituições públicas e privadas fornecer os dados por aquelas considerados essenciais.*

2 – *É, ainda, reconhecido às autoridades de saúde o direito de acesso a serviços, instituições ou locais abertos ao público, no exercício das suas funções.*

### **Artigo 13.º (Recurso hierárquico)**

1 – *Dos atos praticados pelos delegados de saúde regionais e seus adjuntos e pelos delegados de saúde e seus adjuntos no exercício do poder de autoridade cabe recurso hierárquico para a autoridade de saúde nacional.*

2 – *A tramitação do processo gracioso referido no número anterior rege-se pelo disposto no Código de Procedimento Administrativo.*

### **Artigo 14.º (Apoio jurídico e patrocínio judiciário)**

*Os titulares dos poderes de autoridade de saúde que sejam arguidos ou parte em processo administrativo ou judicial, por ato cometido ou ocorrido no exercício e por causa das suas funções, têm direito a assistência jurídica, nas modalidades de apoio jurídico e patrocínio judiciário, a assegurar pela Direção-Geral da Saúde.*

### **Artigo 15.º (Remissão)**

*As referências à autoridade sanitária, à autoridade regional de saúde e seus adjuntos e às autoridades concelhias de saúde e seus adjuntos constantes de outros decretos-leis consideram-se feitas às autoridades de saúde criadas nos termos do presente decreto-lei.*

### **Artigo 16.º (Sanções)**

*A desobediência a ordem ou a mandado legítimos, regularmente comunicados e emanados da autoridade de saúde, é punida nos termos da lei penal.*

### **Artigo 16.º-A (Regiões Autónomas)**

*O presente decreto-lei é aplicável no território nacional, sem prejuízo da salvaguarda das competências dos órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas.*

### **Artigo 17.º (Disposição transitória)**

*As autoridades de saúde nomeadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 336/93, de 29 de setembro, mantêm-se no exercício das suas funções até que se proceda às novas designações, nos termos do artigo 4.º.*

### **Artigo 18.º (Norma revogatória)**

*É revogado o Decreto-Lei n.º 336/93, de 29 de setembro.*

### **Artigo 19.º (Entrada em vigor)**

*O presente decreto-lei entra em vigor 90 dias após a sua publicação.»*

## **1.2. AS AUTORIDADES DE SAÚDE NA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Para que se perceba melhor o enquadramento do exercício das funções de autoridade de saúde na estrutura dos serviços de saúde, destacam-se alguns aspetos do Decreto-Lei transcrito nas páginas anteriores, que se consideram mais relevantes:

- As funções inerentes ao exercício do poder de autoridade de saúde são exercidas com autonomia técnica e são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde (n.º 1 do Artigo 9.º).
- As autoridades de saúde dependem hierarquicamente do membro do Governo responsável pela área da saúde, através do diretor-geral da Saúde (n.º 2 do Artigo 3.º).
- A autoridade de saúde de âmbito nacional é o diretor-geral da Saúde (n.º 3 do Artigo 3.º), pelo que, para além das funções que lhe estão cometidas enquanto autoridade de saúde de âmbito nacional, há que ter presentes, também, todas as atribuições e competências da DGS.
- O delegado de saúde regional exerce, por inerência à comissão de serviço para que foi designado, as funções de diretor do departamento de saúde pública da administração regional de saúde respetiva, nos termos de legislação própria (n.º 2 do Artigo 4.º), pelo que há também que ter presentes todas as atribuições e competências dos Departamentos de Saúde Pública (com esta ou outra designação) das ARS.
- A autoridade de saúde de nível local, também designada por delegado de saúde coordenador, está sediada nas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde e/ou nas unidades locais de saúde e exerce as suas competências no âmbito geográfico territorialmente competente (n.º 1 do Artigo 8.º), sendo, simultaneamente, o(a) coordenador(a) da USP, nos termos de legislação própria, pelo que, também aqui, há que ter presentes todas as atribuições e competências das USP.

- As autoridades de saúde podem, no âmbito territorial competente, delegar nos profissionais que integram os respetivos serviços de saúde pública, de acordo com as áreas específicas de intervenção, a execução de atos materiais compreendidos no exercício das suas competências, desde que observados os requisitos de qualificação profissional necessários ao exercício das mesmas (n.º 3 do Artigo 9.º). Há que ter presente que o que se pode delegar é a “*execução de atos materiais*” e não a competência propriamente dita. Esta limitação é da maior relevância, nomeadamente em termos da responsabilidade de quem delega (que não deixa de existir), sendo que a forma e o conteúdo da própria delegação deve obedecer ao preconizado em diplomas específicos, nomeadamente no Código do Procedimento Administrativo.

A propósito desta possibilidade de delegação, a DGS emitiu, em 1 de julho de 2010, a Circular Informativa n.º 27/ASN, que veio esclarecer alguns aspetos importantes, concluindo pela possibilidade de os Delegados de Saúde delegarem a execução de actos materiais nos médicos colocados nas Unidades de Saúde Pública. Recomenda-se a leitura atenta desta Circular.

Ainda que as funções inerentes ao exercício do poder de autoridade de saúde sejam independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde, é óbvio que tem que estar devidamente regulamentado a quem compete, no seio do Ministério da Saúde, proporcionar às autoridades de saúde os meios necessários para o exercício pleno das suas funções.

No que diz respeito à autoridade de saúde nacional, na Lei Orgânica da DGS (Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro) pode ler-se o seguinte (transcrição parcial):

#### **«Artigo 2.º (Missão e atribuições)**

1 – A DGS tem por missão regulamentar, orientar e coordenar as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e, ainda, a coordenação das relações internacionais do Ministério da Saúde (MS).

2 – A DGS prossegue as seguintes atribuições:

a) ...

3 – No desenvolvimento da sua missão, a DGS prossegue ainda as seguintes atribuições, a nível nacional, para além das que lhe sejam conferidas por legislação própria:

a) Apoiar o diretor-geral da Saúde no exercício das suas competências de *autoridade de saúde nacional*, nos termos previstos na lei.

b) ...

#### **Artigo 4.º (Diretor-geral)**

1 – Compete ao diretor-geral dirigir e orientar a acção dos órgãos e serviços da DGS, nos termos das competências que lhe sejam conferidas por lei ou que nele sejam delegadas ou subdelegadas, competindo-lhe ainda exercer as funções de *autoridade de saúde nacional*, nos termos previstos na lei.

### **Artigo 5.º (Tipo de organização interna)**

A organização interna da DGS obedece ao seguinte modelo estrutural misto:

- a) Nas áreas de suporte e operativa, o modelo de estrutura hierarquizada;
- b) Nas áreas de apoio e acompanhamento ao Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde e à [Autoridade de Saúde Nacional](#), o modelo de estrutura matricial assente em equipas multidisciplinares.»

O número 3 do Artigo 27.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, diz que “os recursos necessários à instalação e ao funcionamento das [autoridades de saúde](#) são assegurados pelas ARS”.

No Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que procedeu à criação dos ACES, várias vezes alterado, republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de Outubro, e posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de Outubro, pode ler-se o seguinte (transcrição parcial):

#### **«Artigo 5.º (Âmbito de intervenção)**

1 – Os centros de saúde componentes de ACES intervêm nos âmbitos:

- a) Comunitário e de base populacional;
- b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Do exercício de funções de [autoridade de saúde](#).

2 – ...

#### **Artigo 12.º (Unidade de saúde pública)**

1 – À USP compete, na área geodemográfica do ACES em que se integra, designadamente, 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 em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de [autoridade de saúde](#).

2 – A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública.

3 – As funções de [autoridade de saúde](#) são exercidas, a nível dos ACES, por médicos de saúde pública, que são nomeados nos termos de legislação própria.

4 – A [autoridade de saúde](#) a nível dos ACES integra-se na cadeia hierárquica direta das [autoridades de saúde](#), nos termos do disposto na base XIX da Lei 48/90, de 24 de agosto.

5 – O coordenador da USP indica, de entre os profissionais de saúde pública dos ACES, e sempre que solicitado, o seu representante nos órgãos municipais com responsabilidades de saúde.»

No Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, que estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, que foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro, e retificado pela Declaração de Retificação n.º 52/2013, de 4 de dezembro, pode ler-se o seguinte (transcrição parcial):

### **«Artigo 3.º (Competências)**

1 – Os serviços de natureza operativa de saúde pública são serviços públicos criados em função da dimensão populacional residente na área respetiva de intervenção, com competência para: ...

2 – Os serviços de natureza operativa de saúde pública devem orientar a sua intervenção para a prossecução das Operações Essenciais de Saúde Pública, nos termos da Organização Mundial da Saúde, nomeadamente: ...

3 – As competências dos serviços de natureza operativa de saúde pública integram o exercício do poder de **autoridade de saúde**, no cumprimento da obrigação do Estado de intervir na defesa da saúde pública, conforme legislação especial aplicável.

### **Artigo 5.º-A (Designação)**

O processo de designação do diretor do departamento de saúde pública e do coordenador da unidade de saúde pública envolve as diligências e formalidades previstas para a designação da **autoridade de saúde**, nos termos da legislação especial aplicável.»

No Decreto-Lei n.º 12/2015, de 28 de janeiro, a propósito dos Estatutos das Unidades Locais de Saúde, E.P.E., pode ler-se o seguinte (transcrição parcial):

### **«Artigo 2.º (Objeto)**

1 – A ULS, E. P. E., tem por objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que com ela contratualizem a prestação de cuidados de saúde.

2 – A ULS, E. P. E., também tem por objeto:

a) Assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da **autoridade de saúde** na área geográfica por ela abrangida; ...»

Esta questão encontra-se devidamente salvaguardada nos diplomas legais que criaram todas as ULS atualmente existentes: Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho (ULS de Matosinhos, E.P.P.), Decreto-Lei n.º 50-B/2007, de 28 de fevereiro (ULS do Norte Alentejano, E.P.E), Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro (ULS do Alto Minho, E.P.E., ULS do Baixo Alentejo, E.P.E, e ULS da Guarda, E.P.E.), Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de novembro (ULS de Castelo Branco, E.P.E.), Decreto-Lei n.º 67/2011, de 2 de junho (ULS do Nordeste, E.P.E.) e Decreto-Lei n.º 238/2012, de 31 de outubro (ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.).

Como se percebe pela leitura dos diplomas legais citados anteriormente, não restam dúvidas de que compete aos Conselhos Diretivos das ARS, aos Conselhos de Administração das ULS e aos Diretores Executivos dos ACES proporcionar às autoridades de saúde as necessárias condições e os meios adequados para o exercício das suas funções.

Por último, refira-se que o Despacho n.º 7216/2015, de 1 de julho, que estabelece disposições sobre a integração do Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar nos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, também acautelou esta

questão. De facto, no número 2 deste Despacho é feita uma referência à autoridade de saúde, como se pode ler: “*Compete ao Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar, em articulação e colaboração com as autoridades de saúde, as Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS), a Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (INSA), bem como os restantes organismos do Ministério da Saúde: ...*”

### **1.3. A AUTORIDADE DE SAÚDE E A CARREIRA MÉDICA**

O Acordo colectivo de trabalho n.º 2/2009, de 13 de outubro, relativo à carreira especial médica, que foi alterado pelo Aviso n.º 17239/2012, de 27 de Dezembro, contém duas referências à autoridade de saúde na cláusula 12.ª, que se transcreve:

#### **«Cláusula 12.ª (Área de saúde pública)**

1 – Ao assistente são atribuídas, nomeadamente, as seguintes funções:

- a) Assegurar as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença na população em geral ou em determinados grupos que a integram;
- b) Identificar necessidades de saúde;
- c) Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- d) Promover e participar na formação dos médicos internos e na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram;
- e) Participar na articulação das actividades de saúde pública com as da medicina geral e familiar e hospitalar;
- f) Gerir programas e projectos nas áreas de defesa, protecção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respectivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- g) Responsabilizar -se por unidades funcionais de saúde pública;
- h) Exercer os poderes de *autoridade de saúde*;
- i) Cooperar com a *autoridade de saúde*;
- j) Desempenhar funções docentes;
- l) Participar em projectos de investigação científica;
- m) Integrar programas de melhoria contínua da qualidade;
- n) Participar em júris de concursos;
- o) Praticar actos médicos assistenciais nos limites do seu perfil profissional.»

O Acordo colectivo de trabalho n.º 5/2012, de 7 de dezembro, relativo à carreira especial médica, constitui o primeiro instrumento de regulamentação coletiva celebrado do setor da saúde na Região Autónoma dos Açores e também ele contém duas referências à autoridade de saúde na cláusula 12.ª, que se transcreve:

#### **«Cláusula 12.ª (Área de saúde pública)**

1 – Ao assistente são atribuídas, nomeadamente, as seguintes funções:

- a) Assegurar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença na população em geral ou em determinados grupos que a integram;

- b) Identificar necessidades de saúde;
- c) Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- d) Promover e participar na formação dos médicos internos e na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram;
- e) Participar na articulação das atividades de saúde pública com as da medicina geral e familiar e hospitalar;
- f) Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- g) Responsabilizar -se por unidades funcionais de saúde pública;
- h) Exercer os poderes de [autoridade de saúde](#);
- i) Cooperar com a [autoridade de saúde](#);
- j) Desempenhar funções docentes;
- l) Participar em projetos de investigação científica;
- m) Integrar programas de melhoria contínua da qualidade;
- n) Participar em júris de concursos;
- o) Praticar atos médicos assistenciais nos limites do seu perfil profissional.»

O Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro, procede à primeira alteração aos Decretos-Leis n.ºs 176/2009 e 177/2009, ambos de 4 de agosto, estabelecendo regras de organização do tempo de trabalho médico e de transição dos trabalhadores médicos já integrados na carreira especial médica para o regime de trabalho que corresponde a 40 horas semanais e definido as áreas de exercício profissional da carreira especial médica. Nele são feitas duas referências à autoridade de saúde no Artigo 7.º-C, que se transcreve:

#### **«Artigo 7.º-C (Área de saúde pública)**

1 – Na área de saúde pública, ao assistente são atribuídas, nomeadamente, as seguintes funções:

- a) Assegurar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença na população em geral ou em determinados grupos que a integram;
- b) Identificar necessidades de saúde;
- c) Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- d) Promover e participar na formação dos médicos internos e na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram;
- e) Participar na articulação das atividades de saúde pública com as da medicina geral e familiar e hospitalar;
- f) Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- g) Responsabilizar-se por unidades funcionais de saúde pública;
- h) Exercer os poderes de [autoridade de saúde](#);
- i) Cooperar com a [autoridade de saúde](#);
- j) Desempenhar funções docentes;
- k) Participar em projetos de investigação científica;
- l) Integrar programas de melhoria contínua da qualidade;
- m) Participar em júris de concursos;
- n) Praticar atos médicos assistenciais nos limites do seu perfil profissional.»

## **1.4. A AUTORIDADE DE SAÚDE E O DIREITO**

O exercício do poder de autoridade de saúde rege-se, naturalmente, com respeito pelos princípios do direito em geral e do direito administrativo em particular. A CRP consagra alguns dos seus artigos a estes princípios, transcrevendo-se os que se consideram mais relevantes:

### **«Artigo 266.º (Princípios fundamentais)**

- 1. A Administração Pública visa a prossecução do interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.*
- 2. Os órgãos e agentes administrativos estão subordinados à Constituição e à lei e devem actuar, no exercício das suas funções, com respeito pelos princípios da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da boa-fé.*

### **Artigo 268.º (Direitos e garantias dos administrados)**

- 1. Os cidadãos têm o direito de ser informados pela Administração, sempre que o requeiram, sobre o andamento dos processos em que sejam directamente interessados, bem como o de conhecer as resoluções definitivas que sobre eles forem tomadas.*
- 2. Os cidadãos têm também o direito de acesso aos arquivos e registos administrativos, sem prejuízo do disposto na lei em matérias relativas à segurança interna e externa, à investigação criminal e à intimidade das pessoas.*
- 3. Os actos administrativos estão sujeitos a notificação aos interessados, na forma prevista na lei, e carecem de fundamentação expressa e acessível quando afectem direitos ou interesses legalmente protegidos.*
- 4. É garantido aos administrados tutela jurisdicional efectiva dos seus direitos ou interesses legalmente protegidos, incluindo, nomeadamente, o reconhecimento desses direitos ou interesses, a impugnação de quaisquer actos administrativos que os lesem, independentemente da sua forma, a determinação da prática de actos administrativos legalmente devidos e a adopção de medidas cautelares adequadas.*
- 5. Os cidadãos têm igualmente direito de impugnar as normas administrativas com eficácia externa lesivas dos seus direitos ou interesses legalmente protegidos.*
- 6. Para efeitos dos n.ºs 1 e 2, a lei fixará um prazo máximo de resposta por parte da Administração.*

### **Artigo 269.º (Regime da função pública)**

- 1. No exercício das suas funções, os trabalhadores da Administração Pública e demais agentes do Estado e outras entidades públicas estão exclusivamente ao serviço do interesse público, tal como é definido, nos termos da lei, pelos órgãos competentes da Administração.*
- 2. Os trabalhadores da Administração Pública e demais agentes do Estado e outras entidades públicas não podem ser prejudicados ou beneficiados em virtude do exercício de quaisquer direitos políticos previstos na Constituição, nomeadamente por opção partidária.*
- 3. Em processo disciplinar são garantidas ao arguido a sua audiência e defesa.*
- 4. Não é permitida a acumulação de empregos ou cargos públicos, salvo nos casos expressamente admitidos por lei.*
- 5. A lei determina as incompatibilidades entre o exercício de empregos ou cargos públicos e o de outras actividades.*



### **Artigo 271.º (Responsabilidade dos funcionários e agentes)**

1. Os funcionários e agentes do Estado e das demais entidades públicas são responsáveis civil, criminal e disciplinarmente pelas acções ou omissões praticadas no exercício das suas funções e por causa desse exercício de que resulte violação dos direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, não dependendo a acção ou procedimento, em qualquer fase, de autorização hierárquica.
2. É excluída a responsabilidade do funcionário ou agente que actue no cumprimento de ordens ou instruções emanadas de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, se previamente delas tiver reclamado ou tiver exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.
3. Cessa o dever de obediência sempre que o cumprimento das ordens ou instruções implique a prática de qualquer crime.
4. A lei regula os termos em que o Estado e as demais entidades públicas têm direito de regresso contra os titulares dos seus órgãos, funcionários e agentes.»

O Código de Processo Penal atualmente em vigor (Decreto-Lei n.º 78/87, de 17 de fevereiro, alterado múltiplas vezes), consagra dois artigos à denúncia de crimes, que se consideram potencialmente relevantes neste contexto e se transcrevem integralmente:

#### **«Artigo 241.º (Aquisição da notícia do crime)**

*O Ministério Público adquire notícia do crime por conhecimento próprio, por intermédio dos órgãos de polícia criminal ou mediante denúncia, nos termos dos artigos seguintes.*

#### **Artigo 242.º (Denúncia obrigatória)**

- 1 – A denúncia é obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos:
  - a) Para as entidades policiais, quanto a todos os crimes de que tomarem conhecimento;
  - b) Para os funcionários, na acepção do artigo 386.º do Código Penal, quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.
- 2 – Quando várias pessoas forem obrigadas à denúncia do mesmo crime, a sua apresentação por uma delas dispensa as restantes.
- 3 – Quando se referir a crime cujo procedimento dependa de queixa ou de acusação particular, a denúncia só dá lugar a instauração de inquérito se a queixa for apresentada no prazo legalmente previsto.»

Tendo presente a referência ao Artigo 386.º do Código Penal (Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, várias vezes alterado), transcreve-se o mesmo integralmente:

#### **«Artigo 386.º (Conceito de funcionário)**

- 1 – Para efeito da lei penal a expressão funcionário abrange:
  - a) O funcionário civil;
  - b) O agente administrativo; e
  - c) Os árbitros, jurados e peritos; e
  - d) Quem, mesmo provisória ou temporariamente, mediante remuneração ou a título gratuito, voluntária ou obrigatoriamente, tiver sido chamado a desempenhar ou a participar no desempenho de uma actividade compreendida na função pública administrativa ou jurisdicional, ou, nas mesmas circunstâncias, desempenhar funções em organismos de utilidade pública ou nelas participar.

2 – Ao funcionário são equiparados os gestores, titulares dos órgãos de fiscalização e trabalhadores de empresas públicas, nacionalizadas, de capitais públicos ou com participação maioritária de capital público e ainda de empresas concessionárias de serviços públicos.

3 – São ainda equiparados ao funcionário, para efeitos do disposto nos artigos 335.º e 372.º a 374.º:

a) Os magistrados, funcionários, agentes e equiparados de organizações de direito internacional público, independentemente da nacionalidade e residência;

b) Os funcionários nacionais de outros Estados, quando a infração tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português;

c) Todos os que exerçam funções idênticas às descritas no n.º 1 no âmbito de qualquer organização internacional de direito público de que Portugal seja membro, quando a infração tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português;

d) Os magistrados e funcionários de tribunais internacionais, desde que Portugal tenha declarado aceitar a competência desses tribunais;

e) Todos os que exerçam funções no âmbito de procedimentos de resolução extrajudicial de conflitos, independentemente da nacionalidade e residência, quando a infração tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português;

f) Os jurados e árbitros nacionais de outros Estados, quando a infração tiver sido cometida, total ou parcialmente, em território português.

4 – A equiparação a funcionário, para efeito da lei penal, de quem desempenhe funções políticas é regulada por lei especial.»

Por último refira-se, de uma forma simplista, a hierarquia dos documentos legislativos. De facto, a importância dos diversos diplomas legais não é a mesma para todos, sendo a hierarquia entre eles um aspeto relevante a ter em consideração. Por ordem decrescente, temos:

- 1 – Lei Constitucional: A CRP e as suas revisões;
- 2 – Tratados internacionais;
- 3 – Lei e Decreto-Lei (da Assembleia da República e do Governo, respetivamente);
- 4 – Decreto regional;
- 5 – Decreto regulamentar;
- 6 – Decreto regulamentar regional;
- 7 – Resolução do Conselho de Ministros;
- 8 – Portaria;
- 9 – Despacho;
- 10 – Postura.

Esta hierarquia traduz-se, por exemplo, na impossibilidade jurídica de alterar uma Lei ou um Decreto-Lei através da publicação de um Decreto Regulamentar ou de uma Portaria. Estes visam, na maioria dos casos, a operacionalização daqueles, habitualmente designados por “leis habilitantes”, e juridicamente perdem a sua eficácia quando os anteriores são revogados.

## **1.5. AUTORIDADE DE SAÚDE: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS**

No que diz respeito às atribuições e competências das autoridades de saúde, o Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril (com as alterações nele introduzidas posteriormente) pode ser

considerado como um documento genérico e enquadrador. Contudo, às autoridades de saúde foram sendo atribuídas, por diversos diplomas legais, muitos deles da responsabilidade de outros ministérios que não o da Saúde, e, pelo menos aparentemente, sem a intervenção deste, outras competências, funções ou responsabilidades, as quais serão abordadas nos capítulos seguintes, por áreas de intervenção ou assuntos. Restringe-se esta abordagem aos documentos em que existe uma referência expressa à autoridade de saúde, nos seus diversos níveis ou designações (autoridade de saúde, autoridade sanitária, delegado de saúde, etc.), deixando-se propositadamente de fora todos os outros, ainda que possam constar dos mesmos referências à “proteção da saúde pública”, por exemplo. Estes serão, para este efeito, considerados como importantes para a saúde pública mas não da responsabilidade da autoridade de saúde.

Por vezes, essas competências, funções ou responsabilidades, a que se atribui aqui o rótulo de “competências específicas”, nem sempre parecem ter suporte nos diplomas enquadradores das atribuições e competências das autoridades de saúde. Esse possível conflito de competências, essas incompatibilidades ou essas incongruências são questões antigas, que podem traduzir-se em dificuldades operacionais, mas não se vislumbram soluções fáceis para as ultrapassar. Por outro lado, algumas referências à autoridade de saúde em alguns diplomas legais vigentes parecem reportar-se a competências de outras entidades ou autoridades, como o INFARMED, por exemplo, o que deverá ser devidamente clarificado.

Como se estas incongruências não fossem por si só suficientes para que se estabeleça alguma confusão, são inúmeros os diplomas legais em que se faz referência a uma ou mais “autoridades competentes” ou, de uma forma ainda mais genérica, a “autoridades administrativas” (onde se poderão incluir as autoridades de saúde), sem que se refira a que autoridade(s) em concreto compete fazer o que está estipulado. Isto pode estar na origem de algumas situações complicadas, com manifesta dificuldade em delimitar campos de atuação ou áreas de intervenção, com todas as consequências que daí podem advir.

Acresce que as autoridades de saúde são frequentemente chamadas a pronunciar-se sobre variadíssimas situações cujo enquadramento legal não prevê como obrigatória a sua intervenção, mas que poderão até ser de grande relevância e ter potenciais repercussões sobre a saúde das populações, de que o ordenamento do território e o ambiente são dois bons exemplos. Aqui surge uma questão muito pertinente, que consiste em saber se a autoridade de saúde deve intervir nesses processos enquanto tal (dado que a lei não impõe a sua intervenção) ou se a sua participação nesses processos deve ser vista como a de alguém cuja opinião ou parecer foi considerada muito importante (e, por isso, foi solicitada), pese embora não seja vinculativa. Nestas situações, espera-se que o bom senso impere e que a opinião das autoridades de saúde seja tida em consideração. Mas há que ter sempre presente que isso pode não acontecer.

Ocasionalmente, as autoridades de saúde são designadas como representantes de outros organismos (ARS, ACES, USP, etc.) em comissões, reuniões decisórias e outros atos administrativos. Ainda que essas designações cumpram todos os preceitos legais de uma delegação de competências (e sabemos que isso nem sempre sucede), a participação das

autoridades de saúde nesses processos não significa que elas tenham passado a deter as competências que estão atribuídas a esses organismos, sendo que as autoridades de saúde deverão ter consciência de que a sua intervenção nos mesmos é “*em representação de*” e não resulta de uma competência que lhes esteja legalmente atribuída. Por outro lado, a responsabilidade que recai sobre as autoridades de saúde nestas situações é imensa, e qualquer decisão tomada por elas vincula (em princípio) a entidade que as designou ou indigitou, o que deve estar sempre presente na mente dos intervenientes.

## 2. ACAMPAMENTOS OCASIONAIS

O Decreto-Lei n.º 204/2012, de 29 de agosto, procedeu à simplificação do regime de instalação e funcionamento dos recintos de espetáculos e de divertimentos públicos e do regime de acesso, exercício e fiscalização de várias atividades de controlo municipal e alterou os Decretos-Leis n.ºs 309/2002, de 16 de dezembro, e 310/2002, de 18 de dezembro.

Este Decreto-Lei regula o regime jurídico de acesso, exercício e fiscalização das seguintes atividades: a) Guarda-noturno; b) Venda ambulante de lotarias; c) Arrumador de automóveis; d) Realização de acampamentos ocasionais; e) Exploração de máquinas automáticas, mecânicas, elétricas e eletrónicas de diversão; f) Realização de espetáculos desportivos e de divertimentos públicos nas vias, jardins e demais lugares públicos ao ar livre; g) Venda de bilhetes para espetáculos ou divertimentos públicos em agências ou postos de venda; h) Realização de fogueiras e queimadas.

O Artigo 18.º deste Decreto-Lei refere-se especificamente à realização de acampamentos ocasionais e foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 51/2015, de 13 de abril. Nele constam duas referências à autoridade de saúde, pelo que se transcreve este artigo integralmente:

### «Artigo 18.º (Licença)

1 – *A realização de acampamentos ocasionais fora dos locais adequados à prática do campismo e caravanismo fica sujeita à obtenção de licença da câmara municipal, devendo ser requerida pelo responsável do acampamento e dependendo a sua concessão da autorização expressa do proprietário do prédio.*

2 – *A realização de qualquer acampamento ocasional fica sujeita à emissão de parecer favorável das seguintes entidades:*

a) *Delegado de saúde;*

b) *Comandante da PSP ou da GNR, consoante os casos.*

3 – *A licença é concedida por um período de tempo determinado, nunca superior ao período de tempo autorizado expressamente pelo proprietário do prédio, podendo ser revogada a qualquer momento.*

4 – *A realização de qualquer acampamento ocasional por parte de membros das organizações reconhecidas pela World Association of Girl Guides and Girl Scouts e pela World Organization of the Scout Movement fica sujeita a comunicação prévia à câmara municipal, ao delegado de saúde e ao comandante da PSP ou da GNR, consoante os casos, bem como à autorização do proprietário do prédio, sem prejuízo do cumprimento das regras a que se refere o n.º 3 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 124/2006, de 28 de junho, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 15/2009, de 14 de janeiro, 17/2009, de 14 de janeiro, 114/2011, de 30 de novembro, e 83/2014, de 23 de maio.»*

Não estando definido na lei o que se deve entender por “acampamento ocasional”, parece legítimo considerar como tal todo e qualquer acampamento devidamente organizado por uma entidade pública, privada ou social com competência reconhecida, fora dos locais adequados à prática do campismo e caravanismo (como a lei prevê), em que existe uma definição clara dos seus objetivos e da sua duração, garantindo que o mesmo se processa com total respeito pelas regras de higiene, saúde e segurança dos envolvidos e pela proteção do ambiente, entre outros

aspectos mais ou menos relevantes. O necessário requerimento, a ser submetido à apreciação da autoridade de saúde, deve ser claro em todos esses aspectos. O parecer da autoridade de saúde emitido nos termos do disposto no número 2 deve entender-se como vinculativo, dado que a consulta é obrigatória.

Quer quando o seu parecer é exigível, quer quando perante uma simples comunicação (nos termos do número 4 do Artigo em questão), à autoridade de saúde caberá, ainda, encarar a possibilidade ou a necessidade de desenvolver ações de vigilância sanitária destes locais, nomeadamente quando o acampamento se prolonga por vários dias ou quando o número de pessoas acampadas nesses locais é elevado.

### 3. ÁGUA

#### 3.1. LEI DA ÁGUA

A Lei n.º 58/2005, de 29 de dezembro, aprovou a Lei da Água, transpondo para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2000/60/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Outubro, e estabelecendo as bases e o quadro institucional para a gestão sustentável das águas. Esta Lei foi alterada em quatro ocasiões, a última delas pelo Decreto-Lei n.º 130/2012, de 22 de junho, que a republicou.

Esta Lei estabelece o enquadramento para a gestão das águas subterrâneas e das águas superficiais, designadamente as águas interiores, de transição e costeiras. Para além das águas propriamente ditas, esta Lei abrange os respetivos leitos e margens, bem como as zonas adjacentes, zonas de infiltração máxima e zonas protegidas. Tudo isto sem prejuízo da aplicação dos regimes especiais relativos, nomeadamente, às águas para consumo humano, aos recursos hidrominerais, aos recursos geotérmicos e às águas de nascente, às águas destinadas a fins terapêuticos e às águas que alimentem piscinas e outros recintos com diversões aquáticas.

Nesta Lei surgem duas referências à autoridade de saúde, no Artigo 94.º, que se transcreve integralmente:

**«Artigo 94.º (Dever de informar em caso de perigo)**

*1 – As pessoas e entidades sujeitas a medidas de fiscalização devem informar imediatamente a autoridade nacional da água e as entidades licenciadoras, fiscalizadoras e autoridades de saúde de quaisquer acidentes e factos que constituam causa de perigo para a saúde pública, para a segurança de pessoas e bens ou para a qualidade da água.*

*2 – Qualquer entidade administrativa que tome conhecimento de situações que indiciem a prática de infrações às normas de proteção da qualidade da água ou que se traduzam em perigo para a saúde, para a segurança de pessoas e bens ou para a qualidade da água deve dar notícia à autoridade nacional da água e às entidades licenciadoras, fiscalizadoras e autoridades de saúde.»*

Parece ser de presumir que, às autoridades de saúde competirá a análise do risco e a tomada das medidas que se revelarem adequadas para proteger a saúde das populações, quando for do seu conhecimento qualquer acidente ou facto que possa comprometer a qualidade da água.

Não é referido a que nível se processa a intervenção das autoridades de saúde, ou seja, qual ou quais as autoridades de saúde que devem ser contactadas e/ou informadas.

#### 3.2. ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO

O Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de agosto, estabeleceu o regime da qualidade da água destinada ao consumo humano, revendo o Decreto-Lei n.º 243/2001, de 5 de Setembro, que transpôs para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 98/83/CE (EUR-Lex), do Conselho, de 3 de

Novembro. Este Decreto-Lei foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 92/2010, de 16 de julho, sendo que as alterações introduzidas por este último não incidiram sobre as questões relacionadas com a intervenção da autoridade de saúde.

São muitas as referências à autoridade de saúde que constam deste diploma legal, transcrevendo-se integralmente os artigos em que tal sucede, bem como outros considerados de maior relevância para a sua atuação:

### **«Artigo 2.º (Definições)**

*Para efeitos do disposto no presente decreto-lei, entende-se por:*

a) «Acreditação» o procedimento através do qual o organismo nacional de acreditação reconhece formalmente que uma entidade é competente tecnicamente para efectuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais;

b) «Água destinada ao consumo humano»:

i) Toda a água no seu estado original, ou após tratamento, destinada a ser bebida, a cozinhar, à preparação de alimentos, à higiene pessoal ou a outros fins domésticos, independentemente da sua origem e de ser fornecida a partir de uma rede de distribuição, de um camião ou navio-cisterna, em garrafas ou outros recipientes, com ou sem fins comerciais;

ii) Toda a água utilizada numa empresa da indústria alimentar para fabrico, transformação, conservação ou comercialização de produtos ou substâncias destinados ao consumo humano, assim como a utilizada na limpeza de superfícies, objectos e materiais que podem estar em contacto com os alimentos, excepto quando a utilização dessa água não afecta a salubridade do género alimentício na sua forma acabada;

c) «Autoridade de saúde» a entidade responsável pela aplicação do presente decreto-lei na componente de saúde pública, em articulação com a autoridade competente;

d) «Comité» a entidade a que se refere o artigo 12.º da Directiva n.º 98/83/CE, do Conselho, de 3 de Novembro, relativa à qualidade da água destinada ao consumo humano;

e) «Controlo» o conjunto de acções de avaliação da qualidade da água realizadas com carácter regular pelas entidades gestoras, com vista à manutenção da sua qualidade, em conformidade com as normas estabelecidas legalmente;

f) «Controlo operacional» o conjunto de observações, avaliações analíticas e acções a implementar no sistema de abastecimento que contribuem para assegurar a adequada qualidade da água para consumo humano;

g) «Derrogação» a dispensa concedida pela autoridade competente que define, por si ou por decisão da Comissão Europeia, para um determinado período de tempo, um valor paramétrico menos exigente para os parâmetros fixados no presente decreto-lei;

h) «Entidade gestora de sistema de abastecimento particular» a entidade responsável pela exploração e gestão de sistemas de abastecimento de água destinada ao consumo humano para fins privativos;

i) «Entidade gestora de sistema de abastecimento público» a entidade responsável pela exploração e gestão de um sistema de água para consumo humano, através de redes fixas ou de outros meios de fornecimento de água, no âmbito das atribuições de serviço público;

j) «Entidade gestora de sistema de abastecimento público em alta» a entidade responsável por um sistema destinado, no todo ou em parte, ao represamento, à captação, à elevação, ao tratamento, ao armazenamento e à adução de água para consumo público;



- l) «Entidade gestora de sistema de abastecimento público em baixa» a entidade responsável por um sistema destinado, no todo ou em parte, ao armazenamento, à elevação e à distribuição de água para consumo público aos sistemas prediais, aos quais liga através de ramais de ligação;
- m) «ETA» uma estação de tratamento de água para consumo humano, a qual, na sua forma mais simples, é constituída apenas por desinfecção;
- n) «Fiscalização» o conjunto de acções que permitem verificar o cumprimento da legislação referente à qualidade da água para consumo humano;
- o) «Método analítico de referência» o método definido pelo presente decreto -lei que permite avaliar com fiabilidade o valor de um parâmetro de qualidade da água relativamente ao qual são comparados outros métodos analíticos utilizados;
- p) «Parâmetros conservativos» os parâmetros em relação aos quais seja possível demonstrar não haver alterações negativas entre a estação de tratamento de água para consumo humano e as torneiras dos consumidores;
- q) «Parâmetros indicadores» os parâmetros cujo valor deve ser considerado como valor guia, nos termos do presente decreto-lei;
- r) «Parâmetros obrigatórios» os parâmetros cujo valor não pode ser ultrapassado, nos termos do presente decreto-lei;
- s) «Ponto de amostragem» o local onde é efectuada a colheita de amostra de água para verificação da sua conformidade, nos termos definidos no presente decreto-lei;
- t) «Ponto de entrega» o local físico ou conjunto de locais físicos onde é feita a entrega de água para consumo humano por uma entidade gestora a outra entidade gestora, caracterizado por uma uniformidade da qualidade de água;
- u) «População servida» o número de habitantes ligados a um sistema de abastecimento, no âmbito de uma zona de abastecimento;
- v) «Qualidade da água para consumo humano» a característica dada pelo conjunto de valores de parâmetros microbiológicos e físico-químicos fixados nas partes I, II e III do anexo I do presente decreto-lei e que dele faz parte integrante;
- x) «Rede de distribuição» o conjunto de tubagens e acessórios instalados para a distribuição da água para consumo humano desde os reservatórios, ou captações ou estações de tratamento de água, até à entrada nos sistemas de distribuição prediais;
- z) «Sistema de abastecimento» o conjunto de equipamentos e infra-estruturas que englobam a captação, o tratamento, a adução, o armazenamento e a distribuição da água para consumo humano;
- aa) «Sistema de distribuição predial» o conjunto de canalizações, acessórios e aparelhos instalados entre as torneiras normalmente utilizadas para consumo humano e o ramal de ligação;
- ab) «Supervisão de laboratório» o conjunto de acções da autoridade competente que permitem verificar a implementação dos métodos analíticos, do sistema de controlo da qualidade analítica, interno e externo, associado a cada método, assim como as condições de funcionamento dos laboratórios de ensaios responsáveis pelas análises do controlo da qualidade da água para consumo humano;
- ac) «Valor paramétrico» o valor máximo ou mínimo fixado para cada um dos parâmetros a controlar, tendo em atenção o disposto no presente decreto-lei;
- ad) «Zona de abastecimento» a área geográfica servida por um sistema de abastecimento na qual a água proveniente de uma ou mais origens pode ser considerada uniforme.

#### **Artigo 4.º (Autoridade de saúde)**

1 – As funções de *autoridade de saúde* relativas à aplicação do presente decreto-lei na componente de saúde pública são exercidas por:

- a) No caso dos sistemas municipais ou particulares, pelo *delegado regional de saúde* ou o seu representante designado para o concelho;
- b) No caso dos sistemas multimunicipais ou intermunicipais, pelo *delegado regional de saúde* ou o seu representante designado, assessorado pelos *delegados de saúde dos concelhos envolvidos*;
- c) No caso dos sistemas multimunicipais ou intermunicipais que abrangem mais de um centro regional de saúde pública, pela *Direcção-Geral da Saúde*, abreviadamente designada por DGS;
- d) No caso das intervenções e derrogações a que se referem os artigos 23.º e 24.º do presente decreto-lei, pelo *delegado regional de saúde* da região onde se localiza o sistema de abastecimento, ou quando estiver em causa mais de uma região, pela DGS.

2 – A *autoridade de saúde* assegura de forma regular e periódica a vigilância sanitária da qualidade da água para consumo humano fornecida pelas entidades gestoras, bem como as demais funções constantes do presente decreto-lei.

#### **Artigo 6.º (Normas de qualidade)**

1 – A água destinada ao consumo humano deve respeitar os valores paramétricos dos parâmetros constantes das partes I, II e III do anexo I do presente decreto-lei.

2 – Quando a protecção da saúde humana assim o exija, a DGS fixa os valores aplicáveis a outros parâmetros não incluídos no anexo I do presente decreto-lei, cujos valores paramétricos devem respeitar o disposto no n.º 2 do artigo 8.º.

#### **Artigo 7.º (Isenções)**

1 – Estão isentas da aplicação das normas de qualidade constantes do presente decreto-lei:

- a) A água que se destina exclusivamente a fins para os quais a *autoridade de saúde* tenha determinado que a qualidade da água não tem qualquer influência, directa ou indirecta, na saúde dos consumidores;
- b) A água destinada ao consumo humano fornecida no âmbito de sistemas de abastecimento particular que sirvam menos de 50 pessoas ou que sejam objecto de consumos inferiores a 10 m<sup>3</sup>/dia, em média, excepto se essa água for fornecida no âmbito de uma actividade pública ou privada de natureza comercial, industrial ou de serviços.

2 – Nos casos previstos na alínea b) do número anterior, as entidades licenciadoras informam a respectiva *autoridade de saúde* dos licenciamentos concedidos, devendo esta assegurar que a população afectada é informada da isenção, bem como das medidas necessárias para proteger a saúde humana dos efeitos nocivos resultantes de qualquer contaminação da água para consumo humano.

3 – Sempre que, no âmbito da alínea b) do n.º 1, seja identificado um perigo potencial para a saúde humana devido à qualidade da água, a *autoridade de saúde* presta o aconselhamento adequado à população servida.

#### **Artigo 8.º (Obrigações gerais)**

1 – As entidades gestoras de sistemas de abastecimento público em baixa devem, tendencialmente, disponibilizar, por rede fixa ou outros meios, água própria para consumo humano devidamente controlada, em quantidade que satisfaça as necessidades básicas da população e em qualidade, na sua área geográfica de influência.

2 – Compete às entidades gestoras garantir que a água destinada ao consumo humano seja salubre, limpa e desejavelmente equilibrada, designadamente que:

- a) Não contenha nenhum microrganismo, parasita ou substância em quantidade ou concentração que possa constituir um perigo potencial para a saúde humana;
- b) Cumpra as normas da qualidade fixadas no anexo I do presente decreto-lei;
- c) Não seja agressiva, nem incrustante ao longo do sistema de abastecimento, devendo tomar as medidas para dar cumprimento ao disposto no n.º 3 do presente artigo e nos artigos 6.º, 9.º, 10.º, 14.º, 15.º, 16.º, 18.º, 21.º e 28.º.

3 – As entidades gestoras devem garantir a realização, caso a caso, de controlos suplementares de substâncias e ou microrganismos para os quais não tenham sido fixados os valores paramétricos a que se refere o artigo 6.º, se houver razões para suspeitar que os mesmos podem estar presentes em quantidades que constituam um perigo potencial para a saúde humana, os quais são determinados pela [autoridade de saúde](#), ouvidas a entidade gestora e a autoridade competente.

4 – A implementação do presente decreto-lei por parte das entidades gestoras não pode provocar, directa ou indirectamente, qualquer deterioração da qualidade da água para consumo humano relevante para a protecção da saúde humana, nem produzir qualquer aumento da poluição das águas utilizadas para a produção de água potável.

5 – As entidades gestoras devem manter os registos relativos ao controlo da qualidade da água para consumo humano e a respectiva documentação por um período mínimo de cinco anos.

#### **Artigo 9.º (Tratamento da água destinada ao consumo humano)**

1 – As entidades gestoras asseguram obrigatoriamente um adequado tratamento da água destinada ao consumo humano, de molde a dar cumprimento ao disposto no artigo 6.º e no n.º 2 do artigo 8.º.

2 – A água distribuída deve ser submetida a um processo de desinfecção.

3 – As entidades gestoras podem ser dispensadas pela [autoridade de saúde](#) do cumprimento do disposto no número anterior se, através do histórico analítico, demonstrarem não terem tido incumprimentos aos parâmetros microbiológicos sem recurso à desinfecção.

4 – Compete às entidades gestoras assegurar a eficácia da desinfecção e garantir, sem comprometer a desinfecção, que a contaminação por subprodutos da água seja mantida a um nível tão baixo quanto possível e não ponha em causa a sua qualidade para consumo humano.

#### **Artigo 10.º (Verificação da conformidade)**

1 – O controlo da qualidade da água realiza-se de acordo com o disposto no anexo II do presente decreto-lei e que dele faz parte integrante.

2 – A verificação do cumprimento dos valores paramétricos fixados nos termos do presente decreto-lei é feita:

- a) No caso da água fornecida a partir de uma rede de distribuição, no ponto em que, no interior de uma instalação ou estabelecimento, sai das torneiras normalmente utilizadas para consumo humano;
- b) No caso da água fornecida a partir de fontanários não ligados à rede de distribuição, no ponto de utilização;
- c) No caso da água fornecida por entidades gestoras em alta, nos pontos de amostragem dos pontos de entrega aos respectivos utilizadores;
- d) No caso da água fornecida a partir de camiões, navios-cisterna e reservatórios não ligados à rede de distribuição, no ponto de utilização;

e) No caso da água destinada à venda em garrafas e outros recipientes, com ou sem fins comerciais, no fim da linha de enchimento;

f) No caso da água utilizada numa empresa da indústria alimentar, no ponto de utilização.

3 – Nas situações a que se refere a alínea a) do número anterior, a responsabilidade das entidades gestoras cessa sempre que se comprove que o incumprimento dos valores paramétricos fixados nos termos do presente decreto-lei é imputável ao sistema de distribuição predial ou à sua manutenção, excepto nas instalações e nos estabelecimentos em que se fornece água ao público, tais como escolas, hospitais e restaurantes, caso em que deve esclarecer, por escrito, os responsáveis desses estabelecimentos ou instalações sobre os incumprimentos dos valores paramétricos decorrentes dos seus sistemas específicos, logo que deles tenham conhecimento.

4 – Da informação referida no número anterior deve ser dado conhecimento à autoridade competente e à [autoridade de saúde](#).

5 – Quando o incumprimento dos valores paramétricos fixados nos termos do presente decreto-lei seja imputável ao sistema de distribuição predial ou à sua manutenção, a autoridade competente, ouvida, se necessário, a [autoridade de saúde](#), pode determinar aos responsáveis dos estabelecimentos ou das instalações em que se forneça água ao público a adopção de medidas a implementar nas redes prediais para reduzir ou eliminar os riscos de incumprimento dos valores paramétricos, bem como os respectivos prazos, dando conhecimento às entidades gestoras.

6 – Não sendo adoptadas as medidas referidas no número anterior no prazo fixado, a autoridade competente, ouvida a [autoridade de saúde](#), pode determinar que a entidade gestora suspenda o fornecimento de água, caso esteja em risco a saúde humana.

7 – A autoridade competente pode ainda, em articulação com as entidades gestoras, determinar a estas a adopção de outras medidas, tais como a introdução de técnicas de tratamento adequadas para modificar a natureza ou as propriedades da água antes da distribuição, por forma a reduzir ou eliminar os riscos de incumprimento dos valores paramétricos após a distribuição.

8 – A autoridade competente garante ainda que os consumidores afectados são devidamente informados e aconselhados sobre eventuais medidas de correcção suplementares que devam tomar.

### **Artigo 17.º (Divulgação dos dados da qualidade da água)**

1 – As entidades gestoras em baixa devem publicitar, trimestralmente, por meio de editais afixados nos lugares próprios ou na imprensa regional, no prazo máximo de dois meses após o trimestre a que dizem respeito, os resultados analíticos obtidos na implementação do PCQA, sem prejuízo da divulgação adicional por outros formatos, designadamente, nos seus sítios na Internet, por correio ou nos boletins municipais.

2 – Os editais devem permanecer afixados até à sua substituição pelos editais seguintes e ser enviados à [autoridade de saúde](#).

3 – As entidades gestoras em baixa que actuem por delegação ou concessão devem publicitar na imprensa regional os dados trimestrais da qualidade da água ou, em alternativa, fornecê-los aos respectivos municípios, para que estes procedam à sua publicitação por edital.

4 – As entidades gestoras em alta devem fazer prova, trimestralmente, junto das entidades gestoras em baixa, dos resultados analíticos obtidos na implementação do PCQA, por ponto de entrega, num prazo máximo de dois meses após o trimestre a que dizem respeito.

5 – Da informação referida nos números anteriores deve constar, no mínimo, por parâmetro:

a) O número de análises previstas no PCQA;

b) A percentagem de análises realizadas;

c) O valor paramétrico;

- d) Os valores máximo e mínimo obtidos;
- e) A percentagem de análises que cumprem a legislação;
- f) A informação complementar relativa às causas dos incumprimentos e às medidas correctivas implementadas.

6 – A entidade gestora deve disponibilizar a informação relativa a cada zona de abastecimento, quando solicitada.

7 – As entidades gestoras de sistemas de abastecimento particular devem publicitar trimestralmente nas suas instalações os resultados da verificação da conformidade da qualidade da água distribuída e enviá-los à respectiva [autoridade de saúde](#).

### **Artigo 18.º (Comunicação de incumprimentos)**

1 – As situações de incumprimento dos valores paramétricos estabelecidos nas partes I, II e III do anexo I do presente decreto-lei devem ser comunicadas, de forma auditável e até ao fim do dia útil seguinte àquele em que tiveram conhecimento da sua ocorrência, pelos laboratórios de análises encarregues do controlo da qualidade da água às entidades gestoras, as quais, por sua vez, devem comunicá-las à [autoridade de saúde](#) e à autoridade competente até ao fim do dia útil seguinte àquele em que tiveram conhecimento da sua ocorrência.

2 – Nas situações previstas no número anterior, as entidades gestoras em alta devem ainda informar as respectivas entidades gestoras em baixa.

### **Artigo 19.º (Correcção dos incumprimentos)**

1 – Verificada uma situação de incumprimento dos valores paramétricos das partes I e II do anexo I do presente decreto-lei, as entidades gestoras devem investigar imediatamente a sua causa e adoptar as medidas correctivas necessárias para restabelecer a qualidade da água destinada ao consumo humano, tendo especialmente em atenção o desvio em relação ao valor paramétrico fixado e o perigo potencial para a saúde humana.

2 – No caso de situações de incumprimento dos valores paramétricos da parte III do anexo I do presente decreto-lei, a [autoridade de saúde](#) deve, no prazo máximo de cinco dias úteis contados após a sua tomada de conhecimento, pronunciar-se junto das entidades gestoras sobre se existe um risco significativo para a saúde humana, dando conhecimento à autoridade competente.

3 – No âmbito do disposto no número anterior e caso a [autoridade de saúde](#) considere que há um risco significativo para a saúde humana, a [autoridade de saúde](#), em colaboração com a entidade gestora, define as medidas correctivas a adoptar por esta para o restabelecimento da qualidade da água e das eventuais restrições ao seu uso, dando delas conhecimento à autoridade competente.

4 – Sem prejuízo da não consideração da existência de risco significativo para a saúde humana, a autoridade competente pode, no prazo de 30 dias e em colaboração com a entidade gestora, determinar a implementação de medidas correctivas para cumprimento dos valores paramétricos.

5 – A eficácia das medidas correctivas implementadas no âmbito do presente artigo deve ser avaliada mediante a realização, pelas entidades gestoras, de análises de verificação da qualidade da água aos parâmetros em incumprimento.

6 – Concluída a investigação das causas dos incumprimentos, adoptadas as medidas correctivas e conhecidos os resultados das análises de verificação, as entidades gestoras devem dar conhecimento desta informação à [autoridade de saúde](#) e à autoridade competente até ao 5.º dia útil seguinte à data de conclusão do processo.

7 – Nas situações previstas no número anterior, as entidades gestoras em alta devem ainda informar as respectivas entidades gestoras em baixa.

8 – A [autoridade de saúde](#) deve avisar os consumidores das medidas correctivas referidas nos n.ºs 1 e 4, excepto se considerar que o incumprimento do valor paramétrico verificado é insignificante.

### **Artigo 20.º (Persistência de incumprimentos)**

1 – Nas situações em que, apesar das medidas correctivas adoptadas, persista o incumprimento dos valores paramétricos, a autoridade competente pode colaborar com as entidades gestoras, por sua solicitação, na investigação das respectivas causas.

2 – Nas situações descritas no número anterior, a [autoridade de saúde](#) pode determinar a adopção de medidas excepcionais quando estiver em risco a saúde humana, incluindo a restrição ou a proibição do abastecimento, devendo informar imediatamente os consumidores e aconselhá-los devidamente.

3 – Nas situações referidas no número anterior, as entidades gestoras devem providenciar uma alternativa de água para consumo humano aos respectivos consumidores, desde que aquelas se mantenham por mais de vinte e quatro horas.

4 – Sem prejuízo do disposto no n.º 3 do artigo 10.º, a responsabilidade pelo incumprimento recai sobre a entidade gestora da parte do sistema em que o mesmo se verificou, salvo quando essa entidade demonstre que o incumprimento é imputável a outra entidade, sem prejuízo do dever de diligência que lhe assiste no sentido de regularizar o incumprimento.

### **Artigo 23.º (Derrogações)**

1 – Nos casos em que não seja possível corrigir os incumprimentos nos termos do disposto nos artigos 18.º, 19.º e 20.º, num período máximo de 30 dias contado a partir da data de conclusão da investigação das suas causas, as entidades gestoras podem requerer à autoridade competente uma derrogação para um ou mais valores paramétricos fixados na parte II do anexo I do presente decreto-lei ou nos termos do n.º 2 do artigo 6.º para uma dada água e até um valor máximo a estabelecer por esta.

2 – Do requerimento constam os seguintes elementos:

a) Exposição das razões pelas quais não é possível corrigir o incumprimento nos termos do número anterior;

b) Indicação dos parâmetros para os quais as entidades gestoras pretendem a derrogação e proposta dos novos valores paramétricos;

c) Identificação da zona de abastecimento afectada, do volume médio diário fornecido e do número de habitantes atingidos, assim como das eventuais repercussões para as indústrias alimentares servidas;

d) Estabelecimento, se necessário, de um programa específico de monitorização da qualidade da água que permita às entidades gestoras acompanhar adequadamente a evolução da concentração dos parâmetros para os quais é solicitada a derrogação;

e) Indicação das medidas correctivas a aplicar, acompanhadas do plano de trabalhos e da estimativa dos respectivos custos;

f) Indicação da duração pretendida para a derrogação.

3 – A autoridade competente pode conceder a derrogação, fixando os valores máximos e o respectivo prazo, desde que não esteja em causa um perigo potencial para a saúde humana e o abastecimento não possa ser mantido por outro meio razoável.

4 – A decisão a que se refere o número anterior é precedida de parecer emitido pela [autoridade de saúde](#) no prazo máximo de 20 dias a contar da data em que tome conhecimento do pedido de derrogação, ou, na sua ausência, de audição da DGS.

5 – A autoridade competente, após tomar conhecimento do parecer referido no número anterior, profere decisão final no prazo de 20 dias.

6 – O disposto nos números anteriores não é aplicável se a [autoridade de saúde](#) considerar o incumprimento do valor paramétrico insignificante e se as medidas correctivas adoptadas nos termos dos artigos 19.º e 20.º permitirem resolver o incumprimento.

7 – Para efeitos do disposto no número anterior, a [autoridade de saúde](#) deve estabelecer o valor máximo para o parâmetro em causa e o prazo para resolver o problema, que não pode ser superior a 30 dias seguidos.

8 – O disposto nos n.ºs 6 e 7 não se aplica sempre que o incumprimento do valor paramétrico se tiver verificado durante mais de 30 dias seguidos nos 12 meses anteriores.

9 – A derrogação é concedida por um período tão curto quanto possível, não superior a três anos, sendo da mesma dado conhecimento à [autoridade de saúde](#).

10 – Nos casos em que seja concedida uma derrogação a uma entidade gestora em alta, esta é extensível às respectivas entidades gestoras em baixa para as zonas abastecidas com água adquirida à respectiva entidade gestora em alta, que para este efeito deve informar a entidade gestora em baixa.

11 – O disposto no presente artigo e nos artigos seguintes não se aplica à água para consumo humano colocada à venda em garrafas e outros recipientes.

#### **Artigo 24.º (Termo das derrogações)**

1 – Terminado o período de derrogação, a entidade gestora deve apresentar à autoridade competente um balanço que permita avaliar os progressos efectuados.

2 – A concessão de uma segunda derrogação, por período nunca superior a três anos, segue a tramitação estabelecida no artigo anterior, sendo precedida pelo envio à Comissão Europeia do balanço relativo à primeira derrogação, acompanhado dos motivos que a justificam.

3 – Em circunstâncias excepcionais e devidamente fundamentadas, as entidades gestoras podem solicitar à autoridade competente uma terceira derrogação, por um período máximo de três anos, a qual é submetida à Comissão Europeia caso a autoridade competente entenda existirem razões ponderosas que a justifiquem.

4 – Na sequência do disposto no número anterior, a Comissão Europeia toma uma decisão no prazo máximo de três meses.

#### **Artigo 25.º (Comunicação de derrogações)**

1 – A autoridade competente comunica à Comissão Europeia, no prazo de dois meses, as derrogações por si concedidas relativas a abastecimentos superiores a 1000 m<sup>3</sup> por dia em média ou a 5000 pessoas, bem como os elementos enumerados no n.º 2 do artigo 23.º.

2 – Sempre que seja concedida uma derrogação, as entidades gestoras em baixa informam imediata e devidamente as populações afectadas pela decisão da autoridade competente, através de edital afixado nos lugares próprios e na imprensa regional ou nos boletins municipais.

3 – A [autoridade de saúde](#) deve prestar, em articulação com as entidades gestoras e sempre que considere relevante, o aconselhamento necessário aos consumidores para os quais a derrogação possa representar um risco especial.

4 – O disposto nos n.ºs 2 e 3 não se aplica aos casos a que se refere o n.º 6 do artigo 23.º, salvo decisão em contrário da autoridade competente, ouvida a [autoridade de saúde](#).

### **Artigo 30.º (Vigilância sanitária)**

1 – As acções de vigilância sanitária são realizadas pela **autoridade de saúde**, que incluem:

- a) A realização de análises complementares ao PCQA e de outras acções necessárias para a avaliação da qualidade da água para consumo humano;
- b) A avaliação do risco para a saúde humana da qualidade da água destinada ao consumo humano.

2 – As acções de vigilância sanitária devem ter em conta o conhecimento do sistema de água e o seu funcionamento e as características da água e das zonas de abastecimento consideradas mais problemáticas.

3 – A entidade gestora deve fornecer o PCQA, bem como a caracterização e funcionamento dos sistemas de abastecimento de água à **autoridade de saúde**, sempre que solicitada por esta.

4 – No âmbito das acções de vigilância sanitária, a **autoridade de saúde** deve informar a entidade gestora dos incumprimentos aos valores paramétricos detectados, no prazo de cinco dias a contar da data em que deles toma conhecimento.

5 – Quer os valores paramétricos tenham ou não sido respeitados, sempre que a **autoridade de saúde** verifique que a qualidade da água distribuída constitui um perigo potencial para a saúde humana, deve, em articulação com a entidade gestora, determinar as medidas a adoptar para minimizar tais efeitos, designadamente a determinação da proibição ou restrição do abastecimento e a informação e o aconselhamento aos consumidores, delas dando conhecimento à autoridade competente.

6 – A **autoridade de saúde** pode ainda determinar a proibição do abastecimento, tendo em consideração os riscos para a saúde humana decorrentes da interrupção do abastecimento ou da restrição da utilização da água.

7 – Da decisão referida no número anterior deve ser dado imediato conhecimento à entidade gestora e à autoridade competente, devendo ainda ser prestado o aconselhamento e a informação adequados aos consumidores afectados.

8 – Os licenciamentos de captações de águas para sistemas de abastecimento particular devem ser comunicados pelas respectivas entidades licenciadoras às **autoridades de saúde**, a pedido destas.

### **Artigo 31.º (Contra-ordenações)**

1 – Constitui contra-ordenação punível com coima de (euro) 750 a (euro) 3740, quando os factos sejam praticados por pessoa singular, e de (euro) 2500 a (euro) 44 890, quando praticados por pessoa colectiva:

- a) Não sujeitar a água distribuída a um processo de desinfecção, nos termos do n.º 2 do artigo 9.º;
- b) O não esclarecimento por escrito por parte das entidades gestoras, nos termos do n.º 3 do artigo 10.º;
- c) A não implementação das medidas determinadas pela autoridade competente, nos termos do n.º 5 do artigo 10.º;
- d) A não suspensão do fornecimento de água, nos termos do n.º 6 do artigo 10.º;
- e) A não adopção das medidas determinadas pela autoridade competente, nos termos do n.º 7 do artigo 10.º;
- f) A não inclusão no PCQA da determinação de todos os parâmetros do controlo de inspecção, nos termos do n.º 5 do artigo 13.º;
- g) A não comunicação à autoridade competente das alterações ocorridas, nos termos do n.º 7 do artigo 13.º;
- h) A inexistência no início de cada ano civil de um PCQA aprovado pela autoridade competente, nos termos do n.º 1 do artigo 14.º;
- i) A não apresentação do PCQA à autoridade competente, nos termos do n.º 2 do artigo 14.º;
- j) A não realização do controlo da qualidade da água, nos termos do n.º 5 do artigo 14.º;



- l) A não implementação do PCQA, nos termos do n.º 1 do artigo 15.º;
- m) A inexistência de um registo actualizado, nos termos dos n.ºs 2 e 3 do artigo 15.º;
- n) A não disponibilização dos registos ao público ou aos clientes, nos termos do n.º 4 do artigo 15.º;
- o) A não comunicação à autoridade competente dos resultados da verificação da qualidade da água para consumo humano obtidos na implementação do PCQA, nos termos do n.º 5 do artigo 15.º;
- p) A não integração no PCQA dos fontanários não ligados à rede pública de distribuição de água, nos termos do n.º 1 do artigo 16.º;
- q) Não providenciar uma alternativa de abastecimento de água, nos termos do n.º 4 do artigo 16.º;
- r) Não implementar as medidas correctivas necessárias para restabelecer a qualidade da água destinada ao consumo humano, nos termos do n.º 1 do artigo 19.º;
- s) A não realização de análises de verificação da qualidade da água aos parâmetros em incumprimento, nos termos do n.º 5 do artigo 19.º;
- t) Não providenciar uma alternativa de água para consumo humano, nos termos do n.º 3 do artigo 20.º;
- u) A não selecção dos materiais, substâncias e produtos químicos, nos termos do n.º 4 do artigo 21.º;
- v) A não apresentação à autoridade competente do balanço que permita avaliar os progressos efectuados, nos termos do n.º 1 do artigo 24.º;
- x) A não informação das populações, nos termos do n.º 2 do artigo 25.º;
- z) A não realização de ensaios por laboratórios considerados aptos, nos termos do n.º 1 do artigo 26.º;
- aa) Não facultar à autoridade competente e à ASAE, durante acções de fiscalização, o acesso a qualquer ponto dos sistemas de abastecimento ou às instalações, nos termos do n.º 5 do artigo 29.º;
- ab) O não fornecimento da caracterização e funcionamento dos sistemas de abastecimento de água à [autoridade de saúde](#), nos termos do n.º 3 do artigo 30.º;
- ac) O não cumprimento do prazo previsto no n.º 6 do artigo 37.º.

2 – Constitui contra-ordenação punível com coima de (euro) 250 a (euro) 1500, quando os factos sejam praticados por pessoa singular, e de (euro) 1250 a (euro) 25 000, quando praticados por pessoa colectiva:

- a) A não realização de controlos suplementares, nos termos do n.º 3 do artigo 8.º;
- b) A não manutenção dos registos e respectiva documentação, nos termos do n.º 5 do artigo 8.º;
- c) A não verificação dos valores paramétricos, nos termos do n.º 2 do artigo 10.º;
- d) A não comunicação da informação, nos termos do n.º 4 do artigo 10.º;
- e) A não divulgação dos dados da qualidade da água, nos termos do artigo 17.º;
- f) A não comunicação das situações de incumprimento à entidade gestora e desta à autoridade competente e à [autoridade de saúde](#), nos termos do n.º 1 do artigo 18.º;
- g) A não comunicação da informação, nos termos do n.º 6 do artigo 19.º;
- h) A não prestação de informação, nos termos do n.º 7 do artigo 19.º;
- i) A não actualização do documento comprovativo de acreditação, nos termos do n.º 4 do artigo 27.º.

3 – A negligência e a tentativa são puníveis nos termos da lei geral, sendo reduzidos para metade os montantes máximos e mínimos das coimas aplicáveis.

4 – Sempre que a contra-ordenação consista na omissão de um dever, o pagamento da coima não dispensa o infractor do seu cumprimento se este ainda for possível.»

Existe ainda uma referência à autoridade de saúde no número 2 das notas do Quadro B1 do ANEXO II deste Decreto-Lei, o qual diz respeito à frequência mínima de amostragem e de análise da água destinada para consumo humano fornecida por uma rede de distribuição, por fontanários, por um camião-cisterna ou fornecida para uma empresa da indústria alimentar. Aí se pode ler que “no caso de fornecimento intermitente de curto prazo, compete à [autoridade](#)

*de saúde, em conjunto com a autoridade competente, fixar a frequência a cumprir e os parâmetros a determinar”.*

Registe-se que a maioria das referências à autoridade de saúde são genéricas, mas, se tivermos em consideração o disposto no Artigo 4.º, é à/ao delegada/o regional de saúde que estão cometidas as maiores responsabilidades, pese embora ela/e possa ser assessorada/o, em algumas situações, pelas/os delegadas/os de saúde dos concelhos envolvidos.

São tantas as referências à autoridade de saúde neste Decreto-Lei que o mesmo merecia, por si só, a elaboração de um ou mais documentos específicos, de caráter técnico, por um lado, e, por outro, numa perspetiva prática e operacional, onde fossem abordadas a sua aplicabilidade e as questões e os desafios que a mesma coloca, tarefa que não cabe neste trabalho. Pela sua importância, tendo em consideração as responsabilidades cometidas às autoridades de saúde e o potencial impacto da sua atuação em termos da saúde pública, recomenda-se uma leitura atenta e integral deste Decreto-Lei.

O Decreto-Lei n.º 23/2016, de 3 de junho, estabeleceu os requisitos para a proteção da saúde do público em geral no que diz respeito às substâncias radioativas presentes na água destinada ao consumo humano, fixando os valores paramétricos, frequências e métodos aplicáveis para o seu controlo, e transpõe a Diretiva n.º 2013/51/EURATOM, do Conselho, de 22 de outubro de 2013. Neste Decreto-Lei são feitas várias referências à autoridade de saúde, transcrevendo-se integralmente os artigos considerados mais relevantes:

### **«Artigo 2.º (Âmbito de aplicação)**

- 1 – As disposições do presente decreto-lei aplicam-se à água destinada ao consumo humano.*
- 2 – Para as águas referidas na subalínea ii) da alínea a) do artigo 4.º, a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) define e comunica à autoridade competente e à Direção-Geral da Saúde a lista das utilizações nas indústrias alimentares em que a salubridade do produto final não é afetada pela qualidade da água utilizada.*
- 3 – As disposições do presente decreto-lei não se aplicam:*
- a) Às águas minerais naturais abrangidas pelo disposto na legislação em vigor sobre a matéria;*
  - b) Às águas de nascente abrangidas pelo Decreto-Lei n.º 156/98, de 6 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 268/2002, de 27 de novembro, exceto os valores paramétricos estabelecidos no presente decreto-lei e no Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, para os parâmetros fixados pela entidade licenciadora;*
  - c) Às águas que são produtos medicinais na aceção dada a medicamentos pela alínea dd) do n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, republicado pelo Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, e alterado pela Lei n.º 51/2014, de 25 de agosto;*
  - d) Às águas destinadas à produção de água para consumo humano, abrangidas pelo Decreto-Lei n.º 236/98, de 1 de agosto.*

### **Artigo 3.º (Isenções)**

1 – Não são abrangidas pelo disposto no presente decreto-lei as:

- a) Águas que se destinem exclusivamente aos fins para os quais a **autoridade de saúde** tenha determinado que a qualidade da água não tem influência, direta ou indireta, na saúde dos consumidores;
- b) Águas destinadas ao consumo humano fornecidas no âmbito de sistemas de abastecimento particular que sirvam menos de 50 pessoas ou que sejam objeto de consumos inferiores a 10 m<sup>3</sup>/dia, em média, exceto se essas águas forem fornecidas no âmbito de uma atividade pública ou privada de natureza comercial, industrial ou de serviços.

2 – No caso previsto na alínea b) do número anterior, as entidades licenciadoras informam a respetiva **autoridade de saúde** dos licenciamentos concedidos, devendo esta assegurar que a população em causa é informada da isenção, e das medidas tomadas para proteger a saúde humana dos efeitos nocivos resultantes de qualquer contaminação da água para o consumo humano.

3 – Sempre que, no âmbito da alínea b) do n.º 1, seja identificado um perigo potencial para a saúde humana devido à qualidade da água, a **autoridade de saúde** presta o aconselhamento adequado à população servida.

### **Artigo 4.º (Definições)**

Para efeitos do presente decreto-lei entende-se por:

a) «Água destinada ao consumo humano»:

i) Toda a água no seu estado original, ou após tratamento, destinada a ser bebida, a cozinhar, à preparação de alimentos, à higiene pessoal ou a outros fins domésticos, independentemente da sua origem e de ser fornecida a partir de uma rede de distribuição, de um camião ou navio-cisterna, em garrafas ou outros recipientes, com ou sem fins comerciais;

ii) Toda a água utilizada em qualquer empresa do setor alimentar para fabrico, transformação, conservação ou comercialização de produtos ou substâncias destinados ao consumo humano, assim como a utilizada na limpeza de superfícies, objetos e materiais que podem estar em contacto com os alimentos, exceto quando a utilização dessa água não afeta a salubridade do género alimentício na sua forma acabada;

b) «Autoridade competente», a Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos;

c) «**Autoridade de saúde**», a entidade responsável pela aplicação do presente decreto-lei na componente de saúde pública, em articulação com a autoridade competente, conforme definido pelo Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro;

d) «Dose indicativa» ou «DI», a dose efetiva comprometida para um ano da ingestão de todos os radionuclídeos cuja presença tiver sido detetada num abastecimento de água destinada ao consumo humano, tanto de origem natural como artificial, excluindo o trítio, o potássio-40, o radão e os produtos de vida curta da desintegração do radão;

e) «Qualidade da água para consumo humano», a característica dada pelo conjunto de valores de parâmetros microbiológicos e físico-químicos fixados nas partes I, II e III do anexo I do Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, e pelo conjunto de valores dos parâmetros para substâncias radioativas fixados nos anexos I, II e III ao presente decreto-lei e que dele fazem parte integrante;

f) «Substância radioativa», qualquer substância que contenha um ou mais radionuclídeos, cuja atividade ou concentração não possa ser menosprezada do ponto de vista da proteção contra as radiações;

g) «Valor paramétrico», o valor máximo ou mínimo fixado para cada um dos parâmetros a controlar, tendo em conta o disposto no Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho;

h) «Valor paramétrico para substâncias radioativas», o valor de substâncias radioativas em água destinada ao consumo humano acima do qual se deve verificar se a presença de substâncias radioativas na água destinada ao consumo humano representa um risco para a saúde humana perante o qual se imponha agir, e, se necessário, se devem tomar as medidas de correção adequadas a fim de elevar a qualidade da água para um nível consentâneo com os requisitos de proteção da saúde humana, em termos de proteção contra as radiações.

### **Artigo 6.º (Valores paramétricos e pontos obrigatórios)**

1 – Os valores paramétricos aplicáveis ao controlo das substâncias radioativas na água destinada ao consumo humano são os fixados no anexo I ao presente decreto-lei.

2 – A verificação do cumprimento dos valores paramétricos pelas entidades gestoras aplicáveis ao controlo das substâncias radioativas na água destinada ao consumo humano, efetuada de acordo com os requisitos do anexo II ao presente decreto-lei, é feita:

a) No caso da água fornecida a partir de uma rede de distribuição, no ponto em que, no interior de uma instalação ou estabelecimento, sai das torneiras normalmente utilizadas para consumo humano;

b) No caso da água fornecida a partir de fontanários não ligados à rede de distribuição, no ponto de utilização;

c) No caso da água fornecida por entidades gestoras em alta, nos pontos de amostragem dos pontos de entrega aos respetivos utilizadores;

d) No caso da água fornecida a partir de camiões, navios-cisterna e reservatórios não ligados à rede de distribuição, no ponto em que sai desses mesmos camiões, navios-cisterna e reservatórios;

e) No caso da água destinada à venda em garrafas e outros recipientes, com ou sem fins comerciais, no ponto em que é colocada nas garrafas ou outros recipientes;

f) No caso da água utilizada numa empresa da indústria alimentar, no ponto de utilização.

3 – A escolha do ponto de amostragem para a verificação do cumprimento dos valores paramétricos, nos termos do número anterior pode ser qualquer ponto na zona de abastecimento ou na instalação de tratamento, desde que não haja qualquer alteração adversa no valor de concentração entre o ponto de amostragem e o ponto obrigatório.

### **Artigo 10.º (Incumprimentos dos valores paramétricos das substâncias radioativas)**

1 – Sempre que se verifique uma situação de incumprimento dos valores paramétricos fixados nos termos do artigo 6.º, a entidade gestora deve, de imediato, investigar a sua causa, sem prejuízo do cumprimento dos procedimentos previstos nos artigos 18.º e 19.º do Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho.

2 – Em caso de incumprimento de um valor paramétrico, a [autoridade de saúde](#) deve, no prazo máximo de cinco dias úteis após a sua tomada de conhecimento, pronunciar-se junto das entidades gestoras sobre se existe um risco significativo para a saúde humana, dando disso conhecimento à autoridade competente.

3 – No âmbito do disposto no número anterior, e caso a [autoridade de saúde](#) considere que há um risco significativo para a saúde humana, a [autoridade de saúde](#), em colaboração com a entidade gestora, define as medidas corretivas a adotar por esta para o restabelecimento da qualidade da água e das eventuais restrições ao seu uso, dando delas conhecimento à autoridade competente.

4 – As medidas corretivas implementadas devem garantir o cumprimento dos requisitos de proteção da saúde humana do ponto de vista da proteção radiológica.

5 – A eficácia das medidas corretivas implementadas nos termos do n.º 3 deve ser demonstrada através da realização de análises de verificação dos parâmetros em incumprimento.

#### **Artigo 11.º (Informação ao público)**

A *autoridade de saúde* deve avisar os consumidores do risco identificado na avaliação, das medidas corretivas tomadas e aconselhar sobre quaisquer outras precauções que possam ser necessárias para a proteção da saúde humana contra as substâncias radioativas.

#### **Artigo 12.º (Controlo das substâncias radioativas)**

1 – O controlo das substâncias radioativas faz-se de acordo com as regras previstas no anexo II do presente decreto-lei.

2 – As entidades gestoras podem apresentar, por zona de abastecimento, estudos de avaliação de risco que justifiquem a isenção do controlo das substâncias radioativas.

3 – Os estudos de avaliação de risco são apreciados pela autoridade competente que define os critérios de apreciação e, se necessário, ouve outras entidades.

4 – As isenções são concedidas por períodos de quatro anos, devendo as entidades gestoras nestes casos efetuar o controlo das substâncias radioativas de cinco em cinco anos.

5 – A autoridade competente comunica à Comissão Europeia as isenções concedidas e as respetivas avaliações de risco.»

No ponto 7 do ANEXO II desde Decreto-Lei, relativo ao controlo das substâncias radioativas, existe mais uma referência à autoridade de saúde:

#### **«7 — Estabelecimento de uma média**

*Se um valor paramétrico for excedido numa determinada amostra, a autoridade de saúde determina o número de amostras para assegurar que os valores medidos sejam representativos de uma concentração de atividade média durante um ano inteiro.»*

Também neste Decreto-Lei não é referido a que nível se processa a intervenção das autoridades de saúde, sendo certo que a tomada de decisões, tendo presente o que está em causa (substâncias radioativas presentes na água destinada ao consumo humano), implica conhecimentos e competências de várias especialidades, médicas e não-médicas.

### **3.3. ÁGUAS MINERAIS NATURAIS**

O Decreto-Lei n.º 156/98, de 6 de junho, estabeleceu as regras relativas ao reconhecimento das águas minerais naturais e as características e condições a observar nos tratamentos, rotulagem e comercialização das águas minerais naturais e águas de nascente, revogando o Decreto-Lei n.º 283/91, de 9 de agosto. O número 4 do Artigo 7.º deste Decreto-Lei foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 268/2002, de 27 de novembro.

Neste Decreto-Lei, e para os efeitos nele previstos, são apresentadas as seguintes definições:

a) «Água mineral natural» – a água de circulação subterrânea, considerada bacteriologicamente própria, com características físico-químicas estáveis na origem, dentro da gama de flutuações naturais, de que podem eventualmente resultar efeitos favoráveis à saúde e que se distingue da água de beber comum:

i) Pela sua pureza original;

ii) Pela sua natureza, caracterizada pelo teor de substâncias minerais, oligoelementos ou outros constituintes;

b) «Água mineral natural efervescente» – a água que liberta espontaneamente e de forma perceptível gás carbónico nas condições normais de temperatura e de pressão, quer na origem quer após engarrafamento, repartindo-se em três categorias:

i) Água mineral natural gasosa – a água cujo teor em gás carbónico proveniente do aquífero após decantação eventual e engarrafamento é o mesmo que à saída da captação, tendo em conta, se for caso disso, a reincorporação de uma quantidade de gás proveniente do mesmo aquífero equivalente ao de gás libertado durante estas operações e sob reserva das tolerâncias técnicas usuais;

ii) Água mineral natural reforçada com gás carbónico natural – a água cujo teor em gás carbónico proveniente do mesmo aquífero, após decantação eventual e engarrafamento, é superior ao verificado à saída da captação;

iii) Água mineral natural gaseificada – a água que foi objecto de uma adição de gás carbónico de outra origem que não seja o aquífero donde esta água provém;

c) «Água de nascente» – a água subterrânea, considerada bacteriologicamente própria, com características físico-químicas que a tornam adequada para consumo humano no seu estado natural;

No número 1 do Artigo 11.º deste Decreto-Lei, que se transcreve em seguida, surge uma referência à autoridade de saúde nacional:

#### **«Artigo 11.º (Menções condicionadas)**

*1 – O director-geral de Fiscalização e Controlo da Qualidade Alimentar poderá autorizar, após parecer favorável do [director-geral da Saúde](#), a utilização de menções como «estimula a digestão», «pode favorecer as funções hepático-biliares» ou outras semelhantes.*

*2 – Podem ser também autorizadas outras menções, desde que não estejam em contradição com os princípios e critérios fixados no anexo III ao presente diploma, que dele faz parte integrante.*

*3 – Ao procedimento previsto nos números anteriores são aplicáveis supletivamente as normas do Código do Procedimento Administrativo.»*

Compete, assim, ao Diretor-Geral da Saúde emitir parecer sobre a utilização de menções diversas por parte das entidades exploradoras destas águas (nas respetivas embalagens, na publicidade, etc.), sendo que essas menções só poderão ser utilizadas se o seu parecer for favorável.

No ANEXO II (Condições das instalações de exploração das águas minerais naturais) deste Decreto-Lei, que se transcreve em seguida, existem duas referências à autoridade de saúde:

«1 – As instalações destinadas à exploração devem ser concebidas de forma a evitar qualquer possibilidade de contaminação e a conservar as propriedades inerentes à qualificação que a água apresenta à saída da captação. Para o efeito, e em especial:

a) A captação e o aquífero devem estar protegidos contra os riscos de poluição;

b) A captação, as condutas de adução das águas e os reservatórios devem ser concebidos com materiais adequados à água e de forma a impedir qualquer alteração química, físico-química e bacteriológica dessa água;

c) As condições de exploração e em especial as instalações de lavagem e de engarrafamento devem satisfazer às exigências de higiene.

2 – Quando durante a exploração se verificar que a água mineral natural está poluída e deixou de corresponder às características bacteriológicas previstas no artigo 4.º, a entidade que explora a água deve suspender imediatamente todas as operações, em especial a operação de engarrafamento, até que a causa da poluição seja eliminada e que a água esteja conforme ao disposto no citado artigo.

3 – O controlo periódico das condições de exploração das águas minerais naturais, enquanto recurso hidromineral, compete ao Instituto Geológico e Mineiro, nos termos da legislação em vigor.

4 – O controlo periódico nas fases de engarrafamento e comercialização será da responsabilidade da Direcção-Geral de Fiscalização e Controlo da Qualidade Alimentar, sem prejuízo das competências legalmente atribuídas à Inspeção-Geral das Actividades Económicas.

5 – As autoridades de saúde exercerão uma vigilância periódica em todas as fases e informarão os organismos mencionados nos n.ºs 3 e 4 através da Direcção-Geral da Saúde, sempre que na sua actividade encontrarem alterações dos respectivos parâmetros.

6 – As entidades mencionadas nos n.ºs 3 e 4 e as entidades exploradoras informarão, respectivamente, a Direcção-Geral da Saúde e a autoridade de saúde dos resultados laboratoriais que se revelem anormais, devendo ser imediatas as comunicações dos resultados que possam pôr em risco a saúde dos consumidores.

7 – Se os organismos oficiais de controlo tiverem razões definidas para considerar que uma água mineral natural ou uma água de nascente não preenche o disposto no presente diploma ou representa um perigo para a saúde pública, ainda que circule livremente num ou mais países comunitários, poderão suspender ou limitar provisoriamente a comercialização do produto, disso informando de imediato a Comissão e os outros países comunitários, indicando os motivos da sua decisão e fornecendo os elementos pertinentes ligados ao reconhecimento da água, se for caso disso, e os resultados das análises periódicas, quando solicitados.»

Deve entender-se que às autoridades de saúde compete exercer uma vigilância periódica (em termos não definidos) em todas as fases (presume-se que desde a captação até aos locais de venda), devendo informar a Direcção-Geral da Saúde sempre que forem encontradas alterações dos parâmetros sobre os quais tenha recaído a sua vigilância, sendo a esta que competirá informar os organismos referidos nos números 3 e 4 do anexo transcrito (n.º 5).

Às autoridades de saúde competirá, ainda, a análise do risco e a tomada das medidas que se revelarem adequadas para proteger a saúde dos consumidores, quando forem informadas pelas entidades exploradoras e/ou pelas entidades referidas nos números 3 e 4 daquele anexo da existência de resultados laboratoriais anormais (n.º 6).

Registe-se que não é referido a que nível se processa a intervenção das autoridades de saúde, à exceção da intervenção do Diretor-Geral da Saúde prevista no número 1 do Artigo 11.º.

### 3.4. ÁGUAS BALNEARES

O Decreto-Lei n.º 135/2009, de 3 de junho, estabeleceu o regime de identificação, gestão, monitorização e classificação da qualidade das águas balneares e de prestação de informação ao público sobre as mesmas, transpondo para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2006/7/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de fevereiro, relativa à gestão da qualidade das águas balneares. Este Decreto-Lei foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 113/2012, de 23 de maio.

Para os efeitos previstos neste Decreto-Lei, são definidas como águas balneares *“as águas superficiais, quer sejam interiores, costeiras ou de transição, em que se preveja que um grande número de pessoas se banhe e onde a prática balnear não tenha sido interdita ou desaconselhada de modo permanente”*.

Este Decreto-Lei não é aplicável às águas utilizadas em piscinas e em piscinas de águas termais, às águas confinadas sujeitas a tratamento ou utilizadas para fins terapêuticos nem às águas confinadas criadas artificialmente e separadas das águas superficiais e das águas subterrâneas.

Este Decreto-Lei contém várias referências à autoridade de saúde de âmbito regional, transcrevendo-se os Artigos considerados mais relevantes:

#### **«Artigo 6.º (Monitorização de águas balneares)**

1 – A APA, I. P., estabelece um calendário de amostragem para cada água balnear, antes do início de cada época balnear.

2 – A monitorização deve ser efetuada no prazo máximo de quatro dias a contar da data indicada no calendário de amostragem.

3 – Compete à APA, I. P., com a colaboração do *delegado de saúde regional*, estabelecer o ponto de amostragem de cada água balnear, devendo esse ponto ser o local das águas balneares onde:

a) Se preveja maior afluência de banhistas; ou

b) De acordo com o perfil das águas balneares, exista maior risco de poluição, entendida como a presença de contaminação microbiológica ou outros organismos ou resíduos que afetem a qualidade das águas balneares e constituam um risco para a saúde dos banhistas.

4 – A APA, I. P., deve estabelecer programas de monitorização, de acordo com o calendário de amostragem referido no n.º 1, que permitam uma correta análise da qualidade das águas balneares.

5 – Compete à APA, I. P., coordenar os procedimentos de colheita, transporte e análise dos programas de monitorização, quer sejam realizados por laboratórios do Estado quer por laboratórios privados acreditados pelo Instituto Português de Acreditação, I. P. (IPAC, I. P.), para os parâmetros e métodos referidos no anexo I ao presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.



6 – A monitorização deve ser efetuada com a frequência especificada no anexo II do presente decreto-lei e do qual faz parte integrante, sendo os resultados dessa monitorização utilizados na constituição dos conjuntos de dados sobre a qualidade das águas balneares referidos no artigo 8.º.

7 – As amostras recolhidas durante episódios de poluição de curta duração podem não ser consideradas, devendo essas amostras ser substituídas por amostras recolhidas em conformidade com o anexo II do presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.

8 – Considera-se poluição de curta duração, para efeitos do presente decreto-lei, a contaminação microbiológica indicada na coluna A do anexo I, com causas claramente identificáveis, que se preveja que, em princípio, não afeta a qualidade das águas balneares por mais de cerca de 72 horas a contar do momento em que a qualidade dessas águas começou a ser afetada e para a qual a APA, I. P., tenha estabelecido procedimentos de previsão e minimização dos seus efeitos, tal como previsto no anexo III do presente decreto-lei e do qual faz parte integrante.

9 – Em situações anormais o calendário de amostragem é suspenso, sendo retomado logo que possível após o termo da situação anormal, altura em que são recolhidas novas amostras para substituir as amostras em falta devido à situação anormal.

10 – Qualquer suspensão do calendário de amostragem é comunicada à Comissão Europeia pela APA, I. P., o mais tardar por ocasião do relatório anual previsto no artigo 20.º, indicando as razões de tal suspensão.

11 – A análise da qualidade das águas balneares é efetuada, no âmbito dos programas de monitorização, de acordo com os métodos de referência especificados no anexo I e de acordo com as regras estabelecidas no anexo II do presente decreto-lei e do qual fazem parte integrante.

#### **Artigo 11.º (Medidas de gestão em circunstâncias excecionais)**

1 – Devem ser adotadas medidas de gestão adequadas relativamente a situações inesperadas que tenham, ou que venham eventualmente a ter, um impacto negativo na qualidade das águas balneares ou na saúde dos banhistas, nomeadamente a informação do público e, se necessário, o desaconselhamento ou interdição temporária da prática balnear, nomeadamente:

a) Episódios de poluição de curta duração, nos termos do n.º 8 do artigo 6.º;

b) Situações anormais, nomeadamente um acontecimento ou combinação de acontecimentos com repercussões na qualidade das águas balneares no local em questão, o qual não se prevê que ocorra, em média, mais do que uma vez de quatro em quatro anos.

2 – A adoção oportuna das medidas de gestão a que se refere o número anterior é da competência:

a) Da APA, I. P., e das autarquias locais, nos casos de episódios de poluição de curta duração;

b) Da APA, I. P., do [delegado de saúde regional](#), da autoridade municipal de proteção civil e da Autoridade Marítima, com a colaboração das autarquias locais e das entidades responsáveis por descargas no meio hídrico e no solo, nos casos de situações anormais.

3 – A comissão técnica estabelece as orientações para um método de avaliação de amostras únicas, a divulgar junto do público através do sítio na Internet que a APA, I. P., adotar para o efeito.

4 – Cabe às autarquias locais e às entidades responsáveis por descargas no meio hídrico e no solo fornecer a informação relevante para a tomada de decisão a que se refere o n.º 2.

5 – A disponibilização da informação ao público no local é da competência da APA, I. P., e do [delegado de saúde regional](#), com a colaboração da Autoridade Marítima, do Serviço de Proteção da Natureza e do Ambiente da Guarda Nacional Republicana (SEPNA) e das autarquias locais.

### **Artigo 12.º (Vigilância sanitária)**

Compete ao diretor do Departamento de Saúde Pública, em articulação com as unidades de saúde pública, desenvolver as seguintes ações de vigilância:

- a) Avaliar as condições de segurança e funcionamento das instalações e envolventes das zonas balneares;
- b) Realizar análises que complementem a avaliação da qualidade das águas balneares;
- c) Realizar estudos orientados para a avaliação de fatores de risco, quando justificados pelos dados ambientais ou epidemiológicos;
- d) Avaliar o risco para a saúde da prática balnear.

### **Artigo 13.º (Riscos provenientes de cianobactérias)**

1 – Quando o perfil das águas balneares revelar um risco potencial de proliferação de cianobactérias, entendido como um crescimento de cianobactérias sob a forma de florescência, tapete ou espuma, deve ser realizada uma monitorização apropriada para permitir a identificação atempada de riscos para a saúde.

2 – No âmbito dos programas de monitorização, procede -se a uma avaliação visual da presença de cianobactérias.

3 – Compete ao *delegado de saúde regional*, sempre que forem detetadas visualmente cianobactérias nas águas balneares, proceder à avaliação do risco para a saúde pública.

4 – O *delegado de saúde regional* informa imediatamente a APA, I. P., sempre que a presença de cianobactérias for detetada e for identificado ou previsto um risco para a saúde.

5 – Compete à APA, I. P., tomar de imediato as medidas de gestão adequadas.

6 – A disponibilização de informação ao público no local é da competência da APA, I. P., e do *delegado de saúde regional*, com a colaboração do SEPNA, da Autoridade Marítima e das autarquias locais.

### **Artigo 14.º (Outros parâmetros)**

1 – Quando o perfil das águas balneares revelar uma tendência para a proliferação de macroalgas e ou fitoplâncton marinho, deve ser averiguado se a sua presença é aceitável, identificados os riscos para a saúde que a sua presença representa e tomadas as medidas de gestão adequadas, incluindo a informação do público.

2 – No âmbito dos programas de monitorização, as águas balneares devem ser inspecionadas visualmente para detetar poluição por resíduos de alcatrão, vidro, plástico, borracha e outros resíduos.

3 – Sempre que se detete visualmente a presença da poluição referida no número anterior, compete ao *delegado de saúde regional* proceder à avaliação do risco para a saúde pública e informar a APA, I. P., para que esta promova as medidas de gestão adequadas, incluindo, se necessário, a informação do público.

4 – No âmbito dos programas de monitorização, deve ainda proceder -se a uma avaliação visual da presença de macroalgas e ou fitoplâncton marinho, competindo ao *delegado de saúde regional*, sempre que se detete visualmente a sua presença, proceder à avaliação do risco para a saúde pública.

5 – A APA, I. P., deve ser imediatamente informada sempre que se verificar a presença de macroalgas e ou fitoplâncton marinho ou for identificado ou previsto um risco para a saúde.

6 – A disponibilização de informação ao público no local é da competência da APA, I. P., e do *delegado de saúde regional*, com a colaboração da Autoridade Marítima, do SEPNA e das autarquias locais.

### **Artigo 15.º (Restrições à prática balnear)**

1 – Não é permitida a prática balnear nas águas relativamente às quais o *delegado de saúde regional* interdite, no âmbito da competência própria e por razões de saúde pública, a sua utilização para aquele fim.

2 – Compete à APA, I. P., o desaconselhamento temporário da prática balnear devido à ocorrência ou previsão de episódios de contaminação.

3 – A APA, I. P., pode desaconselhar permanentemente a prática balnear quando a água balnear tenha obtido uma classificação anual de:

a) «Má», nos termos dos n.ºs 5 e 6;

b) «Aceitável», nos termos do n.º 7, exceto se, cumulativamente:

i) Não se apresentarem situações de risco para os utilizadores;

ii) Se para a água tenha sido identificado um uso balnear em instrumento de gestão territorial; e

iii) Se for aplicado um programa de medidas de melhoria da sua qualidade por parte das entidades responsáveis por descargas no meio hídrico e no solo.

4 – O desaconselhamento permanentemente da prática balnear abrange uma época balnear completa.

5 – A água balnear classificada como «má» durante cinco anos consecutivos é obrigatoriamente objeto de desaconselhamento permanente da prática balnear por parte da APA, I. P..

6 – Pode ainda ser objeto de desaconselhamento permanente da prática balnear, antes do final do período de cinco anos referido no número anterior, a água balnear classificada como «má» cuja obtenção de uma qualidade «aceitável» seja considerada pela APA, I. P., ouvido o [delegado de saúde regional](#), as autarquias locais e as entidades responsáveis por descargas no meio hídrico e no solo, como inviável ou como implicando despesas desproporcionadas na implementação das medidas de gestão adequadas.

7 – A água balnear classificada como «aceitável» pode ser objeto de desaconselhamento permanente da prática balnear por parte da APA, I. P., ouvido o [delegado de saúde regional](#), as autarquias locais e as entidades responsáveis por descargas no meio hídrico e no solo, tendo em conta os riscos e perigos potenciais revelados pelo seu perfil ou pela análise da sua qualidade e a probabilidade de ocorrência de episódios de poluição ou de situações anormais.

8 – O programa de medidas de melhoria da qualidade referido na sublínea iii) da alínea b) do n.º 3 deve ser submetido à apreciação prévia da APA, I. P..

9 – A APA, I. P., a Autoridade Marítima, o SEPNA, a administração portuária, o [delegado de saúde regional](#) e as autarquias locais trocam informação permanentemente atualizada sobre qualquer desaconselhamento ou interdição que ocorra na área sob sua jurisdição.

### **Artigo 17.º (Informação ao público)**

1 – Compete à APA, I. P., com a colaboração da Autoridade Marítima, do SEPNA, das regiões de turismo e das autarquias locais, assegurar a disponibilização e divulgação das seguintes informações em língua portuguesa e língua inglesa durante a época balnear, em locais de fácil acesso nas proximidades imediatas de cada zona balnear:

a) Classificação atual das águas balneares através de um sinal ou símbolo simples e claro;

b) Descrição geral das águas balneares, em linguagem não técnica, baseada no perfil das águas balneares estabelecido em conformidade com o anexo V;

c) No caso de águas balneares sujeitas a poluição de curta duração, nos termos do n.º 8 do artigo 6.º:

i) Notificação de que as águas balneares estão sujeitas a episódios de poluição de curta duração e sempre que possível informações sobre a sua natureza;

ii) Indicação do número de dias em que a prática balnear esteve interdita ou foi desaconselhada durante a época balnear anterior devido a essa poluição; e

iii) Um aviso sempre que se prevejam ou verifiquem episódios dessa poluição;

d) Informações sobre a natureza e a duração previsível das situações anormais a que se refere o artigo 11.º durante a ocorrência desses episódios;

e) Indicação de locais ou meios com uma informação mais completa;  
f) No caso de águas superficiais, quer sejam interiores, de transição ou costeiras, que apresentem uma prática balnear esporádica e como tal não tenham sido identificadas como águas balneares, informação que não são águas balneares e que como tal se desaconselha a prática balnear nesse local.

2 – Compete à APA, I. P., utilizando o sítio na Internet que adotar para o efeito, e sem prejuízo de outros meios de comunicação, divulgar as informações relativas às águas balneares referidas no número anterior, bem como as seguintes informações:

a) Lista das águas balneares, divulgada anualmente desde antes do início da época balnear;  
b) A classificação das águas balneares durante os últimos três anos e os respetivos perfis, incluindo os resultados da monitorização realizada em conformidade com o presente decreto-lei desde a última classificação;

c) Uma lista das águas em que a prática balnear está, de modo permanente, interdita ou desaconselhada por decisão fundamentada dos [delegados de saúde regionais](#) ou da APA, I. P., não sendo como tal consideradas águas balneares;

d) No caso de águas balneares com a classificação de «má», informações sobre as causas de poluição e as medidas tomadas com vista a prevenir a exposição dos banhistas à poluição e a tratar as suas causas, tal como referido no artigo 8.º; e

e) No caso de águas balneares sujeitas a poluição de curta duração, nos termos do n.º 8 do artigo 6.º, informações gerais sobre:

i) As condições que possam provocar episódios de poluição de curta duração;

ii) A probabilidade de tais episódios e respetiva duração provável;

iii) As causas de poluição e as medidas tomadas com o intuito de prevenir a exposição dos banhistas à poluição e a tratar as suas causas.

3 – Nas águas balneares situadas em zonas balneares sujeitas a emissão de título de utilização de recursos hídricos, compete à APA, I. P., à Autoridade Marítima, no caso de zonas balneares costeiras e de transição, e ao SEPNA, no caso das zonas balneares interiores, informar os titulares do desaconselhamento ou interdição estabelecidos, para que estes procedam à sinalização do local.

4 – Nas restantes zonas balneares não sujeitas a título de utilização de recursos hídricos, a sinalização do desaconselhamento e da interdição é da competência da APA, I. P., e do [delegado de saúde regional](#), com a colaboração das autarquias locais, Autoridade Marítima e do SEPNA, devendo os motivos da decisão de desaconselhamento ou interdição ser sempre apresentados ao público numa linguagem não técnica.

5 - A informação ao público através do sítio na Internet que a APA, I. P., adote para o efeito é prestada utilizando tecnologia de georreferenciação e apresentada de uma forma clara e coerente, nomeadamente através da utilização de sinais e de símbolos.

### **Artigo 19.º (Contraordenação)**

1 – Constitui contraordenação punível com coima de € 55 a € 550 a prática balnear nos locais em que a mesma tenha sido interdita pelo [delegado de saúde regional](#).

2 – A negligência e a tentativa são puníveis, nos termos da lei geral, sendo nesses casos reduzidos para metade os montantes máximo e mínimo da coima aplicável.

3 – A Autoridade Marítima e o SEPNA são as entidades competentes para instaurar, instruir e decidir os processos de contraordenação a que se refere o n.º 1, assim como para decretar e aplicar medidas cautelares.

4 – A afetação do produto das coimas faz -se da seguinte forma:

a) 60 % para o Estado;

*b) 20 % para a entidade atuante;*

*c) 20 % para a autoridade competente para a instrução e decisão do processo.»*

Tendo presentes as responsabilidades atribuídas neste Decreto-Lei ao delegado de saúde regional, ao delegado de saúde coordenador, ao serviço de saúde pública regional e às unidades de saúde pública, a DGS elaborou as Normas n.ºs 010/2017 e 011/2017, ambas de 6 de julho, visando a elaboração e a operacionalização de Programas de Vigilância Sanitária das Zonas Balneares Interiores (Norma n.º 010/2017) e das Zonas Balneares Costeiras e de Transição (Norma n.º 011/2017).

Estas duas Normas contém várias referências às autoridades de saúde, pelo que a sua leitura atenta é recomendável, nomeadamente por parte de quem exerce a sua atividade em locais com zonas balneares.

## 4. ALIMENTOS

A Portaria n.º 149/88, de 9 de março, que fixa as regras de asseio e higiene a observar na manipulação de alimentos e determina a abolição do boletim de sanidade, contém duas referências à autoridade de saúde, transcrevendo-se integralmente o seu articulado:

### **«Portaria n.º 149/88, de 9 de março**

**1.º** A presente portaria aplica-se a todos aqueles que, pela sua actividade profissional, entram em contacto directo com alimentos, isto é, ao pessoal empregado na preparação e embalagem de produtos alimentares, na distribuição e venda de produtos não embalados e na preparação culinária de alimentos em estabelecimentos onde se confeccionam e servem refeições ao público em geral ou a colectividades, bem como aos responsáveis pelos referidos estabelecimentos.

**2.º** O pessoal referido no número anterior deve manter apurado o estado de asseio, cumprindo cuidadosamente os preceitos elementares de higiene, designadamente:

- a) Ter as unhas cortadas e limpas e lavar frequentemente as mãos com água e sabão ou soluto detergente apropriado, especialmente após as refeições e sempre que utilize as instalações sanitárias;
- b) Conservar rigorosamente limpos o vestuário e os utensílios de trabalho;
- c) Reduzir ao mínimo indispensável o contacto das mãos com os alimentos, evitar tossir sobre eles e não fumar durante o serviço nem cuspir ou expectorar nos locais de trabalho.

**3.º** Qualquer elemento do pessoal referido no n.º 1.º que tenha contraído, ou suspeite ter contraído, doença contagiosa ou sofra de doença da pele, doença do aparelho digestivo acompanhada de diarreia, vómitos ou febre, inflamação da garganta, do nariz, dos ouvidos ou dos olhos fica interdito de toda a actividade directamente relacionada com os alimentos e deverá consultar sem demora o seu médico de família ou a [autoridade sanitária](#) da respetiva área, e iguais precauções deverá tomar qualquer elemento do mesmo pessoal que tenha estado em contacto com indivíduos afectados por doenças intestinais diarreicas.

**4.º** Os centros de saúde executarão gratuitamente os exames necessários, incluindo observação clínica e análises laboratoriais, dos elementos do pessoal a que se refere o número anterior.

**5.º** Os elementos do pessoal a que se refere o n.º 3.º só deverão retomar o trabalho quando o médico de família ou a [autoridade sanitária](#) o autorizarem mediante a passagem de atestado médico de aptidão.

**6.º** Os gerentes dos estabelecimentos do ramo alimentar devem velar pela observância destas disposições e são co-responsáveis pelo não cumprimento das mesmas.

**7.º** Os centros de saúde promoverão sessões de educação sanitária do pessoal referido no n.º 1.º, sempre que possível com a colaboração de outras entidades, designadamente as organizações sindicais e patronais.

**8.º** As infracções ao disposto nos n.ºs 2.º, 3.º, 5.º e 6.º da presente portaria serão punidas nos termos da alínea d) do n.º 1 e do n.º 2 do artigo 58.º do Decreto-Lei n.º 28/84, de 20 de Janeiro.

**9.º** Fica abolido o boletim de sanidade previsto nas Portarias n.º 13412, de 6 de Janeiro de 1951, e n.º 24432, de 24 de Novembro de 1969.»

Registe-se a opção entre consultar o/a médico/a de família ou a autoridade sanitária prevista no ponto 3.º e a possibilidade de estes profissionais retomarem o trabalho mediante a apresentação de um atestado médico de aptidão passado pelo/a médico/a de família ou pela autoridade sanitária prevista no ponto 5.º. Isto significa que não existe a obrigatoriedade de consultar a autoridade de saúde nem tem que ser esta a atestar a aptidão destes profissionais (manipuladores de alimentos) para retomar o trabalho após doença mais ou menos prolongada.

Posteriormente foi publicada vasta legislação sobre estas matérias, estando disponíveis numerosos documentos de carácter técnico sobre este assunto, pelo que a importância desta Portaria se foi diluindo com o passar do tempo.

#### 4.1. BIVALVES

O Decreto Regulamentar n.º 11/80, de 7 de maio, aprovou o regulamento de apanha e exploração de moluscos do género *Venerupis Tapes*, vulgarmente designados por amêijoas, e todos os moluscos bivalves não abrangidos por qualquer regulamento especial. Veio a ser retificado por Declarações publicadas nos dias 14 de junho e 2 de julho de 1980.

Este Decreto Regulamentar contém três referências à autoridade de saúde, transcrevendo-se integralmente os artigos em que tal sucede e outros a que aqueles reportam:

*«Art. 3.º – 1 – As comissões de vistorias são entidades permanentes afectas aos diversos centros produtores, funcionando na dependência das capitánias dos portos e delegações marítimas com a seguinte constituição:*

*a) Obrigatoriamente: o capitão do porto ou um oficial da Armada em serviço na capitania, que preside; um biólogo em representação do Instituto Nacional de Investigação das Pescas; o delegado de saúde do concelho; o delegado regional da Direcção-Geral da Administração das Pescas ou um técnico que o represente, no caso de existir aquela entidade; um elemento de cada um dos organismos representativos dos concessionários e do mariscadores, se os houver, quando as vistorias se destinarem à concessão de viveiros ou depósitos;*

*b) Eventualmente, quando a comissão o tiver por conveniente, representantes de outros departamentos do Estado ou elementos de outros departamentos da Secretaria de Estado das Pescas;*

*c) Excepcionalmente, um técnico, prático ou entendido, que, no entanto, não terá os direitos e responsabilidades dos membros permanentes da comissão.*

*2 – Relativamente a cada centro produtor, os membros da respectiva comissão de vistorias e seus substitutos serão indicados pelo departamento correspondente durante o mês de Dezembro, sendo esta nomeação válida para todo o ano seguinte.*

*3 – Às comissões de vistorias compete o controle do cumprimento das disposições que respeitam aos aspectos técnico, biológico, sanitário e administrativo da apanha e exploração dos moluscos bivalves contemplados neste Regulamento, bem como dos estabelecimentos de depuração e expedição.*

*4 – As comissões de vistorias reúnem por convocação do presidente, em resultado das disposições deste Regulamento, podendo, eventualmente, a reunião ser solicitada por qualquer dos membros da comissão, por motivos justificados. Os concessionários ou proprietários de viveiros, depósitos ou outros tipos de estabelecimentos, bem como os mariscadores, podem, igualmente, requerer vistorias para observação das*

situações ou ocorrências anormais, em requerimentos, que terão de ser devidamente fundamentados, dirigidos ao presidente da comissão.

5 – Aos membros da comissão de vistorias, pelo exercício das suas funções, são devidos emolumentos, a liquidar nos termos da tabela anexa. Quando as reuniões se realizarem na sede da repartição marítima, sem necessidade de deslocação às zonas produtoras ou a estabelecimentos, os emolumentos serão substituídos por senhas de presença, de acordo com as disposições legais vigentes.

6 – As verbas para pagamento dos emolumentos e senhas de presença acima previstos serão encargos:

- a) Da totalidade dos concessionários da área, no que se refere às vistorias anuais de manutenção;
- b) Dos requerentes, no caso de autorizações para o licenciamento de novos viveiros, depósitos ou estabelecimentos;
- c) Dos elementos estranhos à comissão que tomaram a iniciativa de requerer a reunião da comissão de vistorias;
- d) Da Direcção-Geral da Administração das Pescas, quanto às senhas de presença relativas a reuniões convocadas por iniciativa de qualquer dos membros da comissão.

7 – Das vistorias realizadas pelas comissões serão exarados os respectivos termos em impressos próprios. Igualmente serão lavradas actas das reuniões realizadas pelas comissões. Dos termos e atas serão distribuídas cópias aos membros das comissões e à Direcção-Geral da Administração das Pescas.

8 – Cada comissão de vistorias elaborará, após a realização das vistorias anuais de manutenção, um relatório técnico e administrativo da situação observada, que será enviado à Direcção-Geral da Administração das Pescas e de que serão distribuídas cópias a todos os membros.

9 – As comissões de vistorias integrarão o escrivão das respectivas repartições marítimas, que lavrará os termos e actas secretariando as reuniões. Por esta participação o escrivão terá direito a perceber emolumentos designados de acordo com a tabela anexa ou senha de presença, nas condições referidas no n.º 5 deste artigo.

10 – As comissões de vistorias não podem funcionar sem que estejam presentes todos os seus membros obrigatórios.

11 – Simultaneamente com as vistorias anuais de manutenção será efectuada pela autoridade marítima, na presença dos elementos dos organismos representativos dos concessionários e mariscadores, se os houver, a vistoria administrativa para verificação da área ocupada pelos viveiros e depósitos da respectiva demarcação, bem como da sua regular utilização.

**Art. 17.º – 1 –** A apanha de moluscos bivalves pode ser proibida, por motivos de ordem sanitária, em determinadas zonas consideradas insalubres ou durante períodos bem definidos, por portaria do Secretário de Estado das Pescas, ouvidos a Direcção-Geral da Administração das Pescas e o Instituto Nacional de Investigação das Pescas e os competentes serviços da Direcção-Geral de Saúde.

2 – Em caso de emergência para a saúde pública, pode o director distrital de saúde solicitar às autoridades marítimas o estabelecimento imediato da proibição da apanha de moluscos bivalves, bem como da sua comercialização, devendo em tal situação a autoridade marítima comunicar imediatamente o facto ao Instituto Nacional de Investigação das Pescas e à Direcção-Geral da Administração das Pescas.

3 – A medida prevista no número anterior tem carácter temporário e carece de confirmação por despacho conjunto dos Secretários de Estado das Pescas e da Saúde.

**Art. 18.º –** A apanha de amêijoas e outros bivalves em locais considerados insalubres poderá ser permitida por despacho do Secretário de Estado das Pescas:



a) Para transplantação, destinadas ao repovoamento de viveiros ou melhoria da sua qualidade, segundo normas a estabelecer, caso por caso, pelos competentes serviços do Instituto Nacional de Investigação das Pescas;

b) Para abastecimento público, desde que os serviços do Instituto Nacional de Investigação das Pescas considerem possível a salubridade dos moluscos em estabelecimento de depuração, operação que será obrigatória no caso afirmativo.

**Art. 30.º – 1** – É proibida a introdução em terrenos livres, nos viveiros ou nos depósitos, quer instalados em terrenos do domínio público hídrico, quer do domínio privado, de quaisquer espécies de moluscos não indígenas sem autorização prévia do director-geral da Administração das Pescas, ouvido o Instituto Nacional de Investigação das Pescas.

2 – Para aplicação do número anterior, consideram-se espécies de moluscos não indígenas todas as oriundas de territórios estrangeiros, quer estejam ou não descritas para a fauna portuguesa.

3 – O n.º 1 deste artigo aplica-se ao trânsito de moluscos vivos entre o continente e as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, e vice-versa, quando não se destinem a consumo imediato.

**Art. 66.º – 1** – No caso de devolução de moluscos exportados, o desembaraço alfandegário da mercadoria só poderá ser autorizado após a sua observação por técnicos do Instituto Nacional de Investigação das Pescas, que indicarão o destino que se deve dar aos mesmos.

2 – Se o motivo da devolução envolver insalubridade deverá intervir também a respectiva [autoridade sanitária](#).

3 – As despesas inerentes à deslocação dos técnicos referidos nos números anteriores serão da responsabilidade do exportador.

**Art. 131.º** – Os moluscos bivalves apreendidos por infracção aos artigos 17.º, 18.º e 30.º devem ter o destino que for determinado pelas autoridades marítimas locais, ouvidos o Instituto Nacional de Investigação das Pescas e a [autoridade sanitária local](#).»

Este Decreto Regulamentar está bastante desatualizado, fazendo referência a uma direcção e a um director distrital de saúde, entidades que não existem atualmente. Atribui competências, também, à Direcção-Geral da Saúde e ao Secretário de Estado da Saúde.

## 4.2. CARNE

O Decreto-Lei n.º 147/2006, de 31 de Julho, aprovou o Regulamento das Condições Higiénicas e Técnicas a Observar na Distribuição e Venda de Carnes e Seus Produtos, tendo sido alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 207/2008, de 23 de outubro. Compete à Direcção-Geral de Veterinária e à ASAE assegurar a fiscalização do cumprimento das normas deste Decreto-Lei, sem prejuízo das competências atribuídas por lei a outras entidades.

Neste Decreto-Lei constam duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 18.º e 30.º, que se transcrevem integralmente:

### **«Artigo 18.º (Médicos veterinários municipais)**

1 – Para além das competências que lhe estão legalmente cometidas em matéria de licenciamento, os médicos veterinários municipais devem proceder periodicamente, pelo menos uma vez por ano, a visitas de inspecção a esses locais nas respectivas áreas da sua influência, a fim de:

a) Verificar o estado de limpeza das dependências, do equipamento e utensílios, bem como se o processo seguido na lavagem e desinfecção é o mais conveniente, designadamente através da realização de exames laboratoriais;

b) Inspeccionar as carnes e seus produtos, dando especial atenção à sua origem e estado de conservação;

c) Verificar as condições em que se processa a separação, identificação e encaminhamento dos subprodutos de origem animal não destinados ao consumo humano e outros desperdícios ou detritos;

d) Verificar o estado higiénico do pessoal, dos vestiários e das instalações sanitárias, devendo em qualquer caso de suspeição de doença ou afecção ser imediatamente informada a [autoridade sanitária](#) competente;

e) Verificar a fiabilidade do autocontrolo e a avaliação dos procedimentos baseados nos princípios do Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP) e em matéria de códigos de boas práticas de fabrico e de higiene.

2 – As deficiências encontradas devem ser comunicadas por escrito ao proprietário do estabelecimento para que sejam supridas num prazo a indicar, que nunca deverá exceder 60 dias.

3 – Quando esteja em causa a saúde pública, os médicos veterinários municipais podem determinar a suspensão imediata da laboração do estabelecimento.

4 – Os médicos veterinários municipais devem remeter à DGV, através da direcção de serviços veterinários da respectiva região, pelo menos uma vez por ano, um relatório sobre a actividade de controlo dos locais de venda de carnes e seus produtos.

### **Artigo 30.º (Dever de cooperação)**

As autoridades administrativas e policiais prestam todo o auxílio solicitado pela DGV, ASAE, DRA, câmaras municipais e [autoridade de saúde](#) local para a aplicação das medidas constantes do presente Regulamento, cooperando na sua execução em tudo o que for necessário para a sua integral observância.»

Registe-se a competência atribuída ao médico veterinário municipal para “verificar o estado higiénico do pessoal, dos vestiários e das instalações sanitárias, devendo em qualquer caso de suspeição de doença ou afecção ser imediatamente informada a autoridade sanitária competente” (alínea d) do n.º 1 do Artigo 18.º). Registe-se, também, que “quando esteja em causa a saúde pública, os médicos veterinários municipais podem determinar a suspensão imediata da laboração do estabelecimento” (n.º 3 do Artigo 18.º), entendendo-se como estabelecimento, neste caso, o local de venda de carnes e seus produtos (talhos e charcutarias, por exemplo).

Parece existir aqui uma clara sobreposição de competências, tanto no que diz respeito à verificação do estado de higiene dos profissionais e das instalações, como no que diz respeito à suspensão imediata da laboração do estabelecimento, quando esteja em causa a saúde pública. Se tal se dever a anomalias graves relacionadas com os alimentos à venda nesses locais (carnes e seus produtos), sem dúvida que o/a médico/a veterinário/a municipal, enquanto autoridade sanitária veterinária, será a entidade competente para decidir em conformidade, mas no que diz

respeito às outras situações as dúvidas são muitas e, salvo melhor opinião, competirá à autoridade de saúde a decisão final quando possa estar em causa a saúde pública.

### 4.3. TOXINFEÇÕES ALIMENTARES COLETIVAS

Tendo em consideração que as TAC eram (e continuam a ser) um problema importante de Saúde Pública, a DGS divulgou, no dia 9 de outubro de 2001, a Circular Informativa n.º 22/DT e a Circular Normativa n.º 14/DT.

De acordo com a Circular Normativa n.º 14/DT, *“considera-se “toxinfecção alimentar” qualquer doença de natureza infecciosa ou tóxica, causada (ou que se presume ter sido causada) pelo consumo de géneros alimentícios ou de água. Considera-se “toxinfecção alimentar colectiva” ou “surto” qualquer situação de toxinfecção alimentar, afectando dois ou mais indivíduos e que tenha uma origem comum. Como excepção a este critério considera-se que, um único caso de botulismo ou de envenenamento químico já constitui um surto.”*

Esta definição continua perfeitamente atual, no contexto que nos interessa neste trabalho.

É ainda referido, naquela Circular, que *“qualquer clínico que, no exercício da sua actividade, tenha conhecimento de uma toxinfecção alimentar colectiva deve dar conhecimento da mesma à Autoridade de Saúde sem prejuízo da notificação dos casos através do sistema de DDO, quando aplicável”*.

Presentemente, a referência ao *“sistema DDO”* deve entender-se como feita ao SINAVE (Ver o capítulo **DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**).

É ainda referido naquela circular o seguinte: *“a TAC será comunicada à [autoridade de saúde \(AS\)](#), através de telefone, por quem diagnostica os casos. Para esse contacto telefónico poderá ser utilizada a metodologia adoptada, a nível de cada Sub-região, relativamente à comunicação de um caso de meningite meningocócica. Na maioria das vezes este primeiro contacto é feito com o [delegado concelhio de saúde \(DCS\)](#). As [autoridades de saúde](#) podem ainda ser informadas da ocorrência de uma TAC por outras fontes. A [autoridade de saúde](#) responsável pela investigação epidemiológica notificará o surto ao [Adjunto do Delegado Regional de Saúde \(ADRS\)](#) (se aplicável) e ao [Centro Regional de Saúde Pública/ Delegado Regional de Saúde \(CRSP/DRS\)](#)”*.

Aquelas Circulares são acompanhadas de documentos de carácter técnico e operacional, tendentes a facilitar e orientar o trabalho das autoridades de saúde quando confrontadas com situações desta natureza. Pese embora o tempo decorrido desde a sua divulgação, esses documentos constituem, ainda hoje, bons suportes ao “trabalho de campo”, podendo ser facilmente adaptados à realidade local e atual.

## 5. ATESTADOS MÉDICOS

São múltiplos os diplomas legais em que está prevista a intervenção das autoridades de saúde na emissão ou comprovação de atestados médicos, declarações ou outros certificados com carácter obrigatório. Muitos desses diplomas legais poderão ter perdido a sua eficácia ou terão caído em desuso ao longo dos anos, seja porque se percebeu que aquela obrigatoriedade não fazia sentido, seja porque a emissão de alguns desses atestados por médicos/as que não são autoridade de saúde foi sendo aceite sem contestação pelos serviços a quem se destinavam.

Obviamente, nada impede as autoridades de saúde de, enquanto médicos/as, emitirem os atestados médicos que entenderem, no exercício da sua profissão, mas aqui serão referidos, apenas, os diplomas legais de que se tem conhecimento e em que está prevista a obrigatoriedade da participação das autoridades de saúde, seja na sua emissão, seja na confirmação do teor dos mesmos. Acrescentar-se-ão, quando for entendido como úteis, outros documentos (informações, orientações, normas, etc.), nomeadamente quando emitidos pela DGS com o objetivo de esclarecer dúvidas ou tentar uniformizar procedimentos.

### 5.1. ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO

Os atestados médicos de incapacidade multiuso são emitidos por juntas médicas constituídas no âmbito das administrações regionais de saúde por autoridades de saúde, nos termos do disposto no Decreto-Lei 202/96, de 23 de outubro, alterado pelo Decreto-Lei 174/97, de 19 de julho, e pelo Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de outubro, que o republicou.

Transcrevem-se os Artigos 1.º a 6.º deste Decreto-Lei, na sua redação atual:

#### **«Artigo 1.º (Objecto e âmbito de aplicação)**

*O presente decreto-lei estabelece o regime de avaliação das incapacidades das pessoas com deficiência, tal como definido no artigo 2.º da Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto, para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei para facilitar a sua plena participação na comunidade.*

#### **Artigo 2.º (Competências e composição)**

*1 – Sem prejuízo das competências específicas das juntas de saúde dos ramos das Forças Armadas e da Polícia de Segurança Pública e das juntas médicas da Guarda Nacional Republicana, a avaliação das incapacidades das pessoas com deficiência compete a juntas médicas para o efeito constituídas.*

*2 – As juntas médicas são constituídas no âmbito das administrações regionais de saúde por [autoridades de saúde](#), sendo nomeadas por despacho do [delegado regional de saúde](#), com a seguinte composição:*

*a) Um presidente, dois vogais efectivos e dois vogais suplentes, sendo o presidente substituído, nas suas faltas e impedimentos, pelo 1.º vogal efectivo.*

### **Artigo 3.º (Procedimentos)**

1 – Os requerimentos de avaliação das incapacidades das pessoas com deficiência são dirigidos ao [adjunto do delegado regional de saúde](#) e entregues ao [delegado de saúde](#) da residência habitual dos interessados, devendo ser acompanhados de relatório médico e dos meios auxiliares de diagnóstico complementares que os fundamentam.

2 – O [delegado de saúde](#) deve instruir o requerimento com os elementos eventualmente disponíveis e necessários e enviá-lo ao [adjunto do delegado regional de saúde](#).

3 – Sempre que possível e com carácter excepcional, nas situações de pessoas com deficiência e incapacidades cuja limitação condicione gravemente a sua deslocação, um dos elementos das juntas médicas pode deslocar-se à residência habitual do interessado.

4 – Nas situações abrangidas pelo número anterior, na impossibilidade de deslocação do elemento da junta médica, esta pode solicitar informação clínica ao [delegado de saúde](#) da área da residência habitual do interessado, para efeitos de avaliação.

5 – O [adjunto do delegado regional de saúde](#) deverá convocar a junta médica e notificar o requerente da data do exame, a realizar no prazo de 60 dias a contar da data da entrega do requerimento.

### **Artigo 4.º (Avaliação de incapacidade)**

1 – A avaliação da incapacidade é calculada de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, tendo por base o seguinte:

a) Na avaliação da incapacidade das pessoas com deficiência, de acordo com o definido no artigo 2.º da Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto, devem ser observadas as instruções gerais constantes do anexo I ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante, bem como em tudo o que não as contrarie, as instruções específicas constantes de cada capítulo ou número daquela tabela;

b) Não se aplicam, no âmbito desta avaliação de incapacidade, as instruções gerais constantes daquela Tabela.

2 – Findo o exame, o presidente da junta médica emite, por via informática ou manual, o respectivo atestado médico de incapacidade multiuso, o qual obedece ao modelo aprovado por despacho do director-geral da Saúde, em que se indica expressamente qual a percentagem de incapacidade do avaliado.

3 – Quando o grau de incapacidade arbitrado for susceptível de variação futura a junta deve indicar a data do novo exame, levando em consideração o previsto na Tabela Nacional de Incapacidades ou na fundamentação clínica que lhe tenha sido presente.

4 – Sempre que a lei faça depender a atribuição de benefícios de determinados requisitos específicos, o atestado de incapacidade deve indicar o fim a que se destina e respectivos efeitos e condições legais, bem como a natureza das deficiências e os conditionalismos relevantes para a concessão do benefício.

5 – Sempre que a junta médica entender ser necessário esclarecimento adicional no âmbito de especialidade médico-cirúrgica, deverá o presidente solicitar exames complementares, técnicos ou de especialidade, cujo relatório deve ser apresentado no prazo de 30 dias.

6 – Os atestados de incapacidade podem ser utilizados para todos os fins legalmente previstos, adquirindo uma função multiuso, devendo todas as entidades públicas ou privadas, perante quem sejam exibidos, devolvê-los aos interessados ou seus representantes após anotação de conformidade com o original, aposta em fotocópias simples.

7 – Sem prejuízo do disposto no n.º 1, nos processos de revisão ou reavaliação, o grau de incapacidade resultante da aplicação da Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças

*Profissionais vigente à data da avaliação ou da última reavaliação é mantido sempre que, de acordo com declaração da junta médica, se mostre mais favorável ao avaliado.*

*8 – Para os efeitos do número anterior, considera-se que o grau de incapacidade é desfavorável ao avaliado quando a alteração do grau de incapacidade resultante de revisão ou reavaliação implique a perda de direitos que o mesmo já esteja a exercer ou de benefícios que já lhe tenham sido reconhecidos.*

*9 – No processo de revisão ou reavaliação, o grau de incapacidade resultante da aplicação da tabela nacional de incapacidades por acidentes de trabalho e doenças profissionais mantém-se inalterado sempre que resulte num grau de incapacidade inferior ao grau determinado à data da avaliação ou última reavaliação.*

### **Artigo 5.º (Recursos)**

*1 – Da avaliação de incapacidade cabe recurso hierárquico necessário para o [diretor-geral da Saúde](#), a apresentar ao [delegado regional de saúde](#) no prazo de 30 dias.*

*2 – O [diretor-geral da Saúde](#) poderá determinar a reavaliação por nova junta médica constituída pelo [delegado regional de saúde](#) da área da residência habitual do interessado, que presidirá, e por dois vogais que não tenham participado na avaliação impugnada, podendo um deles ser proposto pelo interessado.*

*3 – Da homologação da segunda avaliação, pelo [diretor-geral](#), cabe recurso contencioso, nos termos gerais.*

### **Artigo 6.º (Comissão de normalização)**

*Compete ao [diretor-geral da Saúde](#) nomear uma comissão de normalização e acompanhamento das avaliações de incapacidade, bem como homologar as propostas de uniformização de metodologias e práticas de avaliação que a mesma lhe submeta.»*

Atendendo a que as juntas médicas previstas neste Decreto-Lei têm vindo a ser constituídas por ACES, o processo descrito no Artigo 3.º foi ajustado a essa realidade, sendo os requerimentos dirigidos aos coordenadores das USP dos ACES ou aos presidentes das juntas médicas.

Ao longo dos anos a DGS tem vindo a elaborar circulares normativas com o objetivo de contribuir para a uniformização ou normalização dos critérios pelos quais se devem reger estas juntas médicas, de que são exemplos a Circular Normativa n.º 29/DSO, de 7 de setembro de 1995 (a propósito da amputação de um membro superior), a Circular Normativa n.º 22/DSO, de 15 de dezembro de 1995 (a propósito da avaliação da incapacidade resultante de hipovisão), a Circular Normativa N.º 3/ASN, de 22 de janeiro de 2009 (a propósito da avaliação da incapacidade por doença oncológica) e a Circular Informativa N.º 32/ASN, de 14 de setembro de 2007 (a propósito da publicação da Lei n.º 22-A/2007, de 29 de junho).

O modelo do Atestado médico de incapacidade multi-uso em vigor foi aprovado pelo Despacho n.º 26432/2009, de 4 de dezembro, tendo a DGS emitido a Circular Informativa n.º 46/ASN, de 4 de dezembro de 2009, com algumas instruções quanto ao preenchimento do mesmo.

Tendo presente o disposto no Artigo 5.º do Decreto-Lei referido na página anterior (recursos), a DGS emitiu a Orientação n.º 009/2012, de 26 de dezembro, descrevendo detalhadamente as principais fases do processo, desde a aceitação do recurso até à decisão final.

Sendo estas juntas médicas constituídas por autoridades de saúde, cabe aqui tecer mais alguns considerandos sobre o assunto, devendo ficar claro, desde o início, que esta não é uma atividade ou função das autoridades de saúde, *de per si*. Uma junta médica é um órgão colegial e as decisões por ela tomadas vinculam todos os seus elementos, solidariamente.

Presentemente são inúmeros os usos possíveis dos atestados médicos de incapacidade multiuso, com especial destaque para os benefícios de natureza fiscal e para a possibilidade de isenção do pagamento de taxas moderadoras. Às juntas médicas cabe, apenas, proceder à avaliação da incapacidade e à emissão do atestado médico de incapacidade multiuso, devendo estas, por precaução, abster-se de tecer considerandos sobre os potenciais usos a dar a esses atestados. Obviamente, os cidadãos são livres de lhes dar o uso que entenderem, mas cabe aqui dar algum destaque a duas utilizações que mais dúvidas vêm suscitando junto das próprias juntas médicas.

A primeira está relacionada com a aquisição de viaturas automóveis nos termos do disposto na Lei n.º 22-A/2007, de 29 de junho, a qual já foi objeto de numerosas alterações.

Na redação atualmente em vigor, o Artigo 56.º, a propósito da instrução do pedido, diz o seguinte (sublinham-se os aspetos considerados mais relevantes):

*«1 – O reconhecimento da isenção prevista no artigo 54.º depende de pedido dirigido à Autoridade Tributária e Aduaneira, anterior ou concomitantemente à apresentação do pedido de introdução no consumo, acompanhado da habilitação legal para a condução, quando a mesma não é dispensada, bem como de declaração de incapacidade permanente emitida há menos de cinco anos, nos termos do Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro, ou de declaração idêntica emitida pelos serviços da Guarda Nacional Republicana, da Polícia de Segurança Pública ou das Forças Armadas, das quais constem os seguintes elementos:*

- a) A natureza da deficiência, tal como qualificada pelo artigo anterior;*
- b) O correspondente grau de incapacidade, nos termos da tabela referida no n.º 2 do artigo anterior, excepto no que se refere aos deficientes das Forças Armadas, relativamente aos quais o grau de incapacidade é fixado por junta médica militar ou pela forma fixada na legislação aplicável;*
- c) A comprovação da elevada dificuldade de locomoção na via pública ou no acesso ou utilização dos transportes públicos colectivos convencionais;*
- d) A inaptidão para a condução, caso exista.*

*2 – Sempre que no decurso da instrução se suscitem dúvidas fundamentadas quanto ao grau de incapacidade dos requerentes, os serviços aduaneiros podem obrigar à submissão das pessoas com deficiência em nome de quem foram emitidas as declarações de incapacidade a uma junta médica de verificação, notificando-os dessa intenção.*

*3 – Com a notificação referida no número anterior, devem os interessados ser informados de que, caso queiram ter acesso imediato ao benefício antes de serem conhecidos os resultados da junta médica de verificação, pode o mesmo ser reconhecido condicionalmente, desde que fique garantido o montante do imposto do veículo a legalizar, até que a Direcção-Geral da Saúde ou as autoridades regionais de saúde comuniquem o respectivo resultado.*

*4 – Dentro do prazo de caducidade do direito à liquidação do imposto, sempre que a Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo venha a dispor de informação nova e relevante que*

*não tenha sido considerada no acto de reconhecimento da isenção, pode notificar as pessoas com deficiência em nome de quem foram emitidas as declarações de incapacidade referidas nos números anteriores para se submeterem a nova junta médica, considerando-se haver introdução ilegal no consumo em caso de recusa não fundamentada.*

*5 – Em derrogação do prazo a que se refere o n.º 1, nas situações de pessoas com deficiência definitiva não sujeita a reavaliação, o atestado médico de incapacidade multiuso tem validade vitalícia.*

*6 – Para os efeitos previstos no n.º 1, ficam dispensadas da apresentação da habilitação legal para a condução as pessoas referidas nas alíneas a) e e) do n.º 1 do artigo anterior, desde que apresentem uma incapacidade permanente de natureza motora igual ou superior a 80%, bem como as pessoas referidas nas alíneas b), c) e d) do n.º 1 do mesmo artigo, desde que observadas as condições e graus de incapacidade fixados nas referidas alíneas.»*

Constata-se, assim, que parece ser possível, em determinadas circunstâncias, que os serviços aduaneiros e/ou a Direção-Geral das Alfândegas mandem submeter os cidadãos que sejam portadores de atestado médico de incapacidade multiuso válido a uma “*junta médica de verificação*” ou a uma “*nova junta médica*”, podendo ser também chamadas a participar nestes processos a DGS e as autoridades regionais de saúde.

A segunda está relacionada com a obtenção do cartão de estacionamento para pessoas com deficiência, a qual se rege pelo disposto no Decreto-Lei n.º 307/2003, de 10 de dezembro, o qual foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 17/2011, de 27 de janeiro, pela Lei n.º 48/2017, de 7 de julho e pelo Decreto-Lei n.º 128/2017, de 9 de outubro.

O Decreto-Lei n.º 128/2017 revogou os Artigos 2.º e 3.º do Decreto-Lei n.º 307/2003 e alterou o número 1 do Artigo 4.º, o qual se transcreve integralmente:

*«Pode usufruir do cartão de estacionamento previsto no presente diploma:*

*a) A pessoa com deficiência motora, física ou orgânica que, por motivo de alterações na estrutura e funções do corpo, congénitas ou adquiridas, tenha uma limitação funcional de carácter permanente, de grau igual ou superior a 60 %, avaliado pela Tabela Nacional de Incapacidades, desde que tal deficiência lhe dificulte a locomoção na via pública sem auxílio de outrem ou sem recurso a meios de compensação, incluindo próteses e ortóteses, cadeiras de rodas, muletas e bengalas ou no acesso ou utilização dos transportes públicos coletivos convencionais;*

*b) A pessoa com deficiência intelectual e a pessoa com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) com um grau de incapacidade igual ou superior a 60 %;*

*c) A pessoa com deficiência visual, com uma alteração permanente no domínio da visão igual ou superior a 95 %, avaliada pela Tabela Nacional de Incapacidades.»*

Com esta alteração, compete exclusivamente à Junta Médica que procede à respetiva avaliação de incapacidade atestar que estão reunidas as condições previstas na lei, nomeadamente na alínea a) do número 1 do Artigo 4.º, tendo presente a maior ou menor subjetividade que tal julgamento sempre acarretará.



Acresce que em muitos dos diplomas legais que preveem a possibilidade de acesso de cidadãos com deficiência ou incapacidade a serviços ou benefícios dos mais diversos surgem definições de “pessoas com deficiência ou incapacidade” nem sempre coincidentes.

Na Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, que definiu as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, pode ler-se que se considera *“pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas”* (Artigo 2.º).

Na Lei n.º 64/2014, de 26 de agosto, que aprovou o regime de concessão de crédito bonificado à habitação a pessoa com deficiência, pode ler-se que *“pessoa com deficiência é a pessoa abrangida pelo conceito constante das bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, aprovado pela Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, e com grau de incapacidade igual ou superior a 60 %, comprovada por atestado médico de incapacidade multiuso, nos termos previstos na alínea a) do n.º 1 do artigo 8.º da presente lei”* (alínea a) do Artigo 3.º).

No Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto, que instituiu a obrigatoriedade de prestar atendimento prioritário às pessoas com deficiência ou incapacidade, pessoas idosas, grávidas e pessoas acompanhadas de crianças de colo, para todas as entidades públicas e privadas que prestem atendimento presencial ao público, pode ler-se que *«pessoa com deficiência ou incapacidade é aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas e que possua um grau de incapacidade igual ou superior a 60 % reconhecido em Atestado Multiusos”* (alínea a) do número 2 do Artigo 3.º).

Esta multiplicidade de definições acarreta dificuldades na interpretação do próprio conceito de “pessoa com deficiência”, complicando aquilo que deveria ser simples.

A propósito da possibilidade de participação nestas Juntas Médicas de médicos que não estejam formalmente designados autoridades de saúde, a DGS emitiu a Orientação n.º 10/2012, de 23 de julho, cuja leitura se recomenda. Quando tal se verifica, a participação de médicos que não sejam autoridades de saúde nestas Juntas Médicas carece sempre da publicação prévia, em Diário da República, do respetivo despacho de delegação de competências, bem como da necessária nomeação como membro efetivo ou suplente de uma Junta Médica específica.

## 5.2. ATESTADO MÉDICO PARA DESLOCAÇÃO DE PROFESSOR

Nos termos do disposto no Despacho n.º 6042/2012, de 8 de maio, os docentes de carreira dos estabelecimentos de ensino da rede pública de Portugal Continental e das Regiões Autónomas podem ser deslocados para agrupamento de escolas ou escola não agrupada diverso daquele em que se encontram desde que reúnam alguns requisitos. Um desses requisitos é o que está previsto na alínea c) do número 1 deste Despacho, que se transcreve:

*«c) Tenham a seu cargo exclusivo o cônjuge, a pessoa com quem vivam em união de facto, ascendente ou descendente portadores de doença ou deficiência nos termos mencionados na alínea anterior que exija um constante e especial apoio a prestar em determinado concelho.»*

O número 5 deste Despacho diz o seguinte:

*«Nos casos previstos nas alíneas b) e c) do n.º 1, no que se refere a portadores de doença ou deficiência que exija tratamento ou apoio específico, o docente deve ainda apresentar declaração passada pelo estabelecimento hospitalar público que serve a região, modelo da Direção-Geral da Administração Escolar, da qual deve obrigatoriamente constar a menção à impossibilidade de o tratamento a prestar ser efetuado no concelho de colocação e uma declaração passada pela unidade hospitalar que serve o concelho para onde o docente pretende ir, com menção da possibilidade de o tratamento ser nele prestado.»*

No número 6 deste Despacho pode ler-se que, “nos casos previstos na alínea c) do n.º 1, deve ainda o docente juntar documento passado pelo *delegado de saúde* que comprova a incapacidade geradora da dependência”.

Nem sempre o documento (atestado) exigível no âmbito da aplicação deste Despacho é emitido pela autoridade de saúde. O mais comum será a confirmação por parte da autoridade de saúde do teor de outro documento, seja ele uma declaração ou um atestado médico, o qual deverá ser emitido pelo/a médico/a assistente da/o cidadã/o doente que reúna as condições para a aplicação do disposto neste Despacho.

## 5.3. ATESTADOS MÉDICOS PARA ELEIÇÕES E REFERENDOS

Em Portugal estão atualmente em vigor nove diplomas legais referentes a atos eleitorais ou à realização de referendos. São eles o Decreto-Lei n.º 319-A/76, de 3 de maio (Eleição do Presidente da República), a Lei n.º 14/79, de 16 de maio (Lei Eleitoral para a Assembleia da República), o Decreto-Lei n.º 267/80, de 8 de agosto (Lei Eleitoral da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores), a Lei n.º 14/87, de 29 de abril (Lei Eleitoral para o Parlamento Europeu), a Lei n.º 15-A/98, de 3 de abril (Lei Orgânica do Regime do Referendo), a Lei Orgânica n.º 4/2000, de 24 de agosto (Regime Jurídico do Referendo Local), a Lei Orgânica n.º 1/2001, de 14 de agosto (Lei Eleitoral dos Órgãos das Autarquias Locais), a Lei Orgânica n.º 1/2006, de 13 de fevereiro (Lei Eleitoral da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira) e a Lei

Orgânica n.º 2/2015, de 12 de fevereiro (Regime Jurídico do Referendo Regional na Região Autónoma dos Açores)

Todos estes diplomas legais foram objeto de múltiplas alterações ao longo dos anos, mas em todos eles, com pequenas variações, está prevista a possibilidade de intervenção das autoridades de saúde em duas situações:

1.ª – Para comprovar que, por motivo de doença ou impossibilidade física, um determinado cidadão está impedido de exercer a função de membro de uma mesa ou assembleia de voto, pois essa é uma das causas justificativas de impedimento;

2.ª – Para emitir atestados comprovativos da impossibilidade de um determinado cidadão exercer sozinho o seu direito de voto, por motivo de doença ou deficiência.

No que diz respeito à primeira situação, dizem os diversos diplomas legais que essa doença ou impossibilidade física tem que ser comprovada pela/o delegada/o de saúde municipal (a Lei Orgânica que aprova o Regime Jurídico do Referendo Local refere-se ao *“delegado de saúde local”* e ao *“médico que exerça poderes de autoridade sanitária na área da freguesia”*). Idealmente, este atestado deveria ser emitido antes do dia agendado para a realização do ato eleitoral ou do referendo, nomeadamente quando é previsível o referido impedimento, possibilitando a substituição atempada desse elemento da mesa ou assembleia de voto. Contudo, o impedimento por doença pode surgir no próprio dia da realização do ato eleitoral ou do referendo e a/o cidadã/o em questão pode nem sequer estar em condições de obter o necessário atestado nesse dia, podendo o mesmo ter que ser emitido posteriormente.

No que diz respeito à segunda situação, a mesa ou assembleia de voto tem legitimidade para autorizar que o/a eleitor/a afetado/a por doença ou deficiência física notórias e que, por esse motivo, não possa exercer sozinho/a o seu direito de voto, vote acompanhado/a por outro/a eleitor/a por si escolhido/a, que garanta a fidelidade de expressão do seu voto e que fica obrigado/a a sigilo absoluto. Ou seja, não é absoluta a necessidade do/a eleitor/a nessas condições ser portador/a de um atestado médico que confirme aquela impossibilidade. Contudo, se a mesa ou assembleia de voto deliberar que não se verifica a notoriedade da doença ou da deficiência física, o/a eleitor/a nessas condições, que queira exercer o seu direito de voto acompanhado/a, será obrigado/a a apresentar, no acto da votação, um atestado médico comprovativo daquela impossibilidade, emitido pelo *“médico que exerça poderes de autoridade sanitária na área do município”* (*“autoridade sanitária na área da freguesia”*, na Lei Orgânica que aprova o Regime Jurídico do Referendo Local) e autenticado com o selo do respetivo serviço.

Não se encontra explicitada na legislação de que forma a mesa ou assembleia de voto se deve pronunciar pela necessidade deste atestado, parecendo possível fazê-lo verbalmente. Contudo, a ser assim, fica a autoridade de saúde sem qualquer certeza dessa exigência, a qual, em alguns casos, pode suscitar dúvidas. Nestes casos, poderá equacionar-se a possibilidade de solicitar formalmente à mesa ou assembleia de voto que expresse essa exigência, se possível por escrito, podendo fazê-lo em impresso próprio ou como entender mais conveniente.

A Lei Eleitoral dos Órgãos das Autarquias Locais apresenta uma particularidade única no contexto desta legislação, porquanto no número 3 do Artigo 99.º refere que *“se a mesa entender que o eleitor revela incapacidade psíquica notória, pode exigir, para que vote, a apresentação de documento comprovativo da sua capacidade, emitido pelo médico que exerça poderes de autoridade sanitária na área do município e autenticada com o selo do respetivo serviço”*. Também aqui se coloca a questão sobre a forma como deve manifestar-se essa exigência, mas parece mais justificável que, nestas situações, a mesa ou assembleia de voto formalize essa exigência por escrito.

Para que seja possível a emissão destes atestados médicos pelas autoridades de saúde, dizem os diversos diplomas legais que os centros de saúde ou locais equiparados deverão manter-se abertos durante o período de funcionamento das assembleias de voto. Isto significa que, nomeadamente quando as autoridades de saúde não estão sedeadas em centros de saúde ou na sua área de abrangência existem dois ou mais centros de saúde, deverão manter-se abertos durante todo aquele período os locais onde estas desempenham habitualmente a sua atividade, devendo esses locais ser devidamente e atempadamente publicitados e do conhecimento das entidades responsáveis pela organização e tramitação destes processos.

Registe-se que estão previstas multas elevadas para quem, tendo a responsabilidade de garantir o atrás exposto, não o faça.

Tendo presentes as exigências legais atrás referidas, a DGS emitiu a Orientação n.º 007/2014, de 16 de maio, e a Orientação n.º 019/2017, de 26 de setembro, cuja leitura se recomenda.

#### **5.4. ATESTADOS MÉDICOS PARA FINS MILITARES**

O Decreto-Lei n.º 289/2000, de 14 de novembro, aprovou e publicou em anexo o Regulamento da Lei do Serviço Militar, o qual tinha sido aprovado pela Lei n.º 174/99, de 21 de setembro. No Artigo 62.º deste Decreto-Lei é feita uma referência à autoridade de saúde. Transcreve-se integralmente esse Artigo:

##### **«Artigo 62.º (Doença prolongada)**

*A comprovação do motivo de dispensa previsto na alínea d) do n.º 5 do artigo 38.º da LSM é feita pelo cidadão através da apresentação de atestado médico passado ou confirmado pelo delegado ou subdelegado de saúde da sua área de residência ou documento emitido pelo estabelecimento hospitalar onde o cidadão se encontre internado, devendo em qualquer dos casos ser mencionado o carácter prolongado da doença.»*

A referência ao Artigo 38.º da LSM leva à sua transcrição parcial, bem como à transcrição integral do Artigo 37.º da mesma, pelos mesmos motivos (sublinham-se as referências relevantes):

**«Artigo 37.º (Dispensa de comparência ao Dia da Defesa Nacional)**

Os cidadãos referidos no n.º 4 do artigo 11.º que padeçam de doença prolongada comprovada pela autoridade pública competente ou que residam legalmente no estrangeiro com carácter permanente e contínuo não estão sujeitos ao dever de comparência ao Dia da Defesa Nacional.

**Artigo 38.º (Dispensa de deveres militares na reserva de recrutamento)**

1 — Os cidadãos na situação de reserva de recrutamento, convocados ao abrigo dos n.ºs 1 a 3 do artigo 34.º, podem ser dispensados do cumprimento dos deveres militares, nos termos previstos no presente artigo.

2 — ...

3 — ...

4 — ...

5 — Constitui motivo de dispensa das provas de classificação e selecção, bem como da incorporação:

a) ...

b) ...

c) ...

d) Doença prolongada comprovada pela autoridade pública competente.»

Não restam dúvidas de que a autoridade pública competente referida nos Artigos 37.º e 38.º da LSM é a autoridade de saúde (o delegado ou o subdelegado de saúde, sendo que, em 2000, estes últimos já não existiriam), porque assim o determina o disposto no Artigo 62.º do Decreto-Lei n.º 289/2000, de 14 de novembro.

A autoridade de saúde poderá comprovar (atestar) a existência de uma doença prolongada que possa constituir motivo de dispensa do previsto na LSM, ou ser chamada, apenas, a confirmar o teor de um atestado médico emitido por outro/a médico/a em que conste a existência da mesma, o que constitui a situação mais comum.

## **5.5. ATESTADO MÉDICO PARA ISENÇÃO DO USO DO CINTO DE SEGURANÇA**

O Decreto-Lei n.º 170-A/2014, de 7 de novembro, estabeleceu o regime jurídico da homologação e utilização dos cintos de segurança e dos sistemas de retenção para crianças em veículos rodoviários, transpondo a Diretiva de Execução n.º 2014/37/UE, da Comissão, de 27 de fevereiro de 2014.

No Artigo 9.º deste Decreto-Lei surge uma referência à autoridade de saúde, pelo que se transcreve o mesmo integralmente:

**«Artigo 9.º (Isenção do uso de cinto de segurança)**

1 – Quem possuir atestado médico de isenção por motivos de saúde graves, fica isento da obrigação do uso do cinto de segurança prevista no n.º 1 do artigo 82.º do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de maio.

2 – O atestado médico previsto no número anterior é emitido pela *autoridade de saúde* da área da respetiva residência, em modelo aprovado pelo Ministro da Saúde, devendo mencionar o prazo de validade e conter o símbolo constante da figura 2 do anexo III ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante.

3 – O titular do atestado médico referido no número anterior deve exibi-lo sempre que solicitado pelas entidades fiscalizadoras.

4 – Os atestados médicos emitidos pelas autoridades competentes de um Estado-membro da União Europeia também são válidos em Portugal.»



O símbolo a que se refere o número 2 deste Artigo é o seguinte:

A propósito destes atestados a DGS emitiu o Ofício-Circular SEO/O n.º 4038, em 16 de março de 1993, divulgando o parecer do Colégio de Nefrologia da Ordem dos Médicos, de cujas conclusões se extrai o mais importante:

*“1 – Na ausência de estudos epidemiológicos ou de observações clínicas referentes aos riscos hipotéticos do uso de cinto de segurança por doentes submetidos a transplante renal, pode estabelecer-se com legitimidade uma analogia entre a mulher grávida e o transplantado renal, no que respeita à protecção, respectivamente, do feto e do órgão transplantado, em caso de acidente de viação.*

*2 – A literatura obstétrica disponível põe em evidência uma mortalidade fetal significativamente menor com o uso do cinto de segurança, quando comparada com a ocorrida sem tal uso.*

*3 – Tal facto constitui poderoso argumento em favor do uso sistemático do cinto de segurança pelos doentes submetidos a transplante renal, já que poderá em princípio, proteger tanto o doente como o órgão transplantado.*

*4 – O cinto convencional dotado de três pontos de apoio deve assentar, pelo seu segmento horizontal, sobre a raiz das coxas, enquanto a faixa oblíqua deverá apoiar-se no peito, deixando livre a fossa ilíaca onde estiver implantado o órgão.”*

Naturalmente, a emissão deste atestado pressupõe a existência de uma situação clínica que o justifique (*“motivos de saúde graves”*, nos termos da lei), a qual deve ser comprovada mediante a apresentação de uma informação ou declaração médica que justifique aquela isenção.

Salvo melhor opinião, a/o cidadã/o isenta/o da obrigação do uso do cinto de segurança, tendo presentes os riscos acrescidos de vir a sofrer lesões graves na sequência de um eventual acidente, deve ser incentivada/o a usar aquele sistema de retenção sempre que possível (ainda que com uma eventual diminuição da sua eficácia), recorrendo a sistemas que aliviem a pressão causada pelo mesmo sobre as zonas que possam ser problemáticas, como almofadas ou similares.

## 6. AVALIAÇÃO AMBIENTAL

O Decreto-Lei n.º 232/2007, de 15 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 58/2011, de 4 de maio, estabelece o regime a que fica sujeita a avaliação dos efeitos de determinados planos e programas no ambiente. Nele consta uma referência à autoridade de saúde, no seu Artigo 3.º, o qual se transcreve integralmente:

### «Artigo 3.º (Âmbito de aplicação)

1 – Estão sujeitos a avaliação ambiental:

- a) Os planos e programas para os sectores da agricultura, floresta, pescas, energia, indústria, transportes, gestão de resíduos, gestão das águas, telecomunicações, turismo, ordenamento urbano e rural ou utilização dos solos e que constituam enquadramento para a futura aprovação de projetos mencionados nos anexos I e II do Decreto-Lei n.º 69/2000, de 3 de Maio, na sua actual redacção;
- b) Os planos e programas que, atendendo aos seus eventuais efeitos num sítio da lista nacional de sítios, num sítio de interesse comunitário, numa zona especial de conservação ou numa zona de protecção especial, devam ser sujeitos a uma avaliação de incidências ambientais nos termos do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 140/99, de 24 de Abril, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 49/2005, de 24 de Fevereiro;
- c) Os planos e programas que, não sendo abrangidos pelas alíneas anteriores, constituam enquadramento para a futura aprovação de projectos e que sejam qualificados como susceptíveis de ter efeitos significativos no ambiente.

2 – Compete à entidade responsável pela elaboração do plano ou programa averiguar se o mesmo se encontra sujeito a avaliação ambiental.

3 – A sujeição do plano ou programa a avaliação ambiental pode ser objecto de consulta promovida pela entidade referida no número anterior às entidades às quais, em virtude das suas responsabilidades ambientais específicas, possam interessar os efeitos ambientais resultantes da aplicação do plano ou programa, designadamente a Agência Portuguesa do Ambiente, o Instituto da Conservação da Natureza e da Biodiversidade, I. P., o Instituto da Água, I. P., as Administrações de Região Hidrográfica, I. P., as comissões de coordenação e desenvolvimento regional, as autoridades de saúde ou os municípios da área abrangida pelo plano ou programa, as quais dispõem de 20 dias para apresentarem as suas observações.»

Registe-se que a consulta que pode ser feita à autoridade de saúde surge como facultativa, o que, salvo melhor opinião, significa que o seu parecer não pode ser tido como vinculativo, com a inerente possibilidade de perda da sua eficácia.

## 7. BIOCIDAS

O Decreto-Lei n.º 121/2002, de 3 de maio, estabeleceu o regime jurídico da colocação no mercado dos produtos biocidas, transpondo a Directiva n.º 98/8/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Fevereiro. Este Decreto-Lei foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 112/2010, de 20 de outubro, que alterou a lista de substâncias activas que podem ser incluídas em produtos biocidas, tendo em vista a protecção da saúde humana e animal e a salvaguarda do ambiente, e transpôs para a ordem jurídica interna oito directivas (de 2009 e 2010) que alteram a Directiva n.º 98/8/CE.

Neste Decreto-Lei consta uma referência às autoridades de saúde, no seu Artigo 30.º, que se transcreve:

### «Artigo 30.º (Fiscalização)

1—*Compete às AC, no âmbito das respectivas competências, a fiscalização e controlo do cumprimento das disposições constantes do presente diploma, sem prejuízo das competências conferidas por lei à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica.*

2—*No exercício das suas funções de fiscalização e controlo do cumprimento das disposições do presente diploma a que se refere o número anterior, a Direcção-Geral da Saúde é coadjuvada pelas autoridades de saúde.»*

A eventual participação das autoridades de saúde em ações de fiscalização e/ou controlo do cumprimento das disposições deste Decreto-Lei deve ser vista como uma função de coadjutor da Direcção-Geral da Saúde (uma entidade coletiva e não uma autoridade de saúde) e não como uma competência própria. Será, assim, uma colaboração e não um exercício autónomo.

Na página da Internet da DGS dedicada aos produtos biocidas (<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/biocidas.aspx>) pode ler-se que *“a partir de 1 de setembro de 2013 entrou em vigor o Regulamento (UE) n.º 528/2012 relativo à disponibilização no mercado e à utilização de produtos biocidas, que substitui integralmente a Directiva 98/8/CE.*

*Até à publicação de legislação nacional de execução do regulamento acima mencionado durante o período transitório mantêm-se as regras até agora em vigor.*

*A nível nacional continuam definidas as autoridades competentes (AC), cada uma delas com competências para determinados tipos de produtos. Deste modo:*

*A Direcção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV) é a AC a para os produtos de protecção da madeira (DGAV-TP8) e para os produtos biocidas de uso veterinário (DGAV-Vet);*

*A Direcção-Geral da Saúde (DGS) é a AC designada para todos os tipos de produtos biocidas não mencionados na alínea anterior. A DGS assegura ainda a coordenação nacional.*

*O período transitório, através do Regulamento delegado (UE) n.º 736/2013 da Comissão, de 17 de maio de 2013, relativo à duração do programa de trabalho para a análise das substâncias ativas biocidas existentes, foi alargado, a partir de 20 de agosto de 2013, até 31 de dezembro de 2024.*



*Mantém-se aplicável, durante o período transitório acima identificado, a Portaria n.º 17980, que estabelece normas relativas à atividade de importação, fabrico, preparação e venda de pesticidas e produtos correlativos”.*

Registe-se que a Portaria n.º 17980, de 30 de setembro, referida no último parágrafo da transcrição acima efetuada, foi publicada ao abrigo dos artigos 25.º e 26.º do Decreto-Lei n.º 30270, de 12 de janeiro de 1940. Em 12 de janeiro de 1940 foi, de facto, publicado no Diário da República o Decreto (e não Decreto-Lei) n.º 30270, o qual é dado como revogado na página da internet do Diário da República Eletrónico ([www.dre.pt](http://www.dre.pt)).

## 8. CAMPOS DE FÉRIAS

O Decreto-Lei n.º 32/2011, de 7 de março, que estabelece o regime jurídico de acesso e de exercício da actividade de organização de campos de férias, contém uma referência à autoridade de saúde no Artigo 12.º, que se transcreve integralmente:

### «Artigo 12.º (Comunicação e informação)

1 – As entidades organizadoras devem comunicar ao IPJ, I. P., e este à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) a abertura de cada campo de férias com a antecedência mínima de 20 dias úteis relativamente ao início das respectivas actividades.

2 – Da comunicação referida no número anterior devem constar os seguintes elementos:

- a) Cronograma descritivo das actividades de cada campo de férias;
- b) Identificação do pessoal técnico;
- c) Número mínimo e máximo de participantes;
- d) Limite mínimo e máximo de idades dos participantes;
- e) Preço da inscrição;
- f) Identificação das instalações previstas no artigo 11.º;
- g) Auto de vistoria para o efeito do cumprimento do disposto no artigo 11.º

3 – Devem ser informadas as entidades policiais, os *delegados de saúde* e os corpos de bombeiros da área onde se realizam os campos de férias com uma antecedência mínima de 48 horas antes do início das respectivas actividades, bem como uma indicação clara da respectiva localização e calendarização.

4 – Durante todo o período em que decorre o campo de férias devem as entidades organizadoras instruir e manter disponível um ficheiro actualizado no qual constem os seguintes documentos:

- a) Cronograma de actividades;
- b) Projecto pedagógico e de animação;
- c) Regulamento interno;
- d) Lista identificativa dos participantes e respectiva idade;
- e) Contactos e declaração de autorização dos pais ou representantes legais dos jovens menores;
- f) Apólices dos seguros obrigatórios;
- g) Contactos dos centros de saúde, hospitais, autoridades policiais e corporações de bombeiros mais próximos dos locais onde se realizem as actividades;
- h) Ficha sanitária individual;
- i) Identificação do pessoal técnico, documentos comprovativos das respectivas qualificações e declaração que confirme a aptidão física e psíquica para o desempenho das funções, nos termos do n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 242/2009, de 16 de Setembro;
- j) Autos de vistoria previstos no artigo 11.º.

5 – Sempre que as informações previstas no n.º 2 do presente artigo não se encontrem devidamente prestadas deve o IPJ, I. P., solicitar a sua correcção à respectiva entidade organizadora, no prazo máximo de cinco dias, disso dando conhecimento à ASAE.»

Este conhecimento prévio pode facilitar uma intervenção que possa vir a mostrar-se necessária por parte das autoridades de saúde ou de outros serviços de saúde, como o INEM, por exemplo.

## 9. CARTA DE CONDUÇÃO

O Código da Estrada em vigor, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 114/94, de 3 de maio, e múltiplas vezes objeto de alterações, não contém nenhuma referência à autoridade de saúde. Contudo, por força do disposto no Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, que se apresenta mais à frente, compete às autoridades de saúde a realização da avaliação médica prevista no Artigo 129.º do Código da Estrada, que se transcreve integralmente:

### **«Artigo 129.º (Novos exames)**

1 – Surgindo fundadas dúvidas sobre a aptidão física, mental ou psicológica ou sobre a capacidade de um condutor ou candidato a condutor para conduzir com segurança, a autoridade competente determina que aquele seja submetido, singular ou cumulativamente, a avaliação médica, a avaliação psicológica, a novo exame de condução ou a qualquer das suas provas.

2 – Constitui, nomeadamente, motivo para dúvidas sobre a aptidão psicológica ou capacidade de um condutor para exercer a condução com segurança a circulação em sentido oposto ao legalmente estabelecido em autoestradas ou vias equiparadas, bem como a dependência ou a tendência para abusar de bebidas alcoólicas ou de substâncias psicotrópicas.

3 – O estado de dependência de álcool ou de substâncias psicotrópicas é determinado por avaliação médica, ordenada pelas entidades referidas no n.º 1, em caso de condução sob a influência de quaisquer daquelas substâncias.

4 – Revela a tendência para abusar de bebidas alcoólicas ou de substâncias psicotrópicas a prática num período de três anos, de duas infrações criminais ou contraordenacionais muito graves, de condução sob a influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas.

5 – Quando o tribunal conheça de infração que tenha posto em causa a segurança de pessoas e bens a que corresponda pena acessória de proibição ou inibição de conduzir e haja fundadas razões para presumir que a mesma resultou de inaptidão ou incapacidade do condutor, deve determinar a sua submissão, singular ou cumulativamente, a avaliação médica, psicológica, a exame de condução ou a qualquer das suas provas.»

O Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, que foi aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 138/2012, de 3 de maio, e cuja versão atualmente em vigor resulta das alterações nele introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 40/2016, de 29 de julho, que o republicou, bem como aos anexos relevantes para a atuação das autoridades de saúde e das/os médicas/os em geral, contém referências à autoridade de saúde em quatro artigos, que se transcrevem integralmente:

### **«Artigo 25.º (Competência para realizar a avaliação da aptidão física, mental e psicológica)**

1 – A avaliação da aptidão física e mental dos candidatos e condutores dos grupos 1 e 2 é realizada por médicos no exercício da sua profissão.

2 – É realizada por psicólogos no exercício da sua profissão:

a) A avaliação da aptidão psicológica dos candidatos e condutores do grupo 2;

b) A avaliação da aptidão psicológica dos candidatos e condutores do grupo 1 mandados submeter a esta avaliação pelo médico que realizou a avaliação física e mental.

3 – São efetuados pelo IMT, I. P., ou por entidade por este designada e, para este efeito, reconhecida pela Ordem dos Psicólogos, os exames psicológicos:

a) Determinados ao abrigo dos n.os 1 e 5 do artigo 129.º do Código da Estrada;

- b) De candidatos a condutor que tenham sido titulares de carta ou licença de condução cassada nos termos do n.º 7 do artigo 101.º do Código Penal ou do artigo 148.º do Código da Estrada;
  - c) Em sede de recurso interposto por examinando considerado «Inapto» em avaliação psicológica realizada nos termos do n.º 2;
  - d) De candidatos ou condutores dos grupos 1 e 2 mandados submeter a avaliação psicológica pela [autoridade de saúde](#);
  - e) De candidatos ou condutores considerados «aptos» com restrições impostas em avaliação psicológica anterior feita pelo IMT, I. P.
- 4 – É exclusivamente realizada por junta médica, constituída para o efeito na região de saúde da área de residência do recorrente e cuja composição, atribuições e funcionamento são aprovados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, a avaliação médica necessária à análise do recurso interposto do resultado de «Inapto» obtido em avaliação feita por médico no exercício da sua profissão.
- 5 – Caso o examinando seja considerado «Apto» com restrição que imponha prazo de avaliação médica ou psicológica mais curto, determinado por junta médica ou pelo IMT, I. P., a nova avaliação médica ou psicológica é realizada pela entidade que impôs aquela restrição.
- 6 – Qualquer outra restrição imposta ao candidato ou condutor, por [autoridade de saúde](#), por junta médica ou pelo IMT, I. P., só pode ser retirada após nova avaliação realizada pela entidade que a impôs.
- 7 – Os condutores que solicitem a emissão de carta de condução, nos termos do artigo 5.º, podem apresentar atestado médico e certificado de avaliação psicológica emitidos por serviço competente da força militar ou de segurança a que pertençam.

#### **Artigo 26.º (Modelos)**

- 1 – Por despacho conjunto do presidente do conselho diretivo do IMT, I. P., e do [diretor-geral da Saúde](#) são aprovados os conteúdos do relatório de avaliação física e mental e do atestado médico.
- 2 – Por despacho do presidente do conselho diretivo do IMT, I. P., e do [diretor-geral da Saúde](#) são aprovados os modelos e os conteúdos do relatório de avaliação psicológica e do certificado de avaliação psicológica.
- 3 – Os despachos referidos nos números anteriores dão divulgados nos sítios da Internet do IMT, I. P., e da Direção-Geral da Saúde.
- 4 – Cabe à SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., definir e publicitar as normas, os requisitos e as especificações dos sistemas informáticos de emissão de atestados médicos por via eletrónica, bem como promover a sua implementação pelos vários operadores.

#### **Artigo 28.º (Outros exames)**

- 1 – Qualquer médico que, no decurso da sua atividade clínica, detete condutor que sofra de doença ou deficiência, crónica ou progressiva, ou apresente perturbações do foro psicológico suscetíveis de afetar a segurança na condução deve notificar o facto à [autoridade de saúde](#) da área de residência do condutor, sob a forma de relatório clínico fundamentado e confidencial.
- 2 – A [autoridade de saúde](#) notifica o condutor para, na data e na hora designadas, se apresentar na unidade de saúde pública da área da residência do condutor a fim de ser submetido a exame médico.
- 3 – Caso o condutor não compareça e não justifique a sua falta, a unidade de saúde pública informa o IMT, I. P., da ocorrência no prazo de 10 dias.
- 4 – O procedimento constante dos números anteriores é ainda aplicável à avaliação médica determinada ao abrigo dos n.ºs 1 e 5 do artigo 129.º do Código da Estrada.

### **Artigo 37.º (Composição do exame especial)**

1 – O exame especial referido nos n.ºs 2 e 4 do artigo 130.º do Código da Estrada é composto por prova teórica e prova prática ou, apenas, pela última destas provas, nos termos do n.º 3.

2 – Estão sujeitos a exame, composto por prova teórica e prova prática, os candidatos a condutores que tenham sido titulares de:

- a) Carta de condução cancelada antes de decorridos três anos sobre a data da primeira habilitação;
- b) Carta ou licença de condução cassadas, nos termos do artigo 148.º do Código da Estrada ou nos termos do n.º 7 do artigo 101.º do Código Penal;
- c) Carta ou licença de condução cassadas ou anuladas por decisão de Estado-membro da União Europeia ou do espaço económico europeu;
- d) Carta de condução caducada nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 130.º do Código da Estrada, por terem faltado ou reprovado no exame de condução ou em qualquer das suas provas determinadas ao abrigo dos n.ºs 1 e 5 do artigo anterior.

3 – Estão sujeitos a exame, restrito à prova prática, para revalidação do título de que são portadores, os condutores:

- a) Titulares de carta ou licença de condução caducadas há mais de dois anos;
- b) Titulares de carta ou licença de condução caducadas por não se terem submetido ou terem reprovado na avaliação médica ou psicológica, determinada pela [autoridade de saúde](#) ou nos termos dos n.ºs 1 e 5 do artigo 129.º do Código da Estrada, quando tenha decorrido mais de um ano sobre a determinação.

4 – Os conteúdos programáticos da prova teórica de exame constam do anexo VIII do presente Regulamento, do qual faz parte integrante.

5 – A prova prática do exame especial pode ser prestada em veículo apresentado pelo examinando que obedeça às características dos veículos de exame, fixadas na parte III do anexo VII, e incide sobre os conteúdos programáticos constantes da parte II do mesmo anexo, sendo-lhe ainda aplicáveis todas as restantes disposições previstas para esta prova.

6 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, deve ser solicitado ao candidato, durante a prova, que execute as manobras cuja realização indevida tenha resultado na prática de infrações que determinaram o cancelamento ou cassação da carta de condução.

7 – O candidato que reprove em qualquer das provas do exame especial de condução pode repetir a prova por uma única vez, no mesmo centro de exames, desde que a requeira no prazo de 90 dias a contar da data da reprovação.

8 – O candidato que reprove duas vezes no exame especial, ou em qualquer das suas provas, só pode efetuar novo exame de condução após formação e mediante propositura por escola de condução.»

Registe-se que o Decreto-Lei n.º 40/2016, de 29 de julho, introduz um novo Artigo no Código da Estrada relativo à emissão e transmissão eletrónica do atestado médico (Artigo 14.º-A), definindo, ainda, os prazos para a entrada em vigor desta disposição no seu Artigo 10.º. Atendendo ao seu interesse, transcrevem-se integralmente estes dois artigos:

#### **«Artigo 14.º-A do Código da Estrada (Emissão e transmissão eletrónica do atestado médico)**

1 – O atestado médico necessário para a emissão e revalidação do título de condução é emitido e transmitido eletronicamente.

2 – A emissão de atestado médico pode, excecionalmente, realizar-se manualmente, nas situações de mau funcionamento do sistema informático, mediante utilização do modelo referido no n.º 2 do artigo 26.º do

*Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, devendo ser transmitido eletronicamente pelo médico ao IMT, I. P., no prazo máximo de 72 horas.*

**Artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 40/2016, de 29 de julho (Entrada em vigor)**

1 – Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, o presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

2 – O atestado médico referido no artigo 14.º-A do Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 138/2012, de 5 de julho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 37/2014, de 14 de março, é obrigatoriamente emitido e transmitido eletronicamente:

a) Pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, integrados no Serviço Nacional de Saúde a partir de 2 de janeiro de 2017;

b) Pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor privado e social a partir de 1 de abril de 2017.

3 – As normas relativas à emissão de cartas de condução sem inclusão da residência entram em vigor a 2 de janeiro de 2017.»

A propósito das alterações introduzidas em 2012 no Código da Estrada e no Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir, a DGS divulgou a Orientação n.º 015/2012, de 15 de outubro, e a Orientação n.º 020/2012, de 29 de novembro, nas quais se clarificam alguns aspetos processuais a ter em consideração por todos os intervenientes, incluindo as autoridades de saúde. Recomenda-se a leitura atenta das duas Orientações.

O Despacho n.º 11035/2006, de 23 de maio, apresenta uma listagem dos documentos que devem acompanhar o requerimento de candidatura ao curso de formação para instrutor de condução, deles constando um “*Atestado médico emitido pela autoridade de saúde da área de residência, que comprove que não é portador de doença contagiosa ou de deficiência física que exija veículo especialmente adaptado, ou que dificulte ou prejudique a ministração do ensino prático da condução*”.

À semelhança do que se passa atualmente com os atestados de robustez para o exercício de qualquer atividade profissional, que deixaram há anos de ser obrigatoriamente emitidos pelas autoridades de saúde, é muito provável que o mesmo tenha sucedido com estes.

## 10. CEMITÉRIOS

O Decreto n.º 44220, de 3 de março de 1962, promulgou as normas para a construção e polícia de cemitérios. Este Decreto foi alterado pelos Decretos n.ºs 45864, de 12 de agosto de 1964, 463/71, de 2 de novembro, e 857/76, de 20 de dezembro, e pelo Decreto-Lei n.º 168/2006, de 16 de agosto. A intervenção da autoridade de saúde está prevista em vários artigos, como a seguir se apresenta.

«**Artigo 1.º – 1** – A escolha de terrenos para a instalação de cemitérios ou ampliação dos existentes deve ser precedida de vistoria, efectuada por uma comissão constituída pelo presidente da câmara municipal ou da junta de freguesia ou seu representante, pelo director dos serviços de urbanização do distrito ou técnico que o substitua e pelo [subdelegado, delegado ou inspector de saúde](#).»

Esta vistoria pode ser dispensada de acordo com a redação do número 2 deste Artigo, introduzido pelo Decreto-Lei n.º 168/2006, de 16 de agosto, cujo teor é o que se transcreve:

«**Artigo 1.º – 2** – Se os terrenos para localização do cemitério se situarem em área que, nos termos de plano de urbanização ou plano de pormenor em vigor, esteja expressamente afecta ao uso proposto, é dispensada a realização da vistoria referida no número anterior.»

O Artigo 27.º do Decreto n.º 44220 foi alterado pelo Decreto n.º 857/76, de 20 de dezembro, passando a ter o seguinte teor:

« **Art. 27.º** É proibida a abertura de caixões de chumbo ou zinco, salvo no caso de mandado judicial.  
 § único. Exceptua-se do disposto neste artigo a abertura, ordenada pela [autoridade sanitária](#) competente, para efeitos de inumação na terra de cadáveres trasladados após o falecimento. Se em tais transladações forem usados caixões de chumbo, a espessura deste poderá ser somente de 1 mm.»

Sendo referida neste Artigo a transladação, importa ler o capítulo específico a ela dedicado, até porque parecem existir algumas incongruências entre diplomas legais sobre este assunto.

O Artigo 28.º do Decreto n.º 44220 contém mais uma referência à autoridade de saúde, transcrevendo-se o mesmo integralmente:

«**Art. 28.º** Quando um caixão de chumbo, depositado em jazigo, apresente rotura ou deterioração que não possa ser convenientemente reparada será encerrado noutra caixão de chumbo ou removido para sepultura, podendo, neste último caso, fazer-se a exumação após o período legal de inumação.  
 § único. Só é de permitir a exumação das ossadas de um caixão de chumbo depositado em jazigo quando aquele se apresente de tal forma deteriorado que se possa verificar a consumpção das partes moles do cadáver. A verificação terá de ser feita obrigatoriamente pela [autoridade sanitária](#) local ou, quando o cemitério dispuser de serviço sanitário privativo, pelo médico que nele superintende.»

O Decreto n.º 48770, de 18 de dezembro de 1968, aprovou os preceitos a que devem obedecer os regulamentos sobre polícia dos cemitérios, publicando os modelos de regulamentos dos cemitérios municipais e dos paroquiais. Estes dois modelos são muito semelhantes e serviram de base à elaboração de muitos regulamentos de cemitérios espalhados pelo país, podendo, no entanto, não constar dos mesmos nenhuma referência à autoridade de saúde. Os modelos aprovados por este Decreto previam essa intervenção em vários artigos, que se transcrevem:

«**Art. 9.º** Nenhum cadáver será inumado nem encerrado em caixão de chumbo ou zinco antes de decorridas vinte e quatro horas sobre o falecimento e sem que, previamente, se tenha lavrado o respectivo assento ou auto de declaração de óbito.

§ único. Quando circunstâncias especiais o exigirem, poderá fazer-se a inumação ou proceder-se à soldagem do caixão antes de decorrido aquele prazo, mediante autorização, por escrito, da [autoridade sanitária](#) competente.

**Art. 12.º** Na falta ou insuficiência da documentação legal, os cadáveres ficarão em depósito até que esta seja devidamente regularizada.

§ único. Decorridas vinte e quatro horas sobre o depósito - ou em qualquer momento quando se verifique o adiantado estado de decomposição do cadáver - sem que tenha sido apresentada a documentação em falta, os serviços comunicarão imediatamente o caso às [autoridades sanitárias](#) ou policiais, para que se tomem as providências adequadas.

**Art. 25.º** A exumação das ossadas de um caixão de chumbo inumado em jazigo só será permitida quando aquele se apresente de tal forma deteriorado que se possa verificar a consumpção das partes moles do cadáver.

§ único. A consumpção a que alude este artigo será obrigatoriamente verificada pela [autoridade sanitária](#) local.

**Art. 28.º** Às exumações, quando se tenha em vista a transladação para outro cemitério, assim como ao encerramento dos cadáveres a trasladar para fora da localidade onde os óbitos ocorreram, assistirá a [autoridade sanitária](#) competente.

§ único. O encerramento a que este artigo se refere deverá fazer-se em caixão de chumbo ou zinco hermeticamente fechado.

**Art. 30.º** A autorização será concedida mediante alvará.

§ 1.º O alvará, que serve de guia de condução do cadáver a trasladar, não será emitido sem parecer favorável da [autoridade sanitária](#) competente, após o exame das condições em que vai realizar-se a transladação.

§ 2.º No alvará deve ser aposto o visto do conservador do Registo Civil, sem o qual a transladação não pode ser efectuada.

**Art. 62.º** É proibida a abertura de caixões de chumbo ou de zinco, salvo em cumprimento de mandado judicial ou quando seja ordenada pela [autoridade sanitária](#) competente para efeitos de inumação, em sepulturas temporárias, de cadáveres trasladados após o falecimento.»



## 11. COMBATE À DROGA

O Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que revê a legislação de combate à droga e que foi alvo de múltiplas alterações ao longo dos anos, contém uma referência à autoridade de saúde no seu Artigo 43.º, o qual se transcreve integralmente:

### **«Artigo 43.º (Exame médico a consumidores habituais)**

1 – *Se houver indícios de que uma pessoa é consumidora habitual de plantas, substâncias ou preparações referidas nas tabelas I a IV, assim pondo em grave risco a sua saúde ou revelando perigosidade social, pode ser ordenado, pelo Ministério Público da comarca da sua residência, exame médico adequado.*

2 – *O exame é da iniciativa do Ministério Público ou pode ser-lhe requerido pelo representante legal, cônjuge, autoridade sanitária ou policial, devendo, em qualquer caso, proceder às diligências necessárias ao apuramento dos indícios a que se refere o número anterior.*

3 – *O exame é deferido a médico ou serviço especializado de saúde, público ou privado, e realizar-se-á em prazo não superior a 30 dias, observando-se, com as necessárias adaptações, o regime do processo penal, nomeadamente quanto a obrigação de comparência, podendo os peritos prestar compromisso para intervir em mais de um exame ou processo.*

4 – *O examinando pode ser sujeito a análise de sangue ou de urina ou outra que se mostre necessária.*

5 – *Se no exame se concluir pela toxicodependência da pessoa a ele sujeita, o magistrado do Ministério Público propor-lhe-á a sujeição voluntária a tratamento, o qual, se aceite, se efetuará sob a responsabilidade de serviço especializado de saúde, público ou privado.*

6 – *No caso de interrupção injustificada do tratamento ou de recusa de sujeição ao mesmo, o magistrado comunicará os factos ao Instituto de Reinserção Social e, se for caso disso, aos serviços de saúde, para adoção das medidas de apoio adequadas.»*

Registe-se ainda que, de acordo com o disposto no número 4 do Artigo 47.º deste Decreto-Lei, *“as normas do presente diploma prevalecem sobre as relativas ao internamento em regime fechado previstas nos diplomas de saúde mental”*. Esta disposição consta da versão inicial deste Decreto-Lei, de 1993, que precedeu a elaboração e entrada em vigor da Lei de Saúde Mental, que surgiu em 1998. Sendo mais ou menos frequentes os requerimentos apresentados ao abrigo do disposto na Lei de Saúde Mental solicitando o internamento compulsivo de doentes toxicodependentes ou que consomem mais ou menos regularmente substâncias estupefacientes ou psicoativas, há que ter em consideração que pode existir aqui um “conflito” legislativo, remetendo-se a análise mais detalhada deste e de outros aspetos para o capítulo dedicado à Saúde Mental.

O Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, procedeu à definição do regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e comércio das novas substâncias psicoativas. Existe uma relação clara entre o aparecimento no país de estabelecimentos comerciais vulgarmente designados por *“smartshops”* e a publicação deste diploma legal. Nele são feitas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 5.º, 6.º, 7.º e 13.º, que se transcrevem integralmente:

### **«Artigo 5.º (Autoridades competentes e fiscalização)**

1 – À Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) são atribuídos poderes para fiscalizar e fazer cumprir o disposto no presente decreto-lei, sem prejuízo das competências cometidas às forças de segurança, às **autoridades de saúde** e a outras entidades.

2 – À ASAE compete nomeadamente:

a) Promover ações de natureza inspetiva;

b) Fiscalizar a cadeia de comercialização;

c) Coadjuvar as autoridades competentes na investigação e promoção de inquéritos, realização de perícias e de quaisquer outras diligências, nomeadamente o encerramento e a cessação da utilização de um determinado local.

3 – As autoridades referidas no n.º 1 podem, no decurso da fiscalização, determinar o encerramento imediato e provisório do estabelecimento, por um período não superior a 12 horas, quando e enquanto tal se revele indispensável para:

a) A recolha de elementos de prova;

b) A apreensão dos objetos utilizados na prática da infração; e ou

c) Para a identificação dos agentes da infração.

4 – A determinação do encerramento provisório do estabelecimento pode também ocorrer, por um período não superior a 12 horas, se, perante a deteção de uma infração em flagrante delito, ocorrer perigo sério de continuação da atividade ilícita.

5 – A instrução dos processos compete à ASAE, a quem as demais entidades fiscalizadoras remetem os respetivos autos e outros elementos, designadamente probatórios.

6 – Compete ao Inspetor-Geral da ASAE aplicar as coimas e sanções acessórias previstas no presente decreto-lei.

7 – A competência das **autoridades de saúde** para encerrar estabelecimentos ou determinar a suspensão da atividade sempre que se verifique grave risco para a saúde pública, em nada exime os órgãos municipais de ordenarem o despejo administrativo, quando se justifique, nem de adotarem outras medidas de tutela da legalidade necessárias para garantir que as edificações ou suas frações autónomas são utilizadas para o fim que, segundo critérios de urbanismo e de ordenamento do território, haja sido autorizado.

8 – O Laboratório da Polícia Científica da Polícia Judiciária, o Instituto Nacional de Medicinal Legal e Ciências Forenses I.P., e o INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., são as autoridades competentes para realizar as análises e perícias previstas no presente decreto-lei, nos termos a definir por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da administração interna, da justiça e da saúde.

### **Artigo 6.º (Encerramento pelas autoridades de saúde)**

1 – A **autoridade de saúde** competente determina o encerramento dos locais onde as novas substâncias psicoativas sejam produzidas, distribuídas, vendidas ou disponibilizadas, ou simplesmente conservadas para estes fins ou para exportação.

2 – Se no mesmo local onde as novas substâncias psicoativas forem produzidas, distribuídas, vendidas, disponibilizadas ou conservadas, forem também produzidos, vendidos ou disponibilizados outros bens ou prestados outros serviços, a **autoridade de saúde** determina a suspensão da atividade, sem prejuízo do integral encerramento transitório do espaço ou estabelecimento, pelo prazo máximo de três meses, se for estritamente necessário para remover a ameaça à saúde pública.

3 – As ordens de encerramento ou de suspensão da atividade são fundamentadas e notificadas e presumem-se urgentes para efeito de dispensa da audiência dos interessados, prevista na alínea a) do n.º 1 do artigo 103.º do Código do Procedimento Administrativo.

4 – A notificação faz-se com advertência para as possíveis consequências criminais da desobediência junto de quem se encontre a trabalhar ou a prestar serviço relacionado com a atividade proibida e, quando possível, ao proprietário do imóvel.

5 – É suficiente, em casos devidamente fundamentados, a afixação de edital junto do acesso principal ao espaço ou estabelecimento onde são praticadas as atividades proibidas.

6 - As ordens de encerramento e de suspensão da atividade são transmitidas pela [autoridade de saúde](#) à força de segurança territorialmente competente e à ASAE.

### **Artigo 7.º (Precaução sanitária)**

1 – Sempre que exista suspeita de grave risco para a saúde humana imputado a um produto suscetível de ser considerado uma nova substância psicoativa, deve a [autoridade de saúde](#) competente retirar o produto para análise, bem como os equipamentos ou utensílios afetos ao uso específico do mesmo, pelo período necessário à confirmação da suspeita.

2 – Confirmada a suspeita de grave risco para a saúde humana pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), a [autoridade de saúde](#) suspende provisoriamente a produção, importação, exportação, publicitação, distribuição, venda ou disponibilização do produto retirado para análise, aplicando-se o disposto no n.º 3 do artigo anterior.

3 – Da decisão de suspensão constam as razões por que se considera o consumo do produto representativo de um grave risco para a saúde pública.

4 – A decisão referida no n.º 2 caduca no prazo de 30 dias, exceto se o produto for incluído na lista referida no artigo 3.º.

5 – Os médicos que, ao prestarem cuidados de saúde ou ao realizarem perícias médico-legais, encontrem indícios de um dano à saúde potencialmente imputável ao consumo de uma substância, notificam, de imediato, a [autoridade de saúde](#) competente e o SICAD.

### **Artigo 13.º (Ações de resposta integrada do SICAD)**

1 – O âmbito dos programas e das estruturas socio-sanitárias criados pelo Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho, e bem como os demais programas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, de reinserção social e de tratamento do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, a cargo do SICAD, é extensivo às novas substâncias psicoativas.

2 – Sempre que, por aplicação das normas do presente decreto-lei, sejam instaurados procedimentos contraordenacionais, adotadas medidas de precaução sanitária, determinado o encerramento ou a suspensão da atividade, cumpre à autoridade responsável notificar o SICAD.

3 – Compete ao Diretor-Geral do SICAD transmitir às [autoridades de saúde](#) a identificação de substâncias suscetíveis de serem consideradas novas substâncias psicoativas, para efeito de fiscalização.

4 – O Diretor-Geral do SICAD propõe ao membro do Governo responsável pela área da saúde a introdução de novas substâncias psicoativas na lista referida no artigo 3.º.»

Para além da possibilidade de as autoridades de saúde determinarem o encerramento dos estabelecimentos ou a suspensão da atividade face à existência de um grave risco para a saúde pública (competência genérica, como já vimos anteriormente), constata-se, aqui, que às

autoridades de saúde compete determinar *“o encerramento dos locais onde as novas substâncias psicoativas sejam produzidas, distribuídas, vendidas ou disponibilizadas, ou simplesmente conservadas para estes fins ou para exportação”*, nos termos do disposto no Artigo 6.º, transmitindo essa ordem *“à força de segurança territorialmente competente e à ASAE”*.

Saliente-se ainda que neste Decreto-Lei se refere que *“sempre que exista suspeita de grave risco para a saúde humana imputado a um produto suscetível de ser considerado uma nova substância psicoativa, deve a autoridade de saúde competente retirar o produto para análise, bem como os equipamentos ou utensílios afetos ao uso específico do mesmo, pelo período necessário à confirmação da suspeita”* e que *“confirmada a suspeita de grave risco para a saúde humana pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), a autoridade de saúde suspende provisoriamente a produção, importação, exportação, publicitação, distribuição, venda ou disponibilização do produto retirado para análise, aplicando-se o disposto no n.º 3 do artigo anterior”* (Artigo 7.º).

Como se constata, surge várias vezes no texto deste Decreto-Lei a referência a uma “autoridade de saúde competente”, sem que seja explícito a que nível das autoridades de saúde compete o que está exposto. Parece claro que algumas das medidas preconizadas (suspender a importação, a exportação e a publicitação de substâncias psicoativas, por exemplo etc...) não poderão ser tomadas por uma autoridade de saúde de nível local/municipal, ou mesmo regional ou nacional, face às implicações e à dimensão das possíveis consequências dessas decisões. Por outro lado, muitas daquelas eventuais decisões implicam o exercício de um poder que extravasa claramente as atribuições e competências das autoridades de saúde.

Pode dar-se o caso de estarmos perante uma intenção do legislador que não tem uma tradução linear, ou seja, que ao referir-se a uma “autoridade de saúde competente” o fez com um objetivo claramente mais amplo, alargando aquele conceito a outras entidades, como sejam, por exemplo, o Ministro da Saúde ou o INFARMED. Esta possibilidade deveria ser devidamente clarificada, para evitar interpretações enviesadas, que se poderão revelar problemáticas.

A lista de novas substâncias psicoativas a que se refere o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, foi publicada como anexo à Portaria n.º 154/2013, também de 17 de abril.

## 12. DIVERSÕES AQUÁTICAS

O Decreto-Lei n.º 65/97, de 31 de março, regula a instalação e o funcionamento dos recintos com diversões aquáticas. Este Decreto-Lei foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 79/2009, de 2 de abril, e mais uma vez alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 86/2012, de 10 de abril.

De acordo com este Decreto-Lei são considerados *“recintos com diversões aquáticas os locais vedados, com acesso ao público, destinados ao uso de equipamentos recreativos, cuja utilização implique o contacto dos utentes com a água, independentemente de se tratar de entidade pública ou privada e da sua exploração visar ou não fins lucrativos”* e *“não são considerados recintos com diversões aquáticas aqueles que unicamente disponham de piscinas de uso comum, nomeadamente as destinadas à prática de natação, de competição, de lazer ou recreação”*.

Neste Decreto-Lei são feitas referências à autoridade de saúde de âmbito regional nos Artigos 7.º, 12.º, 20.º e 21.º, que se transcrevem integralmente:

### **«Artigo 7.º (Obras sujeitas a controlo prévio municipal)**

*A instalação ou modificação de recintos de diversões aquáticas sujeitas a licenciamento municipal ou a comunicação prévia à câmara municipal seguem os termos do RJUE, com parecer do Instituto Português do Desporto e Juventude, I. P. (IPDJ, I. P.), da direção regional da economia, do [delegado de saúde regional](#) e da Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC), sem prejuízo de outros pareceres das entidades competentes da administração central.*

### **Artigo 12.º (Requerimento)**

*1 – Concluída a obra, o interessado deve requerer a emissão de licença de funcionamento ao presidente do IPDJ, I. P.*

*2 – A emissão da licença de funcionamento é sempre precedida de vistoria a efetuar por uma comissão composta por representantes do IPDJ, I. P., câmara municipal, ANPC, direção regional da economia e [delegado de saúde regional](#), nos termos do artigo seguinte.*

### **Artigo 20.º (Entidades com competência de fiscalização)**

*1 – A fiscalização do disposto no presente diploma e respetiva legislação complementar é da competência das câmaras municipais, do IPDJ, I. P., da ANPC, dos [delegados de saúde regionais](#), das direções regionais da economia e de outras entidades administrativas e policiais no âmbito das respetivas competências.*

*2 – Ao IPDJ, I. P., compete fiscalizar o cumprimento das normas relativas ao funcionamento e condições de segurança dos recintos com diversões aquáticas.*

*3 – Às câmaras municipais compete fiscalizar o estado e condições de segurança das edificações e construções que integram o conjunto do recinto.*

*4 – Aos [delegados de saúde regionais](#) compete a fiscalização das condições higio-sanitárias das instalações e equipamentos, cabendo-lhes, em especial, assegurar os níveis de qualidade da água previstos no regulamento previsto no artigo 3.º e respetivos anexos.*

*5 – Às direções regionais da economia compete fiscalizar a conformidade das instalações de distribuição e utilização de gás e energia elétrica com as regras de segurança aplicáveis.*

6 – Compete à ANPC a fiscalização das instalações em matérias relacionadas com a segurança contra incêndios em edifícios.

### **Artigo 21.º (Vistorias)**

1 – O IPDJ, I. P., promove a realização de vistorias anuais e de todas as vistorias extraordinárias que entender convenientes.

2 – As vistorias serão realizadas por uma comissão composta por representantes das seguintes entidades:

- a) Um representante do IPDJ, I. P., que preside;
- b) Um representante da câmara municipal;
- c) Um representante da ANPC;
- d) O [delegado de saúde regional](#);
- e) Um representante da direção regional da economia.

3 – Quando da vistoria resultar que se encontram desrespeitadas as condições técnicas e de segurança, sem prejuízo da coima que for aplicável, a entidade responsável pela exploração será notificada para proceder às necessárias alterações em prazo a fixar pela comissão referida no número anterior.

4 – O recinto será imediatamente encerrado pelo IPDJ, I. P., ouvida a câmara municipal e a ANPC, quando seja desrespeitado o prazo fixado nos termos do número anterior e, em qualquer caso, quando não esteja em condições de se manter aberto ao público, em virtude de oferecer perigo para a segurança ou saúde dos utentes.»

O Decreto Regulamentar n.º 5/97, de 31 de março, aprovou o Regulamento das Condições Técnicas e de Segurança dos Recintos com Diversões Aquáticas, tal como previsto no Decreto-Lei citado anteriormente. Nele são feitas duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 32.º e 34.º, que se transcrevem integralmente:

### **«Artigo 32.º (Instalação de recirculação e tratamento da água)**

1 – As instalações de recirculação e tratamento da água devem ser dimensionadas para fornecerem o desejável caudal de água, filtrada, desinfetada e da qualidade exigida no artigo anterior, e deverá ainda observar-se o seguinte:

- a) O período de recirculação de todo o volume de água de cada actividade aquática não poderá, em caso algum, ser superior a seis horas;
- b) Devem ser instalados caudalímetros ou medidores instantâneos de caudal para assegurar o controlo dos caudais de recirculação em cada tanque;
- c) Como meio de regeneração complementar da água deverá ser assegurada uma reposição diária de água nova na proporção mínima de 2% do volume de cada tanque, salvo nos casos em que os resultados da qualidade da água registem insuficiências nos níveis exigidos, o que determinará uma intervenção das [autoridades de saúde](#) para impor uma reposição diária mínima que poderá ir até aos 5%;
- d) Para controlo dos volumes de água de reposição as instalações serão equipadas com contadores-totalizadores.

2 – O número de unidades filtrantes em serviço será determinado em função dos caudais de serviço, mas nunca será inferior a duas unidades com características idênticas e montadas em paralelo.

3 – As tubagens, válvulas de manobra e de seccionamento de toda a instalação devem ser estabelecidas por forma a permitir as operações de lavagem ou de reparação individuais sem necessidade da paragem do funcionamento desta.

### **Artigo 34.º (Tratamento)**

1 – Os produtos químicos a utilizar na desinfeção da água dos tanques das actividades aquáticas devem ser autorizados expressamente pelas [autoridades de saúde](#).

2 – Desde que se alcancem os parâmetros do anexo II, podem ser utilizados os seguintes sistemas:

a) Sistema de desinfeção com produtos de cloro e derivados (sistema de tipo I):

Hipoclorito de sódio; Hipoclorito de cálcio; Cloro em estado líquido ou gasoso; Produtos que contenham ácido tricloroisocianúrico ou dicloroisocianurato de sódio ou de potássio, ou outros derivados do ácido isocianúrico;

b) Sistema de desinfeção com bromo (sistema de tipo I);

c) Sistema de desinfeção com ozono (sistema de tipo II):

A ozonização da água deve ser efectuada fora dos tanques e de modo que nos circuitos de retorno e à entrada destes o residual de ozono seja inferior a 0,01 mg/l.

(NOTA: Não existe o número 3 na versão original do documento)

4 – Entre o ponto de injeção do ozono e o dispositivo de desozonização deve dispor-se um depósito de mistura e contacto que permita manter uma taxa residual mínima de 0,4 mg/l de ozono durante quatro minutos.

5 – Para assegurar a capacidade desinfectante residual das águas nos tanques, e após a desozonização, deve ser injectado um desinfectante complementar, de modo a manter um teor residual e um valor do pH que se situem nos parâmetros definidos no anexo II.

6 – A adição do desinfectante ou de outro aditivo autorizado processa-se obrigatoriamente mediante sistema automático de dosagem.»

No ANEXO II deste Decreto Regulamentar, dedicado aos parâmetros do controlo sanitário da água, refere-se que “o controlo da qualidade da água que se prevê no presente Regulamento deverá entender-se sem prejuízo da vigilância sanitária que cabe às [autoridades de saúde](#)”.

É referido no Quadro I deste ANEXO que a autoridade de saúde pode pedir o doseamento do amoníaco na água e no Quadro II deste ANEXO é referido que compete à autoridade de saúde fixar os valores de concentração residual para outros desinfectantes.

De referir que este Decreto Regulamentar exclui do seu âmbito da sua aplicação as piscinas que não estejam integradas naqueles recintos. Recomenda-se a leitura do capítulo “**INSTALAÇÕES DESPORTIVAS**” para obter mais informação sobre piscinas.

## 13. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Durante seis décadas, a intervenção das autoridades de saúde relacionada com as doenças transmissíveis teve por base a Lei n.º 2036, de 9 de agosto de 1949, e consistia, basicamente, na receção de notificações em papel de casos de doenças de declaração obrigatória, constantes de listas que foram sendo sucessivamente atualizadas. Seguia-se, na generalidade dos casos, a realização de uma investigação epidemiológica e a tomada das medidas consideradas adequadas de forma a minimizar o risco de aparecimento de novos casos de doença. Paralelamente, pelo menos em teoria, ter-se-ia uma noção aproximada da incidência daquelas doenças e dispor-se-ia de informação que poderia, ainda que indiretamente, servir para apurar da eficácia das vacinas que faziam parte do Programa Nacional de Vacinação.

As mudanças ocorridas ao longo dos anos, com a emergência de novas doenças, a reemergência de outras, a evolução tecnológica e muitos outros fatores, levou à revogação daquela Lei e à aprovação da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, de que, pela sua importância, se transcreve integralmente o seu articulado, assinalando-se as referências às autoridades de saúde:

### **«Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto**

*Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública. A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:*

### **CAPÍTULO I – Objecto e âmbito de aplicação**

#### **Artigo 1.º (Objecto)**

1 – *A presente lei estabelece um sistema de vigilância em saúde pública, através da organização de um conjunto de entidades dos sectores público, privado e social desenvolvendo actividades de saúde pública, conforme as respectivas leis orgânicas e atribuições estatutárias, aplicando medidas de prevenção, alerta, controlo e resposta, relativamente a doenças transmissíveis, em especial as infecto-contagiosas, a outros riscos para a saúde pública, com vista a garantir o direito dos cidadãos à defesa e protecção da saúde.*

2 – *Para os efeitos do disposto no número anterior, é criada uma rede de âmbito nacional envolvendo os serviços operativos de saúde pública, os laboratórios, as autoridades de saúde e outras entidades dos sectores público, privado e social, cujos participantes contribuem para um sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica, denominado SINAVE.*

#### **Artigo 2.º (Âmbito de aplicação)**

1 – *A presente lei aplica-se a todas as entidades, do sector público, privado e social, estabelecidas ou prestando serviços no território nacional, que desenvolvam actividade de recolha, análise, interpretação e divulgação sistemática e contínua de dados de saúde, ou realizem estudos epidemiológicos, relativos às doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública.*

2 – *A aplicação de medidas com o objectivo de prevenir e conter a propagação das doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública, por parte das entidades públicas no exercício dos poderes e funções ao abrigo da presente lei, incluindo a condução de investigações epidemiológicas prosseguidas pelas*



*autoridades de saúde* competentes e análise dos respectivos factores de risco, sujeitam-se ao regime de informação de saúde e de protecção de dados pessoais.

## **CAPÍTULO II – Organização e funcionamento do sistema de vigilância em saúde pública**

### **Artigo 3.º (Organização)**

1 – O sistema de vigilância em saúde pública tem por objectivo a monitorização do estado de saúde das populações ao longo do tempo, e visa determinar o risco de transmissão de qualquer doença, ou outros fenómenos de saúde, bem como a prevenção da sua entrada ou propagação em território português, mediante controlo da sua génese e evolução.

2 – A metodologia de definição do processo de vigilância contínua de saúde pública é estabelecida por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da *Autoridade de Saúde Nacional (ASN)*, articulando o exercício das competências das seguintes entidades:

a) Direcção-Geral da Saúde (DGS);

b) Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, I. P. (INSRJ, I. P.);

c) *Autoridades de saúde*;

d) Serviços de saúde pública sedeados nas administrações regionais de saúde;

e) Serviços de saúde pública, junto das localidades, sedeados nos agrupamentos de centros de saúde (ACES) ou nas unidades locais de saúde (ULS).

3 – As entidades abrangidas pela portaria prevista no número anterior concorrem para a recolha sistemática, consolidação e avaliação de dados de morbilidade, mortalidade e determinantes da saúde no território nacional, assim como de outros dados essenciais ao cumprimento do objectivo previsto no n.º 1.

4 – Para efeitos da presente lei, os dados essenciais para tratamento de informação de saúde pública incluem descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipos de riscos, número de casos humanos e de mortes, condições que determinem a propagação da doença e medidas aplicadas, bem como quaisquer outras informações que forneçam meios de prova com base em métodos científicos estabelecidos e aceites.

### **Artigo 4.º (Conselho Nacional de Saúde Pública)**

1 – É criado o Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP), designado pelo membro do Governo responsável pela área da saúde que preside, com faculdade de delegação no *director-geral da Saúde*, composto por um máximo de 20 membros, designados em representação dos sectores público, privado e social, incluindo as áreas académica e científica, com funções consultivas do Governo no âmbito da prevenção e do controlo das doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública e, em especial, para análise e avaliação das situações graves, nomeadamente surtos epidémicos de grande escala e pandemias, competindo-lhe fundamentar proposta de declaração do estado de emergência, por calamidade pública.

2 – O CNSP compreende duas comissões especializadas:

a) Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica;

b) Comissão Coordenadora de Emergência.

3 – O CNSP elabora o seu regulamento, prevendo, no mesmo, o seu modo de funcionamento, a aprovar na primeira reunião.

4 – Os membros do CNSP exercem as suas funções de forma não remunerada.

### **Artigo 5.º (Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica)**

1 – A Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica (CCVE) funciona como uma comissão especializada do CNSP e visa, com base nas consultas recíprocas e nas informações fornecidas pelas entidades que integram o sistema de vigilância em saúde pública, a coordenação de medidas preventivas relativas às doenças transmissíveis e demais riscos de saúde pública, no cumprimento dos princípios consagrados na presente lei e nas normas técnicas e científicas oriundas dos centros de vigilância europeus e internacionais de referência a que Portugal pertença em cada momento.

2 – A CCVE assegura a coerência e a complementaridade entre os programas e as acções iniciadas no seu âmbito de intervenção, incluindo informação estatística, projectos de investigação, de desenvolvimento tecnológico, sobretudo de meios telemáticos e baseados na Internet, para o intercâmbio de dados, implementando todas as ligações necessárias às redes da União Europeia e outras redes internacionais de vigilância epidemiológica a que Portugal pertença, articulando-as com o SINAVE.

3 – As entidades que contribuem para a vigilância epidemiológica integram-se numa rede nacional de informação e comunicação e transmitem, através do SINAVE, dados relativos a:

- a) Aparecimento ou ressurgimento de casos de doenças transmissíveis, juntamente com a informação referente às medidas de diagnóstico e controlo aplicadas;
- b) Evolução dos estudos epidemiológicos em relação aos quais tenham a responsabilidade da recolha de informação;
- c) Fenómenos insólitos, inesperados ou surtos de doenças transmissíveis de origem desconhecida;
- d) Mecanismos e procedimentos, existentes ou propostos, para prevenção das doenças transmissíveis, nomeadamente em situações de emergência.

4 – A CCVE apresenta ao CNSP relatórios anuais de actividade e procede a uma avaliação da rede de informação de cinco em cinco anos, conferindo especial atenção à sua capacidade estrutural e funcional, bem como à utilização efectiva dos recursos disponíveis.

5 – A CCVE é composta pelas seguintes entidades:

- a) [Diretor-geral da Saúde](#), que preside;
- b) Director do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I. P.;
- c) [Autoridades de saúde](#) das Regiões Autónomas;
- d) Directores dos departamentos de saúde pública das administrações regionais de saúde;
- e) Director-geral de Veterinária;
- f) Director do Laboratório Nacional de Investigação Veterinária.

6 – O presidente da CCVE, por sua iniciativa ou sob proposta de qualquer membro, pode convidar outras entidades para participarem nas reuniões da Comissão e nomear um grupo técnico de vigilância epidemiológica para o coadjuvar nesse âmbito.

### **Artigo 6.º (Sistema de informação nacional de vigilância epidemiológica)**

1 – A gestão da informação da vigilância epidemiológica das ocorrências em saúde e respectivas especificidades no âmbito de cada doença transmissível e demais riscos em saúde pública é assegurada através do SINAVE, cuja operatividade é da competência da CCVE.

2 – A CCVE pode, quando considerar necessário para a garantia de protecção de saúde dos cidadãos, incluir no âmbito e nos procedimentos de execução das orientações do SINAVE, quaisquer entidades que realizem actos de vigilância de saúde, com vista à vigilância de doenças e incidentes associados a cuidados de saúde, bem como de doenças crónicas ou fenómenos sociais com repercussão directa na saúde pública.

3 – Os serviços de registo civil colaboram com a CCVE, no âmbito do SINAVE, de modo a disponibilizarem, com recurso aos meios electrónicos dos próprios serviços, os dados relativos à natalidade e à mortalidade necessários às actividades de vigilância epidemiológica.

### **Artigo 7.º (Comissão Coordenadora de Emergência)**

1 – A Comissão Coordenadora de Emergência (CCE) intervém em situações de emergência de saúde pública, por determinação do presidente do CNSP, quando se verifique uma ocorrência ou ameaça iminente de fenómenos relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde, cujas características possam vir a causar graves consequências para a saúde pública.

2 – Compete, em especial, à CCE:

a) Avaliar, no prazo de 48 horas, todas as comunicações de ocorrências de emergência, com tratamento da informação imediata no SINAVE;

b) Elaborar relatório de análise a submeter ao CNSP, em casos de calamidade pública que justifiquem declaração do estado de emergência.

3 – A Comissão deve elaborar um plano nacional de resposta que preveja, em particular, a criação de equipas para responder às ocorrências que possam constituir uma emergência de saúde pública de âmbito nacional, bem como garantir a disponibilidade, em qualquer momento, de um serviço que permita a comunicação imediata com os serviços de saúde pública de nível regional e de nível municipal.

4 – Para efeitos da presente lei, considera-se emergência de saúde pública qualquer ocorrência extraordinária que constitua um risco para a saúde pública em virtude da probabilidade acrescida de disseminação de sinais, sintomas ou doenças requerendo uma resposta nacional coordenada.

5 – A CCE é composta pelas seguintes entidades:

a) Membro do Governo responsável pela área da saúde, que preside, com faculdade de delegar no [diretor-geral da Saúde](#);

b) Presidentes dos conselhos directivos das administrações regionais de saúde;

c) [Autoridades de saúde](#) das Regiões Autónomas;

d) Presidente do conselho directivo do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.;

e) Presidente do conselho directivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I. P.;

f) Presidente do conselho directivo do INFARMED-Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.;

g) Presidente da Autoridade Nacional de Protecção Civil.

6 – O presidente da CCE pode, por sua iniciativa ou sob proposta de qualquer membro, convidar outras entidades para participarem nas reuniões da Comissão, para organização das medidas de resposta a adoptar perante situações de emergência em saúde pública.

### **Artigo 8.º (Rede integrada de informação e comunicação)**

1 – A presente lei cria uma rede de vigilância epidemiológica para prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, tendo por base a necessidade de instituir uma forma determinada de recolha de informações necessárias.

2 – Compete ao [diretor-geral da Saúde](#), na qualidade de [Autoridade de Saúde Nacional \(ASN\)](#), organizar a rede prevista no número anterior com ligação permanente, pelos meios apropriados, com as [autoridades de saúde](#) responsáveis pela determinação das medidas necessárias à implementação de um sistema de alerta rápido e resposta.

3 – A **ASN** aprova o regulamento de organização das actividades das entidades do sector público, privado ou social, que integrem a rede prevista no n.º 1, prevendo uma forma eficaz de articulação com vista a obter um conhecimento centralizado de toda a informação sobre doenças transmissíveis e demais riscos para a saúde pública, a nível nacional.

#### **Artigo 9.º (Funcionamento da rede integrada de informação e comunicação)**

Para garantir o funcionamento eficaz da rede no que diz respeito à vigilância epidemiológica e com vista a uniformizar informação nesse âmbito, compete ao **diretor-geral da Saúde** determinar, mediante despacho, o seguinte:

- a) Métodos de vigilância epidemiológica e microbiológica;
- b) Doenças transmissíveis e outros riscos que devem ser abrangidos pela rede de informação e comunicação;
- c) Critérios de selecção dessas doenças, tendo em conta as redes de colaboração existentes em matéria de vigilância;
- d) Definição de casos, especialmente das características clínicas e microbiológicas;
- e) Natureza e tipo de dados e informações a recolher e transmitir pelas entidades ou autoridades integradas na rede prevista no artigo 8.º;
- f) Orientações sobre as medidas de protecção a adoptar em situações de emergência;
- g) Orientações sobre informação e guias de práticas correctas para uso das populações;
- h) Meios técnicos necessários e adequados aos procedimentos de divulgação e tratamento de dados de forma comparável e compatível.

#### **Artigo 10.º (Entidades sentinela)**

1 – Consideram-se, para efeitos do disposto na presente lei, entidades sentinela todas as entidades do sector público, privado e social que tenham competências ou desenvolvam actividades de detecção precoce de riscos, surtos, epidemias ou outro tipo de emergências de saúde pública e que tenham celebrado, para o efeito de transmissão imediata de alertas, protocolos de colaboração no âmbito do sistema de vigilância em saúde pública previsto no artigo 3.º, ou que já desempenhem, por qualquer outra forma, tais funções desde um momento anterior à entrada em vigor da presente lei.

2 – O regime de articulação das entidades sentinela é definido, após parecer da CNPD, por regulamento a aprovar pelo **diretor-geral da Saúde**.

#### **Artigo 11.º (Parcerias e acreditação)**

A formalização de uma rede intersectorial, prevista nos artigos 8.º a 10.º, impõe um processo de acreditação para o efeito daquelas entidades, conforme as normas internas para tal elaboradas pelos serviços competentes em matéria de qualidade da DGS, em conjunto com outros serviços centrais e sob parecer da CCVE.

### **CAPÍTULO III – Medidas de prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública**

#### **Artigo 12.º (Competência)**

Compete à **ASN** liderar as acções e programas na área de prevenção e controlo das doenças transmissíveis e demais riscos em saúde pública, coadjuvada pelas demais **autoridades de saúde** de nível regional e de nível municipal.

### **Artigo 13.º (Detecção e comunicação de ocorrências em saúde pública)**

1 – As actividades de notificação, de verificação e de colaboração, no âmbito da vigilância epidemiológica, devem ser desenvolvidas através das estruturas e dos recursos nacionais dos serviços operativos de saúde pública.

2 – As ocorrências que envolvam níveis de morbidade ou mortalidade superiores aos esperados para o período e local considerados devem ser, logo que conhecidas, comunicadas pelas entidades que integram a rede às *autoridades de saúde*, bem como aos responsáveis de estruturas locais, nomeadamente o director executivo dos ACES ou os conselhos de administração das ULS da área geográfica relevante, os quais devem aplicar, de imediato, medidas preliminares adequadas de controlo.

3 – As ARS asseguram a respectiva capacidade de resposta de saúde pública para confirmar o estado das ocorrências notificadas e apoiar ou aplicar, de imediato, medidas complementares de controlo e, se considerados de emergência, comunicar todos os dados essenciais a nível nacional para a CCE, para avaliação nos termos previstos na alínea a) do n.º 2 do artigo 7.º

4 – Para efeitos do presente artigo, os critérios que determinam a existência de uma emergência assentam na antecipação de eventuais graves repercussões sobre a saúde pública, bem como o carácter inusitado ou inesperado, de uma ocorrência extraordinária, com probabilidade acrescida de disseminação da exposição ao problema identificado.

### **Artigo 14.º (Resposta em saúde pública)**

As entidades que integram o sistema de vigilância em saúde pública devem observar, perante uma emergência, os seguintes procedimentos de resposta, conforme orientações do *director-geral da Saúde*:

- a) Determinar rapidamente as medidas de controlo necessárias com vista a prevenir a propagação;
- b) Disponibilizar pessoal especializado, análise laboratorial de amostras e respectivo apoio logístico;
- c) Prestar assistência no local a fim de complementar as investigações locais;
- d) Assegurar uma ligação operacional directa com as *autoridades de saúde* e outros responsáveis, com o objectivo de aprovar e aplicar as medidas de contenção e de controlo;
- e) Assegurar, pelos meios de comunicação mais eficazes disponíveis, a ligação com os hospitais, centros de saúde, aeroportos, portos, laboratórios e outras zonas operacionais fundamentais;
- f) Assegurar, vinte e quatro horas por dia, as medidas acima referidas.

### **Artigo 15.º (Plano de acção nacional de contingência para as epidemias)**

1 – O *director-geral da Saúde* elabora e actualiza um plano de acção nacional de contingência para as epidemias, a aprovar pelo CNSP.

2 – O plano de acção mencionado no número anterior deve contemplar, em especial, os seguintes procedimentos:

- a) Prevenção e controlo a aplicar em todo o território nacional;
- b) Comunicação entre profissionais de saúde e populações;
- c) Redução de riscos ambientais potenciadores da disseminação;
- d) Condições de excepção quanto à necessidade de abate de animais e arranque de espécies vegetais;
- e) Condições de segurança para o armazenamento, o transporte e a distribuição de produtos biológicos e medicamentos de acordo com as normas nacionais e internacionais aplicáveis.

### **Artigo 16.º (Notificação obrigatória)**

1 – Compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde aprovar, por portaria e sob proposta do CNSP, o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública.

2 – O regulamento previsto no número anterior, em relação às doenças diagnosticadas clínica ou laboratorialmente, sujeitas a notificação obrigatória por despacho do [diretor-geral da Saúde](#), define o prazo e o processo de notificação e a metodologia de introdução de dados no SINAVE, bem como os seguintes procedimentos:

- a) Identificação de casos de doença possíveis, prováveis ou confirmados;
- b) Averiguação e identificação de situações de incumprimento, clínica e laboratorial;
- c) Protecção dos dados pessoais dos doentes e confidencialidade da informação de saúde.

3 – O regulamento deve sujeitar ao regime de dever de notificação obrigatória todos os profissionais de saúde que exerçam actividade no SNS, no sector privado ou social, bem como os responsáveis por laboratórios.

4 – O regulamento previsto no n.º 1 é revisto e actualizado sempre que necessário sob proposta do [diretor-geral da Saúde](#).

### **CAPÍTULO IV – Medidas de excepção**

#### **Artigo 17.º (Poder regulamentar excepcional)**

1 – De acordo com o estipulado na Base XX da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, o membro do Governo responsável pela área da saúde pode tomar medidas de excepção indispensáveis em caso de emergência em saúde pública, incluindo a restrição, a suspensão ou o encerramento de actividades ou a separação de pessoas que não estejam doentes, meios de transporte ou mercadorias, que tenham sido expostos, de forma a evitar a eventual disseminação da infecção ou contaminação.

2 – O membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta do [diretor-geral da Saúde](#), como [autoridade de saúde nacional](#), pode emitir orientações e normas regulamentares no exercício dos poderes de [autoridade](#), com força executiva imediata, no âmbito das situações de emergência em saúde pública com a finalidade de tornar exequíveis as normas de contingência para as epidemias ou de outras medidas consideradas indispensáveis cuja eficácia dependa da celeridade na sua implementação.

3 – As medidas previstas nos números anteriores devem ser aplicadas com critérios de proporcionalidade que respeitem os direitos, liberdades e garantias fundamentais, nos termos da Constituição e da lei.

4 – As medidas e orientações previstas nos n.ºs 1 e 2 são coordenadas, quando necessário, com o membro do Governo responsável pelas áreas da segurança interna e protecção civil, designadamente no que se reporta à mobilização e à prontidão dos dispositivos de segurança interna e de protecção e socorro, devendo ser comunicadas à Assembleia da República.

#### **Artigo 18.º (Situações de calamidade pública)**

Nos casos em que a gravidade o justifique e tendo em conta os mecanismos preventivos e de reacção previstos na Lei de Bases de Protecção Civil, o Governo apresenta, após proposta do CNSP, baseada em relatório da CCE, ao Presidente da República, documento com vista à declaração do estado de emergência, por calamidade pública, nos termos da Constituição.

## **CAPÍTULO V – Confidencialidade e tratamento de dados pessoais**

### **Artigo 19.º (Bases de dados)**

1 – As bases de dados, constituídas para efeito do cumprimento das disposições previstas na presente lei, devem ser notificadas à CNPD, de acordo com a lei geral.

2 – Os responsáveis pelo tratamento dos dados referidos no número anterior devem ser expressamente designados por despacho do [diretor-geral da Saúde](#), dentro da organização interna dos respectivos serviços, competindo-lhes assegurar a observância da qualidade dos dados, nomeadamente as condições de segurança e confidencialidade.

3 – As pessoas abrangidas pelo disposto no número anterior, bem como todos aqueles que, no exercício das suas funções, tenham conhecimento dos dados pessoais tratados no âmbito do SINAVE, ficam obrigados ao sigilo profissional, mesmo após o termo das suas funções.

### **Artigo 20.º (Dados pessoais)**

1 – O tratamento da informação desenvolvido no âmbito da prevenção e do controlo das doenças transmissíveis e demais riscos em saúde pública, em tudo quanto não seja regulado na presente lei, rege-se pelos regimes gerais aplicáveis à protecção de dados pessoais e à informação de saúde.

2 – As informações recebidas pelo SINAVE, nos termos da presente lei, são tratadas em conformidade com o disposto no número anterior, incluindo a análise de resultados de exames médicos e verificação de documentos de saúde, com a finalidade de determinar se o estado de saúde da pessoa representa um risco potencial para a saúde pública.

3 – O titular dos dados tem o direito de obter da DGS a informação disponível no SINAVE relativa ao tratamento e finalidade de recolha dos seus dados pessoais, bem como a garantia de que os dados imprecisos ou incompletos são eliminados ou rectificados.

4 – Quando a divulgação interna e o tratamento dos dados pessoais no SINAVE se mostre fundamental para efeitos de avaliação e gestão do risco em saúde pública, é garantido que os dados pessoais:

- a) São necessários, essenciais e adequados à finalidade da sua recolha;
- b) São exactos e actualizados;
- c) Não são mantidos para além do tempo necessário;
- d) São tratados por profissionais de saúde habilitados, quando necessário para as finalidades de exercício de medicina preventiva, actos de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou ainda de gestão de serviços de saúde.

## **CAPÍTULO VI – Regime sancionatório**

### **Artigo 21.º (Contra-ordenações)**

Constituem contra-ordenações muito graves, puníveis, no caso de pessoas singulares, com coima de (euro) 100 a (euro) 10 000 e, no caso de pessoas colectivas, com coima de (euro) 10 000 a (euro) 25 000:

- a) O incumprimento do dever de transmissão imediato de alerta, previsto no n.º 1 do artigo 10.º;
- b) O incumprimento do dever de notificação obrigatória, previsto no n.º 3 do artigo 16.º.

### **Artigo 22.º (Processamento e aplicação)**

1 – A fiscalização do cumprimento das regras previstas na presente lei compete à [autoridade de saúde](#) territorialmente competente, sem prejuízo das competências atribuídas por lei à Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS).

2 – A instrução dos processos de contra-ordenação compete à DGS, no âmbito das suas atribuições, a quem devem ser enviados os autos levantados pelas *autoridades de saúde*.

3 – As situações de incumprimento da presente lei devem ser comunicadas à *autoridade de saúde* territorialmente competente, pelos cidadãos ou entidades, do sector público, privado ou social que as identifiquem.

4 – A reclamação graciosa da aplicação das coimas previstas no artigo anterior não tem efeito suspensivo.

5 – As contra-ordenações aplicadas são informadas às ordens profissionais e unidades de saúde respectivas, para os efeitos tidos por convenientes, incluindo disciplinares.

6 – A aplicação das coimas e penas acessórias compete à DGS.

7 – A aplicação do regime sancionatório deverá ter em conta o risco associado de perigosidade para a saúde pública, que decorra da transmissibilidade e da virulência da infecção em causa, bem como da possibilidade e magnitude de se gerarem cadeias de transmissão que a falta de notificação obrigatória originar.

### **Artigo 23.º (Destino das coimas)**

O valor das coimas aplicadas às contra-ordenações previstas na presente lei reverte:

- a) 60 % para o Estado;
- b) 40 % para a DGS.

## **CAPÍTULO VII – Disposições finais**

### **Artigo 24.º (Norma revogatória)**

São revogadas a Lei n.º 2036, de 9 de Agosto de 1949, e as respectivas disposições regulamentares

### **Artigo 25.º (Regulamentação)**

A regulamentação da presente lei deve ser aprovada e publicada no prazo de 90 dias após a sua entrada em vigor.

### **Artigo 26.º (Entrada em vigor)**

A presente lei entra em vigor 30 dias após a sua publicação.»

A Portaria n.º 248/2013, de 5 de agosto, aprovou o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, procedendo à regulamentação da Lei n.º 81/2009. Esta Portaria foi alterada pela Portaria n.º 22/2016, de 10 de fevereiro. Pela sua importância, transcreve-se integralmente, assinalando-se as referências às autoridades de saúde:

### **«Portaria n.º 248/2013, de 5 de agosto, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 22/2016, de 10 de fevereiro**

A Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública. A Lei cria uma rede de âmbito nacional, envolvendo os serviços operativos de saúde pública, os laboratórios, as *autoridades de saúde* e outras entidades dos sectores



*público, privado e social, cujos participantes contribuem para um sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica, denominado SINAVE.*

*A criação desta rede implica a desmaterialização do processo da notificação obrigatória de doenças transmissíveis, que será completada, subseqüentemente, com a notificação laboratorial, permitindo uma vigilância integrada, clínica e laboratorial.*

*A referida Lei prevê, ainda, que seja aprovado, sob proposta do Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP), o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública. São, pois, agora, estabelecidos o prazo e o processo de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e a metodologia de introdução de dados na aplicação informática de suporte ao SINAVE, bem como as regras para a proteção dos dados pessoais dos doentes e confidencialidade da informação de saúde.*

*É, igualmente, assegurada a tramitação a seguir em caso de indisponibilidade da aplicação informática de suporte ao SINAVE e estipula-se o princípio a observar na metodologia de definição do processo de vigilância contínua de saúde pública.*

*Foi ouvida a Comissão Nacional de Proteção de Dados.*

*Assim, por proposta do Conselho Nacional de Saúde Pública e ao abrigo do disposto nos artigos 3.º e 16.º da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, manda o Governo, pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:*

#### **Artigo 1.º (Objeto)**

*É aprovado em anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante, o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública.*

#### **Artigo 2.º (Âmbito de aplicação)**

*O Regulamento de Notificação Obrigatória de Doenças Transmissíveis e Outros Riscos em Saúde Pública aplica-se a todos os serviços de saúde e laboratórios do sector público, privado ou social.*

#### **Artigo 3.º (Processo de vigilância contínua de saúde pública)**

*A metodologia de definição do processo de vigilância contínua de saúde pública tem em consideração a necessidade de articulação das entidades a que se refere o n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, que resulta das orgânicas das instituições envolvidas e da demais regulamentação da referida lei.*

#### **Artigo 4.º (Disposição transitória)**

*1 – Até que se encontre disponível a notificação clínica através da aplicação informática de suporte ao sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica (SINAVE), e respetivas funcionalidades, devem os médicos promover a notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública pelas vias e nos suportes atualmente em uso.*

*2 – Até que se encontre disponível para as autoridades de saúde o acesso à aplicação informática de suporte ao SINAVE, e respetivas funcionalidades, devem aquelas autoridades promover a realização do inquérito epidemiológico e sua comunicação pelas vias e nos suportes atualmente em uso.*

*3 – A data de início da utilização obrigatória da aplicação informática de suporte ao SINAVE é fixada por despacho do [Diretor-Geral da Saúde](#).*

*O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Fernando Serra Leal da Costa, em 23 de julho de 2013.*

**ANEXO**  
**REGULAMENTO DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**  
**E OUTROS RISCOS EM SAÚDE PÚBLICA**

**Artigo 1.º (Objeto e âmbito)**

1 – O presente Regulamento de Notificação Obrigatória de Doenças Transmissíveis e Outros Riscos em Saúde Pública, de ora em diante Regulamento, define o prazo e processo de notificação e a metodologia de introdução de dados na aplicação informática de suporte ao sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica (SINAVE), bem como os procedimentos de vigilância de casos de doença possíveis, prováveis ou confirmados, de averiguação e identificação de situações de incumprimento, e de proteção dos dados pessoais dos doentes e confidencialidade da informação de saúde.

2 – A notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública é obrigatória para todos os profissionais de saúde do sector público, privado ou social.

**Artigo 2.º (Aplicação informática de suporte ao SINAVE)**

1 – A aplicação informática de suporte ao SINAVE abrange as doenças sujeitas a notificação obrigatória por despacho do [diretor-geral da Saúde](#).

2 – A aplicação informática de suporte ao SINAVE inclui a recolha, comunicação e tratamento da informação, por meios automatizados, bem como a respetiva comunicação, por via da sua disponibilização aos utilizadores que acedem ao mesmo.

3 – O SINAVE assegura as seguintes funcionalidades:

a) Registo informatizado das notificações das doenças transmissíveis de declaração obrigatória, bem como de outros riscos para a saúde pública que venham a ser identificados por despacho do [diretor-geral da Saúde](#);

b) Emissão de alertas automáticos às [autoridades de saúde](#);

c) Produção automática de informação estatística inerente ao processo de vigilância epidemiológica;

d) Recolha de dados para cumprimento das obrigações no âmbito das competências de vigilância epidemiológica nacional e internacional.

**Artigo 3.º (Acesso)**

1 – O acesso à aplicação informática de suporte ao SINAVE é feito através de uma plataforma disponível na Internet, através de uma ligação segura (https) e mediante a atribuição de perfis de acesso por parte da entidade responsável pelo tratamento da base de dados.

2 – Os perfis de acesso permitem a atuação, através da aplicação informática de suporte ao SINAVE, das entidades envolvidas no processo de notificação obrigatória de doenças transmissíveis, assegurando rapidez de acesso em condições de segurança e garantindo a confidencialidade dos dados pessoais.

3 – Sem prejuízo de outros perfis a definir pelo [diretor-geral da Saúde](#), em função da natureza do risco em saúde pública, são criados os seguintes perfis de acesso:

a) Perfil de Médico, a atribuir a médicos, permite efetuar notificações de caso de doenças sujeitas a notificação obrigatória, consultar e retificar as notificações efetuadas;

b) Perfil de [Autoridade de saúde](#), a atribuir a médicos que desempenham funções de [autoridade de saúde](#), permite, na respetiva área geográfica de intervenção, efetuar notificações de caso de doenças sujeitas a notificação obrigatória, consultar e retificar as notificações efetuadas, consultar as notificações de casos de doenças sujeitas a notificação obrigatória, bem como registar o respetivo inquérito epidemiológico e

proceder à vigilância epidemiológica. A consulta da identificação dos doentes constante das notificações só é possível às autoridades de saúde de âmbito local;

c) Perfil de Administrador, a atribuir à entidade responsável pela administração e tratamento da base de dados da aplicação informática de suporte ao SINAVE, e trabalhadores designados, permite a gestão e acompanhamento das notificações e da aplicação informática, quer em termos de perfis de acesso, como de tabelas de referência e administração da base de dados;

d) Perfil de Laboratório, a atribuir a profissionais de laboratórios que validam o resultado laboratorial, permite efetuar notificação de resultados laboratoriais de doenças sujeitas a notificação obrigatória e consultar as notificações por si efetuadas;

e) Perfil de Laboratório Nacional de Referência, a atribuir aos profissionais designados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., permite efetuar notificação de resultados laboratoriais de doenças sujeitas a notificação obrigatória e consultar as notificações efetuadas;

f) Perfil de Operacional de Vigilância e Controlo, a atribuir a trabalhadores da Direção-Geral da Saúde envolvidos no processo de vigilância e controlo das doenças sujeitas a notificação obrigatória, permite consultar e ou editar as notificações anonimizadas efetuadas a nível nacional, bem como a investigação epidemiológica respetiva, de acordo com as respetivas funções.

4 – Os perfis a que se refere o número anterior apenas permitem o acesso à informação estritamente necessária ao exercício das funções dos intervenientes, previstas na Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto.

5 – O perfil de autoridade de saúde pode ser ajustado, no caso da delegação de competências a que se refere o n.º 3 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, de acordo com os requisitos de qualificação profissional necessários ao exercício das mesmas.

6 – Cada utilizador, envolvido no processo, acede à aplicação informática de suporte ao SINAVE, de acordo com o respetivo perfil de acesso, através de uma conta de utilizador à qual está associada uma palavra-passe individual, de alta segurança, pessoal e intransmissível.

7 – As contas de utilizador e palavras-passe individuais são geridas, através de um sistema de autenticação único, pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E..

#### **Artigo 4.º (Segurança da informação)**

1 – O diretor-geral da Saúde garante o cumprimento das medidas especiais de segurança referidas nos artigos 14.º e 15.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

2 – O diretor-geral da Saúde garante as condições necessárias que não permitam a consulta, a modificação, a supressão, o acréscimo ou a comunicação de dados por quem não esteja legalmente habilitado para o efeito.

3 – São registadas todas as operações efetuadas pelos utilizadores da aplicação informática de suporte ao SINAVE para efeitos de controlo do cumprimento do previsto no artigo anterior durante o prazo de dois anos.

#### **Artigo 5.º (Prazo de conservação)**

1 – Os dados pessoais dos doentes constantes do formulário de notificação obrigatória podem ser conservados enquanto estiver em causa a adoção de medidas de saúde pública a tomar pela autoridade de saúde de âmbito local.

2 – Relativamente aos dados pessoais constantes dos formulários a notificar às autoridades de saúde de âmbito regional e à Direção-Geral da Saúde, podem ser conservados até 10 anos desde que estejam em causa situações de morbilidade.

3 – As amostras e estirpes devem ser conservadas pelo menos 15 dias, para eventual confirmação ou infirmação do caso.

### **Artigo 6.º (Identificação de casos)**

1 – Os casos de doenças sujeitas a notificação obrigatória e outros riscos para a saúde pública são identificados por médicos no exercício da sua profissão que efetuam a notificação clínica e completados com a notificação laboratorial, sempre que aplicável, sem prejuízo da notificação a efetuar por outros profissionais de saúde expressamente implicados para o efeito de acordo com despacho do [diretor-geral da Saúde](#), e comunicados, através da aplicação informática de suporte ao SINAVE, às [autoridades de saúde](#).

2 – Após a identificação e notificação das doenças sujeitas a notificação obrigatória, os casos são categorizados pelas [autoridades de saúde](#) como «possíveis», «prováveis» e «confirmados».

3 – São casos possíveis aqueles em que, geralmente, se preenchem os critérios clínicos descritos na definição do caso, sem que, no entanto, haja provas epidemiológicas ou laboratoriais da doença em causa.

4 – São casos prováveis aqueles em que, geralmente, se preenchem critérios clínicos e apresentam uma relação epidemiológica tal como descrito na definição correspondente.

5 – São casos confirmados aqueles que, podendo ou não cumprir os critérios clínicos tal como descrito na respetiva definição de caso, são confirmados laboratorialmente, inserindo-se numa das três subcategorias seguintes:

a) Caso confirmado laboratorialmente acompanhado de critérios clínicos: o caso preenche os critérios laboratoriais necessários à sua confirmação e os critérios clínicos incluídos na definição do caso;

b) Caso confirmado laboratorialmente com critérios clínicos desconhecidos: o caso preenche os critérios laboratoriais necessários à sua confirmação, mas não há informação disponível relativa aos critérios clínicos;

c) Caso confirmado laboratorialmente não acompanhado de critérios clínicos: o caso preenche os critérios laboratoriais necessários à sua confirmação, mas não obedece aos critérios clínicos incluídos na definição do caso ou é assintomático.

### **Artigo 7.º (Processo de notificação)**

1 – Os casos de doenças sujeitas a notificação obrigatória devem ser notificados quer se tratem de casos possíveis, prováveis ou confirmados, sendo aquela obrigatoriamente complementada pela notificação laboratorial dos resultados dos exames realizados para confirmação do caso, se aplicável.

2 – A existência de notificação clínica não exime a obrigatoriedade de notificação laboratorial, caso exista, nem a existência de notificação laboratorial exime a obrigatoriedade de notificação clínica.

3 – A notificação, clínica e laboratorial, é efetuada mediante preenchimento de um formulário eletrónico disponível na aplicação informática de suporte ao SINAVE, podendo o preenchimento ser feito por mecanismos automáticos de interoperabilidade entre os respetivos sistemas informáticos e a aplicação informática de suporte ao SINAVE, sem prejuízo do disposto no regime de proteção de dados pessoais e confidencialidade de informação.

4 – A atualização da informação constante numa notificação clínica ou laboratorial previamente notificada acarreta apenas a necessidade de atualização do formulário eletrónico original, e não a submissão de novo formulário eletrónico.

5 – As notificações podem ser retificadas, ficando registada a data e a autoria da retificação.

6 – A responsabilidade pela notificação é pessoal e independente de relações funcionais ou hierárquicas inerentes à relação de trabalho do notificador.

### **Artigo 8.º (Prazo de notificação)**

1 – A notificação, clínica e laboratorial, dos casos de doenças suscetíveis de constituir uma emergência em saúde pública, a definir por despacho do *diretor-geral da Saúde*, deve ser feita imediatamente, através da aplicação informática de suporte ao SINAVE.

2 – A notificação, clínica e laboratorial, dos casos de doenças sujeitas a notificação obrigatória que não se enquadrem no disposto no número anterior deve ser feita através do SINAVE, tão cedo quanto possível e sem ultrapassar o prazo máximo de 24 horas contadas desde o diagnóstico clínico ou, caso ocorra primeiro, o diagnóstico laboratorial, de forma a garantir a implementação de medidas de controlo e prevenção de casos adicionais.

3 – Os formulários eletrónicos relativos ao inquérito epidemiológico a preencher pela *autoridade de saúde* devem ser preenchidos tão cedo quanto possível, tendo em atenção o risco associado de perigosidade para a saúde pública, que decorra da transmissibilidade da doença em causa, bem como os prazos fixados em normas e orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde, que decorrem das obrigações de vigilância epidemiológica nacional e internacional.

### **Artigo 9.º (Alertas e vigilância epidemiológica)**

1 – A notificação a que se referem os artigos anteriores origina um alerta, comunicado por processos automatizados às *autoridades de saúde* territorialmente competentes, nomeadamente de âmbito local, regional ou nacional, para efeitos de adoção de medidas de prevenção e controlo, garantindo a minimização do risco para a saúde pública.

2 – A *autoridade de saúde* de âmbito local que receba a notificação procede à investigação epidemiológica e ao preenchimento, revisão e validação, da informação constante nos formulários eletrónicos do SINAVE sobre o caso de doença notificado, assegurando a recolha da informação relevante para efeitos de vigilância epidemiológica e notificação internacional pela DGS nos termos previstos no âmbito da vigilância internacional de doenças transmissíveis.

3 – A ausência de informação relativa ao inquérito epidemiológico origina a emissão de alertas automáticos para as *autoridades de saúde* de âmbito local e regional e para a DGS.

4 – Compete à *autoridade de saúde* de âmbito regional assegurar o cumprimento do disposto no n.º 2.

5 – A *autoridade de saúde* de âmbito regional e a DGS podem substituir a *autoridade de saúde* de âmbito local e proceder à validação de caso.

6 – Compete à DGS notificar os casos de doenças transmissíveis de declaração obrigatória ao Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças, Organização Mundial de Saúde e outras instituições internacionais.

### **Artigo 10.º (Metodologia de introdução de dados)**

1 – Os notificadores e *autoridades de saúde* devem preencher todos os campos constantes dos formulários eletrónicos disponíveis na aplicação informática de suporte ao SINAVE, por acesso direto à aplicação informática de suporte ao SINAVE ou através de mecanismos automáticos de interoperabilidade entre as respetivas aplicações informáticas e o SINAVE.

2 – No preenchimento, devem os notificadores e *autoridades de saúde* ser tão detalhados quanto possível, devendo ainda inserir todos os dados que, ainda que não expressamente solicitados, considerem relevantes para efeitos de vigilância epidemiológica e adoção de medidas de prevenção e controlo, sem prejuízo do disposto no regime de proteção de dados pessoais e confidencialidade de informação.

### **Artigo 11.º (Base de dados)**

1 – O *diretor-geral da Saúde* é o responsável pela administração e tratamento da base de dados do SINAVE, nos termos e para os efeitos definidos na alínea d) do artigo 3.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

2 – É da responsabilidade da DGS assegurar a orientação do desenvolvimento, manutenção e atualização das aplicações informáticas necessárias ao funcionamento do SINAVE.

3 – Os termos e condições dos serviços a prestar são contratados com a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., entidade que deve afetar os meios técnicos e humanos que se revelem necessários ao adequado desenvolvimento e funcionamento do SINAVE.

4 – A SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., garante a existência de um canal de contacto com os utilizadores para prestação dos esclarecimentos que sejam solicitados e para permitir a resolução dos problemas que venham a colocar-se no uso da aplicação informática de suporte ao SINAVE.

### **Artigo 12.º (Articulação com outras bases de dados)**

1 – O SINAVE recorre ao Registo Nacional de Utentes para pesquisa dos dados de identificação do doente, apenas para o Perfil de Médico no âmbito das notificações obrigatórias.

2 – Sempre que se mostre necessário à operacionalização do sistema ou ao cumprimento de obrigações legais, o SINAVE pode vir a articular-se com outras bases de dados das entidades intervenientes no tratamento de dados, nos termos da lei, mediante autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

### **Artigo 13.º (Dever de sigilo)**

A entidade responsável pelo SINAVE e as pessoas que, no exercício das suas funções, tenham conhecimento dos dados constantes nos seus registos ficam obrigadas ao sigilo profissional, mesmo após o termo das suas funções.

### **Artigo 14.º (Proteção de dados pessoais dos doentes e confidencialidade da informação de saúde)**

1 – A informação de saúde registada na aplicação informática de suporte ao SINAVE é utilizada, devidamente anonimizada, para efeitos de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis ou de outros riscos em saúde pública.

2 – Compete ao *diretor-geral da Saúde* cumprir as obrigações decorrentes da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, designadamente notificar os tratamentos de dados, prestar o direito de informação e facultar o acesso aos dados, bem como velar pela legalidade da consulta ou da comunicação da informação.

3 – Para fins de investigação, o acesso aos dados constantes da base de dados associada à aplicação informática de suporte ao SINAVE pode ser autorizado pelo *diretor-geral da Saúde* desde que, cumulativamente, se encontrem devidamente anonimizados, não haja possibilidade de identificação do respetivo titular e seja por aquele reconhecido o interesse público do estudo.

### **Artigo 15.º (Incumprimento)**

1 – A averiguação e identificação de situações de incumprimento, clínica e laboratorial, seguem o disposto no artigo 22.º da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto.

2 – Nas situações de incumprimento em matéria relativa à proteção de dados aplica-se a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

### **Artigo 16.º (Situações de impossibilidade de acesso à aplicação informática de suporte ao SINAVE)**

1 – Em caso de indisponibilidade ou inacessibilidade da aplicação informática de suporte ao SINAVE que impeça o cumprimento dos prazos de notificação previstos no artigo 8.º, deve o notificador contactar de imediato o helpdesk disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o efeito, de forma a garantir a resolução do problema de forma adequada ao cumprimento da notificação obrigatória e comunicação à [autoridade de saúde](#) e à implementação de medidas de saúde pública, sempre que aplicável.

2 – No caso previsto no número anterior, o helpdesk contacta o notificador assim que a aplicação informática voltar a estar disponível, para que aquele possa registar a notificação.

3 – Compete à [autoridade de saúde](#) de âmbito local verificar, logo que a aplicação informática de suporte ao SINAVE esteja disponível, o registo eletrónico da notificação e do respetivo inquérito epidemiológico, assegurando o cumprimento da vigilância epidemiológica na respetiva área geográfica de intervenção.

4 – A verificação e comunicação à Direção-Geral da Saúde, nos termos do n.º 1, de uma situação de indisponibilidade ou inacessibilidade da aplicação informática de suporte ao SINAVE que impeça o cumprimento dos prazos de notificação eletrónica não constitui incumprimento para efeitos do disposto nos artigos 21.º e 22.º da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto.»

Complementarmente, foram publicados quatro Despachos sobre esta matéria.

O Despacho n.º 4355/2014, de 25 de março, que determina os métodos de vigilância epidemiológica e microbiológica, contem três referências à autoridade de saúde no Artigo 4.º. Transcrevem-se, pela sua importância, os Artigos 2.º, 3.º e 4.º deste Despacho:

#### **«Artigo 2.º (Rede de vigilância epidemiológica para prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública)**

A rede de vigilância epidemiológica para prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública abrange, nomeadamente, a vigilância epidemiológica de:

- a) Doenças sujeitas a notificação obrigatória, nos termos de regulamentação própria;
- b) Resistência aos antimicrobianos;
- c) Infeções associadas aos cuidados de saúde;
- d) Consumo de substâncias psicoativas;
- e) Riscos ambientais;
- f) Outros problemas de saúde especiais.

#### **Artigo 3.º (Natureza e tipo de dados e informações a recolher e transmitir)**

1 – As entidades que integram a rede de vigilância epidemiológica para prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública devem recolher e transmitir:

- a) A identificação da doença ou evento;
- b) A descrição detalhada das características clínicas e microbiológicas detetadas ou outra informação relevante para a caracterização do evento.

2 – A transmissão dos dados necessários para a vigilância epidemiológica a que se refere a alínea a) do artigo anterior é efetuada nos termos previstos no Regulamento a que se refere o n.º 1 do artigo 16.º da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto.

#### **Artigo 4.º (Critérios de seleção de doenças)**

1 – Sempre que uma entidade que integre a rede de vigilância epidemiológica para prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública detetar um evento que, não estando ainda abrangido pelo artigo 2.º, assuma relevância para efeitos de vigilância, deve notificar a [autoridade de saúde territorialmente competente](#), no mais curto espaço de tempo possível, dos seguintes elementos:

- a) Identificação do evento;
- b) Descrição detalhada das características clínicas e microbiológicas detetadas ou de informação relevante para a caracterização do evento;
- c) Número de casos detetados;
- d) Outras informações consideradas necessárias.

2 – A [autoridade de saúde territorialmente competente](#) notifica a Direção-Geral da Saúde, através da rede de [autoridades de saúde](#), nos termos da lei.

3 – A Direção-Geral da Saúde, após avaliação do risco associado de perigosidade para a saúde pública que decorra da potencial transmissibilidade e da gravidade da infeção ou do problema de saúde em causa, pode:

- a) Incluir a infeção ou o problema de saúde como evento na rede integrada de informação e comunicação;
- b) Determinar a adoção de medidas de prevenção e controlo;
- c) Emitir orientações sobre informação e guias de práticas corretas para a população em geral.»

O Despacho n.º 4520/2014, de 27 de março, que estabelece o regulamento de organização das atividades das entidades do setor público, privado ou social que integram a rede de vigilância epidemiológica para prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, contém três referências à autoridade de saúde no Artigo 3.º, que se transcreve integralmente:

#### **«Artigo 3.º (Notificação)**

1 – As entidades que integram a rede de vigilância epidemiológica para prevenção e controlo das doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública devem notificar a [autoridade de saúde territorialmente competente](#) das doenças transmissíveis ou de outros riscos em saúde pública que detetem no exercício da sua atividade, sem prejuízo do regime especial aplicável às doenças sujeitas a notificação obrigatória.

2 – A notificação das doenças transmissíveis ou de outros riscos em saúde pública detetadas deve ser feita no mais curto espaço de tempo possível, através de telefone, fax, correio eletrónico, ou através de aplicação informática disponibilizada para o efeito, quando aplicável.

3 – A [autoridade de saúde territorialmente competente](#) notifica a Direção-Geral da Saúde, através da rede de [autoridades de saúde](#), nos termos da lei.»

O Despacho n.º 15385-A/2016, de 21 de dezembro, atualizou a lista de doenças sujeitas a notificação obrigatória, bem como as respetivas definições de caso, com efeitos a 1 de janeiro de 2017. As doenças sujeitas a notificação obrigatória (clínica e laboratorial) são as seguintes: Botulismo, Brucelose, Campilobacteriose, Cólera, Criptosporidiose, Dengue, Difteria, Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), Doença de Creutzfeldt-Jakob variante (vDCJ), Doença de Hansen (Lepra), Doença de Lyme (Borreliose), Doença dos Legionários, Doença Invasiva Meningocócica, Doença Invasiva Pneumocócica, Doença Invasiva por *Haemophilus influenzae*, Ébola, Equinococose/Hidatidose, Febre Amarela, Febre Escaro -Nodular (Rickettsiose), Febre Q, Febre Tifoide e Febre Paratifoide, Febres Hemorrágicas Virais e Febres por Arbovírus, Giardíase,



Gonorreia, Gripe Não Sazonal, Hepatite A, Hepatite B, Hepatite C, Hepatite E, Infecção pelo novo Coronavírus (MERS-CoV), Infecção por *Bacillus anthracis*, Infecção por *Chlamydia trachomatis*, (incluindo Linfocelulose venérea), Infecção por *Escherichia coli* produtora de Toxina Shiga ou Vero (Stec/Vtec), Infecção por vírus do Nilo Ocidental, Infecção por vírus Zika, Leishmaniose Visceral, Leptospirose, Listeriose, Malária, Paralisia Flácida Aguda, Parotidite Epidémica, Peste, Poliomielite Aguda, Raiva, Rubéola, Rubéola Congénita, Salmoneloses não *Typhi* e não *Paratyphi*, Sarampo, Shigelose, Sífilis, Sífilis Congénita, Sífilis, Síndrome Respiratória Aguda (SARS), Tétano, Tétano Neonatal, Tosse Convulsa, Toxoplasmose Congénita, Triquinelose, Tuberculose, Tularémia, Varíola, VIH (Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana)/SIDA e Yersiniose.

O Despacho n.º 5855/2014, de 5 de maio, determinou a obrigatoriedade de utilização da aplicação informática de suporte ao SINAVE para notificação de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, a partir do dia 1 de Janeiro de 2015.

Tendo presente que a Portaria nº 22/2016 de 10 de fevereiro, torna obrigatória a partir de 1 de janeiro de 2017, a notificação laboratorial dos casos de doenças transmissíveis de notificação obrigatória através do SINAVE, a DGS divulgou as Orientações n.ºs 003/2016, de 21 de julho, e 007/2016, de 22 de dezembro, a propósito do registo dos laboratórios para notificação laboratorial na plataforma SINAVElab. Na Orientação n.º 003/2016 pode ler-se: *“é assim, reforçada a vigilância, prevenção e controlo de doenças transmissíveis em Portugal, garantindo a proteção dos cidadãos e assegurando adequada intervenção das autoridades de saúde, para quebrar a cadeia de transmissão e a ocorrência de casos adicionais”*.

Para além destes, existem outros documentos legais e técnicos relacionados com as doenças transmissíveis onde se previa a intervenção das autoridades de saúde, pelo que os mesmos são referidos nas páginas que se seguem. Muitos deles podem já não ter a relevância que tinham quando da sua publicação e alguns terão perdido a sua eficácia com a publicação da Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, mas poderão ser úteis, até numa perspetiva histórica.

### **13.1. DOENÇA DE HANSEN**

O Decreto-Lei n.º 547/76, de 10 de julho, estabelece medidas destinadas a reforçar a acção dos órgãos básicos da rede de saúde pública existente na luta contra a doença de Hansen. No número 3 do Artigo 5.º deste Decreto-Lei pode ler-se que *“o Ministério Público, ou a autoridade sanitária, podem requerer ao juiz do tribunal da comarca territorialmente competente o internamento compulsivo em estabelecimento hospitalar dos doentes que, por negligência ou recusa, não cumpram as prescrições terapêuticas ou as indicações consideradas indispensáveis para a defesa da saúde pública”*.

No Artigo 33.º deste Decreto-Lei pode ainda ler-se que *“as autoridades sanitárias deverão assegurar aos serviços itinerantes a colaboração e o auxílio de que os mesmos careçam para o bom desempenho da sua missão”*.

Decorridos quarenta anos dificilmente os procedimentos preconizados poderão ser considerados como estando ainda em vigor, mas fica o registo.

### **13.2. DOENÇA DOS LEGIONÁRIOS**

Tendo presente a importância de que se reveste a Doença dos Legionários, a Direção-Geral da Saúde divulgou as Circulares Normativas n.º 05/DEP e n.º 06/DT, ambas de 22 de abril de 2004. Dizendo ambas respeito ao Programa de Vigilância Epidemiológica Integrada da Doença dos Legionários, a primeira foca mais especificamente a Notificação Clínica e Laboratorial de Casos, sendo a segunda dedicada à Investigação Epidemiológica. Em ambas existem numerosas referências à autoridade de saúde, recomendando-se a leitura atenta das mesmas. Dispensa-se a sua transcrição, até pela sua extensão (12 e 20 páginas, respetivamente).

Apesar das alterações introduzidas ao longo dos anos neste Programa, a que há que juntar a entrada em vigor do SINAVE, muitas das questões técnicas e operacionais abordadas nestas Circulares continuam válidas e as mesmas são, ainda hoje, excelentes instrumentos de trabalho, quer para as autoridades de saúde, quer para os serviços de saúde pública em geral.

### **13.3. DOENÇA MENINGOCÓCICA**

A Circular Normativa da DGS com o n.º 13/DEP, de 5 de setembro de 2002, relativa à vigilância epidemiológica integrada da doença meningocócica, refere que *“a Direção-Geral de Saúde dará, de imediato, conhecimento dos resultados (laboratoriais) obtidos às autoridades de saúde respectivas”* e *“as autoridades de saúde deverão informar-se, junto dos hospitais, sobre a evolução dos casos, incluindo a ocorrência de sequelas. Um mês após o diagnóstico, os casos deverão estar suficientemente estudados de modo a permitir a sua classificação pela DGS, segundo a definição de caso em vigor. Em caso de óbito as autoridades de saúde informarão de imediato a DGS”*.

Há muitos anos que estes procedimentos deixaram de ser a regra e, salvo melhor opinião, esta Circular terá perdido a sua eficácia com a entrada em vigor do SINAVE.

### **13.4. GRIPE**

Há já vários anos que a DGS procede à divulgação de Orientações a propósito da estratégia de vigilância e controlo da gripe sazonal, bem como da vacinação contra a mesma.

Na Orientação n.º 007/2015, de 26 de janeiro, dedicada à terapêutica e quimioprofilaxia da gripe sazonal, que foi atualizada em 3 de dezembro de 2015, consta uma referência às autoridades de saúde, transcrevendo-se parcialmente esse ponto:

#### **«6. Quimioprofilaxia pós-exposição com oseltamivir**

##### *6.1. Princípios gerais*

- a. A vacinação é a principal medida de prevenção da gripe sazonal. A quimioprofilaxia não deve ser considerada um substituto da vacinação. A quimioprofilaxia diminui mas não elimina o risco de gripe e, após a sua paragem, a suscetibilidade à gripe mantém-se;*
- b. Não há indicação para quimioprofilaxia em crianças e adultos saudáveis com base em potenciais exposições na comunidade;*
- c. Não há indicação para quimioprofilaxia pré-exposição, para quimioprofilaxia de longa duração, nem para esquemas profiláticos repetidos;*
- d. Atendendo às características da atividade gripal, a quimioprofilaxia pós-exposição só deve ser ponderada em situações de exceção, a avaliar caso a caso, pelo médico assistente em doentes pertencentes a grupos de risco ... ou pelas [autoridades de saúde](#) nas situações de surto em instituições; ...»*

### **13.5. HEPATITE B**

A Circular Normativa da DGS com o n.º 15/DT, de 15 de outubro de 2001, relativa à actualização da vacinação gratuita de grupos de risco contra a Hepatite B, refere, a dado passo, que podem ser incluídos nos grupos de risco para os quais a vacinação contra a hepatite B é gratuita, quando administrada nos serviços de saúde, o seguinte: “*outros grupos de risco desde que o médico assistente ou a [autoridade de saúde](#) o justifiquem por escrito*”.

### **13.6. MERS-CoV**

Tendo presente que continuam a ser diagnosticados casos de infeção pelo novo Coronavírus *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS-CoV) em vários países, a DGS emitiu a Orientação n.º 008/2015, de 30 de junho, a qual foi atualizada no dia 5 de agosto de 2015. A intervenção das autoridades de saúde está prevista nos pontos 7 e 8 daquela Circular, nos termos que se seguem:

#### **«7. Vigilância de Contactos**

*A identificação de contactos próximos e a respetiva vigilância requer uma monitorização contínua, da responsabilidade do gestor de contactos, sendo:*

- a) na comunidade, o [Delegado de Saúde Coordenador](#)/Equipa de Saúde Pública;*
- b) em contexto laboral, o Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho, em articulação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), com envio dos registos da vigilância ao [Delegado de Saúde Regional](#).*

## **8. Recomendações para viajantes**

*Não existem recomendações internacionais para restrições de viagens ou de trocas comerciais. Os viajantes para um país das áreas afetadas são aconselhados a ... seguir as recomendações das autoridades de saúde do país. ... »*

### **13.7. POLIOMIELITE**

O Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite – Plano de Ação Pós-Eliminação, divulgado pela Circular Normativa n.º 08/DSPS, de 4 de maio de 2004, foi atualizado pela NORMA n.º 017/2014, de 27 de novembro. Esta Norma contém numerosas referências às autoridades de saúde, recomendando-se a leitura atenta da mesma, em articulação com o disposto pelo SINAVE.

Atendendo à extensão do documento (54 páginas), dispensa-se a sua transcrição.

### **13.8. RAIVA**

O Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da Raiva Animal e Outras Zoonoses foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 314/2003, de 17 de dezembro, que estabeleceu, também, as regras relativas à posse e detenção, comércio, exposições e entrada em território nacional de animais suscetíveis à raiva. No Artigo 3.º deste Decreto-Lei, que se transcreve integralmente, constam duas referências à autoridade de saúde:

#### **«Artigo 3.º (Detenção de cães e gatos)**

*1 – O alojamento de cães e gatos em prédios urbanos, rústicos ou mistos, fica sempre condicionado à existência de boas condições do mesmo e ausência de riscos hígio-sanitários relativamente à conspurcação ambiental e doenças transmissíveis ao homem.*

*2 – Nos prédios urbanos podem ser alojados até três cães ou quatro gatos adultos por cada fogo, não podendo no total ser excedido o número de quatro animais, excepto se, a pedido do detentor, e mediante parecer vinculativo do médico veterinário municipal e do delegado de saúde, for autorizado alojamento até ao máximo de seis animais adultos, desde que se verifiquem todos os requisitos hígio-sanitários e de bem-estar animal legalmente exigidos.*

*3 – No caso de frações autónomas em regime de propriedade horizontal, o regulamento do condomínio pode estabelecer um limite de animais inferior ao previsto no número anterior.*

*4 – Nos prédios rústicos ou mistos podem ser alojados até seis animais adultos, podendo tal número ser excedido se a dimensão do terreno o permitir e desde que as condições de alojamento obedeçam aos requisitos estabelecidos no n.º 1.*

*5 – Em caso de não cumprimento do disposto nos números anteriores, as câmaras municipais, após vistoria conjunta do delegado de saúde e do médico veterinário municipal, notificam o detentor para retirar os animais para o canil ou gatil municipal no prazo estabelecido por aquelas entidades, caso o detentor não opte por outro destino que reúna as condições estabelecidas pelo presente diploma.*

6 – *No caso de criação de obstáculos ou impedimentos à remoção de animais que se encontrem em desrespeito ao previsto no presente artigo, o presidente da câmara municipal pode solicitar a emissão de mandado judicial que lhe permita aceder ao local onde estes se encontram e à sua remoção.»*

Em 12 de junho de 2017 a Direção-Geral da Saúde publicou a Norma n.º 007/2017, definindo o procedimento para disponibilização da reserva estratégica nacional de imunoglobulina contra a raiva. Nela consta uma referência à autoridade de saúde nacional, na alínea c) do número 2, a qual se transcreve integralmente: *“c) Após receção e validação do formulário de prescrição, o médico do Centro Anti-Rábico Nacional – CHLN:*

- i. Envia por e-mail ou fax o formulário de prescrição para a farmácia do Hospital de Santa Maria - CHLN, ativando a REN IgR;*
- ii. Contacta o médico do hospital requisitante para informar que a REN IgR foi ativada;*
- iii. Contacta o [Diretor-Geral da Saúde](#) (Anexo II) (através do seu representante para este efeito), para o telemóvel 927 804 925 para informar que ativou a REN IgR;”.*

No Anexo II desta Norma são identificados os representantes do Diretor-Geral da Saúde para os efeitos previstos na mesma.

### **13.9. SARAMPO**

A DGS, através da Norma n.º 006/2013, de 2 de abril de 2013, procedeu à divulgação da monografia “Programa Nacional de Eliminação do Sarampo” que é parte integrante do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo e da Rubéola. Nesta Norma constam múltiplas referências às autoridades de saúde, a todos os níveis, pelo que, também aqui, se recomenda uma leitura atenta da mesma. A extensão do documento (58 páginas) inviabiliza a sua transcrição.

No dia 12 de abril de 2017 a DGS publicou a Norma n.º 004/2017, a qual foi atualizada em 26 de abril de 2017. Nesta Norma pode ler-se que *“os conteúdos de Circulares Informativas, Circulares Normativas, Orientações, Normas e Ofícios que contrariam o disposto nesta Norma ficam sem efeito”*, o que deve ter-se em consideração quando se procede à leitura da Norma n.º 006/2013.

Na Norma n.º 004/2017 constam várias referências à autoridade de saúde.

No ponto 6 (procedimentos, nas unidades de saúde, perante um caso possível de sarampo) é referido que o médico, após diagnóstico clínico de um caso possível de sarampo deve, entre outras coisas, *“informar o [Delegado de Saúde Regional](#)” e “promover de imediato a identificação (e registo) dos contactos próximos (profissionais, utentes e acompanhantes) que contactaram com o caso no serviço de saúde, se possível, recorrendo ao Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e ao Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), em articulação com a [Autoridade de Saúde](#) (não esperando pelos resultados laboratoriais, pela [Autoridade de Saúde](#) ou PPCIRA)”.*

Ao **Delegado de Saúde Regional** compete: *“a) Informar o **Delegado de Saúde Coordenador** para iniciar de imediato a investigação e as medidas de prevenção e gestão do risco e b) Informar o **Diretor-Geral da Saúde**”*.

Ao **Delegado de Saúde Coordenador** compete: *“a) Promover a realização urgente do Inquérito Epidemiológico e seu registo no SINAVE; b) Articular, o mais precocemente possível, com o médico/serviço de origem do alerta, para a identificação dos contactos no serviço de saúde, definição e implementação das medidas de prevenção e gestão do risco; c) Aplicar as medidas de controlo aos contactos próximos identificados na comunidade: i. Vacinação contra o sarampo, de preferência nas primeiras 72 horas pós-exposição, se aplicável; ii. Investigação da origem de infeção”*.

Prevê-se, ainda, a possibilidade de administração de uma dose de VASPR entre os 6 e os 12 meses de idade por indicação expressa da **autoridade de saúde** (dose “zero”, pós-exposição).

## 14. ESPAÇOS DE JOGO E DE RECREIO

O Decreto-Lei n.º 203/2015, de 17 de setembro, que aprova o regulamento que estabelece as condições de segurança a observar na localização, implantação, conceção e organização funcional dos espaços de jogo e recreio, respetivo equipamento e superfícies de impacto, contém uma referência à autoridade de saúde no Artigo 35.º, que se transcreve integralmente:

### **«Artigo 35.º (Fiscalização)**

- 1 – A fiscalização do cumprimento do disposto no presente Regulamento compete às câmaras municipais.
- 2 – Nos espaços de jogo e recreio cuja gestão pertença às autarquias locais, a fiscalização do cumprimento do disposto no presente Regulamento compete à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE).
- 3 – A fiscalização do cumprimento do disposto no artigo 29.º compete aos *delegados de saúde regionais*, devendo os respetivos autos de notícia ser remetidos à ASAE para efeitos de instrução dos processos e aplicação das coimas respetivas.»

Dado que o Artigo 35.º faz referência ao Artigo 29.º, transcreve-se também este:

### **«Artigo 29.º (Condições higiossanitárias)**

- 1 – A entidade responsável pelo espaço de jogo e recreio deve manter o espaço permanentemente limpo, incluindo os equipamentos, as superfícies de impacto, o mobiliário urbano e as instalações de apoio.
- 2 – Sempre que a superfície de impacto seja constituída por areia, aparas de madeira ou outro material semelhante, deve proceder -se com regularidade à sua desinfeção, manutenção e higiene através de processo de limpeza com crivagem ou ancinhos finos, ou à sua renovação completa se necessário.»

## 15. ESPETÁCULOS DE NATUREZA ARTÍSTICA

O Decreto-Lei n.º 23/2014, de 14 de fevereiro, aprovou o regime de funcionamento dos espetáculos de natureza artística e de instalação e fiscalização dos recintos fixos destinados à sua realização bem como o regime de classificação de espetáculos de natureza artística e de divertimentos públicos. Dele consta uma referência à autoridade de saúde, no Artigo 21.º, que se transcreve integralmente:

### **«Artigo 21.º (Encerramento do recinto)**

1 – *Pode ser determinado o encerramento imediato do recinto nas situações em que se verifique perigo grave para a segurança ou saúde dos espectadores ou dos intervenientes no espetáculo.*

2 – *O encerramento do recinto é determinado por despacho fundamentado do inspetor-geral das Atividades Culturais, sem prejuízo das competências das autoridades de saúde.*

3 – *O recinto mantém-se encerrado enquanto não for verificada a supressão das deficiências que determinaram o seu encerramento, por vistoria requerida pelo interessado, acompanhada do pagamento da taxa devida, e expressamente revogada a ordem de encerramento, com atribuição do DIR definitivo, nos casos em que o recinto ainda disponha de DIR provisório.*

4 – *O encerramento do recinto não prejudica a aplicação do regime contraordenacional previsto no presente decreto-lei.»*

A referência “*sem prejuízo das competências das autoridades de saúde*” acaba por se traduzir numa redundância, dado que essa competência está consagrada na legislação específica das autoridades de saúde, não carecendo desta referência aqui e agora. Há que ter sempre presente que a decisão de encerramento de um estabelecimento desta natureza ou de qualquer outro só pode ser tomada pela autoridade de saúde perante uma situação que possa representar um “*grave risco para a saúde pública*” (alínea b) do n.º 3 do Artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 82/2009, de 2 de abril, com as alterações nele introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro, e pela Declaração de Retificação n.º 51/2013, de 3 de dezembro). Naturalmente, uma decisão desta natureza deve ser muito bem ponderada, adequada aos fins pretendidos e devidamente justificada.



## **16. ESTABELECIMENTOS**

Os processos de licenciamento de estabelecimentos, com destaque para os estabelecimentos comerciais, onde podemos incluir, entre outros, os estabelecimentos de restauração e bebidas, foram muito simplificados ao longo dos últimos anos, traduzindo-se essa simplificação, entre outros aspetos, na não obrigatoriedade de consulta da autoridade de saúde prévia ao licenciamento, o qual assume, em muitos casos, um carácter quase meramente administrativo. Acresce que a autoridade de saúde deixou, na generalidade dos casos, de ser entidade fiscalizadora (salvaguardando-se, naturalmente, as suas competências de carácter genérico), tendo deixado, também, de participar na maioria das vistorias realizadas a esses estabelecimentos por iniciativa das entidades licenciadoras e/ou fiscalizadoras.

Independentemente do que atrás foi referido, em algumas situações as entidades licenciadoras solicitam pareceres à autoridade de saúde sobre esses processos. Não sendo essa consulta obrigatória, o parecer não pode ter-se como vinculativo, devendo as autoridades de saúde ter isso sempre presente para evitar surpresas. Muitos desses pareceres são solicitados, atualmente, por via eletrónica, com recurso à plataforma eletrónica do SIRJUE, o que implica um registo prévio na mesma para que o parecer possa ser emitido e transmitido à entidade requerente. Os aspetos relacionados com esta tramitação estão previstos na Portaria n.º 216-A/2008, de 3 de março, que regulamenta o funcionamento do sistema informático previsto no Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de dezembro, na redacção da Lei n.º 60/2007, de 4 de setembro.

Atualmente, só se encontra legalmente prevista a intervenção da autoridade de saúde nos processos relativos aos estabelecimentos de apoio social, estabelecimentos industriais, estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e estabelecimentos termais, como se verá em seguida.

### **16.1. ESTABELECIMENTOS DE APOIO SOCIAL**

O Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, definiu o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas. Este Decreto-Lei foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, e mais uma vez alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de março.

Para os efeitos previstos neste Decreto-Lei, consideram-se estabelecimentos de apoio social todos aqueles em que sejam exercidas atividades e serviços do âmbito da segurança social relativos a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação das situações de carência, de disfunção e de marginalização social.

Neste Decreto-Lei está prevista a intervenção da autoridade de saúde nos Artigos 7.º, 8.º, 9.º e 33.º, que se transcrevem integralmente:

### **«Artigo 7.º (Requerimento e instrução)**

1 – O licenciamento de construção é requerido à câmara municipal e está sujeito, com as especificidades previstas no presente decreto-lei e nos diplomas específicos e instrumentos regulamentares respeitantes às condições de instalação dos estabelecimentos, ao regime jurídico da urbanização e edificação (RJUE), estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de dezembro.

2 – A aprovação do projeto sujeito a licenciamento pela câmara municipal carece dos pareceres favoráveis das entidades competentes, nomeadamente do Instituto da Segurança Social, I.P., da Autoridade Nacional de Proteção Civil e da [autoridade de saúde](#).

3 – A consulta às entidades referidas no número anterior é promovida pelo gestor do procedimento e efetuada através do sistema informático previsto no artigo 8.º-A do RJUE.

4 – O interessado pode solicitar previamente os pareceres das entidades competentes ao abrigo do artigo 13.º-B do RJUE.

### **Artigo 8.º (Pareceres obrigatórios)**

1 – O parecer do Instituto da Segurança Social, I. P., incide sobre:

- a) As condições de localização do estabelecimento;
- b) O cumprimento das normas estabelecidas no presente decreto-lei e nos diplomas específicos e instrumentos regulamentares respeitantes às condições de instalação dos estabelecimentos;
- c) A adequação, do ponto de vista funcional e formal, das instalações projetadas ao uso pretendido;
- d) A capacidade do estabelecimento.

2 – O parecer da Autoridade Nacional de Proteção Civil incide sobre a verificação do cumprimento das regras de segurança contra riscos de incêndio das instalações ou do edifício.

3 – O parecer da [autoridade de saúde](#) incide sobre a verificação do cumprimento das normas de higiene e saúde.

4 – Quando desfavoráveis, os pareceres das entidades referidas nos números anteriores são vinculativos.

5 – Os pareceres são emitidos no prazo de 30 dias a contar da data da receção do pedido da câmara municipal.

6 – O prazo previsto no número anterior pode ser prorrogado, uma só vez, por igual período, em condições excecionais e devidamente fundamentadas.

7 – Considera-se haver concordância das entidades consultadas se os respetivos pareceres não forem recebidos dentro do prazo fixado nos números anteriores.

### **Artigo 9.º (Vistoria conjunta)**

1 – Concluídas as obras e equipado o estabelecimento em condições de iniciar o seu funcionamento, pode a câmara municipal, nos termos do disposto nos artigos 64.º e seguintes do RJUE, promover a realização de uma vistoria conjunta às instalações, no prazo de 30 dias após a comunicação da conclusão da obra pelos interessados e, sempre que possível, em data a acordar entre as partes.

2 – A vistoria é realizada por uma comissão composta por:

- a) Um técnico a designar pela câmara municipal, com formação e habilitação legal para assinar projetos correspondentes à obra objeto da vistoria;
- b) Dois representantes do Instituto da Segurança Social, I.P., devendo ser um da área social e outro da área técnica;
- c) O [delegado de saúde coordenador](#) ou o [delegado de saúde](#);
- d) Um representante da Autoridade Nacional de Proteção Civil.

3 – O requerente da licença ou da autorização de utilização, os autores dos projetos e o técnico responsável pela direção técnica da obra participam na vistoria sem direito a voto.

4 – Compete ao presidente da câmara municipal a convocação das entidades referidas nas alíneas b) a d) do n.º 2 e das pessoas referidas no número anterior.

5 – Desde que as entidades referidas no número anterior sejam regularmente convocadas, a sua não comparência não é impeditiva nem constitui justificação da não realização da vistoria, nem da concessão da licença ou da autorização de utilização.

6 – A comissão referida no n.º 2, depois de proceder à vistoria, elabora o respetivo auto, devendo entregar uma cópia ao requerente.

7 – Quando o auto de vistoria conclua em sentido desfavorável ou quando seja desfavorável o voto, fundamentado, de um dos elementos referidos nas alíneas b), c) e d) do n.º 2, não pode ser concedida a licença ou a autorização de utilização.

### **Artigo 33.º (Colaboração de outras entidades)**

*Para efeitos das ações de avaliação e fiscalização previstas nos artigos anteriores, o Instituto da Segurança Social, I.P., pode solicitar a colaboração de peritos e entidades especializadas do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, da [autoridade de saúde](#) e de outros serviços competentes, tendo designadamente em consideração as condições de salubridade e segurança, acondicionamento dos géneros alimentícios e condições higio-sanitárias.»*

É de notar que, com a revogação do Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio, pelo Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, deixou de ser exigível qualquer auto ou certificado de vistoria sanitária (ou higio-sanitária) para a instrução dos processos de licenciamento deste tipo de estabelecimentos. Apesar disso, continuam a dar entrada nas USP, com maior ou menor regularidade, pedidos de emissão desse tipo de documentos, por determinação das entidades inspetivas da Segurança Social, sem qualquer fundamentação legal.

Se dúvidas houvesse, na alínea b) do número 1 do Artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, pode ler-se que compete aos serviços do Instituto da Segurança Social, I.P. *“avaliar a qualidade e verificar a regularidade dos serviços prestados aos utentes, nomeadamente no que se refere a condições de instalação e alojamento, adequação do equipamento, alimentação e condições higio-sanitárias”*.

As autoridades de saúde estão, obviamente, disponíveis para colaborar com o Instituto da Segurança Social, I.P. nas vistorias previstas no Artigo 9.º e nas ações de avaliação e fiscalização previstas no Artigo 33.º, mas, salvo melhor opinião, deverão abster-se de emitir documentos que deixaram de ser exigíveis.

## **16.2. ESTABELECIMENTOS INDUSTRIAIS**

O Decreto-Lei n.º 169/2012, de 1 de agosto, que criou o Sistema da Indústria Responsável, que regula o exercício da atividade industrial, a instalação e exploração de zonas empresariais

responsáveis, bem como o processo de acreditação de entidades no âmbito deste Sistema, foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2015, de 11 de maio, posteriormente retificado pela Declaração de Retificação n.º 29/2015, de 15 de junho. No Capítulo V deste Decreto-Lei, dedicado ao regime de instalação e exploração de Zonas Empresariais Responsáveis, mais concretamente nos Artigos 44.º e 57.º, constam duas referências à autoridade de saúde, transcrevendo-se integralmente esses dois Artigos:

**«Artigo 44.º (Entidades consultadas)**

*Nos procedimentos previstos no presente capítulo, são chamadas a pronunciar-se as entidades públicas cuja intervenção deva ser considerada legalmente obrigatória, atenta a tipologia de ZER em causa e as características específicas do respetivo projeto de instalação e exploração, designadamente:*

- a) A ACT;
- b) A CCDR territorialmente competente;
- c) A *autoridade de saúde* de âmbito regional territorialmente competente;
- d) O Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I. P. (IMT, I. P.);
- e) A APA, I. P.;
- f) A Câmara Municipal territorialmente competente;
- g) Outras entidades previstas em legislação específica.

**Artigo 57.º (Tramitação e decisão do procedimento de conversão)**

*1 – No decurso de 30 dias subsequentes à data do pedido de conversão, a entidade coordenadora promove a consulta em simultâneo às entidades públicas que, nos termos da lei, se devam pronunciar sobre o pedido de conversão, designadamente:*

- a) *Da câmara municipal territorialmente competente;*
- b) *Da CCDR territorialmente competente;*
- c) *Da autoridade de saúde de âmbito regional territorialmente competente, caso a conversão possa ter incidências ao nível da saúde pública;*
- d) *Da ACT;*
- e) *Do IMT, I. P.;*
- f) *Da APA, I. P.;*
- g) *De outras entidades previstas em legislação específica.*

*2 – As entidades públicas pronunciam -se no prazo de 30 dias contados da receção dos elementos do processo remetidos pela entidade coordenadora.*

*3 – A pronúncia desfavorável das entidades só é vinculativa quando tal resulte da lei, desde que se fundamente em condicionamentos legais ou regulamentares e seja disponibilizada à entidade coordenadora no prazo previsto no número anterior.*

*4 – No prazo de 20 dias, contado do termo do prazo referido no n.º 2, a entidade coordenadora adota uma decisão que pode assumir uma das seguintes formas:*

- a) *Decisão favorável;*
- b) *Decisão favorável condicionada;*
- c) *Decisão desfavorável.*

*5 – No caso de decisão favorável, a entidade coordenadora emite título digital de exploração, onde descreve todas as condições de exploração da ZER.*

6 – No caso de decisão favorável condicionada, a entidade coordenadora comunica as condições ao requerente, fixando-lhe um prazo não superior a seis meses para o seu cumprimento, findo o qual, sem que se tenham sido juntos ao processo comprovativos do cumprimento das condições exigidas, profere, no prazo de 10 dias, decisão desfavorável.

7 – No caso de decisão desfavorável, a entidade coordenadora profere decisão fundamentada indeferindo o pedido de conversão.

8 – As decisões sobre o pedido de conversão em ZER referidas nos números anteriores são disponibilizadas pela entidade coordenadora no «Balcão do empreendedor», no dia imediatamente subsequente à data da respetiva emissão, sendo enviada notificação automática ao requerente e a todas as entidades intervenientes no processo.»

A “conversão” referida no Artigo 57.º refere-se ao disposto no Artigo 55.º deste Decreto-Lei, o qual diz o seguinte: “as zonas industriais, os parques industriais e as áreas de acolhimento empresarial podem ser objeto de conversão em ZER, mediante o procedimento estabelecido na presente secção, o qual tem por objetivo avaliar a conformidade das respetivas condições de instalação ou exploração com os preceitos constantes do SIR, devidamente adaptados”.

Depreende-se que a autoridade de saúde de âmbito regional só será chamada a intervir se for considerado necessário, nomeadamente se for de presumir que a conversão referida no Artigo 55.º deste Decreto-Lei possa vir a ter incidências ao nível da saúde pública, sejam elas de que natureza forem. Assim sendo, a sua intervenção não é obrigatória, estando dependente do critério da entidade licenciadora, em função de cada caso em concreto.

### **16.3. ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE**

Nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, estão sujeitos à regulação da ERS todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, consultórios, laboratórios de análises clínicas, equipamentos ou unidades de telemedicina, unidades móveis de saúde e termas.

O Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto, estabeleceu o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Muitos destes estabelecimentos estão sujeitos a um procedimento de licenciamento simplificado por mera comunicação prévia, não estando prevista qualquer intervenção da autoridade de saúde neste procedimento. Outros há, no entanto, que são sujeitos a um procedimento de licenciamento ordinário, podendo a autoridade de saúde ser chamada a intervir no âmbito do RJUE, como previsto no Artigo 7.º, o qual contém uma referência à autoridade de saúde e se transcreve integralmente:

**«Artigo 7.º (Consultas no âmbito do regime jurídico da urbanização e da edificação)**

1 – Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem dar prévio cumprimento aos procedimentos previstos no regime jurídico da urbanização e da edificação (RJUE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de dezembro, sempre que se realizem intervenções abrangidas pelo mesmo.

2 – Nos termos e para efeitos do disposto nos artigos 13.º e 13.º-B do RJUE, devem ser objeto de consulta externa, através da Plataforma da Interoperabilidade da Administração Pública, as seguintes entidades:

a) A **autoridade de saúde** pública territorialmente competente, para efeitos da verificação das normas legais e regulamentares aplicáveis a unidades de saúde, em matéria de higiene e saúde;

b) A ANPC, no que respeita a medidas de segurança contra riscos de incêndio, nos termos do regime jurídico da segurança contra incêndios em edifícios, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 220/2008, de 12 de novembro, e do Regulamento Técnico de Segurança contra Incêndio em Edifícios, aprovado pela Portaria n.º 1532/2008, de 29 de dezembro, sempre que a consulta não seja obrigatória no âmbito do procedimento municipal de controlo prévio.»

Para além deste Decreto-Lei, aplicável a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, a Portaria n.º 347/2013, de 28 de novembro, que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de diálise que prossigam atividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e outras técnicas de depuração extracorporeal afins ou de diálise peritoneal crónica, contém duas referências à autoridade de saúde no Artigo 34.º, a propósito da qualidade da água utilizada nestas unidades, pelo que se transcreve integralmente esse Artigo:

**«Artigo 34.º (Qualidade da água)**

1 – As unidades de hemodiálise devem estabelecer protocolos de articulação com as entidades gestoras dos sistemas de abastecimento público de água, através dos quais deve ser estabelecida a regular troca de informação acerca das características da água fornecida.

2 – Qualquer dificuldade no estabelecimento dos protocolos de articulação referidos no número anterior, deverá ser exposta à Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos (ERSAR), para sua resolução.

3 – Na celebração do referido protocolo de articulação as unidades de hemodiálise devem garantir a estipulação de que as entidades gestoras de sistemas de abastecimento público de água prestam informação, com regularidade, pelo menos, trimestral, sobre a qualidade da água fornecida.

4 – Nos referidos protocolos deve, ainda, ser fixado que a informação a que se refere o número anterior deve ser comunicada com a necessária antecedência ou de imediato sempre que se verifiquem as seguintes situações:

a) Poluição accidental da água;

b) Aumento do teor de sólidos totais dissolvidos, de alumínio, de cálcio, de magnésio, de flúor, de cloro, de cloraminas, de nitrato, de sulfato, de arsénio, de bário, de selénio, de zinco e de metais pesados;

c) Mudanças introduzidas na captação ou no tratamento da água que possam provocar alteração da sua qualidade.

5 – Sempre que alterações na qualidade da água para consumo humano tornem necessária a utilização de outra fonte, as unidades de diálise deverão consultar a entidade gestora do sistema de abastecimento público e o Departamento de Recursos Hídricos da Agência Portuguesa do Ambiente sobre fontes

alternativas disponíveis e ouvir o *Delegado de saúde regional* competente sobre a qualidade das mesmas, em termos de risco para a saúde da população em geral e dos doentes em hemodiálise em particular.

6 - Para efeitos de aplicação do disposto nos números anteriores, as ARS informarão as entidades gestoras dos sistemas de abastecimento público, as autarquias locais e os *Delegados de saúde regionais* sobre a existência e localização das unidades de diálise em funcionamento nas respetivas áreas territoriais.»

#### **16.4. ESTABELECIMENTOS TERMAIS**

O Decreto-Lei n.º 142/2004, de 11 de junho, aprovou o regime jurídico da actividade termal. O seu Artigo 1.º foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 92/2010, de 26 de julho, referindo-se que “os estabelecimentos que não têm fins de prevenção da doença, terapêutica, reabilitação e manutenção da saúde, dedicando-se exclusivamente à prossecução de fins ligados à estética, à beleza e ao relaxamento, são considerados equipamentos de animação turística, sendo-lhes aplicável o regime previsto no Decreto-Lei 108/2009, de 15 de Maio”, e não o regime jurídico da atividade termal.

Naquele Decreto-Lei são feitas várias referências à intervenção das autoridades de saúde, a todos os níveis, transcrevendo-se integralmente os artigos onde as mesmas surgem:

##### **«Artigo 7.º (Dever de cooperação)**

Os titulares dos estabelecimentos termais devem colaborar com as *autoridades de saúde* nas campanhas e programas de saúde pública.

##### **Artigo 8.º (Obrigações do titular do estabelecimento termal)**

Constituem obrigações dos titulares dos estabelecimentos termais:

- a) Contratar o director clínico e o restante corpo clínico;
- b) Elaborar o regulamento interno do estabelecimento termal, ouvido o director clínico;
- c) Responder às reclamações apresentadas, nos termos do artigo 15.º;
- d) Enviar o relatório clínico ao *delegado regional de saúde* ou ao seu *adjunto*, de acordo com o modelo aprovado pelo Ministério da Saúde, até 31 de Março de cada ano;
- e) Informar os termalistas das contra-indicações da prática do termalismo no estabelecimento termal;
- f) Assegurar as condições necessárias à preservação da qualidade da água, designadamente nos sistemas de adução, armazenamento e distribuição, bem como nos pontos de utilização da água, e das normas de segurança no estabelecimento termal.

##### **Artigo 15.º (Livro de reclamações)**

1 – Os estabelecimentos termais devem dispor de livro de reclamações, de modelo normalizado, com termo de abertura datado e assinado pelo *delegado regional de saúde*, devendo ser disponibilizado ao termalista ou a qualquer interessado sempre que solicitado.

2 – Os titulares dos estabelecimentos termais devem enviar mensalmente ao *delegado regional de saúde* territorialmente competente as reclamações efectuadas pelos seus utilizadores.

3 – O modelo de livro de reclamações é o aprovado para as unidades privadas de saúde.

### **Artigo 19.º (Pedido de licenciamento)**

1 – O pedido de licenciamento do funcionamento de um novo estabelecimento termal é efectuado mediante a apresentação de requerimento dirigido ao Ministro da Saúde, devendo o mesmo dar entrada na Direcção-Geral da Saúde, do qual devem constar:

- a) O nome ou a denominação social e demais elementos identificativos da entidade requerente;
- b) A indicação da residência ou da sede da entidade requerente;
- c) O número fiscal de contribuinte ou de pessoa colectiva;
- d) A identificação do director clínico a contratar;
- e) O tipo de serviços que se propõe prestar no estabelecimento termal, identificando a tipologia dos tratamentos termais abrangidos pelos serviços fundamentais;
- f) A localização do estabelecimento termal e a sua designação.

2 – O requerimento é acompanhado pelos seguintes documentos:

- a) Documento comprovativo do direito de exploração de uma água mineral natural para efeitos termais;
- b) Documento comprovativo das indicações terapêuticas da água mineral natural a utilizar;
- c) Cópia do bilhete de identidade do requerente e do respectivo cartão de contribuinte ou do cartão de pessoa colectiva, que podem ser certificados pelo serviço receptor;
- d) Certidão actualizada do registo comercial;
- e) Certificado do registo criminal do requerente ou dos administradores ou gerentes da entidade requerente;
- f) Projecto do corpo clínico a admitir e do quadro de pessoal a afectar aos tratamentos termais;
- g) Programa funcional, memória descritiva, projecto das instalações em que o estabelecimento termal deverá funcionar e informação prévia, nos termos do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de Dezembro;
- h) Projecto de regulamento interno.

3 – No âmbito do processo de licenciamento, o [diretor-geral da Saúde](#) pode solicitar à entidade requerente os esclarecimentos e elementos adicionais que considerar necessários, o que deverá ser feito por uma única vez, salvo motivo fundamentado.

4 – O processo de licenciamento deve ser concluído no prazo de 90 dias a contar da data da entrada do pedido do requerente na Direcção-Geral da Saúde.

5 – Os emolumentos e taxas a pagar pelo requerente são fixados por portaria conjunta dos Ministros das Finanças, da Economia e da Saúde.

### **Artigo 20.º (Atribuição da licença de funcionamento)**

1 – A licença de funcionamento de um novo estabelecimento termal é concedida por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta do [diretor-geral da Saúde](#).

2 – A licença prevista no número anterior deve especificar:

- a) O tipo de estabelecimento termal;
- b) A identificação das indicações terapêuticas que o estabelecimento termal pode prosseguir;
- c) O tipo de serviços a prestar no estabelecimento termal, identificando a tipologia dos tratamentos abrangidos pelos serviços fundamentais.

3 – É condição de atribuição da licença de funcionamento:

- a) O cumprimento cumulativo dos requisitos exigidos no presente diploma, nomeadamente em matéria de instalações, organização e funcionamento;
- b) A adequação do corpo clínico ao tipo de serviços a prestar no estabelecimento termal.

4 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, a licença só é atribuída se o requerente ou, caso este seja uma pessoa colectiva, os membros do órgão de administração que detenham a direcção efectiva do



*estabelecimento termal a licenciar não se encontrem abrangidos por proibição legal do exercício do comércio ou não tenham sido alvo de condenação por sentença transitada em julgado que determine a interdição do exercício de profissão relacionada com a actividade de exploração de estabelecimentos termais, salvo se houver lugar a reabilitação ou se tiver decorrido o prazo de interdição.*

*5 – O disposto no n.º 4 é igualmente aplicável ao director clínico nos casos em que este se encontre legalmente impedido do exercício daquelas funções ou judicialmente interdito do exercício da profissão, nos termos da parte final do mesmo número.*

*6 – A eficácia da licença de funcionamento fica condicionada:*

*a) À apresentação da licença de utilização emitida nos termos do Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de Dezembro;*

*b) À declaração de conformidade do estabelecimento termal com os requisitos referidos no n.º 3, emitida pelo Ministro da Saúde, sob proposta do [diretor-geral da Saúde](#), após a realização da vistoria prevista no artigo 21.º do presente diploma.*

*7 – O documento referido na alínea a) do número anterior deverá ser apresentado pelo titular à Direcção-Geral da Saúde no prazo máximo de dois anos a contar da data do despacho do Ministro da Saúde a que se refere o n.º 1, findo o qual caduca a licença atribuída.*

*8 – O prazo estabelecido no número anterior pode ser prorrogado por um período de seis meses por despacho do Ministro da Saúde, a requerimento, devidamente fundamentado, do titular do estabelecimento termal.*

*9 – A declaração de conformidade a que se refere a alínea b) do n.º 6 é emitida após a apresentação, pelo titular, da relação do corpo clínico, acompanhada dos certificados de habilitações académicas e profissionais respectivas.*

### **Artigo 21.º (Vistoria)**

*1 – A concessão da licença ou autorização de utilização do estabelecimento termal depende de prévia vistoria realizada pela câmara municipal, a qual, sempre que possível, deve ser efectuada em conjunto com a vistoria necessária à eficácia da licença de funcionamento.*

*2 – Para efeitos do disposto no número anterior, a câmara municipal deve comunicar ao [delegado concelhio de saúde](#), com 15 dias de antecedência, a data, a hora e o local da vistoria, dando disso conhecimento ao [diretor-geral da Saúde](#).*

### **Artigo 22.º (Alterações relevantes)**

*1 – As alterações relevantes, designadamente, da estrutura dos estabelecimentos termais e dos sistemas de adução, armazenamento e distribuição de água mineral natural estão sujeitas ao regime consagrado para o licenciamento das instalações e do funcionamento dos estabelecimentos termais previsto no presente diploma.*

*2 – Nos casos de alteração, remodelação ou transformação do estabelecimento termal que não provoque modificações na estrutura do edifício deve o titular do estabelecimento termal enviar à Direcção-Geral da Saúde uma memória descritiva do projecto que inclua a identificação das intervenções a realizar.*

*3 – A licença de funcionamento é ainda objecto de alteração nos casos em que o estabelecimento termal pretenda prestar outro tipo de serviços ou outra tipologia de tratamentos abrangidos pelos serviços fundamentais, para além dos constantes daquela, devendo, para o efeito, ser apresentado requerimento dirigido ao Ministro da Saúde, através do [diretor-geral da Saúde](#), com os seguintes elementos:*

*a) Identificação do estabelecimento termal;*

b) Identificação do novo tipo de serviços a prestar ou da tipologia dos novos tratamentos abrangidos pelos serviços fundamentais;

c) Indicação das admissões de pessoal clínico ou afecto aos tratamentos abrangidos pelos serviços fundamentais, se for o caso.

4 – A cessão de exploração ou qualquer forma de alteração da titularidade do estabelecimento termal devem ser comunicadas previamente à Direcção-Geral da Saúde, que avaliará sobre a sua conformidade com os requisitos previstos no presente diploma sujeitando-a, em 30 dias, a autorização do Ministro da Saúde.

5 – O desrespeito pelo disposto nos números anteriores determina a suspensão da licença de funcionamento, sem prejuízo da aplicação do regime contra-ordenacional a que haja lugar.

### **Artigo 23.º (Vistoria e inspecção)**

1 – Compete ao **delegado concelhio de saúde** efectuar as vistorias necessárias:

a) Ao processo de licenciamento do funcionamento do estabelecimento termal;

b) Às alterações relevantes previstas no n.º 1 do artigo 22.º do presente diploma;

c) Ao pedido de introdução de novos serviços termais e de novas tipologias de tratamentos abrangidos pelos serviços fundamentais;

d) Ao levantamento da suspensão de funcionamento dos estabelecimentos termais.

2 – Compete-lhe, ainda, no âmbito dos poderes de vistoria e vigilância sanitária:

a) Verificar a satisfação dos requisitos técnicos e legais exigidos para o funcionamento dos estabelecimentos termais;

b) Avaliar a implementação dos programas de controlo de qualidade;

c) Propor as medidas correctivas consideradas necessárias face às deficiências detectadas;

d) Verificar as condições de funcionamento dos equipamentos existentes;

e) Participar ao **delegado regional de saúde** as infracções que constituam contra-ordenações, com vista à aplicação das coimas previstas na lei.

3 – Compete ao **delegado regional de saúde**:

a) Fazer cumprir pelos estabelecimentos termais as normas que tenham por objecto a defesa da saúde pública, requerendo, quando necessária, a intervenção das autoridades administrativas e policiais;

b) Levantar os autos relativos às infracções e instruir os respectivos processos.

4 – Na fiscalização dos estabelecimentos termais, devem as **autoridades de saúde** avaliar e promover a qualidade técnica, assistencial e humana dos cuidados e tratamentos prestados.

5 – No âmbito do exercício dos poderes que lhes são atribuídos no presente diploma, podem os **delegados de saúde** socorrer-se de outras entidades, organismos ou indivíduos de diversas especialidades ou disciplinas, designadamente da Direcção-Geral da Saúde.

6 – O disposto nos números anteriores não prejudica o exercício de competências próprias, no âmbito da fiscalização e inspecção, por parte das **autoridades de saúde**, da Inspecção-Geral da Saúde ou de outras entidades públicas.

### **Artigo 24.º (Medidas correctivas)**

1 – Sempre que, após vistoria, se comprove que o estabelecimento termal não dispõe de director clínico ou dos meios humanos e materiais exigidos pelo presente diploma, mas seja possível supri-los, deve o **director-geral da Saúde** propor ao Ministro da Saúde a aplicação das medidas correctivas adequadas a esse fim.

2 – O despacho que determinar a aplicação das referidas medidas fixa o prazo, não superior a 180 dias, dentro do qual o estabelecimento termal deve iniciar as obras ou suprir as demais situações em falta.

### **Artigo 25.º (Controlo de qualidade da água)**

1 – As águas minerais naturais utilizadas nos estabelecimentos termais estão sujeitas a controlo laboratorial, através da realização de exames bacteriológicos e físico-químicos, nos termos da Portaria n.º 1220/2000, de 29 de Dezembro, bem como às orientações do programa de controlo da qualidade a estabelecer anualmente pela Direcção-Geral da Saúde.

2 – No início de cada ano civil, no caso de funcionamento permanente, ou antes da abertura de cada época termal, no caso de funcionamento sazonal, o titular do estabelecimento termal deve enviar ao [delegado regional de saúde](#) ou ao seu [adjunto](#) um documento assinado pelo director clínico no qual se comprove que a água se encontra em condições de poder ser utilizada.

3 – A realização dos exames será efectuada em laboratórios acreditados, a solicitação do titular do estabelecimento termal.

4 – A Direcção-Geral da Saúde deverá, no início de cada ano civil, divulgar os critérios a que as análises deverão obedecer, de acordo com o programa de controlo da qualidade estabelecido, bem como indicar os métodos de análise que deverão ser seguidos para que haja absoluta uniformidade nos métodos de análise, quando aplicados por qualquer dos laboratórios citados no número anterior.

5 – Os técnicos encarregados das colheitas devem identificar o tipo de água analisada, especificando o local onde a colheita foi efectuada dentro do estabelecimento termal.

6 – As [autoridades de saúde](#), nos casos de risco para a saúde, designadamente quando se verificar grave poluição química ou bacteriológica da água, promovem a suspensão da actividade nos pontos de utilização onde se verifique, até que volte a estar assegurada a normalidade das características químicas ou bacteriológicas da água.

### **Artigo 26.º (Manual de boas práticas)**

1 – As autoridades competentes para o exercício do controlo oficial deverão promover e apoiar a elaboração de manuais de boas práticas de higiene destinados à utilização pelas entidades do sector como orientação para a observância dos requisitos de higiene e qualidade dos cuidados prestados.

2 – Os manuais deverão ser elaborados pelas associações sectoriais.

3 – Será sempre garantida a audição dos titulares de interesses legítimos que possam ser afectados pela aprovação e cumprimento dos manuais.

4 – Os projectos de manuais de boas práticas serão apresentados à Direcção-Geral da Saúde para efeitos de avaliação pelas entidades que forem designadas por despacho do Ministro da Saúde.

5 – Os manuais de boas práticas que forem considerados conformes com o disposto no presente diploma serão objecto de divulgação junto das empresas do sector e das [autoridades de saúde](#).

### **Artigo 32.º (Procedimento contra-ordenacional e destino das coimas)**

1 – A instrução dos procedimentos contra-ordenacionais compete ao [delegado regional de saúde](#) da área onde se situe o estabelecimento termal.

2 – A aplicação das coimas previstas no artigo anterior e das sanções acessórias estatuídas nos artigos 33.º e 34.º compete ao [director-geral da Saúde](#).

3 – O produto das coimas reverte em 60% para o Estado, em 20% para a Direcção-Geral da Saúde e em 20% para a entidade que instruir o procedimento.

### **Artigo 33.º (Suspensão de licença)**

1 – Sempre que se verifique que as deficiências de funcionamento ou os defeitos do estabelecimento termal produzem risco significativo para a saúde pública, o *delegado regional de saúde* deve instaurar o respectivo procedimento contra-ordenacional e propor ao *diretor-geral da Saúde* a suspensão da licença de funcionamento do estabelecimento termal como sanção acessória.

2 – Quando se verificarem as situações previstas no número anterior, o *delegado regional de saúde* pode impor, simultaneamente, a inibição do funcionamento do estabelecimento termal, devendo informar, de imediato, o *diretor-geral da Saúde*.

3 – A suspensão de licença, aplicada a título de sanção acessória, tem uma duração máxima de dois anos contados da data da decisão condenatória definitiva.

4 – Logo que cessem os motivos que determinaram a suspensão da licença de funcionamento, o titular do estabelecimento termal pode requerer o seu termo ao *diretor-geral da Saúde*, através do *delegado regional de saúde*, o qual pode ser decidido, sob proposta deste, após a realização de vistoria ao estabelecimento termal pelo *delegado concelhio de saúde* competente.

### **Artigo 34.º (Encerramento de estabelecimento)**

1 – Sempre que o funcionamento de um estabelecimento termal decorrer em condições de manifesta degradação qualitativa dos cuidados e dos tratamentos prestados, ou se verificar grave violação das práticas médicas ou regras deontológicas, ou, ainda, se não for respeitado o prazo previsto no n.º 2 do artigo 24.º, o *diretor-geral da Saúde* pode determinar o encerramento do estabelecimento termal, a título de aplicação de sanção acessória, mediante proposta do *delegado regional de saúde*, a quem compete instaurar o respectivo processo contra-ordenacional.

2 – É aplicável às situações previstas no número anterior o disposto no n.º 2 do artigo 33.º.

3 – O encerramento do estabelecimento termal, a título de aplicação de sanção acessória, tem uma duração máxima de dois anos contados da decisão condenatória definitiva.

### **Artigo 37.º (Procedimentos pendentes)**

1 – Os processos que se encontrem pendentes para efeitos de licenciamento ou alterações, transformações ou remodelações dos estabelecimentos termais são avaliados por uma comissão de avaliação e são decididos por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta do *diretor-geral da Saúde*.

2 – A comissão de avaliação é composta por um representante da Direção-Geral da Saúde, da Direção-Geral de Geologia e Energia e pelo *delegado de saúde concelhio* competente.

3 – Compete à comissão de avaliação verificar do cumprimento dos requisitos técnicos dos projectos a licenciar, em função do regime fixado nos diplomas ao abrigo dos quais se formulou o procedimento respectivo, por referência ao estabelecido no presente diploma, especialmente quanto às regras que digam respeito à regular prestação de cuidados de saúde.

4 – No caso de incumprimento destas regras, deverá o requerente ser notificado das medidas necessárias à regularização da situação às exigências previstas neste diploma.

5 – Se a situação não for regularizada em conformidade com as medidas propostas pela comissão de avaliação no prazo de um mês, o pedido formulado é indeferido.

6 – Os processos que se encontrem pendentes para efeitos de atribuição de novas indicações terapêuticas em estabelecimentos já existentes ou a licenciar são objecto de atribuição das indicações requeridas, com carácter provisório, a serem validadas após a entrada em vigor dos critérios dos protocolos de investigação

médico-hidrológica a realizar no presente quadro legal pela comissão de avaliação técnica em prazo a definir por esta.

7 – A atribuição provisória será feita por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta do [diretor-geral da Saúde](#), após parecer da comissão de avaliação técnica.

8 – Para efeitos da atribuição prevista nos n.ºs 6 e 7, deverá a referida comissão verificar previamente se o recurso é considerado como água mineral natural e se existe tradição comprovada da sua utilização para as vocações requeridas, devendo esta verificação ser efectuada por médico com competência reconhecida em hidrologia.

### **Artigo 38.º (Adjuntos)**

As competências atribuídas por este diploma aos [delegados regionais de saúde](#) podem ser delegadas nos seus [adjuntos](#).»

Dando cumprimento ao previsto no Artigo 26.º, a Associação das Termas de Portugal elaborou, em abril de 2009, o “Manual de Boas Práticas dos Estabelecimentos Termais”, o qual está disponível para consulta ou *download* em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-dos-estabelecimentos-termais-pdf.aspx> .

## 17. EVICÇÃO ESCOLAR

O Decreto-Lei n.º 89/77, de 8 de março, permite o afastamento temporário da frequência escolar e demais actividades desenvolvidas nos estabelecimentos de ensino dos alunos, pessoal docente, administrativo e auxiliar quando atingidos por doenças transmissíveis. Este Decreto-Lei foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 229/94, de 13 de setembro. Neles constam várias referências à autoridade de saúde, transcrevendo-se integralmente os Artigos onde tal se verifica:

*«Art. 2.º Compete à [autoridade de saúde concelhia](#) determinar a evicção dos discentes, pessoal docente e não docente dos estabelecimentos de educação e de ensino, em caso de suspeita de estarem atingidos por algumas das doenças referidas no regulamento previsto no artigo anterior.*

*Art. 4.º Os profissionais de saúde estão obrigados a comunicar à [autoridade de saúde concelhia](#) todos os casos de que tenham conhecimento no exercício da sua actividade e que relevem para efeitos de aplicação do presente diploma.*

*Art. 5.º Os médicos que, no exercício da sua profissão, suspeitem ou confirmem a existência entre os discentes, pessoal docente e não docente dos estabelecimentos de educação e de ensino de qualquer das doenças mencionadas no regulamento a que se refere o artigo 1.º devem comunicá-lo, no prazo máximo de quarenta e oito horas, à [autoridade de saúde concelhia](#).*

*Art. 6.º A ocorrência de qualquer outra doença transmissível além das mencionadas nos artigos anteriores pode, eventualmente, determinar o afastamento obrigatório dos atingidos ou dos «contactos», sendo a sua duração fixada pelo médico escolar ou, na sua falta, pela [entidade sanitária](#) local, com base na legislação sanitária em vigor ou em recomendações da Organização Mundial de Saúde.*

*Art. 7.º Os órgãos responsáveis pelos estabelecimentos de ensino sempre que tiverem conhecimento da existência de uma doença infectocontagiosa entre os alunos, pessoal docente, administrativo e auxiliar, devem afastar provisoriamente o portador da doença e comunicar o facto, dentro de vinte e quatro horas, ao médico escolar e à [autoridade sanitária](#) local, a fim de que possam ser tomadas as providências necessárias.»*

O Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 89/77, de 8 de março, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 229/94, de 13 de setembro, reporta para um decreto regulamentar a publicar posteriormente tanto a lista das doenças que poderão levar ao afastamento temporário de alunos, pessoal docente e não docente da frequência escolar e demais actividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e de ensino. Em 27 de janeiro de 1995 veio a ser publicado o Decreto Regulamentar n.º 3/95, do qual constam a lista das doenças que implicam o afastamento da frequência escolar e demais actividades de ensino os discentes, pessoal docente e não docente, bem como a duração desse afastamento.

De acordo com o disposto neste Decreto Regulamentar, as doenças que levam ao afastamento temporário da frequência escolar e demais actividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e de ensino os discentes, pessoal docente e não docente são as seguintes: difteria, escarlatina e outras infecções naso-faríngeas por estreptococo hemolítico do grupo A, febres

tifóide e paratifóide, hepatite A, hepatite B, impétigo, infecções meningocócicas (meningite e sepsis), parotidite epidémica, poliomielite, rubéola, sarampo, tinha, tosse convulsa, tuberculose pulmonar e varicela.

Ainda de acordo com o disposto neste Decreto Regulamentar, são afastados temporariamente da frequência escolar e demais actividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e de ensino os discentes, pessoal docente e não docente nas situações em que coabitem ou tenham contactos com indivíduos atingidos pelas seguintes doenças: difteria, poliomielite, tosse convulsa e infecções meningocócicas (meningite e sepsis).

Este Decreto Regulamentar contém apenas uma referência à autoridade de saúde, na alínea c) do Artigo 3.º, que se transcreve:

*«c) Febre tifóide e paratifóide – o afastamento deve manter-se pelo menos durante quatro semanas após o início da doença e até à apresentação de três análises de fezes negativas, colhidas com um mínimo de vinte e quatro horas de intervalo e não antes de quarenta e oito horas após a interrupção da terapêutica antibiótica; se as análises se mantiverem positivas, o afastamento poderá ser suspenso de acordo com a apresentação de declaração comprovativa da [autoridade de saúde concelhia](#);»*

A Lei n.º 51/2012, de 05 de setembro, aprovou o Estatuto do Aluno e Ética Escolar, que estabelece os direitos e os deveres do aluno dos ensinos básico e secundário e o compromisso dos pais ou encarregados de educação e dos restantes membros da comunidade educativa na sua educação e formação, e revoga a Lei n.º 30/2002, de 20 de dezembro. Nela consta uma referência à autoridade de saúde, no Artigo 16.º, de que se transcreve o essencial:

#### **«Artigo 16.º (Justificação de faltas)**

*1 — São consideradas justificadas as faltas dadas pelos seguintes motivos:*

- a) Doença do aluno, devendo esta ser informada ...*
- b) Isolamento profilático, determinado por doença infetocontagiosa de pessoa que coabite com o aluno, comprovada através de declaração da [autoridade sanitária competente](#); ...»*

Apesar do que diz a legislação em vigor, vem-se constatando que os órgãos de gestão dos estabelecimentos de ensino vêm aceitando atestados ou declarações médicas passados por médicas/os no exercício da sua profissão, como justificação para o afastamento ou para o regresso aos estabelecimentos de ensino dos discentes e do pessoal docente e não docente, não exigindo que tais declarações sejam emitidas pelas autoridades de saúde. Se forem tidos em consideração, pelas/os médicas/os, os prazos previstos na legislação vigente e nas orientações técnicas mais recentes, não parece, *a priori*, que esta aceitação seja problemática, mas há que ter em consideração eventuais implicações jurídico-legais que possam derivar deste incumprimento, digamos assim. Por outro lado, se for exigido o integral respeito pela lei, as autoridades de saúde poderão ter sérias dificuldades em dar resposta atempada a todas as situações, sendo previsível que, em determinados locais ou épocas do ano, tal venha a revelar-se impossível.

## 18. EXPLOSIVOS

O Decreto-Lei n.º 376/84, de 30 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 474/88, de 22 de dezembro, aprovou o Regulamento sobre o Licenciamento dos Estabelecimentos de Fabrico e de Armazenagem de Produtos Explosivos, o Regulamento sobre o Fabrico, Armazenagem, Comércio e Emprego de Produtos Explosivos e o Regulamento sobre Fiscalização de Produtos Explosivos. Nele constam três referências à autoridade de saúde, no seu Artigo 14.º, o qual se transcreve integralmente:

### «Artigo 14.º (Organização do processo de licenciamento)

1 – A câmara municipal do município onde se pretendem efectuar as construções ou as remodelações, depois de recebido o requerimento, acompanhado da documentação referida nos artigos 10.º, 11.º ou 12.º, mandará afixar editais nos lugares habituais, com o anúncio da pretensão.

2 – Dos editais devem constar a natureza do estabelecimento e o local da sua instalação e o convite aos interessados para apresentarem, por escrito, dentro do prazo de 30 dias, quaisquer reclamações contra o requerido, em que se aleguem razões relacionadas com a saúde pública, a segurança individual e da propriedade, o interesse público ou a incomodidade resultante das vizinhanças do estabelecimento.

3 – No prazo de 10 dias, a contar da data da afixação dos editais referidos nos números anteriores, a câmara municipal promoverá a sua publicação, por conta do requerente, no Diário da República, num jornal que se publique no concelho ou, caso este não exista, num dos jornais mais lidos do distrito.

4 – Ao processo constituído pelos documentos mencionados nos números anteriores juntar-se-á uma cópia do edital, uma certidão comprovativa da sua afixação e um exemplar do Diário da República e do jornal onde foi publicado.

5 – As entidades oficiais são também competentes para reclamar, dentro do prazo legal indicado, contra a concessão da licença, sempre que o interesse público o aconselhe.

6 – Quando se tratar de estabelecimentos de fabrico insalubres ou incómodos, será o processo enviado, para informação, ao *delegado*, ou ao *subdelegado, de saúde* respectivo, o qual, depois de cumprida esta formalidade, promoverá a sua devolução à câmara municipal.

7 – Quando se tratar de estabelecimento cuja laboração possa pôr em causa a qualidade do ambiente, será o processo enviado para parecer à Direcção-Geral da Qualidade do Ambiente, que terá um prazo de 30 dias para proceder à sua elaboração e envio.

8 – Terminado o prazo de 30 dias indicado nos editais e caso não haja reclamações, a câmara municipal, uma vez coligidos todos os documentos e numeradas e rubricadas todas as folhas do processo, fará o seu envio à Inspeção dos Explosivos, juntamente com a sua informação, em que se pronunciará sobre as possibilidades de instalação do estabelecimento.

9 – No caso de haver reclamações, a câmara municipal dará conhecimento das mesmas ao requerente, que, no espaço de 15 dias, poderá apresentar a contestação que tiver por conveniente.

10 – Desde que nas reclamações se aleguem inconvenientes quanto à salubridade ou higiene não previstos na organização do processo, ser-lhe-á junto ainda um relatório do *delegado*, ou *subdelegado, de saúde* respectivo, além da informação que, porventura, lhe tenha sido solicitada nos termos do n.º 6 deste artigo.

11 – Terminado o prazo de 15 dias referido no n.º 9 deste artigo e completado o processo com as reclamações eventualmente apresentadas, com o relatório do *delegado*, ou *subdelegado, de saúde* e com a contestação do requerente, a câmara municipal fará o seu envio à Inspeção dos Explosivos, juntamente com a sua informação, em que se pronunciará não só sobre as possibilidades de instalação do



*estabelecimento, mas também sobre o fundamento das reclamações e da contestação apresentadas e sobre os perigos que possa haver para a salubridade pública.»*

Esta legislação está claramente desatualizada. Tanto quanto foi possível apurar, a Inspeção dos Explosivos referida expressamente no ponto 11 do Artigo acima transcrito foi extinta pelo Decreto-Lei n.º 107/92, de 2 de junho, tendo as suas atribuições e competências sido transferidas para a Polícia de Segurança Pública.

Em 2002 foi criada a Comissão de Explosivos, que é um órgão de consulta do Ministro da Administração Interna e do director nacional da Polícia de Segurança Pública em matéria de licenciamento, regulação e fiscalização das actividades de fabrico, armazenagem, comércio e utilização de produtos explosivos. A composição e as competências desta Comissão foram definidas pelo Decreto-Lei n.º 137/2002, de 16 de maio. Ainda em 2002, pelo Decreto-Lei n.º 139/2002, de 17 de maio, foi aprovado um novo Regulamento de Segurança dos Estabelecimentos de Fabrico ou de Armazenagem de Produtos Explosivos.

Em nenhuma desta legislação mais recente está prevista a intervenção das autoridades de saúde, mas parece seguro podermos afirmar que o Decreto-Lei referido no início deste capítulo não foi revogado. Assim sendo, a autoridade de saúde poderá ser chamada a dar o seu contributo, nomeadamente quando perante *“estabelecimentos de fabrico insalubres ou incómodos”* ou reclamações em que *“se aleguem inconvenientes quanto à salubridade ou higiene”*.

## 19. INSTALAÇÕES DESPORTIVAS

O Decreto-Lei n.º 141/2009, de 16 de junho, que estabeleceu o regime jurídico das instalações desportivas de uso público e que foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 110/2012, de 21 de maio, contém uma referência à autoridade de saúde no Artigo 27.º, que se transcreve integralmente:

### «Artigo 27.º (Suspensão das actividades)

1 – Quando ocorram situações excepcionais ou que pela sua gravidade possam pôr em risco a segurança ou a integridade física dos utentes, bem como em caso de acidente ou desrespeito pelas disposições expressas no presente decreto-lei e nas normas complementares, a ASAE pode determinar a suspensão imediata do funcionamento da instalação desportiva, na sua totalidade ou em parte.

2 – No caso de se verificarem situações de grave risco para a saúde pública, as [autoridades de saúde](#) podem determinar a suspensão imediata do funcionamento da instalação desportiva, na sua totalidade ou em parte, nos termos das disposições legais aplicáveis.

3 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, quando ocorram as situações nele previstas, o proprietário ou o responsável pela instalação desportiva deve dar imediato conhecimento à câmara municipal desse facto.

4 – Nos casos previstos no número anterior, pode a câmara municipal, oficiosamente ou na sequência de solicitação do IDP, I. P., determinar a suspensão imediata do funcionamento da instalação e a realização de uma vistoria extraordinária.

5 – A vistoria extraordinária deve ocorrer no prazo máximo de cinco dias após a comunicação da decisão a que se refere o número anterior.»

De referir que este Decreto-Lei é aplicável às piscinas cobertas ou ao ar livre, de configuração e dimensões livres, para usos recreativos, de lazer e de manutenção, às piscinas, ao ar livre ou cobertas, de aprendizagem, desportivas e polivalentes, e às piscinas olímpicas, piscinas para saltos e tanques especiais para actividades subaquáticas. Contudo, os requisitos em matéria de condições técnicas e de segurança destes espaços careciam de regulamentação por portaria, sendo que, tanto quanto foi possível apurar, essa portaria não foi publicada até hoje.

Independentemente disso, a DGS elaborou a Circular Informativa n.º 31/DA, de 20 de agosto de 2009, sobre Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho em Piscinas (13 páginas) e a Circular Normativa n.º 14/DA, de 21 de agosto de 2009, sobre o Programa de Vigilância Sanitária de Piscinas (54 páginas), cuja leitura se recomenda.

## 20. MEDICAMENTOS

O Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabeleceu o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, e que foi várias vezes alterado, contém duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 85.º e 93.º, que se transcrevem integralmente:

### **«Artigo 85.º (Obrigações do importador paralelo)**

1 – *Obtida a autorização, o importador paralelo fica sujeito às obrigações que resultam da lei para o titular de uma autorização de introdução no mercado, em particular nos domínios da comercialização, da farmacovigilância, das alterações da autorização, da publicidade e da recolha, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.*

2 – *O importador paralelo fica obrigado a dispor, em nome próprio ou por contrato com entidades legalmente habilitadas para realizar no território nacional a distribuição por grosso de medicamentos, de instalações adequadas ao tratamento, conservação, gestão e distribuição dos medicamentos objeto de importação paralela.*

3 – *O importador paralelo fica ainda obrigado a dispor, em território nacional, em nome próprio ou por contrato com entidades legalmente habilitadas, de pessoal qualificado, incluindo uma pessoa que assegure, de forma permanente e efetiva, a direção técnica e que responda pela qualidade das atividades desenvolvidas, que se encontra submetido ao regime da distribuição por grosso de medicamentos.*

4 – *O importador paralelo pode designar um representante ou mandatário para os contactos com as autoridades sanitárias e demais autoridades públicas.*

5 – *O importador paralelo conserva à disposição do INFARMED, I.P., e de outras autoridades competentes todos os dados e informações referentes aos lotes concretos de medicamentos importados até ao final do segundo ano após a cessação da autorização de importação paralela e, em todo o caso, pelo menos durante os dois anos posteriores ao termo do prazo de validade de cada lote concreto dos medicamentos objeto de importação paralela.*

6 – *O importador paralelo é solidariamente responsável pelos atos praticados em seu nome ou por sua conta.*

### **Artigo 93.º (Autorização de comercialização de medicamentos sem autorização ou registo válidos em Portugal)**

1 – *O INFARMED, I.P., pode autorizar, por razões fundamentadas de saúde pública, ainda que abrangidas pelo disposto no artigo anterior, a comercialização de medicamentos que não beneficiem de autorização ou registo válidos em Portugal ou que não tenham sido objeto de um pedido de autorização ou registo válido.*

2 – *Antes de conceder a autorização prevista no número anterior, o INFARMED, I.P.:*

a) *Notifica o titular da autorização de introdução no mercado no Estado membro onde o medicamento em questão está autorizado do requerimento apresentado ao abrigo do número anterior, salvo se for o próprio;*

b) *Pode solicitar à autoridade competente do referido Estado membro uma cópia atualizada do relatório de avaliação e da autorização de introdução no mercado em vigor para o medicamento em questão.*

3 – *A concessão ou a revogação de uma autorização ao abrigo do presente artigo é notificada à Comissão Europeia, acompanhada do nome ou firma e domicílio ou sede do titular da autorização.*

4 – *Nos casos previstos nas alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo anterior ou de revogação, a pedido do titular, de uma autorização concedida anteriormente, considera-se preenchida a hipótese prevista na alínea c) do*

*n.º 1 do artigo 107.º e no artigo 110.º, ambos do Código da Propriedade Industrial, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 36/2003, de 5 de março.*

*5 – O titular da autorização concedida ao abrigo do presente artigo assegura o respeito pelo disposto no presente decreto-lei, nomeadamente quanto à publicidade e à farmacovigilância, salvo regulamentação do INFARMED, I.P., adotada para os casos previstos no n.º 1 do artigo anterior ou para a rotulagem e folheto informativo.*

*6 – Sem prejuízo do disposto na lei relativa à responsabilidade civil do produtor, no caso previsto na alínea b) do n.º 1 do artigo anterior, os fabricantes, titulares das autorizações de introdução no mercado ou profissionais de saúde não são responsáveis, civil ou contraordenacionalmente, pela utilização dos medicamentos, quando tal utilização seja recomendada ou exigida pelas autoridades de saúde.*

*7 – O INFARMED, I.P., define os requisitos, prazos e demais elementos a que devem obedecer os pedidos de autorização a que se referem os n.ºs 1 e 2, os documentos com que os mesmos devem ser instruídos, bem como os elementos, documentação e registos que devem ser conservados pelas instituições de saúde e pelos requerentes.*

*8 – O INFARMED, I.P., pode indeferir o pedido sempre que não estiver devidamente demonstrada a segurança, a eficácia ou a qualidade do medicamento, designadamente quanto às condições de aquisição ou de transporte do mesmo.»*

Por ser referido no ponto 6 o Artigo anterior (92.º), transcreve-se o mesmo

#### **«Artigo 92.º (Autorização de utilização especial)**

*1 – O INFARMED pode autorizar a utilização em Portugal de medicamentos não possuidores de qualquer das restantes autorizações previstas no presente decreto-lei, quando se verifique uma das seguintes condições:*

*a) Mediante justificação clínica, sejam considerados imprescindíveis à prevenção, diagnóstico ou tratamento de determinadas patologias;*

*b) Sejam necessários para dar resposta à propagação, actual ou potencial, de agentes patogénicos, toxinas, agentes químicos, ou de radiação nuclear, susceptíveis de causar efeitos nocivos;*

*c) Em casos excepcionais, sejam adquiridos por serviço farmacêutico ou farmácia de oficina e dispensados a um doente específico.*

*2 – O INFARMED aprova, por regulamento, os requisitos, condições e prazos de que depende o pedido de autorização previsto no número anterior.»*

Também nesta matéria o recurso às expressões “autoridades sanitárias” e “autoridades de saúde” parece surgir com outro alcance. É evidente que, para a área do medicamento, a autoridade nacional é o INFARMED, não competindo, de forma nenhuma, às autoridades de saúde envolver-se na importação paralela de medicamentos, por exemplo.

Já no que diz respeito ao previsto no ponto 6 do Artigo 93.º, nomeadamente no que se refere à recomendação pelas autoridades de saúde da utilização de um determinado medicamento e possíveis responsabilidades civis ou contraordenacionais, as coisas poderão não ser assim tão simples. Será que, ao recomendar o uso de um determinado medicamento numa determinada situação clínica, a autoridade de saúde está a transferir para si (ainda que parcialmente) ou para o INFARMED (?) a responsabilidade que caberia ao médico que o vai prescrever?

## 21. ÓBITO

Nos termos do disposto na Lei n.º 141/99, de 28 de agosto, que estabeleceu os princípios em que se baseia a verificação da morte, esta é da competência dos médicos (número 1 do Artigo 3.º), competindo a mesma, e transcreve-se, *“ao médico a quem, no momento, está cometida a responsabilidade pelo doente ou que em primeiro lugar compareça, cabendo-lhe lavrar um registo sumário de que conste: a) A identificação possível da pessoa falecida, indicando se foi feita por conferência de documento de identificação ou informação verbal; b) A identificação do médico pelo nome e pelo número de cédula da Ordem dos Médicos; c) O local, a data e a hora da verificação; d) Informação clínica ou observações eventualmente úteis”* (número 1 do Artigo 4.º).

Aquela Lei diz ainda que *“em estabelecimentos de saúde públicos ou privados o registo da verificação da morte deve ser efectuado no respectivo processo clínico”* e que *“fora dos estabelecimentos de saúde o registo pode ser efectuado em papel timbrado do médico, de instituição ou outro, sendo entregue à família ou à autoridade que compareça no local”* (números 2 e 3 do Artigo 4.º).

Nesta Lei não é feita qualquer referência à autoridade de saúde.

O Decreto-Lei n.º 11/98, de 24 de janeiro, alterado pela Lei n.º 45/2004, de 19 de agosto, estabeleceu o regime jurídico da organização médico-legal, dele constando três referências à autoridade de saúde no Artigo 16.º, que se transcreve integralmente:

### **«Artigo 16.º (Óbito verificado fora de instituições de saúde)**

1 – *Em situações de morte violenta ou de causa ignorada, e quando o óbito for verificado fora de instituições de saúde, deve a autoridade policial:*

- a) *Inspeccionar e preservar o local;*
- b) *Comunicar o facto, no mais curto prazo, à autoridade judiciária competente, relatando-lhe os dados relevantes para averiguação da causa e das circunstâncias da morte que tiver apurado;*
- c) *Providenciar, nos casos de crime doloso ou em que haja suspeita de tal, pela comparência do perito médico da delegação do Instituto ou do gabinete médico-legal que se encontre em serviço de escala para as perícias médico-legais urgentes, o qual procede à verificação do óbito, se nenhum outro médico tiver comparecido previamente, bem assim como ao exame do local, sem prejuízo das competências legais da autoridade policial à qual competir a investigação.*

2 – *Quando haja lugar ao exame do local, nos termos da alínea c) do número anterior, é elaborada informação pelo perito médico, a enviar à autoridade judiciária.*

3 – *No caso das restantes situações de morte violenta ou de causa ignorada e das referidas na alínea c) do n.º 1, que se verifiquem em comarcas não compreendidas na área de actuação das delegações do Instituto ou de gabinetes médico-legais em funcionamento, compete à [autoridade de saúde](#) da área onde tiver sido encontrado o corpo proceder à verificação do óbito, se nenhum outro médico tiver comparecido previamente e, se detectada a presença de vestígios que possam fazer suspeitar de crime doloso, providenciar pela comunicação imediata do facto à autoridade judiciária.*

4 – *O disposto no número anterior aplica-se também perante a manifesta impossibilidade de contactar o perito médico em serviço de escala.*

5 – O transporte do perito médico ou da *autoridade de saúde* ao local é assegurado pela autoridade policial que tiver tomado conta da ocorrência.

6 – Em todas as situações em que não haja certeza do óbito, as autoridades policiais ou os bombeiros devem conduzir as pessoas com a máxima brevidade ao serviço de urgência hospitalar mais próximo.

7 – Na situação referida no n.º 1, compete às autoridades policiais promover a remoção dos cadáveres, consoante o local em que se tiver verificado o óbito, para a casa mortuária do serviço médico-legal da área ou, na sua inexistência, para a do hospital ou do cemitério mais próximos:

a) Após a verificação do óbito e a realização do exame de vestígios nos casos referidos na alínea c) do n.º 1; ou

b) Por determinação da autoridade judiciária competente.

8 – Excepcionalmente, perante a manifesta impossibilidade de contactar o perito médico em serviço de escala, a *autoridade de saúde* ou a autoridade judiciária competente, e existindo substanciais prejuízos decorrentes da permanência do corpo no local, pode a autoridade policial determinar e proceder à sua remoção para os locais referidos no número anterior, observando-se com as necessárias adaptações o disposto no n.º 3 do presente artigo.

9 – Para o efeito do disposto nos dois números anteriores, as autoridades policiais podem requisitar a colaboração dos bombeiros, dos serviços médico-legais, dos serviços de saúde ou de agências funerárias.

10 – Nas situações previstas nos números anteriores em que existam dados identificativos, compete, ainda, às autoridades policiais promover a comunicação do óbito às famílias.

11 – As despesas inerentes às situações previstas nos números anteriores são satisfeitas pelo Cofre Geral dos Tribunais, através da sua delegação junto do tribunal territorialmente competente, e são consideradas custas do processo.

12 – As disposições previstas nos números anteriores aplicam-se, com as devidas adaptações, em todas as situações de morte de pessoas detidas em estabelecimentos prisionais, esquadras ou postos de autoridades policiais ou outras forças de segurança.

13 – Os cadáveres que derem entrada nos serviços médico-legais devem ser sujeitos a um exame pericial do hábito externo, cujo resultado será comunicado por escrito no mais curto prazo à autoridade judiciária competente, tendo em vista o estipulado no n.º 1 do artigo 18.º.»

O Decreto-Lei n.º 131/95, de 6 de junho, múltiplas vezes alterado ao longo dos anos, aprovou o Código do Registo Civil, e nele constam duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 194.º e 195.º, que se transcrevem integralmente:

#### **«Artigo 194.º (Certificado médico)**

1 – A declaração (do óbito) deve ser confirmada pela apresentação do certificado de óbito, passado gratuitamente pelo médico que o houver verificado, em impresso de modelo fornecido pelos competentes serviços de saúde ou, na falta de impressos, em papel comum.

2 – Na falta de apresentação do certificado, compete ao funcionário do registo civil que receber a declaração requisitar à *autoridade sanitária* local a verificação do óbito e a passagem do certificado

#### **Artigo 195.º (Suprimento do certificado de óbito)**

1 – Na impossibilidade absoluta de comparência do médico para verificação do óbito, o certificado pode ser substituído por um auto, lavrado pela competente autoridade administrativa com a intervenção de duas

testemunhas, no qual o autuante declare ter verificado o óbito e a existência ou inexistência de sinais de morte violenta ou de qualquer suspeita de crime.

2 – O auto, feito em duplicado, é lavrado em impresso de modelo fornecido pelos serviços de saúde competentes, devendo um dos exemplares instruir a declaração de óbito e o outro ser remetido pelo autuante ao médico assistente do falecido, se o houver, ou à respectiva [autoridade sanitária](#) para, em face dos elementos que for possível coligir, classificar a doença que deu causa à morte e passar o certificado de óbito.

3 – O certificado é remetido à conservatória que houver lavrado o assento de óbito.»

A Portaria n.º 162-A/2015, de 1 de junho, que estabeleceu as condições de acesso e de exercício da atividade de reconstrução, conservação e preparação de cadáveres (tanatopraxia) contém três referências à autoridade de saúde, nos Artigos 5.º, 14.º e 17.º, que se transcrevem integralmente:

#### **«Artigo 5.º (Requisitos e condições para o exercício da atividade)**

1 – Os profissionais que exercem a atividade de tanatopraxia devem ser detentores de certificado de qualificações obtido através da conclusão com aproveitamento das unidades de formação de curta duração (UFCD) constantes do Catálogo Nacional de Qualificações, integradas nas qualificações da área dos serviços funerários, ou através da certificação das unidades de competência (UC) dos referenciais de reconhecimento, validação e certificação de competências profissionais associados às mesmas qualificações.

2 – O certificado de qualificações referido no número anterior deve ser apresentado à Direção-Geral da Saúde.

3 – Para o exercício da atividade os tanatopratores devem estar registados na Direção-Geral da Saúde.

4 – Para efeito do previsto no número anterior, deve ser dirigido ao [Diretor-Geral da Saúde](#) um requerimento com identificação da entidade responsável pela realização da tanatopraxia, respetiva sede social, número de identificação fiscal ou número de identificação de pessoa coletiva, local de realização da atividade, e pessoa responsável na empresa pela mesma atividade.

#### **Artigo 14.º (Risco para a saúde pública e necessidade de vigilância epidemiológica)**

1 – Os cadáveres que apresentem causa de risco para a saúde pública, designadamente por agente biológico do grupo de risco 4, não podem ser objeto de qualquer atividade de tanatopraxia.

2 – Nas condições previstas no artigo 8.º, n.º 5, do Decreto-Lei n.º 411/98, de 30 de dezembro, com as alterações introduzidas pelos Decretos-Leis n.ºs 5/2000, de 29 de janeiro, 138/2000, de 13 de julho, Lei n.º 30/2006, de 11 de julho, e Decreto-Lei n.º 109/2010, de 14 de outubro, alterado pela Lei n.º 13/2011, de 29 de abril, não pode haver lugar à prática da tanatopraxia.

3 – Sempre que exista doença infecciosa, ou outra circunstância suscetível de transmissão por manipulação de cadáver, o médico que regista o certificado de óbito ou a [autoridade de saúde](#) deverão fazer constar tal informação no certificado de óbito eletrónico ou em documento a definir por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, incluindo -se a mesma informação na guia que é entregue ao agente funerário que efetua o primeiro transporte do cadáver.

#### **Artigo 17.º (Obrigatoriedade de conservação e preparação de cadáver)**

1 – A conservação e preparação de um cadáver são obrigatórias nos seguintes casos:

- a) Transporte internacional de cadáver para país de destino cuja legislação interna o exija;
- b) Sempre que a [autoridade de saúde](#) expressamente o determine.

2 – Excetuam-se do disposto no número anterior os cadáveres que se encontrem encerrados em urna metálica hermeticamente fechada.»

O Despacho n.º 7214/2015, de 1 de julho, aprovou o modelo de notificação previsto no número 3 do Artigo 14.º da Portaria referida anteriormente, nos seguintes termos:

«1 – Até à adaptação da plataforma informática do SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito), a existência de doença infecciosa, ou outra circunstância suscetível de transmissão por manipulação de cadáver, deve ser registada pelo médico que regista o certificado de óbito ou pela [autoridade de saúde](#) de acordo com o modelo anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante.

2 – O modelo de notificação a que se refere o número anterior é anexado à guia de transporte ou ao Boletim de Óbito.»

Do modelo de notificação consta a referência ao facto de o falecido ser “portador de doença infecciosa, ou outra circunstância suscetível de colocar em risco a Saúde Pública por manipulação ou contacto com o cadáver”.

O Regulamento de Deontologia Médica da Ordem dos Médicos publicado no Diário da República – 2.ª Série – N.º 139, de 21 de julho de 2016 (Regulamento n.º 707/2016), dedica o Artigo 96.º à declaração, verificação e certificado de óbito, e contém três referências à autoridade de saúde, transcrevendo-se o mesmo integralmente:

**«Artigo 96.º (Declaração, verificação e certificado de óbito)**

1 – A declaração de óbito deve ser confirmada pelo certificado de óbito, emitido pelo médico que o verifique, em suporte oficialmente aprovado.

2 – No certificado de óbito de pessoa a quem o médico tenha prestado assistência, este deve indicar a doença causadora da morte, se dela tiver conhecimento. Para este efeito, considerar-se-á como assistente o médico que tenha preceituado ou dirigido o tratamento da doença até à morte, ou que tenha visitado ou dado consulta extra-hospitalar ao doente dentro da semana que tiver precedido o óbito. Exclui-se desta obrigação o médico que tenha prestado assistência trabalhando em instituições oficiais de saúde, as quais devem fornecer ao médico assistente ou à [autoridade de saúde](#) as informações necessárias.

3 – Havendo indícios de morte violenta ou se o médico ignorar a causa da morte, este deve comunicar imediatamente o fato às autoridades competentes, a fim de estas promoverem as diligências necessárias à averiguação da causa da morte e das circunstâncias em que esta tenha ocorrido.

4 – O médico deve participar à autoridade competente todos os casos de falecimento do indivíduo a quem não tenha prestado assistência médica nos termos do n.º 2 e cujo óbito tenha verificado.

5 – O médico deve participar à [autoridade de saúde](#) local os casos de óbito por doenças contagiosas consideradas graves ou de fácil difusão.

6 – O médico deve indicar no certificado de óbito a necessidade de inumação fora do prazo legal, nomeadamente de inumação urgente, em caso de epidemia ou doença contagiosa que assim o exija, ou de qualquer outra circunstância que interesse à saúde pública, devendo preceituar, em caso de ausência da respetiva [autoridade de saúde](#), as condições de isolamento, transporte e inumação do cadáver.»



Perante tantas referências à verificação e à certificação do óbito, por vezes algo contraditórias, não surpreende que esta questão continue a suscitar dúvidas e a originar algumas confusões. Em muitos locais as autoridades de saúde continuam a ser confrontadas com pedidos de verificação de óbito em situações não contempladas na legislação em vigor, nomeadamente por ausência de alternativa. Muitas verificações de óbito por causas naturais, que não suscitam grandes dúvidas, continuam a ser feitas por autoridades de saúde, a coberto do “regime de disponibilidade permanente”, sem qualquer justificação técnica e/ou científica. Por outro lado, alguns casos de morte violenta continuam a não ser tratados convenientemente (de acordo com as disposições previstas na legislação aplicável), alegadamente por insuficiências a outros níveis, nomeadamente no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P..

Existem vários pareceres técnicos e jurídicos sobre esta matéria, mas dificilmente teremos respostas adequadas para todas as situações, pelo que, muito provavelmente, as autoridades de saúde continuarão a ser confrontadas, com mais frequência do que seria desejável, com pedidos de verificações de óbito que não deveriam ser feitas por elas.

## 22. PEDREIRAS

O Decreto-Lei n.º 270/2001, de 6 de outubro, que aprovou o regime jurídico da pesquisa e exploração de massas minerais (pedreiras), foi alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 112/2003, de 4 de junho, e 317/2003, de 20 de dezembro, e novamente alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 340/2007, de 12 de outubro. Nele consta uma referência à autoridade de saúde, no seu Artigo 65.º, o qual se transcreve integralmente:

### **«Artigo 65.º (Medidas cautelares)**

1 – Quando em pedreira não licenciada se verificar uma situação de perigo iminente ou de perigo grave para a segurança, saúde ou ambiente, a câmara municipal, as autoridades de saúde, as autoridades policiais e, bem assim, as entidades competentes para a aprovação do plano de pedreira, a ASAE e a IGAOT podem determinar as providências que em cada caso se justifiquem para prevenir ou eliminar tal situação.

2 – O disposto no número anterior é aplicável às pedreiras licenciadas, incumbindo a imposição de medidas cautelares à entidade licenciadora, por iniciativa própria ou a pedido das entidades competentes pela aprovação do plano de pedreira e das entidades fiscalizadoras, com exceção das ações da ASAE e da IGAOT, no âmbito das respectivas competências.

3 – As medidas referidas nos números anteriores podem consistir, no respeito dos princípios gerais, na suspensão da laboração, no encerramento preventivo da exploração ou de parte dela, ou na apreensão de equipamento, no todo ou parte, mediante selagem, por determinado período de tempo.

4 – Quando se verificar obstrução à execução das providências previstas neste artigo, poderá igualmente ser solicitada à entidade licenciadora a notificação dos distribuidores de energia eléctrica para interromperem o fornecimento desta, nos termos da legislação aplicável.

5 – Para efeitos da alínea a) do n.º 1 do artigo 103.º do Código do Procedimento Administrativo, as medidas a adoptar ao abrigo do n.º 2 deste artigo presumem -se decisões urgentes, embora a entidade competente para a sua aplicação deva proceder, sempre que possível, à audiência do interessado, concedendo -lhe prazo não inferior a três dias para se pronunciar.

6 – As autoridades policiais prestarão prontamente todo o auxílio que lhes for reclamado pelas autoridades referidas no n.º 1 com vista a evitar ou a afastar o perigo ou a ser dado cumprimento às suas prescrições.

7 – A cessação das medidas cautelares será determinada, a requerimento do interessado, após vistoria à exploração em que se demonstre terem cessado as circunstâncias que lhe deram causa.

8 – A adopção de medidas cautelares ao abrigo do presente artigo, bem como a sua cessação, são comunicadas, de imediato, à entidade licenciadora da pedreira em causa, assim como às entidades competentes para aprovação do plano de pedreira.

9 – A entidade competente para a aplicação da coima relativamente às infracções ambientais previstas nos n.ºs 5 a 7 do artigo 59.º pode ainda proceder às apreensões cautelares que se mostrem adequadas, nos termos do disposto no artigo 42.º da Lei n.º 50/2006, de 29 de Agosto.»

## 23. PENSÕES DE SANGUE

O Decreto-Lei n.º 466/99, de 06 de novembro, aprovou o regime jurídico das pensões de preço de sangue e por serviços excepcionais e relevantes prestados ao País. Este Decreto-Lei sofreu uma pequena alteração, introduzida pelo Decreto-Lei n.º 161/2001, de 22 de maio.

Neste diploma legal surgem duas referências à autoridade de saúde, transcrevendo-se integralmente os artigos onde as mesmas surgem:

### **«Artigo 21.º (Instrução dos processos)**

1 – Recebida a petição e demais documentos no estado-maior respectivo, será aí organizado o processo e remetido seguidamente, com indicação das remunerações do falecido, devidamente discriminadas, e das disposições legais permissivas do seu abono, à Caixa Geral de Aposentações.

2 – Sempre que se trate de pensão requerida por falecimento ou por desaparecimento de indivíduos abrangidos pelas alíneas a) e b) do n.º 1 e pelo n.º 2 do artigo 2.º, os respectivos processos deverão incluir obrigatoriamente um auto de averiguações sobre a ocorrência, cuja instrução se regulará pelas normas militares.

3 – O auto referido no número anterior será submetido a despacho do Ministro da Defesa Nacional para, em primeira instância, decidir se o acidente, doença ou desaparecimento ocorreu em alguma das condições previstas nas alíneas a) ou b) do n.º 1 ou no n.º 2 do artigo 2.º, ouvidos, quando a morte seja atribuída a doença adquirida ou agravada em ocasião de serviço e em consequência do mesmo, os serviços de saúde para determinação da sua causa.

4 – Nos casos de dúvida, poderá o Ministro da Defesa Nacional mandar completar a matéria dos autos ou determinar quaisquer outras diligências julgadas necessárias ao apuramento da causa da morte ou das circunstâncias em que ocorreu o desaparecimento.

5 – Quando a vítima não pertencer às Forças Armadas ou o acidente não ocorrer ao serviço destas ou em colaboração com estas, as referências feitas nos números anteriores a estado-maior, Ministro da Defesa Nacional e serviços de saúde consideram-se feitas em relação ao ministério e ministro competentes, em função do seu vínculo funcional, e **delegado de saúde**, respectivamente.

6 – Nos casos referidos no número anterior em que a vítima não possua vínculo funcional ao Estado, as referências aí feitas ao ministério e ministro competentes consideram-se feitas em relação ao Ministério e ao Ministro das Finanças.

### **Artigo 22.º (Resolução final)**

1 – Recebido o processo e concluída a sua instrução, a Caixa Geral de Aposentações, se julgar verificadas as condições necessárias, proferirá resolução final sobre o direito à pensão e sobre o montante desta.

2 – A resolução final referida no número anterior só será proferida depois de ouvida a junta médica da Caixa Geral de Aposentações sobre a causa determinante da morte ou da incapacidade e sobre a sua conexão com o facto que origina o direito à pensão.

3 – Em caso de divergência entre os serviços de saúde militares, ou o **delegado de saúde**, e a junta médica da Caixa Geral de Aposentações sobre a causa determinante da morte ou da incapacidade e sobre a sua conexão com o facto que origina o direito à pensão, haverá lugar a uma nova junta médica de revisão, nos termos dos n.ºs 4 e 5 do artigo 119.º do Estatuto da Aposentação, ou a uma junta médica de revisão, nos termos do artigo 95.º do mesmo diploma, consoante se trate de militar ou civil.»

É difícil perceber qual é o papel que está reservado à autoridade de saúde nestes processos. Por um lado, parece poder depreender-se que a autoridade de saúde pode substituir os “serviços de saúde” (n.º 5 do Artigo 21.º), não se percebendo nem como nem porquê. Por outro lado, parece poder existir uma divergência entre a autoridade de saúde e a junta médica da Caixa Geral de Aposentações (número 3 do Artigo 22.º), não se vislumbrando como é que tal possa ocorrer.

Ao referir-se ao “delegado de saúde” o legislador poderia querer referir-se às Juntas Médicas de Avaliação de Incapacidade, que tinham sido constituídas na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro (ver **ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO**). Partindo desse pressuposto, é certo de que poderão existir eventuais divergências entre um grau ou valor de incapacidade atribuído pela Caixa Geral de Aposentações e um outro atribuído por uma Junta Médica de Avaliação de Incapacidade, e, assim sendo, seria importante definir as regras para a resolução desse problema. Mas não parecem existir quaisquer dúvidas quanto ao facto da “junta médica de revisão” prevista no número 3 do Artigo 22.º ser da responsabilidade da Caixa Geral de Aposentações.

## 24. PORTOS

O Decreto-Lei n.º 226/2006, de 15 de novembro, aprovou as normas de enquadramento do Regulamento n.º 725/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, relativo ao reforço da proteção dos navios e das instalações portuárias, e transpôs para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/65/CE (EUR-Lex), do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de outubro, relativa ao reforço da segurança nos portos. Nele constam duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 4.º e 9.º, os quais se transcrevem integralmente:

### **«Artigo 4.º (Competências em matéria de proteção do transporte marítimo e dos portos)**

*São competentes em matéria de proteção do transporte marítimo e dos portos, no âmbito do presente decreto-lei:*

- a) O Instituto Portuário e dos Transportes Marítimos (IPTM), como autoridade competente para a proteção do transporte marítimo e dos portos, ponto de contacto para a proteção do transporte marítimo e ponto de contacto para a proteção dos portos;*
- b) A Autoridade Marítima Nacional (AMN), enquanto cúpula hierárquica da Direcção-Geral da Autoridade Marítima (DGAM), e as capitánias dos portos como órgãos locais desta, designadamente nas matérias relativas à segurança interna e, igualmente, nas matérias de proteção, de harmonia com o disposto no Decreto-Lei n.º 44/2002, de 2 de Março, nos termos previstos no plano de proteção do porto;*
- c) As administrações portuárias (AP), como autoridades portuárias, de harmonia com o previsto no Decreto-Lei n.º 46/2002, de 2 de Março, e como APP, nos termos previstos no plano de proteção do porto;*
- d) A Polícia Judiciária (PJ), em matéria de prevenção e investigação criminal;*
- e) O Serviço de Informações de Segurança (SIS), no âmbito do Sistema de Informações da República Portuguesa, em matéria de produção de informações destinadas a garantir a segurança interna e necessárias para prevenir a sabotagem, o terrorismo, a espionagem e a prática de atos que, pela sua natureza, possam alterar ou destruir o Estado de direito constitucionalmente estabelecido;*
- f) A Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo (DGAIEC), no âmbito do controlo de mercadorias e bens pessoais, bem como em matéria de investigação criminal;*
- g) O Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), na vigilância e fiscalização da circulação de pessoas nos postos de fronteira, podendo impedir o desembarque de passageiros e tripulantes de embarcações quando os mesmos não satisfaçam os requisitos legais exigíveis para o efeito;*
- h) A [Autoridade Nacional de Saúde \(ANS\)](#), em matéria de riscos para a saúde pública;*
- i) A Polícia de Segurança Pública (PSP), no exercício das suas competências territoriais, especialmente no âmbito da prevenção, investigação e repressão da criminalidade e das competências que lhe estão exclusivamente atribuídas;*
- j) A Guarda Nacional Republicana (GNR), no âmbito das suas competências em razão da matéria e do território.*

### **Artigo 9.º (Comissão consultiva de proteção do porto)**

*1 – Em cada porto é constituída uma CCPP, com a seguinte composição:*

- a) O presidente do conselho de administração do IPTM ou o presidente da respetiva administração portuária, consoante se trate, respetivamente, de um porto secundário ou de um porto principal, que preside;*
- b) O capitão do porto;*
- c) O OPP;*

- d) Um representante da PJ;
  - e) Um representante da DGAIEC;
  - f) Um representante do SEF;
  - g) Um representante da *autoridade de saúde concelhia ou regional*, quando houver mais de um município envolvido;
  - h) Um representante da GNR – Brigada Fiscal;
  - i) Um representante da PSP e ou da GNR, em função das matérias e das competências referidas nos termos das alíneas i) e j) do artigo 4.º;
  - j) Um representante municipal ou distrital da proteção civil, quando houver mais de um município envolvido.
- 2 – Os representantes deverão ser preferencialmente designados de entre os membros das estruturas locais de cada entidade, de modo a permitir uma melhor operacionalidade da comissão.
- 3 – À CCPP compete, designadamente:
- a) Elaborar o regulamento de funcionamento interno;
  - b) Aferir procedimentos e formatos de cooperação entre as várias entidades envolvidas;
  - c) Efetuar sugestões e recomendações à ACPTMP, no âmbito da proteção do transporte marítimo, das instalações portuárias e dos portos;
  - d) Apreciar os PPP, bem como as suas alterações, sob parecer vinculativo do capitão do porto.
- 4 – Por proposta de qualquer membro da CCPP, podem participar nas reuniões de trabalho outras entidades, públicas ou privadas.
- 5 – De todas as reuniões de cada CCPP serão remetidas atas à ACPTMP.
- 6 – A APP presta o apoio técnico e administrativo necessário ao funcionamento do CCPTMP.»

O Decreto-Lei n.º 370/2007, de 6 de novembro, regula os atos e procedimentos aplicáveis ao acesso e saída de navios e embarcações de portos nacionais. Nele constam duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 4.º e 6.º, os quais se transcrevem integralmente:

#### **«Artigo 4.º (Despacho de largada)**

- 1 – O despacho de largada é o documento que atesta que um navio que larga de um porto nacional preenche todos os requisitos determinados no presente decreto-lei, no respeitante a segurança, pessoas e bens embarcados, e que cumpriu todas as formalidades necessárias e obrigações pecuniárias no espaço nacional.
- 2 – O despacho de largada é emitido pela capitania do porto e encontra -se inserido nas funcionalidades da «janela única portuária».
- 3 – A documentação necessária para a emissão do despacho de largada é fornecida à Autoridade Marítima pelas *autoridades* portuária, aduaneira, *sanitária* e de estrangeiros e fronteiras, através da «janela única portuária».
- 4 – Nenhum navio ou embarcação pode largar do porto sem que tenha sido emitido o respetivo despacho de largada, salvo nas situações em que esteja isento.
- 5 – São vedadas quaisquer movimentações de carga ou de saída e entrada de pessoas a bordo a partir da notificação do despacho de largada ao comandante do navio.

#### **Artigo 6.º (Procedimentos)**

- 1 – O pedido de emissão do despacho de largada é formalizado pelo aviso de saída, quando este formulário estiver disponível.

2 – O aviso de saída é o formulário no qual o navio ou o seu legal representante solicita autorização à Autoridade Marítima e às autoridades, aduaneira, sanitária e de estrangeiros e fronteiras para largar do porto, fornecendo, para o efeito, a informação necessária, incluindo a *estimated time of departure (ETD)*, bem como declaração que atesta a conformidade do navio, da tripulação, dos passageiros e da sua carga nos moldes referidos.

3 – O pedido de emissão do despacho de largada pode ser ainda formalizado na capitania do porto com entrega de documentos que traduzem as autorizações mencionadas no número anterior, ou receção daquelas diretamente na capitania do porto, bem como a referida declaração.

4 – Nos casos em que ocorram visitas a navios ou embarcações, nos termos e condições estabelecidos no presente decreto-lei, o despacho de largada, quando aplicável, é emitido após conferência da documentação entregue pelos agentes ou legais representantes do navio, ou que seja remetido oficiosamente à Autoridade Marítima por uma autoridade pública, e após verificação que a documentação de bordo observa todos os requisitos legais.

5 – Verificadas as condições exigidas, a Autoridade Marítima emite o despacho de largada e entrega-o ao comandante do navio ou ao seu legal representante, remetendo cópia às autoridades mencionadas no n.º 2, utilizando a «janela única portuária», quando disponível.

6 – Nos casos em que não tenha ocorrido visita de entrada, o despacho de largada é emitido através de autorização de saída concedida no respetivo aviso de saída, quando este estiver disponível, ou comunicada ao agente ou comandante do navio, desde que cumpridas as formalidades das restantes autoridades referidas no n.º 2 e não subsistam dúvidas em sede da Autoridade Marítima.»

A Portaria n.º 14/2017, de 10 de janeiro, estabelece o procedimento de emissão, disponibilização e cobrança voluntária da Fatura Única Portuária por Escala de Navio. Nela constam duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 2.º e 6.º, os quais se transcrevem integralmente:

#### **«Artigo 2.º (Conteúdo da FUP)**

1 – A FUP é emitida pela autoridade portuária e, além da sua própria faturação, agrega a faturação ou liquidação registadas na Janela Única Portuária (JUP) pelas autoridades marítima, de saúde, tributária e aduaneira e de estrangeiros e fronteiras, as quais intervêm no despacho de largada, para cada escala de navio.

2 – A FUP agrupa, por autoridade, o conjunto das linhas de faturação ou liquidação dessa entidade e apresenta o respetivo subtotal, devendo cada linha incluir uma breve descrição bilingue (português e inglês), que permita ao armador ou seu representante legal uma fácil identificação da rubrica do respetivo tarifário.

3 – O valor total da FUP corresponde ao somatório dos subtotais constantes da mesma.

#### **Artigo 6.º (Confidencialidade)**

As autoridades portuária, marítima, de saúde, tributária e aduaneira e de estrangeiros e fronteiras estão, no âmbito do procedimento regulamentado pela presente portaria, vinculadas a cumprir com todas as disposições legais e regulamentares em matéria de proteção de dados, estando ainda obrigadas a guardar sigilo sobre qualquer informação a que tenham acesso na execução deste.»

Estes diplomas legais são particularmente relevantes para as autoridades de saúde que exercem a sua atividade nas áreas abrangidas pelos portos onde se aplicam as regras previstas no RSI

(ver **REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL**) e que são os seguintes: Aveiro, Figueira da Foz, Funchal, Leixões, Lisboa, Ponta Delgada, Portimão, Setúbal, Sines e Viana do Castelo.



## 25. PROTEÇÃO CIVIL

A Lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprovou a Lei de Bases da Protecção Civil, foi alterada pela Lei Orgânica n.º 1/2011, de 30 de novembro, e mais uma vez alterada e republicada pela Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto. Nela constam duas referências à autoridade de saúde, no seu Artigo 41.º, o qual se transcreve integralmente:

### **«Artigo 41.º (Composição das comissões municipais)**

*Integram a comissão municipal de protecção civil:*

- a) O presidente da câmara municipal, como autoridade municipal de protecção civil, que preside;*
- b) O coordenador municipal de protecção civil;*
- c) Um elemento do comando de cada corpo de bombeiros existente no município;*
- d) Um elemento de cada uma das forças de segurança presentes no município;*
- e) Os capitães dos portos que dirigem as capitánias existentes no distrito;*
- f) A [autoridade de saúde do município](#);*
- g) O dirigente máximo da unidade local de saúde ou o diretor executivo do agrupamento de centros de saúde da área de influência do município e o diretor do hospital da área de influência do município, designado pelo [diretor-geral da Saúde](#);*
- h) Um representante dos serviços de segurança social;*
- i) Um representante das juntas de freguesia a designar pela assembleia municipal;*
- j) Representantes de outras entidades e serviços, implantados no município, cujas atividades e áreas funcionais possam, de acordo com os riscos existentes e as características da região, contribuir para as ações de protecção civil.»*

A Lei n.º 65/2007, de 12 de novembro, alterada pelo Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de novembro, definiu o enquadramento institucional e operacional da protecção civil no âmbito municipal, estabeleceu a organização dos serviços municipais de protecção civil e determinou as competências do comandante operacional municipal. Nela constam duas referências à autoridade de saúde, no seu Artigo 3.º, o qual se transcreve integralmente:

### **«Artigo 3.º (Comissão municipal de protecção civil)**

*1 – Em cada município existe uma comissão municipal de protecção civil (CMPC), organismo que assegura que todas as entidades e instituições de âmbito municipal imprescindíveis às operações de protecção e socorro, emergência e assistência previsíveis ou decorrentes de acidente grave ou catástrofe se articulam entre si, garantindo os meios considerados adequados à gestão da ocorrência em cada caso concreto.*

*2 – Integram a comissão municipal de protecção civil:*

- a) O presidente da câmara municipal, que preside;*
- b) O comandante operacional municipal;*
- c) Um elemento do comando de cada corpo de bombeiros existente no município;*
- d) Um elemento de cada uma das forças de segurança presentes no município;*
- e) A [autoridade de saúde do município](#);*
- f) O dirigente máximo da unidade de saúde local ou o director do centro de saúde e o director do hospital da área de influência do município, designados pelo [diretor-geral da Saúde](#);*
- g) Um representante dos serviços de segurança social e solidariedade;*

*h) Os representantes de outras entidades e serviços implantados no município, cujas actividades e áreas funcionais possam, de acordo com os riscos existentes e as características da região, contribuir para as acções de protecção civil.»*

A propósito do envolvimento das autoridades de saúde nas questões relacionadas com a protecção civil, o Grupo Técnico de Protecção Civil do Departamento de Saúde Pública da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. elaborou, em Dezembro de 2011, o documento “Protecção Civil e Autoridade de Saúde: estrutura, articulação e atribuições”, que está disponível para consulta ou download em [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/233/Prote o Civil e Autoridade de Sa de.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/233/Prote_o_Civil_e_Autoridade_de_Sa_de.pdf).

## 26. QUALIDADE DO AR

O Decreto-Lei n.º 102/2010, de 23 de setembro, do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território, estabelece o regime da avaliação e gestão da qualidade do ar ambiente, transpondo a Diretiva n.º 2008/50/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de Maio, e a Diretiva n.º 2004/107/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Dezembro. Este Decreto-Lei foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 47/2017, de 10 de maio.

Neste Decreto-Lei constam duas referências à autoridade de saúde.

Na alínea d) do número 4 do Artigo 3.º, relativo às entidades competentes, pode ler-se que compete às comissões de coordenação e desenvolvimento regional (CCDR), na área da respetiva competência territorial (entre outras atribuições) *“garantir a comunicação das excedências aos limiares de informação e alerta às autarquias locais, às autoridades de saúde e ao público, designadamente através dos órgãos de comunicação social nacionais, regionais e locais”*.

No número 1 do Artigo 23.º, relativo às medidas aplicáveis em caso de excedência dos limiares de alerta e de informação, pode ler-se que *“sempre que os limiares de alerta e de informação sejam excedidos, as CCDR devem, de imediato informar as autarquias locais e as autoridades de saúde”*.

## 27. RADIAÇÕES

O Decreto-Lei n.º 167/2002, de 18 de julho, estabeleceu o regime jurídico relativo ao licenciamento e ao funcionamento das entidades que desenvolvem actividades nas áreas de protecção radiológica e transpôs para a ordem jurídica interna disposições relativas às matérias de dosimetria e formação, da Directiva n.º 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de Maio de 1996, que fixa as normas de base de segurança relativas à protecção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes. Este Decreto-Lei foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 215/2008, de 10 de Novembro, e voltou a ser alterado pelo Decreto-Lei n.º 184/2015, de 31 de Agosto, que o republicou. Nele consta uma referência à autoridade de saúde, no Artigo 5.º, que se transcreve:

### «Artigo 5.º (Licenciamento)

*1 – No caso das entidades referidas nos n.ºs 1 e 3 do artigo anterior, o pedido de licenciamento deve ser dirigido à Direcção-Geral da Saúde, através de requerimento, do qual devem constar os seguintes elementos:*

- a) Declaração do nome ou denominação social e endereço da sede social;*
- b) Indicação das actividades a desenvolver;*
- c) Indicação de acreditação anterior, se for o caso;*
- d) Indicação das actividades desenvolvidas anteriormente, se for o caso;*
- e) Indicação das instalações e equipamentos e outro material de que dispõe para desenvolver as sua actividades;*
- f) Lista do pessoal técnico: categoria e qualificação profissional;*
- g) Organização do pessoal e normas de funcionamento;*
- h) Indicação dos procedimentos para garantir a protecção radiológica dos trabalhadores expostos, em razão das tarefas a desempenhar;*
- i) Indicação dos honorários previstos para os estudos a efectuar;*
- j) Declaração de que se compromete a respeitar as disposições do presente decreto-lei.*

*2 – A licença de funcionamento é concedida pela Direcção-Geral da Saúde, após o parecer técnico do Instituto Tecnológico e Nuclear, a declaração de acreditação do Instituto Português da Qualidade e o parecer do Instituto do Emprego e Formação Profissional, quando for o caso.*

*3 – Os pareceres técnicos referidos no número anterior são vinculativos.*

*4 – Em caso de discordância entre a entidade licenciadora e as entidades emissoras de parecer, poderá haver lugar a segunda opinião de entidade nacional ou internacional competente, a qual será vinculativa se for homologada pelo [diretor-geral da Saúde](#).»*

O Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto, estabeleceu as regras relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes de radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas e transpôs para o ordenamento jurídico interno a Directiva n.º 97/43/EURATOM, do Conselho, de 30 de Junho, que aproxima as disposições dos Estados-Membros sobre a matéria. A este Decreto-Lei foi aditado o Artigo 34º-A pelo Decreto-Lei n.º 215/2008, de 10 de Novembro. Nele constam duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 33.º e 95.º, sendo que este último reporta ao Artigo 90.º. Transcrevem-se integralmente estes três artigos:

### **«Artigo 33.º (Licenciamento da instalação)**

*O funcionamento de uma instalação radiológica depende da obtenção de uma licença, a conceder pelo [diretor-geral da Saúde](#), que fixa as valências que o seu titular fica autorizado a desenvolver.*

### **Artigo 90.º (Fiscalização)**

*1 – Sem prejuízo das atribuições e competências legalmente atribuídas a outras entidades, compete às administrações regionais de saúde (ARS) fiscalizar a observância das disposições estabelecidas no presente diploma.*

*2 – A fiscalização a que se refere o número anterior pode ser efectuada por comissões de verificação técnica, que funcionam junto de cada ARS, nomeadas por despacho do Ministro da Saúde.*

*3 – As comissões referidas no número anterior podem ser assessoradas por outros elementos técnicos sempre que a especificidade ou complexidade da matéria em apreço o torne necessário.*

*4 – A assessoria referida no número anterior não exclui a consulta à Comissão Técnica Nacional estabelecida no Decreto-Lei 492/99, de 17 de Novembro, alterado pelo Decreto-Lei 240/2000, de 26 de Setembro.*

### **Artigo 95.º (Suspensão de actividade da instalação)**

*1 – Se da fiscalização efectuada nos termos do artigo 90.º resultar a constatação de que as especificações fixadas no processo de licenciamento não estão a ser cumpridas ou que não estão a ser aplicadas as normas que regulam o exercício, o titular deverá ser notificado.*

*2 – O titular da instalação deverá promover, no prazo máximo de 30 dias a contar da data da respectiva notificação, todas as medidas consideradas necessárias pela respectiva ARS, nos termos do artigo 90.º, sob pena de ser suspensa a licença de funcionamento.*

*3 – O prazo estabelecido no número anterior poderá ser prorrogado, sempre que as condições particulares da situação o aconselhem.*

*4 – A suspensão da licença de funcionamento é determinada pelo [diretor-geral da Saúde](#) independentemente da aplicação das coimas a que houver lugar.*

*5 – A suspensão determinada nos termos do número anterior manter-se-á até serem cumpridas as especificações técnicas referidas no n.º 1.*

*6 – O prazo máximo para o cumprimento do disposto no número anterior é de dois anos, nos termos da legislação em vigor.»*

O Decreto-Lei n.º 222/2008, de 17 de novembro, transpôs parcialmente para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de maio, que fixa as normas de segurança de base relativas à protecção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes. Nele consta uma referência à autoridade de saúde, no Artigo 18.º, que se transcreve integralmente:

### **«Artigo 18.º (Fiscalização)**

*1 — Nos termos do artigo 90.º do Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de Agosto, compete à administração regional de saúde territorialmente competente proceder à fiscalização do cumprimento do disposto no presente decreto-lei em instalações que prossigam práticas médicas.*

2 — Nos termos do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 165/2002, de 17 de Julho, compete ao Instituto Tecnológico e Nuclear proceder à fiscalização do cumprimento do disposto no presente decreto-lei em instalações que prossigam práticas com fins de investigação e ensino.

3 — Nos termos do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 165/2002, de 17 de Julho, compete às direcções regionais de economia proceder à fiscalização do cumprimento do disposto no presente decreto-lei em instalações que prossigam práticas para fins industriais.

4 — Sem prejuízo das competências previstas no Decreto-Lei n.º 165/2002, de 17 de Julho, compete às autoridades de saúde zelar para que sejam cumpridas as disposições relativas à exposição de membros do público.»

As possíveis intervenções das autoridades de saúde deverão pautar-se, inevitavelmente, pelo respeito pela vasta legislação existente sobre este assunto, sendo claro que é à DGS que cabe a maioria das responsabilidades nesta matéria, no que ao Ministério da Saúde diz respeito.

## 28. RECINTOS DE ESPETÁCULOS E DIVERTIMENTOS PÚBLICOS

O Decreto-Lei n.º 309/2002, de 16 de Dezembro, regula a instalação e o financiamento de recintos de espectáculos, no âmbito das competências das câmaras municipais. Este Decreto-Lei foi alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 268/2009, de 29 de Setembro. Nele consta uma referência à autoridade de saúde, no Artigo 11.º, que se transcreve integralmente:

### «Artigo 11.º (Vistoria)

1 – Para os efeitos da emissão da licença de utilização, a vistoria deve realizar-se no prazo de 30 dias a contar da data da apresentação do requerimento previsto no n.º 5 do artigo 10.º e, sempre que possível, em data a acordar com o interessado.

2 – A vistoria é efectuada por uma comissão composta por:

a) Dois técnicos a designar pela câmara municipal, tendo, pelo menos um deles, formação e habilitação legal para assinar projectos previstos no Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de Dezembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 177/2001, de 4 de Junho;

b) Um representante do Serviço Nacional de Bombeiros, a convocar pela câmara municipal com a antecedência mínima de oito dias;

c) Um representante da [autoridade de saúde](#) competente, a convocar nos termos da alínea anterior, sempre que se considere relevante a avaliação das condições sanitárias do recinto, designadamente em situações de risco para a saúde pública.

3 – A ausência de qualquer dos membros referidos no número anterior não é impeditiva da realização da vistoria, ficando a emissão da licença de utilização condicionada à apresentação de parecer pela entidade não representada, no prazo de cinco dias, valendo o seu silêncio como concordância.

4 – A comissão referida no n.º 2, depois de proceder à vistoria, elabora o respectivo auto, do qual devem constar o nome do responsável pelas condições gerais e de segurança do recinto, a lotação para cada uma das actividades a que este se destina e, quando se trate de salas de jogos, o número máximo de unidades de diversão ou aparelhos de jogo a instalar.

5 – Quando o auto de vistoria conclua em sentido desfavorável ou quando seja desfavorável o voto fundamentado de um dos elementos referidos no n.º 2, não pode ser emitida a licença de utilização enquanto não forem removidas as causas que justificaram tal sentido desfavorável.»

Registe-se que a participação da autoridade de saúde na vistoria prevista neste artigo não assume um carácter de obrigatoriedade em todas as situações, verificando-se, apenas, quando “se considere relevante a avaliação das condições sanitárias do recinto, designadamente em situações de risco para a saúde pública” (alínea c) do número 2).

## 29. RECINTOS ITINERANTES E IMPROVISADOS

O Decreto-Lei n.º 268/2009, de 29 de setembro, estabeleceu o regime do licenciamento dos recintos itinerantes e improvisados, bem como as normas técnicas e de segurança aplicáveis à instalação e funcionamento dos equipamentos de diversão instalados nesses recintos.

Para efeitos do disposto neste Decreto-Lei, consideram-se recintos itinerantes os que possuem área delimitada, coberta ou não, onde sejam instalados equipamentos de diversão com características amovíveis, e que, pelos seus aspectos de construção, podem fazer-se deslocar e instalar, nomeadamente: a) Circos ambulantes; b) Praças de touros ambulantes; c) Pavilhões de diversão; d) Carrosséis; e) Pistas de carros de diversão; f) Outros divertimentos mecanizados.

Consideram-se recintos improvisados os que têm características construtivas ou adaptações precárias, sendo montados temporariamente para um espectáculo ou divertimento público específico, quer em lugares públicos quer privados, com ou sem delimitação de espaço, cobertos ou descobertos, nomeadamente: a) Tendas; b) Barracões; c) Palanques; d) Estrados e palcos; e) Bancadas provisórias.

Neste Decreto-Lei consta uma referência à autoridade de saúde no Artigo 20.º, que se transcreve integralmente:

### **«Artigo 20.º (Fiscalização)**

*Compete à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) a fiscalização do disposto no presente decreto-lei, sem prejuízo das competências fiscalizadoras de outras entidades ao abrigo de legislação específica, designadamente das [autoridades de saúde](#).»*



### 30. REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

O Regulamento Sanitário Internacional, que se encontra em vigor desde 15 de junho de 2007, foi transposto para o ordenamento jurídico português através da publicação do Aviso nº 12/2008, publicado no Diário da República, 1ª série, de 23 de janeiro de 2008.

No Artigo 1.º (Definições) é referido que “«*Autoridade competente*» designa uma autoridade responsável pela implementação e aplicação de medidas sanitárias tomadas nos termos do presente Regulamento”. Ao longo do texto são feitas numerosas referências à “autoridade competente”, devendo entender-se, na generalidade dos casos, e salvo melhor opinião, que as mesmas são feitas à autoridade de saúde, nos seus diversos níveis de atuação ou intervenção.

Na alínea i) do ANEXO 7, que diz respeito aos requisitos relativos à vacinação ou à profilaxia contra determinadas doenças, é feita uma referência à autoridade de saúde: “*i) Os viajantes que possuam um certificado de isenção de vacinação contra a febre amarela assinado por um médico autorizado/autoridade de saúde ou um profissional de saúde autorizado podem, contudo, ser autorizados a entrar no território, sob reserva da alínea precedente do presente anexo e desde que tenham recebido informações sobre a protecção contra os vectores da febre amarela. Os viajantes que não tenham sido colocados em quarentena podem ser obrigados a reportar qualquer sintoma febril ou qualquer outro sintoma relevante à autoridade competente, e podem ser sujeitos a vigilância*”.

Ainda no ANEXO 7 existe uma referência à autoridade de saúde no apenso ao modelo de declaração marítima de saúde, respeitante a casos de doença que sejam reportadas a “*um médico de porto/autoridade de saúde portuária*”.

Na sequência da publicação e entrada em vigor do RSI, a DGS procedeu à divulgação da Orientação n.º 034/2011, datada de 3 de novembro e atualizada em 23 de março de 2012, a qual constitui um Manual de Procedimentos de Sanidade Marítima. Este Manual, com quase 100 páginas, contém numerosas referências à autoridade de saúde e é um excelente documento de suporte para a atuação das autoridades de saúde, nomeadamente das que exercem a sua atividade nos concelhos onde estão instalados portos classificados como “internacionais” (ver **PORTOS**).

## 31. RESÍDUOS

A Portaria n.º 174/97, de 10 de março, estabeleceu as regras de instalação e funcionamento de unidades ou equipamentos de valorização ou eliminação de resíduos perigosos hospitalares, bem como o regime de autorização da realização de operações de gestão de resíduos hospitalares por unidades responsáveis pela exploração das referidas unidades ou equipamentos. Nela constam cinco referências à autoridade de saúde, em quatro pontos que se transcrevem integralmente:

### «2.º (Instalação e funcionamento)

1 – A instalação e o funcionamento das unidades e dos equipamentos referidos no artigo anterior estão sujeitos a licenciamento pela Direcção-Geral da Saúde, adiante designada DGS.

2 – Os equipamentos podem ser fixos ou móveis, devendo, de preferência, ser certificados nos termos do Sistema Português da Qualidade.

3 – Excepcionalmente, os equipamentos móveis podem ser autorizados pela DGS a operar em localizações diferentes das constantes da licença de funcionamento, ouvido o respectivo [delegado regional de saúde](#).

4 – As alterações a realizar nas unidades ou equipamentos, bem como no seu funcionamento, carecem de aprovação pela DGS, excepto quando esta não as considere susceptíveis de modificar as condições de funcionamento anteriormente estabelecidas.

### 6.º (Aprovação da instalação)

1 – Após a recepção dos pareceres previstos no artigo anterior, a DGS, no prazo de 30 dias úteis contados da recepção do último parecer, elabora parecer final, devidamente fundamentado, incluindo as condições estabelecidas pelos organismos consultados.

2 – A decisão do [diretor-geral da Saúde](#) que recair sobre o parecer final, bem como as condições estabelecidas, são comunicadas ao requerente e aos organismos consultados.

### 7.º (Entrada em funcionamento)

1 – O funcionamento das unidades ou equipamentos depende da realização de vistoria, a requerer pelo interessado à DGS com a antecedência mínima de 20 dias úteis relativamente à data prevista.

2 – A vistoria é realizada pela DGS, pelos organismos referidos no n.º 1 do artigo anterior e pelo competente [delegado regional de saúde](#).

3 – A data de realização da vistoria é comunicada pela DGS ao requerente e entidades nela intervenientes com a antecedência mínima de oito dias úteis.

4 – Sempre que necessário, pode ser requisitada a intervenção de outros técnicos ou peritos.

### 8.º (Vistoria)

1 — Da vistoria efectuada é lavrado auto, assinado por todos os intervenientes, do qual deve constar informação sobre:

a) A conformidade da instalação ou equipamento com o projecto aprovado;

b) O cumprimento das prescrições técnicas aplicáveis;

c) Quaisquer condições que se julgue necessário impor e o prazo para o seu cumprimento;

d) O prazo para o funcionamento da unidade ou equipamento a título provisório, quando este se mostre conveniente.

2 — Lavrado o auto, é o processo submetido ao *diretor-geral da Saúde*, para efeitos de apreciação e decisão sobre a emissão da licença de funcionamento.

3 — O despacho do *diretor-geral da Saúde* é comunicado, no prazo de 10 dias úteis, ao requerente e entidades intervenientes na vistoria, com indicação, se for o caso, das condições estabelecidas e prazo para o seu cumprimento.»

Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 127/2013, de 30 de agosto, a competência para o licenciamento da incineração e coincineração de resíduos hospitalares transitou para a Agência Portuguesa do Ambiente. Este Decreto-Lei não faz qualquer referência à autoridade de saúde.

O Decreto-lei n.º 183/2009, de 10 de agosto, estabeleceu o regime jurídico da deposição de resíduos em aterro, as características técnicas e os requisitos a observar na concepção, licenciamento, construção, exploração, encerramento e pós-encerramento de aterros. Este Decreto-Lei foi retificado pela Declaração de Retificação n.º 74/2009, de 9 de outubro, e alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 84/2011, de 20 de junho, e 88/2013, de 9 de julho, e contém uma referência à autoridade de saúde no Artigo 20.º, que se transcreve integralmente:

**«Artigo 20.º (Consultas)**

1 – No prazo de cinco dias após a regular instrução do pedido de licença nos termos do artigo anterior, a entidade licenciadora promove a consulta das entidades públicas que, nos termos da lei, devam pronunciar-se sobre o pedido de licença, nomeadamente a administração de região hidrográfica (ARH) e a CCDR territorialmente competentes, se não tiverem sido já consultadas no âmbito dos procedimentos estabelecidos no regime jurídico de AIA, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 69/2000, de 3 de Maio, ou no regime de prevenção e controlo integrados da poluição, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 173/2008, de 26 de Agosto, quando aplicáveis.

2 – Deve ainda ser promovida pela entidade licenciadora a consulta do *delegado de saúde regional* e da Autoridade para as Condições de Trabalho.

3 – As entidades consultadas nos termos dos números anteriores, pronunciam-se no prazo de 20 dias a contar da data de recepção dos elementos do processo remetidos pela entidade licenciadora, sendo a omissão de pronúncia entendida como parecer favorável.

4 – O parecer emitido pela ARH, nos termos do n.º 1, em matéria da sua competência, é vinculativo.»

## **32. SAÚDE MENTAL**

A Lei n.º 36/98, de 24 de julho, estabeleceu os princípios gerais da política de saúde mental e regulou o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental. Nela constam referências à autoridade de saúde nos Artigos 7.º, 13.º e 23.º, mas, pela sua relevância, transcrevem-se, integralmente, os Artigos 1.º, 7.º, 8.º, 12.º a 27.º e 38.º a 41.º:

### **«Artigo 1.º (Objectivos)**

*A presente lei estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.*

### **Artigo 7.º (Definições)**

*Para efeitos do disposto no presente capítulo, considera-se:*

- a) Internamento compulsivo: internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave;*
- b) Internamento voluntário: internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos;*
- c) Internando: portador de anomalia psíquica submetido ao processo conducente às decisões previstas nos artigos 20.º e 27.º;*
- d) Estabelecimento: hospital ou instituição análoga que permita o tratamento de portador de anomalia psíquica;*
- e) [Autoridades de saúde pública](#): as como tal qualificadas pela lei;*
- f) [Autoridades de polícia](#): os directores, oficiais, inspectores e subinspectores de polícia e todos os funcionários policiais a quem as leis respectivas reconhecerem aquela qualificação.*

### **Artigo 8.º (Princípios gerais)**

*1 – O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.*

*2 – O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa.*

*3 – Sempre que possível o internamento é substituído por tratamento em regime ambulatorio.*

*4 – As restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efectividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respectivo regulamento interno.*

### **Artigo 12.º (Pressupostos)**

*1 – O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado.*

*2 – Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.*

### **Artigo 13.º (Legitimidade)**

1 – Tem legitimidade para requerer o internamento compulsivo o representante legal do portador de anomalia psíquica, qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição, as [autoridades de saúde pública](#) e o Ministério Público.

2 – Sempre que algum médico verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica com os efeitos previstos no artigo 12.º pode comunicá-la à [autoridade de saúde pública](#) competente para os efeitos do disposto no número anterior.

3 – Se a verificação ocorrer no decurso de um internamento voluntário, tem também legitimidade para requerer o internamento compulsivo o director clínico do estabelecimento.

### **Artigo 14.º (Requerimento)**

1 – O requerimento, dirigido ao tribunal competente, é formulado por escrito, sem quaisquer formalidades especiais, devendo conter a descrição dos factos que fundamentam a pretensão do requerente.

2 – Sempre que possível, o requerimento deve ser instruído com elementos que possam contribuir para a decisão do juiz, nomeadamente relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais.

### **Artigo 15.º (Termos subsequentes)**

1 – Recebido o requerimento, o juiz notifica o internando, informando-o dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, e nomeia-lhe um defensor, cuja intervenção cessa se ele constituir mandatário.

2 – O defensor e o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges são notificados para requerer o que tiverem por conveniente no prazo de cinco dias.

3 – Para os mesmos efeitos, e em igual prazo, o processo vai com vista ao Ministério Público.

### **Artigo 16.º (Actos instrutórios)**

1 – O juiz, oficiosamente ou a requerimento, determina a realização das diligências que se lhe afigurem necessárias e, obrigatoriamente, a avaliação clínico-psiquiátrica do internando, sendo este para o efeito notificado.

2 – No caso previsto no n.º 3 do artigo 13.º, o juiz pode prescindir da avaliação referida no número anterior, designando de imediato data para a sessão conjunta nos termos do artigo 18.º

### **Artigo 17.º (Avaliação clínico-psiquiátrica)**

1 – A avaliação clínico-psiquiátrica é deferida aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, devendo ser realizada por dois psiquiatras, no prazo de 15 dias, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 – A avaliação referida no número anterior pode, excepcionalmente, ser deferida ao serviço de psiquiatria forense do instituto de medicina legal da respectiva circunscrição.

3 – Sempre que seja previsível a não comparência do internando na data designada, o juiz ordena a emissão de mandado de condução para assegurar a presença daquele.

4 – Os serviços remetem o relatório ao tribunal no prazo máximo de sete dias.

5 – O juízo técnico-científico inerente à avaliação clínico-psiquiátrica está subtraído à livre apreciação do juiz.

### **Artigo 18.º (Actos preparatórios da sessão conjunta)**

- 1 – Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz designa data para a sessão conjunta, sendo notificados o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público.
- 2 – O juiz pode convocar para a sessão quaisquer outras pessoas cuja audição reputar oportuna, designadamente o médico assistente, e determinar, oficiosamente ou a requerimento, que os psiquiatras prestem esclarecimentos complementares, devendo ser-lhes comunicado o dia, a hora e o local da realização da sessão conjunta.
- 3 – Se houver discordância entre os psiquiatras, apresenta cada um o seu relatório, podendo o juiz determinar que seja renovada a avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de outros psiquiatras, nos termos do artigo 17.º

### **Artigo 19.º (Sessão conjunta)**

- 1 – Na sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor do internando e do Ministério Público.
- 2 – Ouvidas as pessoas convocadas, o juiz dá a palavra para alegações sumárias ao mandatário do requerente, se tiver sido constituído, ao Ministério Público e ao defensor e profere decisão de imediato ou no prazo máximo de cinco dias se o procedimento revestir complexidade.
- 3 – Se o internando aceitar o internamento e não houver razões para duvidar da aceitação, o juiz providencia a apresentação deste no serviço oficial de saúde mental mais próximo e determina o arquivamento do processo.

### **Artigo 20.º (Decisão)**

- 1 – A decisão sobre o internamento é sempre fundamentada.
- 2 – A decisão de internamento identifica a pessoa a internar e especifica as razões clínicas, o diagnóstico clínico, quando existir, e a justificação do internamento.
- 3 – A decisão é notificada ao Ministério Público, ao internando, ao defensor e ao requerente. A leitura da decisão equivale à notificação dos presentes.

### **Artigo 21.º (Cumprimento da decisão de internamento)**

- 1 – Na decisão de internamento o juiz determina a apresentação do internado no serviço oficial de saúde mental mais próximo, o qual providencia o internamento imediato.
- 2 – O juiz emite mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual é cumprido, sempre que possível, pelo serviço referido no número anterior, que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças policiais.
- 3 – Não sendo possível o cumprimento nos termos do número anterior, o mandado de condução pode ser cumprido pelas forças policiais, que, quando necessário, solicitam o apoio dos serviços de saúde mental ou dos serviços locais de saúde.
- 4 – Logo que determinado o local definitivo do internamento, que deverá situar-se o mais próximo possível da residência do internado, aquele é comunicado ao defensor do internado e ao familiar mais próximo que com ele conviva, à pessoa que com ele viva em condições análogas às dos cônjuges ou a pessoa de confiança do internado

### **Artigo 22.º (Pressupostos)**

*O portador da anomalia psíquica pode ser internado compulsivamente de urgência, nos termos dos artigos seguintes, sempre que, verificando-se os pressupostos do artigo 12.º, n.º 1, exista perigo iminente para os bens jurídicos aí referidos, nomeadamente por deterioração aguda do seu estado.*

### **Artigo 23.º (Condução do internando)**

*1 – Verificados os pressupostos do artigo anterior, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento, através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento referido no artigo seguinte.*

*2 – O mandado é cumprido pelas forças policiais, com o acompanhamento, sempre que possível, dos serviços do estabelecimento referido no artigo seguinte. O mandado contém a assinatura da autoridade competente, a identificação da pessoa a conduzir e a indicação das razões que o fundamentam.*

*3 – Quando, pela situação de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de mandado, qualquer agente policial procede à condução imediata do internando.*

*4 – Na situação descrita no número anterior o agente policial lavra auto em que discrimina os factos, bem como as circunstâncias de tempo e de lugar em que a mesma foi efectuada.*

*5 – A condução é comunicada de imediato ao Ministério Público com competência na área em que aquela se iniciou.*

### **Artigo 24.º (Apresentação do internando)**

*O internando é apresentado de imediato no estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução, onde é submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e lhe é prestada a assistência médica necessária.*

### **Artigo 25.º (Termos subsequentes)**

*1 – Quando da avaliação clínico-psiquiátrica se concluir pela necessidade de internamento e o internando a ele se opuser, o estabelecimento comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a admissão daquele, com cópia do mandado e do relatório da avaliação.*

*2 – Quando a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade de internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o de imediato à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área em que se iniciou a condução.*

*3 – O disposto no n.º 1 é aplicável quando na urgência psiquiátrica ou no decurso de internamento voluntário se verifique a existência da situação descrita no artigo 22.º*

### **Artigo 26.º (Confirmação judicial)**

*1 – Recebida a comunicação referida no n.º 1 do artigo anterior, o juiz nomeia defensor ao internando e dá vista nos autos ao Ministério Público.*

*2 – Realizadas as diligências que reputar necessárias, o juiz profere decisão de manutenção ou não do internamento, no prazo máximo de quarenta e oito horas a contar da privação da liberdade nos termos dos artigos 23.º e 25.º, n.º 3.*

*3 – A decisão de manutenção do internamento é comunicada, com todos os elementos que a fundamentam, ao tribunal competente.*

4 – A decisão é comunicada ao internando e ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, bem como ao médico assistente, sendo aquele informado, sempre que possível, dos direitos e deveres processuais que lhe assistem.

### **Artigo 27.º (Decisão final)**

1 – Recebida a comunicação a que se refere o n.º 3 do artigo anterior, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo com os fundamentos previstos no artigo 12.º, ordenando para o efeito que, no prazo de cinco dias, tenha lugar nova avaliação clínico-psiquiátrica, a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior, com a eventual colaboração de outros profissionais de saúde mental.

2 – É ainda correspondentemente aplicável o disposto no artigo 15.º.

3 – Recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica e realizadas as demais diligências necessárias, é designada data para a sessão conjunta, à qual é correspondentemente aplicável o disposto nos artigos 18.º, 19.º, 20.º e 21.º, n.º 4.

### **Artigo 38.º (Criação e atribuições)**

É criada uma comissão para acompanhamento da execução do disposto no presente capítulo, seguidamente designada por 'comissão'.

### **Artigo 39.º (Sede e serviços administrativos)**

Por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde são definidos os serviços de apoio técnico e administrativo à actividade da comissão, bem como a respectiva sede.

### **Artigo 40.º (Composição)**

A comissão é constituída por psiquiatras, juristas, por um representante das associações de familiares e utentes de saúde mental e outros técnicos de saúde mental, nomeados por despacho conjunto dos Ministros da Justiça e da Saúde.

### **Artigo 41.º (Competências)**

Incumbe especialmente à comissão:

- a) Visitar os estabelecimentos e comunicar directamente com os internados;
- b) Solicitar ou remeter a quaisquer entidades administrativas ou judiciárias informações sobre a situação dos internados;
- c) Receber e apreciar as reclamações dos internados ou das pessoas com legitimidade para requerer o internamento sobre as condições do mesmo;
- d) Solicitar ao Ministério Público junto do tribunal competente os procedimentos judiciais julgados adequados à correcção de quaisquer situações de violação da lei que verifique no exercício das suas funções;
- e) Recolher e tratar a informação relativa à aplicação do presente capítulo;
- f) Propor ao Governo as medidas que julgue necessárias à execução da presente lei.»

Pelo Despacho n.º 13363/2014, de 4 de novembro, foi constituída a comissão para acompanhamento da execução do regime jurídico do internamento compulsivo, a qual é composta pelos membros seguintes: a) Prof. Jorge Manuel Matias Costa Santos, Diretor do Serviço de Clínica e Patologia Forenses, Chefe de Serviços de Medicina Legal e Professor de



Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que preside; b) Dr.ª Ana Sofia Primo dos Santos Cabral, médica psiquiatra do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, doutoranda em Medicina/área de Psiquiatria Forense; c) Fernando Júlio Campos Loureiro, membro de associação de familiares e utentes de saúde mental; d) Dr. Fernando Manuel Rodrigues dos Santos Vieira, assistente graduado sénior em psiquiatria no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; e) Juiz de Direito Francisco Mota Ribeiro, docente do Centro de Estudos Judiciários; f) Dr. Henrique Alexandre Lopes de Brito Saraiva Barreto, psicólogo clínico, técnico superior de saúde/ramo de psicologia clínica no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; g) Prof. Doutor José Fernando Santos Almeida, médico psiquiatra, aposentado do Hospital Magalhães de Lemos, doutorado pela Universidade do Porto em Medicina/área de Psiquiatria Forense, docente no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e no Instituto Superior da Maia; h) Dr.ª Maria de Fátima Dias, licenciada em medicina, especialista em saúde pública, Autoridade de Saúde de Almada; i) Desembargador Paulo Guerra, docente do Centro de Estudos Judiciários.

Cabe aqui uma referência especial ao conteúdo do número 4 do Artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro (ver **COMBATE À DROGA**), no qual se pode ler que *“as normas do presente diploma prevalecem sobre as relativas ao internamento em regime fechado previstas nos diplomas de saúde mental”*.

Esta disposição consta da versão inicial deste Decreto-Lei, precedendo, assim, a entrada em vigor da Lei de Saúde Mental. Sendo mais ou menos frequentes os requerimentos apresentados ao abrigo do disposto na Lei de Saúde Mental solicitando o internamento compulsivo de doentes toxicodependentes ou consumidores de substâncias psicotrópicas, há que ter em consideração que pode existir aqui um “conflito” legislativo importante.

A Lei de Saúde Mental, nomeadamente o internamento compulsivo de doentes mentais, tem sido objeto de numerosos artigos, de opinião e técnico-científicos, incidindo maioritariamente sobre as questões dos direitos, liberdades e garantias. Sem dúvida que vale a pena aprofundar o assunto, tendo presente que o cumprimento de um mandado de condução de um doente portador de anomalia psíquica grave a uma urgência psiquiátrica implica, **sempre**, a privação da sua liberdade por um período de tempo variável, que pode ser de várias horas, o que não pode deixar de ser tido em consideração quando da sua elaboração.

### **32.1. O DIREITO À LIBERDADE E À SEGURANÇA NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA**

A CRP em vigor foi aprovada em 1976. O seu Artigo 27.º consagra o direito à liberdade e à segurança e na redação aprovada em 1976 dizia o seguinte:

«1. Todos têm direito à liberdade e à segurança.

2. Ninguém pode ser privado da liberdade a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança.

3. *Exceptua-se deste princípio a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos casos seguintes:*

a) *Prisão preventiva em flagrante delito ou por fortes indícios de prática de crime doloso a que corresponda pena maior,*

b) *Prisão ou detenção de pessoa que tenha penetrado irregularmente no território nacional ou contra a qual esteja em curso processo de extradição ou expulsão.*

4. *Toda a pessoa privada da liberdade deve ser informada, no mais curto prazo, das razões da sua prisão ou detenção.»*

(Nota: O número 2 foi aprovado com 18 abstenções)

Constata-se, assim, que a doença mental, ainda que grave e podendo estar na origem de situações mais ou menos prejudiciais, para o próprio doente e/ou para terceiros, não constituía motivo suscetível de poder ser invocado para privar da liberdade o doente que dela padecesse.

Por curiosidade, refira-se que o Projeto de Constituição do Partido Socialista previa a possibilidade de privação da liberdade *“se se tratar da detenção regular de pessoa susceptível de propagar doença contagiosa ou de alienado, alcoólico, toxicómano, vadio ou equiparado”*. Já o Projeto de Constituição do Partido Comunista Português previa a possibilidade de privação da liberdade *“em virtude de anomalia psíquica devidamente comprovada ou de situações equiparadas previstas na lei”*.

Nas revisões constitucionais de 1982 e 1989 foram introduzidas algumas alterações no conteúdo do Artigo 27.º da CRP, mas nenhuma delas a propósito de saúde ou doença mental.

Na sequência da revisão constitucional de 1997 o Artigo 27.º da CRP passou a ter o seguinte teor:

### **«Artigo 27.º (Direito à liberdade e à segurança)**

1. *Todos têm direito à liberdade e à segurança.*

2. *Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de acto punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança.*

3. *Exceptua-se deste princípio a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos casos seguintes:*

a) *Detenção em flagrante delito;*

b) *Detenção ou prisão preventiva por fortes indícios de prática de crime doloso a que corresponda pena de prisão cujo limite máximo seja superior a três anos;*

c) *Prisão, detenção ou outra medida coactiva sujeita a controlo judicial, de pessoa que tenha penetrado ou permaneça irregularmente no território nacional ou contra a qual esteja em curso processo de extradição ou de expulsão;*

d) *Prisão disciplinar imposta a militares, com garantia de recurso para o tribunal competente;*

e) *Sujeição de um menor a medidas de protecção, assistência ou educação em estabelecimento adequado, decretadas pelo tribunal judicial competente;*

f) *Detenção por decisão judicial em virtude de desobediência a decisão tomada por um tribunal ou para assegurar a comparência perante autoridade judiciária competente;*

- g) Detenção de suspeitos, para efeitos de identificação, nos casos e pelo tempo estritamente necessários;*
  - h) Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente.*
  - 4. Toda a pessoa privada da liberdade deve ser informada imediatamente e de forma compreensível das razões da sua prisão ou detenção e dos seus direitos.*
  - 5. A privação da liberdade contra o disposto na Constituição e na lei constitui o Estado no dever de indemnizar o lesado nos termos que a lei estabelecer.»*
- (Nota: Esta redação permanece inalterada até hoje)

Como se constata, só a partir de 1997 é que ficou consagrada na CRP a possibilidade de privação da liberdade dos portadores de anomalia psíquica, pressupondo-se, naturalmente, que essa privação só poderia ocorrer em determinadas situações, as quais vieram a ser definidas na Lei de Saúde Mental tornada pública em 1998 e que entrou em vigor em janeiro de 1999.

### 33. SAÚDE OCUPACIONAL

O Decreto-Lei n.º 84/97, de 16 de abril, transpõe para a ordem jurídica interna várias Directivas relativas à protecção da segurança e saúde dos trabalhadores contra os riscos resultantes da exposição a agentes biológicos durante o trabalho. O seu Artigo 20.º foi alterado pela Lei n.º 113/99, de 3 de agosto. Neste Decreto-Lei existe uma referência à autoridade de saúde, no Artigo 10.º, a propósito da avaliação do risco. Transcreve-se o mais importante:

#### **«Artigo 10.º (Informação das autoridades responsáveis)**

1 – Se o resultado da avaliação revelar a existência de riscos para a segurança ou saúde dos trabalhadores, o empregador deve elaborar um relatório com as seguintes informações:

- a) Os elementos utilizados para efectuar a avaliação e o seu resultado;
- b) As actividades em que os trabalhadores estiveram ou podem ter estado expostos a agentes biológicos;
- c) O número de trabalhadores eventualmente expostos;
- d) As medidas preventivas e de protecção adoptadas, incluindo os processos e métodos de trabalho;
- e) O plano de emergência relativo à protecção dos trabalhadores contra a exposição a agentes biológicos dos grupos 3 ou 4, em caso de falha no confinamento físico;
- f) O nome, a habilitação e a qualificação do responsável pelo serviço de segurança, higiene e saúde no local de trabalho e, se for pessoa diferente, do médico de trabalho.

2 – O Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho e as [autoridades de saúde](#) podem consultar o relatório referido no número anterior. ...»

O Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, aprovou o novo regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública. Foi alterado por quatro vezes e contém duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 9.º e 28.º, que se transcrevem integralmente:

#### **«Artigo 9.º (Participação institucional)**

1 – O superior hierárquico deve participar, no impresso referido no artigo anterior, ao respectivo dirigente máximo os acidentes e incidentes ocorridos com os seus trabalhadores, bem como os acontecimentos perigosos, no prazo de um dia útil a contar da data em que, dos mesmos, teve conhecimento.

2 – Os serviços de saúde, públicos ou privados, que tenham prestado assistência a um acidentado devem participar a ocorrência à entidade empregadora do mesmo, no prazo de um dia útil, pela via mais expedita.

3 – O empregador deve participar o acidente:

- a) No prazo de vinte e quatro horas após a ocorrência, à respectiva delegação ou subdelegação do Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho, no caso de acidente mortal ou que evidencie uma situação particularmente grave;
- b) No prazo de seis dias úteis após o conhecimento da ocorrência, ao [delegado de saúde concelhio](#) da área onde tenha ocorrido o acidente;
- c) Nos termos da legislação em vigor, ao competente departamento de estatística do ministério responsável pela área do trabalho;
- d) No prazo de seis dias úteis após o conhecimento da ocorrência, à ADSE;
- e) No prazo de seis dias úteis, à Caixa Geral de Aposentações, nos casos previstos no n.º 5 do artigo 20.º

4 – O empregador deve ainda participar, de imediato, o acidente, o incidente e o acontecimento perigoso aos respectivos serviços de segurança e saúde no trabalho, tendo em vista assegurar o respectivo registo, a adopção de medidas correctivas, sempre que necessárias, e, no caso de acidente com incapacidade superior a três dias, a elaboração do respectivo relatório.

### **Artigo 28.º (Participação institucional)**

1 – Sem prejuízo das demais comunicações previstas na lei, o Centro Nacional deve comunicar os casos por ele confirmados de doença profissional às seguintes entidades:

- a) Entidade empregadora;
- b) Caixa Geral de Aposentações;
- c) ADSE;
- d) [Delegado de saúde concelhio](#).

2 – Nos casos de existência de indícios inequívocos de especial gravidade da situação laboral, a participação a que se referem as alíneas a) e d) do número anterior deve ser antecipada, relativamente à confirmação da doença, a fim de serem tomadas as necessárias medidas de prevenção.

3 – O Centro Nacional deve também comunicar à respectiva entidade empregadora qualquer caso não confirmado de doença profissional.

4 – Recebida a comunicação prevista na alínea a) do n.º 1, a entidade empregadora deve participar:

- a) Nos termos da legislação em vigor, ao competente departamento do ministério responsável pela área do trabalho;
- b) Aos respectivos serviços de segurança e saúde no trabalho.»

A Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, aprovou o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. Foi posteriormente alterada pela Lei n.º 42/2012, de 28 de agosto, alterada e republicada pela Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro, alterada pelo Decreto-Lei n.º 88/2015, pela Lei n.º 146/2015, de 9 de setembro e pela Lei n.º 28/2016, de 23 de agosto. Nela constam duas referências à autoridade de saúde, nos Artigos 14.º e 109.º, que se transcrevem integralmente:

### **«Artigo 14.º (Fiscalização e inquéritos)**

1 – O organismo com competência inspetiva do ministério responsável pela área laboral controla o cumprimento da legislação relativa à segurança e à saúde no trabalho e aplica as sanções correspondentes ao seu incumprimento, sem prejuízo de competências específicas de outras entidades.

2 – Compete ainda ao organismo a que se refere o número anterior a realização de inquérito em caso de acidente de trabalho mortal ou que evidencie uma situação particularmente grave.

3 – Em casos de doença profissional ou outro dano para a saúde ocorrido durante o trabalho ou com ele relacionado, o organismo competente do ministério responsável pela área da saúde, através das [autoridades de saúde](#), e o organismo competente do ministério responsável pela área da segurança social podem, igualmente, promover a realização do inquérito.

4 – Os representantes dos trabalhadores podem apresentar as suas observações ao organismo com competência inspetiva do ministério responsável pela área laboral ou a outra autoridade competente, por ocasião de visita ou fiscalização à empresa ou estabelecimento.

5 – Os representantes dos trabalhadores podem, ainda, solicitar a intervenção do organismo com competência inspetiva do ministério responsável pela área laboral sempre que verifiquem que as medidas

adotadas e os meios fornecidos pelo empregador são insuficientes para assegurar a segurança e saúde no trabalho.

### **Artigo 109.º (Ficha clínica)**

- 1 – As observações clínicas relativas aos exames de saúde são anotadas na ficha clínica do trabalhador.
- 2 – A ficha clínica está sujeita ao segredo profissional, só podendo ser facultada às [autoridades de saúde](#) e aos médicos afetos ao organismo com competência para a promoção da segurança e da saúde no trabalho do ministério responsável pela área laboral.
- 3 – Para efeitos do disposto nos números anteriores, a ficha clínica não deve conter dados sobre a raça, a nacionalidade, a origem étnica ou informação sobre hábitos pessoais do trabalhador, salvo quando estes últimos estejam relacionados com patologias específicas ou com outros dados de saúde.
- 4 – O médico responsável pela vigilância da saúde deve entregar ao trabalhador que deixar de prestar serviço na empresa cópia da ficha clínica.
- 5 – Em caso de cessação da atividade, as fichas clínicas devem ser enviadas para o serviço com competências para o reconhecimento das doenças profissionais na área da segurança social.
- 6 – Constitui contraordenação grave a violação do disposto no presente artigo, imputável ao empregador no caso de serviço interno, ou à entidade titular de serviço comum ou de serviço externo que não seja convencionado.»

Na sequência da publicação da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, a DGS elaborou a Norma n.º 026/2013, de 30 de dezembro, dedicada ao Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2º Ciclo 2013/2017. Nela constam três referências à autoridade de saúde, como se pode observar na transcrição dos parágrafos seguintes:

«A nível local, deverá ser constituída uma Equipa Local de Saúde Ocupacional em cada Unidade Local de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), que proceda à construção e implementação do respetivo Programa Local de Saúde Ocupacional, para além do exercício das competências legalmente estabelecidas para estas Unidades (Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril) no âmbito da Saúde Ocupacional, incluindo as do exercício do poder de [autoridade de saúde](#). Esta Equipa deverá ter perfil e competência para elaborar e liderar um Programa Local de Saúde Ocupacional, delinear e implementar ações específicas adaptadas à realidade local.

Quando ocorre um acidente mortal em contexto de trabalho ou uma situação particularmente grave, cabe à ACT realizar um inquérito à situação. Este inquérito pode ser igualmente realizado pelas [autoridades de saúde](#) (artigo 14º da Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro) nas situações de doença profissional ou outro dano para a saúde ocorrido durante o trabalho ou com ele relacionado. Contudo, a ação da [autoridade de saúde](#) prevista exige uma atempada notificação, de forma a garantir, sempre que necessário, a intervenção. Neste âmbito, deverão ser encetados esforços que visem melhorar a troca de informação entre a DGS e seus Serviços, a ACT e respetivos Serviços e o Departamento de Proteção Contra os Riscos Profissionais e outros Serviços do Instituto de Segurança Social, I.P., numa perspetiva de concertação da ação conjunta.»

Naturalmente, a importância desta Norma para as autoridades de saúde não se esgota nestes dois parágrafos, recomendando-se a leitura integral da mesma (52 páginas).

## **34. TAXAS**

O Decreto-Lei n.º 8/2011, de 11 de janeiro, aprovou os valores devidos pelo pagamento de atos das autoridades de saúde e de serviços prestados por outros profissionais de saúde pública.

Este Decreto-Lei veio a ser alterado pela Portaria n.º 260-A/2011, de 5 de agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 106/2012, de 17 de maio.

Com a publicação desta legislação pretendeu-se proceder à atualização dos valores cobrados, muitos deles sem qualquer atualização havia décadas.

Estão isentos do pagamento de qualquer taxa vários atos praticados pela autoridade de saúde e estão contempladas situações especiais em que existe dispensa do pagamento de qualquer taxa.

Com o objetivo de esclarecer dúvidas que foram surgindo e clarificar alguns aspetos relacionados com a cobrança destas taxas, isenções e dispensas de pagamento, a DGS elaborou e divulgou a Orientação n.º 033/2011, de 2 de novembro, cuja leitura se recomenda.

A Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro, que aprovou o Orçamento do Estado para 2017, introduziu alterações nos valores das taxas a cobrar pela emissão de atestados médicos de incapacidade multiuso.

### **35. TEMPERATURAS EXTREMAS ADVERSAS**

O Despacho n.º 2483/2017, de 23 de março, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, determina que os Planos de Contingência para Temperaturas Extremas Adversas – Módulo Verão e Módulo Inverno, passam a designar-se por Plano de Contingência Saúde Sazonal e que os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde implementam, em cada ano civil, o Plano de Contingência Saúde Sazonal de nível regional e local.

Este Despacho revogou o Despacho n.º 4113-A/2015, de 23 de abril, e não contém nenhuma referência expressa às autoridades de saúde.

Em 2017 a DGS divulgou os referenciais relativos aos Módulos Verão e Inverno, os quais estão disponíveis para consulta e download em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt). Em cada um destes documentos consta uma referência à autoridade de saúde nacional, cujo teor se transcreve: *“a [Autoridade de Saúde Nacional](#) pode, quando se justifique, ativar e coordenar o Grupo de Crise”*. Face à sua relevância em termos de saúde pública, recomenda-se a leitura dos dois documentos.



## 36. TRASLADAÇÃO

O Decreto-Lei n.º 411/98, de 30 de dezembro, alterado, entre outros, pelos Decretos-Leis n.ºs 5/2000, de 29 de janeiro, e 138/2000, de 13 de julho, estabelece o regime jurídico da remoção, transporte, inumação, exumação, trasladação e cremação de cadáveres, bem como de alguns desses actos relativos a ossadas, cinzas, fetos mortos e peças anatómicas, e ainda da mudança de localização de um cemitério. Dele constam várias referências à autoridade de saúde, nos Artigos 2.º, 6.º, 8.º e 28.º, que se transcrevem integralmente, bem como outros considerados relevantes para a sua atuação:

### «Artigo 1.º (Objecto)

1 – O presente diploma estabelece o regime jurídico da remoção, transporte, inumação, exumação, trasladação e cremação de cadáveres, de cidadãos nacionais ou estrangeiros, bem como de alguns desses actos relativos a ossadas, cinzas, fetos mortos e peças anatómicas, e, ainda, da mudança de localização de um cemitério.

2 – Ao transporte para país estrangeiro de cadáver cujo óbito tenha sido verificado em Portugal e ao transporte para Portugal de cadáver cujo óbito tenha sido verificado em país estrangeiro aplicam-se as disposições contidas no Acordo Internacional Relativo ao Transporte de Cadáveres, assinado em Berlim em 10 de Fevereiro de 1937, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 417/70, de 1 de Setembro, e no Acordo Europeu Relativo à Trasladação dos Corpos de Pessoas Falecidas, de 26 de Outubro de 1973, aprovado pelo Decreto n.º 31/79, de 16 de Abril.

### Artigo 2.º (Definições legais)

Para efeitos do disposto no presente decreto-lei, considera-se:

- a) *Autoridade de polícia*: a Guarda Nacional Republicana, a Polícia de Segurança Pública e a Polícia Marítima;
- b) *Autoridade de saúde*: o delegado regional de saúde, o delegado concelhio de saúde e seus adjuntos;
- c) *Autoridade judiciária*: o juiz de instrução e o Ministério Público, cada um relativamente aos actos processuais que cabem na sua competência;
- d) *Remoção*: o levantamento de cadáver do local onde ocorreu ou foi verificado o óbito e o seu subsequente transporte, a fim de se proceder à sua inumação ou cremação - nos casos previstos no n.º 1 do artigo 5.º;
- e) *Inumação*: a colocação de cadáver em sepultura, jazigo ou local de consumpção aeróbia;
- f) *Exumação*: a abertura de sepultura, local de consumpção aeróbia ou caixão de metal onde se encontra inumado o cadáver;
- g) *Trasladação*: o transporte de cadáver inumado em jazigo ou de ossadas para local diferente daquele em que se encontram, a fim de serem de novo inumados, cremados ou colocados em ossário;
- h) *Cremação*: a redução de cadáver ou ossadas a cinzas;
- i) *Cadáver*: o corpo humano após a morte, até estarem terminados os fenómenos de destruição da matéria orgânica;
- j) *Ossadas*: o que resta do corpo humano uma vez terminado o processo de mineralização do esqueleto;
- k) *Viatura e recipiente apropriados*: aqueles em que seja possível proceder ao transporte de cadáveres, ossadas, cinzas, fetos mortos ou recém-nascidos falecidos no período neonatal precoce, em condições de segurança e de respeito pela dignidade humana;
- l) *Período neonatal precoce*: as primeiras cento e sessenta e oito horas de vida;

*m) Entidade responsável pela administração de um cemitério: a câmara municipal ou a junta de freguesia, consoante o cemitério em causa pertença ao município ou à freguesia.*

### **Artigo 3.º (Legitimidade)**

*1 – Têm legitimidade para requerer a prática de actos regulados no presente decreto-lei, sucessivamente:*

- a) O testamenteiro, em cumprimento de disposição testamentária;*
- b) O cônjuge sobrevivente;*
- c) A pessoa que vivia com o falecido em condições análogas às dos cônjuges;*
- d) Qualquer herdeiro;*
- e) Qualquer familiar;*
- f) Qualquer pessoa ou entidade.*

*2 – Se o falecido não tiver a nacionalidade portuguesa, tem também legitimidade o representante diplomático ou consular do país da sua nacionalidade.*

*3 – O requerimento para a prática desses actos pode também ser apresentado por pessoa munida de procuração com poderes especiais para esse efeito, passada por quem tiver legitimidade nos termos dos números anteriores.*

### **Artigo 5.º (Regime legal)**

*1 – Quando, nos termos da legislação aplicável, não houver lugar à realização de autópsia médico-legal e, por qualquer motivo, não for possível assegurar a entrega do cadáver a qualquer das pessoas ou entidades indicadas no artigo 3.º a fim de se proceder à sua inumação ou cremação dentro do prazo legal, o mesmo é removido para um dos seguintes locais:*

- a) Na área das comarcas de Lisboa, Porto e Coimbra, para a morgue do respectivo Instituto de Medicina Legal;*
- b) Na área das restantes comarcas, para a casa mortuária dotada de câmara frigorífica que fique mais próxima do local da verificação do óbito.*
- c) Nas zonas sob jurisdição do Sistema de Autoridade Marítima, para um dos locais previstos nas alíneas anteriores.*

*2 – Nos casos previstos no número anterior, compete à autoridade de polícia:*

- a) Promover a remoção de cadáveres, pelos meios mais adequados, podendo solicitar a colaboração de quaisquer entidades;*
- b) Proceder à recolha, arrolamento e guarda do espólio do cadáver.*

*3 – Fora da área das comarcas de Lisboa, Porto e Coimbra, a autoridade de polícia com jurisdição na área da freguesia onde se encontre instalada uma casa mortuária dotada de câmara frigorífica tem permanente acesso a ela.*

### **Artigo 6.º (Regime geral)**

*1 – O transporte de cadáver fora de cemitério, por estrada, é efectuado em viatura apropriada e exclusivamente destinada a esse fim, pertencente à entidade responsável pela administração de um cemitério ou a outra entidade, pública ou privada, dentro de:*

- a) Caixão de madeira - para inumação em sepultura ou em local de consumpção aeróbia;*
- b) Caixão de zinco com a espessura mínima de 0,4 mm - para inumação em jazigo;*
- c) Caixão de madeira facilmente destrutível por acção do calor - para cremação.*

2 – O transporte de ossadas fora de cemitério, por estrada, é efectuado em viatura apropriada e exclusivamente destinada a esse fim, pertencente à entidade responsável pela administração de um cemitério ou a outra entidade, pública ou privada, dentro de:

a) Caixa de zinco com a espessura mínima de 0,4 mm ou de madeira - para inumação em jazigo ou em ossário;

b) Caixa de madeira facilmente destrutível por acção do calor - para cremação.

3 – Se o caixão ou a caixa contendo o cadáver ou as ossadas forem transportados como frete normal por via férrea, marítima ou aérea, devem ser introduzidos numa embalagem de material sólido que dissimule a sua aparência, sobre a qual deve ser aposta, de forma bem visível, a seguinte indicação: 'MANUSEAR COM PRECAUÇÃO'.

4 – O transporte de cinzas resultantes da cremação de cadáver, ossadas ou peças anatómicas, fora de cemitério, é livre desde que efectuado em recipiente apropriado.

5 – O transporte de cadáver, ossadas ou cinzas dentro de cemitério é efectuado da forma que for determinada pela entidade responsável pela respectiva administração, ouvida, se tal for considerado necessário, a [autoridade de saúde](#).

6 – A viatura que for apropriada e exclusivamente destinada ao transporte de cadáveres fora de cemitério, por estrada, é igualmente apropriada para o transporte de ossadas.

7 – Nos casos previstos nos n.ºs 1 a 3, a entidade responsável pelo transporte do caixão ou da caixa deve ser portadora do certificado de óbito ou da fotocópia simples de um dos documentos previstos no n.º 1 do artigo 9.º

8 – O disposto nos n.ºs 1 e 7 não se aplica à remoção de cadáver prevista nos n.ºs 1 e 2 do artigo 5.º.

9 – Compete à Guarda Nacional Republicana e à Polícia de Segurança Pública a passagem dos livres-trânsitos, previstos nos acordos referidos no n.º 2 do artigo 1.º, necessários ao transporte para países estrangeiros de cadáveres, cujo óbito tenha sido verificado em Portugal.

### **Artigo 8.º (Prazos)**

1 – Nenhum cadáver pode ser inumado, cremado ou encerrado em caixão de zinco antes de decorridas vinte e quatro horas sobre o óbito.

2 – Nenhum cadáver pode ser encerrado em câmara frigorífica antes de decorridas seis horas após a constatação de sinais de certeza de morte.

3 – Um cadáver deve ser inumado ou cremado dentro dos seguintes prazos máximos:

a) Se imediatamente após a verificação do óbito tiver sido entregue a uma das pessoas indicadas no artigo 3.º - em setenta e duas horas;

b) Se tiver sido transportado de país estrangeiro para Portugal - em setenta e duas horas a contar da entrada em território nacional;

c) Se tiver havido autópsia médico-legal ou clínica - em quarenta e oito horas após o termo da mesma;

d) Nos casos previstos no n.º 1 do artigo 5.º - em vinte e quatro horas a contar do momento em que for entregue a uma das pessoas indicadas no artigo 3.º

4 – Nos casos previstos no n.º 1 do artigo 5.º, se o cadáver não for entregue a uma das pessoas indicadas no artigo 3.º, não pode ser cremado, devendo a sua inumação ter lugar decorridos 30 dias sobre a data da verificação do óbito.

5 – Quando não haja lugar à realização da autópsia médico-legal e houver perigo para a saúde pública, a [autoridade de saúde](#) pode ordenar, por escrito, que se proceda à inumação, cremação ou encerramento em caixão de zinco antes de decorrido o prazo previsto no n.º 1.

6 – O disposto nos números anteriores não se aplica aos fetos mortos.

### **Artigo 28.º (Fiscalização)**

*Têm competência para proceder à fiscalização da observância do disposto no presente diploma as seguintes entidades:*

- a) A câmara municipal e a junta de freguesia, consoante a entidade que seja responsável pela administração do cemitério onde tenha sido praticada a infracção;*
- b) A autoridade de polícia;*
- c) A [autoridade de saúde](#).»*

Em 2000 a Direção-Geral da Saúde fazia eco da exigência que alguns países vinham fazendo de que os cadáveres só poderiam ser trasladados para esses países se fossem acompanhados de um “atestado médico-sanitário”, para além do livre-trânsito mortuário previsto, nomeadamente, no “Acordo Relativo à Trasladação de Corpos de Pessoas Falecidas”, do Conselho da Europa, que foi transposto para a legislação portuguesa pelo Decreto n.º 31/79, de 16 de abril.

Desconhecia-se qualquer fundamentação legal para essa exigência, mas foi entendimento da Direção-Geral da Saúde que deveria ser elaborado um modelo de atestado para esse efeito, o qual foi divulgado pela Circular Informativa n.º 15/DSIA, de 17 de outubro de 2000. Este modelo foi várias vezes alterado, sendo o modelo atualmente em vigor o que resulta do “Acordo Administrativo Bilateral Portugal/Espanha Relativo à Trasladação”, que foi tornado público pela DGS através da Informação n.º 06/2015 e do Despacho nº 08/2015, ambos de 7 de agosto.

### 37. VACINAÇÃO

O Despacho n.º 3668-A/2017, de 28 de abril, da Secretária de Estado Adjunta e da Educação e dos Secretários de Estado da Educação e Adjunto e da Saúde, determina que os estabelecimentos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário devem comunicar os alunos que não se encontrem com a vacinação recomendada atualizada de acordo com o Programa Nacional de Vacinação.

Concretamente, o Despacho diz que *“os estabelecimentos de educação pré -escolar e dos ensinos básico e secundário devem comunicar aos [delegados de saúde](#) coordenadores do respetivo Agrupamento de Centros de Saúde da área de abrangência do estabelecimento escolar os alunos no respetivo estabelecimento que não se encontrem com a vacinação recomendada atualizada, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação, no sentido de se poder promover o aconselhamento e esclarecimento adequados, bem como uma sensibilização para os benefícios desta política de saúde pública, quer pelas estruturas da educação, quer da saúde”*.

A Portaria n.º 248/2017, de 4 de agosto, do Ministério da Saúde, estabelece o modelo de governação do Programa Nacional de Vacinação, bem como de outras estratégias vacinais para a proteção da saúde pública e de grupos de risco ou em circunstâncias especiais. Nela se pode ler que compete à DGS, enquanto coordenador nacional do PNV, *“definir e gerir, através da [Autoridade de Saúde Nacional](#), reservas estratégicas de vacinas, quando necessário”* (alínea q) do Artigo 4.º) e que *“em situações excecionais, a DGS, através da [Autoridade de Saúde Nacional](#), pode ainda autorizar outros pontos de vacinação”* (Número 8 do Artigo 13.º).

### **38. VERIFICAÇÃO DOMICILIÁRIA DE DOENÇA**

A Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, aprovou a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas. Esta Lei foi alterada em quatro ocasiões e contém uma referência à autoridade de saúde no Artigo 22.º. Transcrevem-se integralmente os Artigos 20.º a 22.º:

#### **«Artigo 20.º (Verificação domiciliária da doença)**

1 – Salvo nos casos de internamento, de atestado médico passado nos termos do n.º 2 do artigo 17.º e de doença ocorrida no estrangeiro, pode o dirigente competente, se assim o entender, solicitar a verificação domiciliária da doença.

2 – Quando a doença não implicar a permanência no domicílio, o respetivo documento comprovativo deve conter referência a esse facto.

3 – Nos casos previstos no número anterior, o trabalhador deve fazer acompanhar o documento comprovativo da doença da indicação dos dias e das horas a que pode ser efetuada a verificação domiciliária, num mínimo de três dias por semana e de dois períodos de verificação diária, de duas horas e meia cada um, compreendidos entre as 9 e as 19 horas.

4 – Se o interessado não for encontrado no seu domicílio ou no local onde tiver indicado estar doente, todas as faltas dadas são injustificadas, por despacho do dirigente máximo do serviço, se o trabalhador não justificar a sua ausência, mediante apresentação de meios de prova adequados, no prazo de dois dias úteis, a contar do conhecimento do facto, que lhe é transmitido por carta registada, com aviso de receção.

5 – Se o parecer do médico competente para a inspeção domiciliária for negativo são consideradas injustificadas todas as faltas dadas desde o dia seguinte ao da comunicação do resultado da inspeção, feita através de carta registada com aviso de receção, e considerada a dilação de três dias úteis, até ao momento em que efetivamente retome funções.

#### **Artigo 21.º (Verificação domiciliária da doença pela ADSE)**

1 – A verificação domiciliária da doença do trabalhador, nas zonas definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da Administração Pública, é efetuada por médicos do quadro da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE) ou por ela convencionados ou credenciados, neste caso por contrato de avença, cuja remuneração é fixada por despacho daqueles membros do Governo.

2 – O dirigente máximo do serviço requisita diretamente à ADSE, por escrito ou pelo telefone, um médico para esse efeito, que efetua um exame médico adequado, enviando, de imediato, as indicações indispensáveis.

#### **Artigo 22.º (Verificação domiciliária da doença pelas autoridades de saúde)**

1 – Fora das zonas a que se refere o n.º 1 do artigo anterior, a verificação domiciliária da doença do trabalhador é feita pelas **autoridades de saúde** da área da sua residência habitual ou daquela em que ele se encontra doente.

2 – Sempre que da verificação domiciliária da doença efetuada fora daquelas zonas resultarem despesas de transporte, deve o serviço de que depende o trabalhador inspecionado promover a sua satisfação pela adequada verba orçamental.»

A Portaria n.º 324/2017, de 27 de outubro, que fixa os encargos a suportar pelas entidades empregadoras com a verificação da incapacidade para o trabalho dos respetivos trabalhadores, mediante a realização de juntas médicas ou através da verificação domiciliária da doença, estipula que o encargo a suportar pelas entidades empregadoras com a verificação domiciliária de doença é de 45 (quarenta e cinco) euros por cada verificação.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Caldeira, Reinaldo B.; Silva, Maria do Céu C., comps. Constituição Política da República Portuguesa 1976: projetos, votações e posições dos partidos. Lisboa: Bertrand; 1976.
- Carvalho, Álvaro et al. A Lei de saúde mental e o internamento compulsivo. Coimbra Editora: Coimbra; 2000.
- Estorninho, Maria ; Macieirinha, Tiago. Direito da saúde. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2014.
- Ferreira, Coriolano. Autoridade sanitária. Autoridade de saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública 1985; 4:3.
- Fontes, José. Curso sobre o Código do procedimento administrativo. 4.ª ed. Coimbra: Coimbra Editora; 2012.
- Gabriel, Vítor; Rato, João. Verificação, certificação e registo do óbito.. Revista Portuguesa de Direito da Saúde (Lex Medicinæ) 2004; 1:1.
- Gomes, Carla. Defesa da saúde pública vs. liberdade Individual: casos da vida de um médico de saúde pública. Lisboa: Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa; 1999.
- Imprensa Nacional–Casa da Moeda (INCM). Código penal: Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro. Lisboa: INCM; 1982.
- Imprensa Nacional–Casa da Moeda (INCM). Direito da Medicina: legislação, jurisprudência, pareceres, convenções internacionais. Lisboa: INCM; 2016.
- Ministério da Saúde. Coordenação do Internato Complementar de Saúde Pública. Internato complementar de saúde pública: três anos de actividade (1984-1987). Relatório de actividades, 1987 [não publicado].
- Ministério da Saúde e Assistência. Legislação. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda; 1973.
- Pereira, André. Sobre o internamento compulsivo de portadores de tuberculose: anotação ao acórdão da Relação do Porto de 6 de Fevereiro de 2002. Revista Portuguesa de Direito da Saúde (Lex Medicinæ) 2004; 1:1.
- Silveira, Luís. As garantias de defesa perante a administração pública. 2.ª ed. Programa Cidadão & Justiça. Lisboa: Ministério da Justiça; 1991.
- Torgal, Jorge. O direito ao trabalho e a não discriminação dos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana, VIH/SIDA. Acta Médica Portuguesa 1985; 8:401-404.
- Viegas, Valentino; Frada, João; Miguel, José Pereira. A Direcção-Geral da Saúde : notas históricas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2006. Disponível na World Wide Web: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-direccao-geral-da-saude-notas-historicas-pdf.aspx> .



## ANEXO 1: Índice Cronológico

DATA	DOCUMENTO	ASSUNTO
<b>1962-2000</b>		
1962-03-03	Decreto n.º 44220 <b>(Alterado pelos Decretos n.ºs 45864, 463/71, 857/76 e 168/2006)</b>	Cemitérios
1964-08-12	Decreto n.º 45864 (Altera o Decreto n.º 44220) <b>(Alterado pelo Decreto n.º 857/76) (Ver o Artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 411/98)</b>	Cemitérios
1968-12-18	Decreto n.º 48770	Cemitérios
1976-05-03	Decreto-Lei n.º 319-A/76 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Eleições
1976-07-10	Decreto-Lei n.º 547/76	Doença de Hansen
1976-12-20	Decreto n.º 857/76 (Altera os Decretos n.ºs 44220 e 45864) <b>(Ver o Artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 411/98)</b>	Cemitérios
1977-03-08	Decreto-Lei n.º 89/77 <b>(Alterado pelo Decreto-Lei n.º 229/94)</b>	Evicção escolar
1979-05-16	Lei n.º 14/79 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Eleições
1980-05-07	Decreto Regulamentar n.º 11/80	Alimentos (Bivalves)
1980-08-08	Decreto-Lei n.º 267/80	Eleições
1984-11-30	Decreto-Lei n.º 376/84 <b>(Alterado pelo Decreto-Lei n.º 474/88)</b>	Explosivos
1987-04-29	Lei n.º 14/87 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Eleições
1988-03-09	Portaria n.º 149/88	Alimentos
1990-08-24	Lei n.º 48/90	Lei de Bases da Saúde
1993-01-15	Decreto-Lei n.º 11/93 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Estatuto do SNS
1993-01-22	Decreto-Lei n.º 15/93 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Toxicod dependência
1993-03-16	DGS – Ofício Circular SEO/O n.º 4038	Cinto de segurança
1994-09-13	Decreto-Lei n.º 229/94 (Altera o Decreto-Lei n.º 89/77)	Evicção escolar
1995-01-27	Decreto Regulamentar n.º 3/95	Evicção escolar
1995-04-07	Lei n.º 10/95 (Altera a Lei n.º 14/79)	Eleições
1995-04-07	Lei n.º 11/95 (Altera o Decreto-Lei n.º 319-A/76)	Eleições
1995-06-06	Decreto-Lei n.º 131/95 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Código do Registo Civil
1995-09-07	DGS – Circular Normativa n.º 29/DSO	Incapacidade (Amputação)
1995-12-15	DGS – Circular Normativa n.º 22/DSO	Incapacidade (Hipovisão)
1997-03-10	Portaria n.º 174/97	Resíduos
1997-03-31	Decreto Regulamentar n.º 5/97	Diversões aquáticas
1997-04-16	Decreto-Lei n.º 84/97 <b>(Alterado pela Lei n.º 113/99)</b>	Saúde ocupacional
1998-01-24	Decreto-Lei n.º 11/98 <b>(Alterado pela Lei n.º 45/2004)</b>	Óbito
1998-04-03	Lei n.º 15-A/98 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Referendo
1998-06-06	Decreto-Lei n.º 156/98 <b>(O n.º 4 do Artigo 7.º foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 268/2002)</b>	Águas minerais
1998-07-24	Lei n.º 36/98 <b>(Alterada pela Lei n.º 101/99)</b>	Saúde Mental
1998-12-30	Decreto-Lei n.º 411/98 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Trasladação
1999-06-09	Decreto-Lei n.º 207/99	ULS de Matosinhos
1999-11-06	Decreto-Lei n.º 466/99 <b>(Alterado pelo Decreto-Lei n.º 161/2001)</b>	Incapacidade
1999-11-20	Decreto-Lei n.º 503/99 <b>(Várias alterações)</b>	Acidentes de trabalho e doenças profissionais
2000-01-29	Decreto-Lei n.º 5/2000 (Altera o Decreto-Lei n.º 411/98)	Trasladação
2000-07-13	Decreto-Lei n.º 138/2000 (Altera os Decretos-Leis n.ºs 411/98 e 5/2000)	Trasladação
2000-08-24	Lei Orgânica n.º 4/2000 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Referendo
2000-11-14	Decreto-Lei n.º 289/2000 <b>(Alterado pelo Decreto-Lei n.º 52/2009)</b>	Serviço militar

DATA	DOCUMENTO	ASSUNTO
<b>2001-2009</b>		
2001-08-14	Lei Orgânica n.º 1/2001 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Eleições
2001-08-20	DGS – Circular Normativa n.º 12/DSPS	Incapacidade
2001-10-09	DGS – Circular Normativa n.º 14/DT	Toxinfecção alimentar
2001-10-09	DGS – Circular Informativa n.º 22/DT	Toxinfecção alimentar
2001-10-15	DGS – Circular Normativa n.º 15/DT	Hepatite B – Vacina
2002-08-08	Decreto-Lei n.º 180/2002 <b>(Alterado pelo Decreto-Lei n.º 215/2008)</b>	Radiações
2002-09-05	DGS – Circular Normativa n.º 13/DEP	Doença meningocócica
2003-12-10	Decreto-Lei n.º 307/2003 <b>(Alterado pelo Decreto-Lei n.º 17/2011, pela Lei n.º 48/2017 e pelo Decreto-Lei n.º 128/2017)</b>	Incapacidade
2003-12-17	Decreto-Lei n.º 314/2003	Raiva e outras zoonoses
2004-04-22	DGS – Circular Normativa n.º 05/DEP	<i>Legionella</i>
2004-04-22	DGS – Circular Normativa n.º 06/DT	<i>Legionella</i>
2004-06-11	Decreto-Lei n.º 142/2004	Termas
2004-08-19	Lei n.º 45/2004 (Altera o Decreto-Lei n.º 11/98)	Óbito
2006-02-13	Lei Orgânica n.º 1/2006	Eleições
2006-05-23	DGV – Despacho n.º 11035/2006	Instrutor de condução
2006-08-16	Decreto-Lei n.º 168/2006 (Altera o Decreto n.º 44220)	Cemitérios
2006-08-30	Decreto-Lei n.º 176/2006	Medicamentos
2006-11-15	Decreto-Lei n.º 226/2006	Portos
2007-02-28	Decreto-Lei n.º 50-B/2007	ULS do Norte Alentejano
2007-06-15	Decreto-Lei n.º 232/2007 <b>(Alterado pelo Decreto-Lei n.º 58/2011)</b>	Ambiente
2007-06-29	Lei n.º 22-A/2007 <b>(Múltiplas alterações)</b>	Incapacidade
2007-08-27	Decreto-Lei n.º 306/2007 <b>(Alterado pelo Decreto-Lei n.º 92/2010)</b>	Água
2007-09-14	DGS – Circular Informativa n.º 32/ASN	Incapacidade
2007-10-12	Decreto-Lei n.º 340/2007	Pedreiras
2007-10-23	Decreto-Lei n.º 352/2007	Incapacidade
2007-11-06	Decreto-Lei n.º 370/2007	Portos
2007-11-12	Lei n.º 65/2007 <b>(Alterada pelo Decreto-Lei n.º 114/2011)</b>	Proteção Civil
2008-01-23	Aviso n.º 12/2008	RSI
2008-09-04	Decreto-Lei n.º 183/2008	ULS do Alto Minho, do Baixo Alentejo e da Guarda
2008-10-23	Decreto-Lei n.º 207/2008	Carne
2008-11-17	Decreto-Lei n.º 222/2008	Radiações
2009-01-22	DGS – Circular Normativa n.º 3/ASN	Incapacidade (Oncologia)
2009-06-16	Decreto-Lei n.º 141/2009	Instalações desportivas
2009-08-10	Decreto-Lei n.º 183/2009 <b>(Alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 84/2011 e 88/2013)</b>	Resíduos
2009-08-20	DGS – Circular Informativa n.º 31/DA	Piscinas
2009-08-21	Lei n.º 81/2009	SINAVE
2009-08-21	DGS – Circular Normativa n.º 14/DA	Piscinas
2009-09-29	Decreto-Lei n.º 268/2009	Recintos improvisados e de espetáculos
2009-10-12	Decreto-Lei n.º 291/2009	Incapacidade
2009-10-13	Acordo colectivo de trabalho n.º 2/2009 <b>(Alterado pelo Aviso n.º 17239/2012)</b>	Carreira médica
2009-11-02	Decreto-Lei n.º 318/2009	ULS de Castelo Branco
2009-12-04	Despacho n.º 26432/2009	Incapacidade
2009-12-04	DGS – Circular Informativa n.º 46/ASN	Incapacidade

DATA	DOCUMENTO	ASSUNTO
<b>2010-2013</b>		
2010-07-01	DGS – Circular Informativa n.º 27/ASN	Delegação de competências
2010-10-20	Decreto-Lei n.º 112/2010	Biocidas
2011-01-11	Decreto-Lei n.º 8/2011 <b>(Alterado pela Portaria n.º 260-A/2011 e pelo Decreto-Lei n.º 106/2012)</b>	Taxas
2011-01-24	DGS – Orientação n.º 004/2011	Taxas
2011-01-27	Decreto-Lei n.º 17/2011 (Altera o Decreto-Lei n.º 307/2003)	Incapacidade
2011-03-07	Decreto-Lei n.º 32/2011	Campos de férias
2011-06-02	Decreto-Lei n.º 67/2011	ULS do Nordeste
2011-08-05	Portaria n.º 260-A/2011	Taxas
2011-11-02	DGS – Orientação n.º 033/2011	Taxas
2011-11-03	DGS – Orientação n.º 034/2011 <b>(Atualizada em 23/03/2012)</b>	Sanidade Marítima
2012-01-26	Decreto Regulamentar n.º 14/2012	DGS – Lei Orgânica
2012-04-10	Decreto-Lei n.º 86/2012	Diversões aquáticas
2012-05-08	Despacho n.º 6042/2012	Incapacidade
2012-05-17	Decreto-Lei n.º 106/2012	Taxas
2012-05-23	Decreto-Lei n.º 113/2012 (Republica o Decreto-Lei n.º 135/2009)	Águas balneares
2012-06-22	Decreto-Lei n.º 130/2012	Água
2012-06-26	DGS – Orientação n.º 009/2012	Incapacidade
2012-07-23	DGS – Orientação n.º 010/2012	Incapacidade
2012-08-29	Decreto-Lei n.º 204/2012 (Republica o Decreto-Lei n.º 310/2002) <b>(Artigo 18.º alterado pelo Decreto-Lei n.º 51/2015)</b>	Acampamentos ocasionais
2012-09-05	Lei n.º 51/2012	Evicção escolar
2012-10-15	DGS – Orientação n.º 015/2012	Carta de condução
2012-10-31	Decreto-Lei n.º 238/2012	ULS do Litoral Alentejano
2012-11-29	DGS – Orientação n.º 020/2012	Carta de condução
2012-12-07	Acordo coletivo de trabalho n.º 5/2012	Carreira médica
2012-12-31	Decreto-Lei n.º 266-D/2012	Carreira médica
2013-04-02	DGS – Norma n.º 006/2013	Sarampo
2013-04-17	Decreto-Lei n.º 54/2013	Substâncias psicoativas
2013-08-05	Portaria n.º 248/2013 <b>(Alterada pela Portaria n.º 22/2016)</b>	SINAVE
2013-10-04	Decreto-Lei n.º 135/2013 <b>(Ver Declaração de Retificação n.º 51/2013)</b>	Autoridade de saúde
2013-10-07	Decreto-Lei n.º 137/2013 <b>(Ver Declaração de Retificação n.º 52/2013) (Alterado pelo Decreto-Lei n.º 239/2015)</b>	Autoridade de saúde
2013-11-28	Portaria n.º 347/2013	Unidades privadas (Diálise)
2013-12-03	Declaração de Retificação n.º 51/2013	Autoridade de saúde
2013-12-04	Declaração de Retificação n.º 52/2013	Autoridade de saúde
2013-12-30	DGS – Norma n.º 026/2013	Saúde ocupacional

DATA	DOCUMENTO	ASSUNTO
<b>2014-2017</b>		
2014-01-28	Lei n.º 3/2014 <b>(Ver Declaração de Retificação n.º 20/2014)</b> <b>(Alterada pelo Decreto-Lei n.º 88/2015 e pela Lei n.º 146/2015)</b>	Saúde ocupacional
2014-02-14	Decreto-Lei n.º 23/2014	Espetáculos
2014-03-04	Decreto-Lei n.º 33/2014	Apoio social
2014-03-25	Despacho n.º 4355/2014	SINAVE
2014-03-27	Despacho n.º 4520/2014	SINAVE
2014-05-05	Despacho n.º 5855/2014	SINAVE
2014-05-16	DGS – Orientação n.º 007/2014	Eleições
2014-06-20	Lei n.º 35/2014 <b>(Várias alterações)</b>	Lei geral do trabalho em funções públicas
2014-08-22	Decreto-Lei n.º 127/2014	Estabelecimentos de saúde
2014-11-07	Decreto-Lei n.º 170-A/2014	Cinto de segurança
2014-11-27	DGS – Norma n.º 017/2014	Poliomielite
2015-01-26	DGS – Orientação n.º 007/2015 <b>(Atualizada em 03/12/2015)</b>	Gripe
2015-01-28	Decreto-Lei n.º 12/2015	ULS
2015-02-12	Lei Orgânica n.º 2/2015	Referendo
2015-04-13	Decreto-Lei n.º 51/2015 (Altera o Art.º 18.º do DL n.º 310/2002)	Acampamentos ocasionais
2015-05-11	Decreto-Lei n.º 73/2015 <b>(Ver Declaração de Retificação n.º 29/2015)</b>	Indústria
2015-06-01	Portaria n.º 162-A/2015 <b>(Ver o Despacho n.º 7214/2015)</b>	Óbito
2015-06-30	DGS – Orientação n.º 008/2015 <b>(Atualizada em 05/08/2015)</b>	MERS-Cov
2015-07-01	Despacho n.º 7214/2015	Óbito
2015-07-01	Despacho n.º 7216/2015	Serviços de saúde pública nos hospitais
2015-08-03	Lei n.º 80/2015	Proteção civil
2015-08-07	DGS – Informação n.º 06/2015	Trasladações
2015-08-31	Decreto-Lei n.º 184/2015	Radiações
2015-09-17	Decreto-Lei n.º 203/2015	Espaços de jogo e recreio
2016-02-10	Portaria n.º 22/2016 (Altera a Portaria n.º 248/2013)	SINAVE
2016-06-03	Decreto-Lei n.º 23/2016	Água
2016-07-21	Ordem dos Médicos – Regulamento n.º 707/2016	Deontologia médica - Óbito
2016-07-21	DGS – Orientação n.º 003/2016	SINAVE
2016-07-29	Decreto-Lei n.º 40/2016	Carta de condução
2016-12-21	Despacho n.º 15385-A/2016	SINAVE
2017-01-10	Portaria n.º 14/2017	Portos
2017-04-12	DGS – Norma n.º 004/2017 <b>(Atualizada em 26/04/2017)</b>	Sarampo
2017-04-28	Despacho n.º 3668-A/2017	Vacinação
2017-05-10	Decreto-Lei n.º 47/2017 (Republica o Decreto-Lei n.º 102/2010)	Qualidade do ar
2017-06-12	DGS – Norma n.º 007/2017	Raiva
2017-07-06	DGS – Norma n.º 010/2017	Águas balneares
2017-07-06	DGS – Norma n.º 011/2017	Águas balneares
2017-08-04	Portaria n.º 248/2017	Vacinação
2017-09-26	DGS – Orientação n.º 019/2017	Eleições
2017-10-09	Decreto-Lei n.º 128/2017	Incapacidade
2017-10-27	Portaria n.º 324/2017	Verificação de doença

## ANEXO 2: Códigos, Leis, Regulamentos e outros documentos com interesse genérico para a Autoridade de Saúde

*Nota:* Recomenda-se a leitura de versões consolidadas dos documentos que integrem as sucessivas alterações introduzidas aos mesmos, de forma a minimizar os riscos de se estarem a consultar versões desatualizadas. A base de dados legislativa da Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa (disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_main.php](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_main.php)) é uma boa opção, sempre que os documentos aí estejam disponíveis.

- 1951-08-07 – Decreto-Lei n.º 38382 – **Regulamento Geral das Edificações Urbanas**.  
(Múltiplas alterações) (Ver o Ofício n.º 443 da DGS, de 22/6/83 - **RGEU-03** - e o Ofício Circular ES/93 da DGS, de 12/2 - **RGEU-44**) (Disponível em <http://www.l3garquitectos.pt/rgeu.html>)
- 1971-02-03 – Portaria n.º 53/71 - Aprova o regulamento geral de segurança e higiene do trabalho nos **estabelecimentos industriais**.  
(Alterada pela Portaria n.º 702/80, de 22/9)  
(Disponível em [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/Legislacao/Ind%C3%BAstria/Paginas/default.aspx](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/Legislacao/Ind%C3%BAstria/Paginas/default.aspx))
- 1976-04-10 – Decreto – Aprova a **Constituição da República Portuguesa**.  
(Várias alterações)  
(Disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>)
- 1982-10-27 – Decreto-Lei n.º 433/82 – Institui o **ilícito de mera ordenação social** e respectivo processo. (Várias alterações) (Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=166&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so\\_miolo=S](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=166&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=S))
- 1985-02-05 – Desp. 41/MES/85 – Recomendações técnicas para **habitação social**.  
(Disponível em <https://www.portaldahabitacao.pt/pt/portal/habitacao/construcao/recomendacoestecnicas.html>)
- 1986-08-20 – Decreto-Lei n.º 243/86 – Aprova o **Regulamento Geral de Higiene e Segurança do Trabalho nos Estabelecimentos Comerciais, de Escritório e Serviços**. (A Resolução do Conselho de Ministros n.º 2/88, de 6/1, estabeleceu medidas relativas à aplicação deste Regulamento aos serviços da Administração Pública) (Ver o Despacho conjunto de 8/3/89 - **EC-10** - e o Ofício Circular ES/92 da DGCSP, de 23/10 - **EC-12**) (Disponível em <http://www.asae.pt/pagina.aspx?back=1&codigono=550055015893AAAAAAAAAAAA>)
- 1987-02-17 – Decreto-Lei n.º 78/87 – **Código de Processo Penal**. (Múltiplas alterações)  
(Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=199&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so\\_miolo=S](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=199&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=S))
- 1990-08-10 – Lei n.º 43/90 – Regula e garante o exercício do **direito de petição** para a defesa dos direitos dos cidadãos, da Constituição, das leis ou do interesse geral. (Aborda questões relacionadas com petições, pedidos, propostas, reclamações, representações, exposições, impugnações, queixas e denúncias, entre outros aspetos)  
(Alterada pelas Leis n.º 6/93, de 1/3, n.º 15/2003, de 4/6, e n.º 45/2007, de 24/8)  
(Disponível em <https://www.parlamento.pt/EspacoCidadao/Paginas/DireitoPeticao.aspx>)
- 1991-08-16 – Portaria 835/91 – Aprova o **Regulamento Arquivístico** da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e das ARS.  
(Alterada pela Portaria n.º 1327/2005, de 28/12)

- 1991-09-04 – DGCSP – Circular Normativa n.º 6/ES – **Engenharia Sanitária** a nível regional.
- 1994-05-03 – Decreto-Lei n.º 114/94 – Aprova o **Código da Estrada**. (Múltiplas alterações)  
(Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=349&tabela=leis&ficha=1&pagina=1](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=349&tabela=leis&ficha=1&pagina=1))
- 1995-03-15 – Decreto-Lei n.º 48/95 – Aprova o **Código Penal**. (Múltiplas alterações) (Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?ficha=1&artigo\\_id=&nid=109&pagina=1&tabela=leis&nver\\_sao=&so\\_miolo=S](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?ficha=1&artigo_id=&nid=109&pagina=1&tabela=leis&nver_sao=&so_miolo=S))
- 1995-05-30 – Decreto-Lei n.º 117/95 – Cria a área profissional de **Técnico de Saúde Ambiental** e define o respetivo conteúdo funcional. (Ver também o Decreto-Lei n.º 65/98, de 17/3)
- 1995-12-16 – Decreto Regulamentar n.º 34/95 – Regulamento das Condições Técnicas e de Segurança dos **Recintos de Espectáculos e Divertimentos Públicos**.  
(Alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 65/97, de 31/3, e 220/2008, de 12/11, e pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2010, de 28/12)
- 1999-12-16 – Decreto-Lei n.º 555/99 – Regime Jurídico da **Urbanização e Edificação**.  
(Múltiplas alterações) (Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=625&tabela=leis&so\\_miolo](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=625&tabela=leis&so_miolo))
- 2000-05-08 – Portaria n.º 247/2000 – **Regulamento Arquivístico** dos hospitais.  
(Alterado pela Portaria n.º 157/2014, de 19/8) (Os centros de saúde e demais serviços do Ministério da Saúde podem utilizar este instrumento para o enquadramento jurídico da gestão dos seus documentos) (Disponível em <http://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/direito-da-medicina/processos-clinicos/lei-geral-e-conservacao-de-arquivos/>)
- 2005-12-29 – Lei n.º 58/2000 – **Lei da Água**. (Várias alterações)  
(Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1191&tabela=leis&so\\_miolo=](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1191&tabela=leis&so_miolo=))
- 2007-01-17 – Decreto-Lei n.º 9/2007 – Regulamento Geral do **Ruído**. (Duas alterações)  
(Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1210&tabela=leis&so\\_miolo=](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1210&tabela=leis&so_miolo=))
- 2011-12-29 – Decreto-Lei n.º 124/2011 – **Lei Orgânica do Ministério da Saúde**.  
(Várias alterações) (Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1715&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so\\_miolo=S](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1715&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=S))
- 2012-01-30 – Decreto-Lei n.º 22/2012 – **Lei Orgânica das Administrações Regionais de Saúde**.  
(Alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 127/2014, de 22/8, e 173/2014, de 19/11) (Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1689&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so\\_miolo=S](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1689&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=S))
- 2015-01-07 – Decreto-Lei n.º 4/2015 – **Código do Procedimento Administrativo**.  
(Disponível em [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2248&tabela=leis&so\\_miolo=](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2248&tabela=leis&so_miolo=))
- 2016-07-08 – Regulamento n.º 631/2016 – **Regulamento Disciplinar dos Médicos**.  
(Disponível em <http://www.omsul.pt/tabid/218/Default.aspx>)

## **ANEXO 3: Documentos retirados do Índice do Dossiê *Áreas de Intervenção da Autoridade de Saúde*, listados por ordem cronológica e indicando o motivo que levou à sua exclusão**

*Nota:* Este Anexo foi elaborado tendo como ponto de partida o *Índice Cronológico* integrado no *Dossiê Áreas de Intervenção da Autoridade de Saúde*, disponibilizado anualmente pela Coordenação do Internato Médico de Saúde Pública e cuja última versão atualizada foi divulgada em Março de 2005. A *esse Índice Cronológico* foram sendo acrescentados documentos ao longo dos anos, sendo que muitos deles não continham referência alguma à Autoridade de Saúde, e, por esse ou outro motivo, foram retirados.

- 1924-05-06 – Decreto n.º 9645 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 8/2011
- 1926-10-12 – Decreto n.º 12477 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1928-01-27 – Decreto n.º 13166 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1928-04-17 – Decreto N.º 15401 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 142/2004
- 1929-04-24 – Portaria n.º 6114 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1938-12-06 – Decreto-Lei n.º 29216 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1939-03-25 – Portaria n.º 9186 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1944-03-24 – Decreto n.º 33583 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1949-08-09 – Lei n.º 2036 – Revogada pela Lei n.º 81/2009
- 1949-10-08 – Decreto-Lei n.º 37575 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 80/2010
- 1951-08-07 – Decreto-Lei n.º 38382 (RGEU) – VER ANEXO 2**
- 1953-06-29 – Procuradoria Geral da República – Processo n.º 105/52 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1954-12-23 – Lei n.º 2073 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 423/83
- 1955-02-07 – Portaria n.º 15241 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1957-01-30 – DGS – Repartição dos Serviços Administrativos – Instruções – Retirado (Perda de eficácia)
- 1957-07-24 – Decreto-Lei n.º 41204 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 28/84
- 1959-08-06 – Despacho (MSA;SEI) – Revogado pelo Despacho conjunto n.º 577/2001
- 1960-09-23 – Decreto n.º 43189 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 341/93
- 1962-02-20 – Decreto-Lei n.º 44198 – Retirado (Não aplicável) (Perda de eficácia)
- 1962-03-03 – Portaria n.º 19058 – Retirada (Perda de eficácia)
- 1962-03-31 – Decreto-Lei n.º 44258 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1962-04-27 – Decreto-Lei n.º 44308 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1962-08-22 – Decreto n.º 44537 – Retirado (Desatualizado)
- 1963-05-13 – Decreto-Lei n.º 45027 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1964-01-30 – Decreto-Lei n.º 45551 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1965-07-10 – Decreto n.º 46427 – Retirado (Desatualizado)
- 1965-10-27 – Decreto-Lei n.º 46621 – Retirado (Ver a Portaria n.º 386/91)
- 1967-07-19 – Decreto-Lei n.º 47802 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1967-12-04 – DGS – Ofício Circular n.º 1789 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1968-04-06 – Portaria n.º 23298 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 8/2011
- 1968-12-02 – DGS – Circular Normativa n.º T/5/68 – Retirada (Perda de eficácia)
- 1969-09-15 – DGS – Circular Normativa n.º 3/69 – Retirada (Desatualizada)
- 1970-10-07 – DGS – Instrução Serviço n.º 03/70 – Retirada (Perda de eficácia)
- 1970-11-23 – Decreto-Lei n.º 575/70 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1971-02-03 – Portaria n.º 53/71 (Estabelecimentos industriais) – VER ANEXO 2**
- 1971-02-11 – Portaria n.º 81/71 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1971-07-13 – Decreto-Lei n.º 299/71 – Revogado pelo Aviso n.º 12/2008
- 1971-11-02 – Decreto n.º 463/71 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1972-07-03 – Portaria n.º 367/72 – Tacitamente revogada pelo Decreto-Lei n.º 307/2007
- 1972-11-10 – Decreto n.º 446/72 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1975-05-28 – Portaria n.º 329/75 – Revogada pela Portaria n.º 215/2011
- 1975-11-18 – Decreto-Lei n.º 650/75 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1976-07-19 – Decreto-Lei n.º 569/76 – Retirado (Perda de eficácia)

- 1976-08-03 – Portaria n.º 477/76 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1976-09-07 – Portaria n.º 559/76 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 223/2008
- 1977-03-14 – Portaria n.º 131/77 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1977-10-29 – Portaria n.º 666/77 – Retirada (Perda de eficácia)
- 1977-11-25 – Decreto-Lei n.º 494/77 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1978-06-12 – Decreto-Lei n.º 143/78 – Revogado pela Lei n.º 22-A/2007
- 1978-07-14 – Portaria n.º 382/78 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1978-08-24 – Portaria n.º 485/78 – Tacitamente revogada pelo Decreto-Lei n.º 307/2007
- 1979-04-16 – Decreto n.º 31/79 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1979-05-08 – Decreto-Lei n.º 122/79 – Revogado pela Lei n.º 27/2013
- 1979-07-30 – Ministério dos Assuntos Sociais – Despacho – Retirado (Desatualizado)
- 1980-02-29 – Decreto-Lei n.º 27/80 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1980-05-08 – Decreto Regulamentar n.º 12/80 – Revogado pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2001
- 1980-07-16 – Decreto-Lei n.º 230/80 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1980-09-22 – Portaria n.º 702/80 (Estabelecimentos industriais) – VER ANEXO 2**
- 1980-10-18 – Decreto-Lei n.º 494/80 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1980-11-10 – Decreto-Lei n.º 541/80 – Revogado pela Lei n.º 64/2014
- 1981-01-31 – Decreto Regulamentar n.º 7/81 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 214/2008
- 1981-10-30 – Despacho Normativo n.º 322/81 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1982-01-05 – Decreto-Lei n.º 2/82 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1982-04-23 – Decreto-Lei n.º 131/82 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 8/2011
- 1982-05-19 – Decreto-Lei n.º 192/82 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1982-09-04 – Decreto-Lei n.º 354-A/82 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1982-11-22 – Despacho Normativo n.º 253/82 – Revogado pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2001
- 1983-02-25 – Decreto-Lei n.º 118/83 – Retirado (Desatualizado)
- 1983-06-22 – DGS – Ofício n.º 11623 – Retirado (Desatualizado)
- 1983-07-14 – DGS – Ofício n.º 443 (RGEU) – VER ANEXO 2**
- 1983-09-20 – DGS – Ofício: Parecer sobre construção de uma piscina – Retirado (Desatualizado)
- 1984-01-16 – Decreto-Lei n.º 24/84 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1984-01-20 – Decreto-Lei n.º 28/84 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1984-03-28 – Procuradoria Geral da República – Parecer n.º 26/80 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1984-04-05 – Lei n.º 4/84 – Republicada pelo Decreto-Lei n.º 70/2000
- 1984-04-17 – Portaria n.º 243/84 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1984-06-02 – Portaria n.º 333/84 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1984-08-06 – Decreto-Lei n.º 271/84 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1984-08-21 – DGCSP – Circular Normativa n.º 11/SP/84 – Retirada (Perda de eficácia)
- 1984-11-15 – Portaria n.º 861/84 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1985-02-05 – Despacho n.º 41/MES/85 (Habitação Social) – VER ANEXO 2**
- 1985-05-03 – Decreto-Lei n.º 135/85 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 194/96
- 1985-07-05 – Portaria n.º 424/85 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1985-07-15 – DGCSP – Circular Normativa n.º 24/85 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1985-11-04 – Decreto-Lei n.º 463/85 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1985-11-13 – Decreto-Lei n.º 479/85 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1985-11-14 – Portaria n.º 861/85 – Retirada (Desatualizada)
- 1985-11-20 – Despacho Normativo n.º 110/85 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1986-03-27 – Decreto-Lei n.º 68/86 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1986-05-02 – DGCSP – Norma de Serviço n.º 4/DTP – Retirada (Desatualizada)
- 1986-08-20 – Decreto-Lei n.º 243/86 (Regulamento Geral de Higiene e Segurança no Trabalho nos Estabelecimentos Comerciais, de Escritório e Serviços) – VER ANEXO 2**
- 1986-08-25 – Decreto-Lei n.º 252/86 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 42/2008
- 1986-09-19 – Decreto-Lei n.º 299/86 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1986-09-30 – Decreto-Lei n.º 328/86 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 167/97
- 1986-12-18 – DGCSP – Instrução de Serviço n.º 11/86/DTP/IS (Revogada pelo Despacho n.º 5681-A/2014)
- 1986-12-26 – Portaria n.º 766/86 – Revogada pela Portaria n.º 1071/98



- 1987-01-08 – Lei n.º 2/87 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1987-01-17 – Decreto-Lei n.º 33/87 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1987-02-24 – Procuradoria Geral da República – Processo n.º 54/86 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1987-04-03 – Decreto-Lei n.º 159/87 – Retirado (Desatualizado)
- 1987-04-07 – Lei n.º 11/87 – Revogada pela Lei n.º 19/2014
- 1987-06-24 – Decreto-Lei n.º 254/87 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1988-01-06 – Resolução do Conselho de Ministros n.º 2/88 (Estabelecimentos Comerciais e outros) – VER ANEXO 2**
- 1988-01-20 – Decreto Regulamentar n.º 2/88 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 107/2009
- 1988-02-26 – Decreto-Lei n.º 55/88 – Retirado (Desatualizado)
- 1988-05-30 – Decreto-Lei n.º 193/88 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1988-10-15 – Decreto-Lei n.º 368/88 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1988-12-30 – Decreto-Lei n.º 497/88 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 100/99
- 1989-02-03 – Aviso INSA – Retirado (Desatualizado)
- 1989-03-08 – Despacho Conjunto (Estabelecimentos Comerciais e outros) – VER ANEXO 2**
- 1989-04-19 – Despacho Conjunto – Retirado (Desatualizado)
- 1989-07-01 – Decreto-Lei n.º 215/89 – Retirado (Ver o Decreto-Lei n.º 198/2001)
- 1989-07-05 – Portaria n.º 506/89 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1989-08-17 – Decreto-Lei n.º 261/89 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1989-08-21 – Decreto-Lei n.º 273/89 – Revogado pelo Decreto-Lei 301/2000
- 1989-08-21 – Decreto-Lei n.º 274/89 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 24/2012
- 1989-08-24 – Decreto-Lei n.º 284/89 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 266/2007
- 1989-08-27 – DGCSP – Ofício Circular (Na prática, revogado pelo Despacho n.º 5681-A/2014)
- 1989-10-04 – DGCSP – Circular Informativa n.º 25/SEO/O – Retirada (Desatualizada)
- 1989-10-12 – Decreto-Lei n.º 348/89 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1989-10-21 – Despacho Normativo n.º 96/89 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1989-10-27 – Despacho Normativo n.º 99/89 – Revogado pela Portaria n.º 262/2011
- 1989-12-06 – Decreto-Lei n.º 426/89 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 220/2008
- 1989-12-15 – Despacho Normativo n.º 109/89 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-01-25 – Decreto-Lei n.º 35/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-01-26 – Portaria n.º 65/90 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 41/2009
- 1990-02-06 – Decreto-Lei n.º 40/90 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 80/2006
- 1990-02-08 – Portaria n.º 94/90 – Revogada (Ver o Decreto-Lei N.º 289/2000)
- 1990-02-19 – DGCSP – Circular Normativa n.º 3/DAJ – Retirada (Desatualizada)
- 1990-02-21 – Decreto-Lei n.º 64/90 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 220/2008
- 1990-03-06 – Decreto-Lei n.º 73/90 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 177/2009 (Artigo 28.º)
- 1990-03-16 – Decreto-Lei n.º 84/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-03-16 – Decreto-Lei n.º 86/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-03-16 – Decreto-Lei n.º 90/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-03-22 – Decreto-Lei n.º 103-A/90 – Revogado pela Lei n.º 22-A/2007
- 1990-04-19 – Decreto Regulamentar n.º 9/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-04-28 – Decreto-Lei n.º 139-A/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-05-22 – Decreto-Lei n.º 162/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-07-16 – Despacho n.º 52/SESS/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-08-10 – Lei n.º 43/90 (Direito de petição) – VER ANEXO 2**
- 1990-09-10 – Portaria n.º 809/90 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-09-10 – Portaria n.º 810/90 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 214/2008
- 1990-09-27 – Decreto-Lei n.º 306/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-10-03 – DGCSP – Circular Normativa n.º 11/SEO/O – Retirada (Perda de eficácia)
- 1990-10-13 – Decreto-Lei n.º 318/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-10-15 – Decreto-Lei n.º 321-B/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-11-06 – DGCSP – Circular Normativa n.º 14/SEO/O – Retirada (Perda de eficácia)
- 1990-11-09 – Decreto-Lei n.º 352/90 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 78/2004
- 1990-11-29 – Decreto Regulamentar n.º 41/90 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1990-12-04 – DGCSP – Circular Informativa n.º 175/SEO/O (Tacitamente revogada)

- 1991-01-02 – DGCSP – Circular Normativa n.º 1/SEO/O – Retirada (Perda de eficácia)
- 1991-02-01 – SEAS – Despacho n.º 18/90 – Revogado pela Portaria n.º 582/2007
- 1991-05-06 – Portaria n.º 386/91 – Retirada (Desatualizada)
- 1991-06-20 – DGCSP – Circular Normativa n.º 5/SEO/O – Retirada (Perda de eficácia)
- 1991-06-25 – DGCSP – Parecer n.º 62/SEO/O – Retirado (Desatualizado)
- 1991-07-19 – Aviso – Protocolo DGCSP/DGAF – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1991-07-23 – Decreto Regulamentar n.º 37/91 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 107/2009
- 1991-08-07 – Decreto-Lei n.º 275/91 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 24/2012
- 1991-08-16 – Portaria 835/91 (Regulamento arquivístico) – VER ANEXO 2**
- 1991-09-04 – DGCSP – Circular Normativa n.º 6/ES – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1991-09-06 – DGCSP – Ofício Circular n.º ES/91 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1991-10-16 – Decreto-Lei n.º 399/91 – Revogado pela Lei n.º 27/2013
- 1991-11-14 – Decreto-Lei n.º 441/91 – Revogado pela Lei n.º 102/2009 (Ver o Artigo 120.º)
- 1991-11-15 – Decreto-Lei n.º 442/91 – Retirado (Ver o Decreto-Lei n.º 6/96)
- 1991-11-22 – Decreto-Lei n.º 446/91 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 118/2006
- 1991-11-27 – Decreto Regulamentar n.º 61/91 – Revogado pelo Decreto Regulamentar n.º 8/2003
- 1991-12-12 – DGCSP – Circular Normativa n.º 7/SEO-O – Retirada (Desatualizada)
- 1992-01-02 – DGCSP – Parecer n.º SEO/O P.º 07-06 – 662/91 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1992-01-22 – DGCSP – Ofício Circular ES/92 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1992-02-20 – DGCSP – Circular Informativa n.º 2/SEO/O – Retirada (Desatualizada)
- 1992-03-06 – Decreto Regulamentar n.º 3/92 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1992-04-23 – Decreto-Lei n.º 65/92 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1992-04-28 – Decreto-Lei n.º 72/92 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 182/2006
- 1992-04-28 – Decreto Regulamentar n.º 9/92 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 182/2006
- 1992-05-08 – DGCSP – Informação n.º 29/SEO/O – Retirada (Perda de eficácia)
- 1992-05-12 – DGCSP – Circular Informativa n.º 7/DAJ – Retirada (Perda de eficácia)
- 1992-05-15 – DGCSP – Ofício ES/92 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1992-06-19 – Portaria n.º 505/92 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1992-06-22 – Portaria n.º 512/92 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1992-07-24 – Portaria n.º 743/92 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1992-08-05 – MS – Secretaria Geral – Circular Normativa n.º 13/92 – Retirada (Perda de eficácia)
- 1992-10-12 – DGCSP – Circular Normativa n.º 10/SEO/O – Retirada (Desatualizada)
- 1992-10-13 – DGCSP – Ofício Circular SEO/O – Retirado (Desatualizado)
- 1992-10-20 – DGCSP – Circular Informativa n.º 12/DO – Retirada (Perda de eficácia)
- 1992-10-23 – DGCSP – Ofício Circular ES/92 (Estabelecimentos Comerciais e outros) – VER ANEXO 2**
- 1992-10-30 – Decreto-Lei n.º 246/92 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1992-11-05 – DGCSP – Circular Normativa n.º 11/SEO/O – Retirada (Desatualizada)
- 1992-12-04 – Decreto Regulamentar n.º 34/92 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1992-12-15 – DGCSP – Circular Normativa n.º 12/DTP – Retirada (Desatualizada)
- 1993-??-?? – CNQ – Directiva CNQ 23/93 – Piscinas de uso público – Retirada (Desatualizada)
- 1993-01-15 – Decreto-Lei n.º 10/93 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 212/2006
- 1993-01-15 – Decreto-Lei n.º 13/93 – Revogado, por força da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 127/2014
- 1993-02-12 – DGCSP – Ofício Circular ES/93 n.º 2657 (RGEU) – VER ANEXO 2**
- 1993-03-03 – Decreto-Lei n.º 61/93 (RGEU) – VER ANEXO 2**
- 1993-03-17 – DGS – Ofício Circular SEO/O n.º 4113 – Retirado (Desatualizado)
- 1993-04-06 – Lei n.º 10/93 – Revogada pela Lei n.º 26/2013
- 1993-04-15 – DGS – Circular Normativa n.º 2/ES – Retirada (Perda de eficácia)
- 1993-05-12 – Decreto-Lei n.º 178/93 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 111/2006
- 1993-05-14 – Decreto-Lei n.º 182/93 – Retirado (Ver o Decreto-Lei n.º 197/2003)
- 1993-05-21 – Portaria n.º 533/93 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 111/2006
- 1993-05-21 – Portaria n.º 534/93 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 223/2008
- 1993-05-24 – Decreto-Lei n.º 191/93 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 135/2007
- 1993-05-26 – DGS – Circular Normativa n.º 9/SEO/O – Retirada (Desatualizada)
- 1993-06-03 – DGS – Ofício Circular SEO/O n.º 07825 – Retirado (Perda de eficácia)

1993-06-18 – Decreto-Lei n.º 222/93 – Revogado pela Lei n.º 27/2006  
 1993-07-22 – Decreto-Lei n.º 259/93 – Revogado pela Lei n.º 22-A/2007  
 1993-08-17 – Decreto Regulamentar n.º 25/93 – Revogado pelo Decreto Regulamentar n.º 8/2003  
 1993-08-18 – Decreto n.º 26/93 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-08-26 – Lei n.º 65/93 – Retirada (Ver a Lei n.º 94/99)  
 1993-08-31 – Decreto-Lei n.º 301/93 – Revogado na parte relevante para a autoridade de saúde  
 1993-09-14 – Despacho n.º 105/93/MARN – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-09-25 – Decreto-Lei n.º 330/93 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-09-29 – Decreto-Lei n.º 335/93 – Revogado com a extinção das Sub-Regiões de Saúde  
 1993-09-29 – Decreto-Lei n.º 336/93 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 82/2009  
 1993-09-30 – Decreto-Lei n.º 341/93 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 352/2007  
 1993-10-01 – Decreto-Lei n.º 343/93 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-10-01 – Decreto-Lei n.º 347/93 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-10-01 – Decreto-Lei n.º 348/93 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-10-01 – Decreto-Lei n.º 349/93 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-10-06 – Portaria n.º 987/93 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-10-06 – Portaria n.º 988/93 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-10-06 – Portaria n.º 989/93 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-10-12 – Portaria n.º 1009/93 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 111/2006  
 1993-10-12 – DGS – Circular Informativa n.º 52/SEO/O – Retirada (Perda de eficácia)  
 1993-10-14 – Portaria n.º 1030/93 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-10-19 – Portaria n.º 1049/93 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-11-20 – Decreto-Lei n.º 388/93 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1993-11-20 – Decreto-Lei n.º 390/93 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 301/2000  
 1993-11-23 – DGS – Circular Normativa n.º 19/SEO/O – Retirada (Perda de eficácia)  
 1993-12-23 – Decreto-Lei n.º 413/93 – Revogado pela Lei n.º 12-A/2008  
 1994-01-12 – Instituto Bacteriológico Câmara Pestana – Retirado (Desatualizado)  
 1994-01-31 – DGS – Ofício n.º 1607 – Retirado (Desatualizado)  
 1994-02-01 – Decreto-Lei n.º 26/94 – Revogado pela Lei n.º 102/2009 (Ver o Artigo 120.º)  
 1994-02-22 – Decreto-Lei n.º 46/94 – Revogado pela Lei n.º 58/2005  
 1994-03-30 – DGS – Informação n.º 26/94 – Retirada (Desatualizada)  
 1994-04-12 – DGS – Circular Normativa n.º 8/DAS – Retirada (Perda de eficácia)  
 1994-04-29 – DGS – Ofício-circular DSO n.º 07689 – Retirado (Perda de eficácia)  
 1994-05-03 – Decreto-Lei n.º 114/94 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 44/2005  
 1994-05-07 – Portaria n.º 274/94 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1994-05-20 – IPPAA – Ofício n.º 3100 – Retirado (Desatualizado)  
 1994-06-20 – DGS – Parecer n.º 89/94 – Retirado (Perda de eficácia)  
 1994-08-06 – Decreto-Lei n.º 207/94 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 194/2009  
 1994-08-08 – DGS – Parecer n.º 167/94 – Retirado (Perda de eficácia)  
 1994-08-18 – DGS – Parecer n.º 172/94 – Retirado (Reporta à Portaria n.º 6065)  
 1994-08-29 – Lei n.º 29/94 – Revogada pela Lei n.º 53/2010  
 1994-09-22 – Decreto-Lei n.º 242/94 – Retirado (Extinção de uma taxa a pagar à DGS)  
 1994-09-23 – DGS – Ofício circular n.º 16461 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 1994-09-28 – DGS – Ofício-circular DSO n.º 16649 – Retirado (Perda de eficácia)  
 1994-10-13 – DGS – Parecer n.º 208/94 – Retirado (Perda de eficácia)  
 1994-10-13 – DGS – Parecer n.º 209/94 – Retirado (Perda de eficácia)  
 1994-10-20 – Decreto-Lei n.º 255/94 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 214/2008  
 1994-10-29 – Portaria n.º 971/94 Revogada pelo Decreto-Lei n.º 111/2006  
 1994-11-02 – Decreto Regulamentar n.º 63/94 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 279/2009  
 1994-11-04 – DGS – Ofício circular n.º 18460 – Retirado (Desatualizado)  
 1994-11-17 – Despacho n.º 43/94 – Retirado (Perda de eficácia)  
 1994-11-17 – DGS – Informação n.º 250/94 – Retirada (Perda de eficácia)  
 1994-11-21 – DGS – Parecer n.º GJ/3385 – Retirado (Desatualizado)  
 1994-12-26 – Portaria n.º 1147/94 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 127/2013

- 1994-12-29 – Decreto-Lei n.º 321/94 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1995-01-27 – DGS – Informação n.º 11/DSO – Retirada (Perda de eficácia)
- 1995-01-31 – DGS – Ofício circular n.º 1607 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1995-02-06 – DGS – Circular Normativa n.º 2/DSO – Retirada (Perda de eficácia)
- 1995-02-14 – Decreto-Lei n.º 36/95 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1995-03-04 – DGV – Despacho n.º 10/95 – Retirado (Desatualizado)
- 1995-03-07 – DGS – Circular Normativa n.º 3/DSDT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1995-03-15 – Decreto-Lei n.º 48/95 – Republicado pela Lei n.º 59/2007
- 1995-03-29 – Lei n.º 7/95 – Revogada pela Lei n.º 102/2009 (Ver o Artigo 120.º)
- 1995-04-18 – Conselho Superior de Estatística – Retirada (Lista desatualizada)
- 1995-04-22 – Decreto-Lei n.º 82/95 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1995-05-11 – DGS – Ofício circular DSO n.º 7467 – Retirado (Desatualizado)
- 1995-05-30 – Decreto-Lei n.º 117/95 (Técnico de Saúde Ambiental) – VER ANEXO 2**
- 1995-06-06 – Decreto-Lei n.º 131/95 (Código do Registo Civil) – VER ANEXO 2**
- 1995-06-09 – Lei n.º 17/95 – Retirada (Ver o Decreto-Lei n.º 70/2000)
- 1995-06-14 – Decreto-Lei n.º 141/95 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1995-07-01 – Decreto-Lei n.º 155/95 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 273/2003
- 1995-07-26 – Decreto-Lei n.º 178/95 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 100/99
- 1995-08-04 – DGS – Circular Normativa n.º 12/DSDT – Revogada pela Circular Normativa n.º 15/DT (2001)
- 1995-08-23 – Decreto Regulamentar n.º 23/95 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1995-08-30 – Portaria n.º 1068/95 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 111/2006
- 1995-09-07 – MS – Despacho n.º 26/95 – Retirado (Desatualizado)
- 1995-09-13 – Decreto-Lei n.º 234/95 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1995-09-14 – Decreto-Lei n.º 244/95 – Retirado (Desatualizado)
- 1995-09-15 – Portaria n.º 1135/95 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1995-09-26 – Portaria n.º 1179/95 – Revogado pela Lei n.º 102/2009 (Ver o Artigo 120.º)
- 1995-10-19 – Decreto-Lei n.º 269-A/95 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 46/2004
- 1995-10-26 – Portaria n.º 1275/95 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 214/2008
- 1995-11-28 – Decreto-Lei n.º 315/95 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 23/2014
- 1995-11-28 – Decreto-Lei n.º 316/95 – Retirado (Ver o Decreto-Lei n.º 310/2002)
- 1995-11-29 – Decreto-Lei n.º 324/95 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1995-12-07 – DGS – Circular Normativa n.º 21/DSO – Retirada (Perda de eficácia)
- 1995-12-11 – Portaria n.º 1456-A/95 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1995-12-16 – Decreto Regulamentar n.º 34/95 (Recintos de Espectáculos) – VER ANEXO 2**
- 1996-01-31 – Decreto-Lei n.º 6/96 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 4/2015
- 1996-01-31 – Declaração de Rectificação n.º 1-B/96 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 23/2014
- 1996-03-07 – DGS – Circular Informativa n.º 12/DSO – Retirada (Perda de eficácia)
- 1996-04-03 – Portaria n.º 101/96 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1996-04-16 – Portaria n.º 118/96 – Retirada (Perda de eficácia)
- 1996-04-18 – DGS – Circular Informativa n.º 2/DSO – Retirada (Perda de eficácia)
- 1996-05-15 – Portaria n.º 154/96 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 10/2015
- 1996-05-23 – DGS – Informação n.º 79/DSO – Retirada (Desatualizada)
- 1996-05-25 – Decreto-Lei n.º 62/96 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 111/2006
- 1996-05-31 – Decreto-Lei n.º 69/96 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1996-06-04 – Portaria n.º 197/96 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1996-06-04 – Portaria n.º 198/96 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1996-06-07 – Portaria n.º 206/96 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 214/2008
- 1996-06-17 – MA – Despacho n.º 49/96 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1996-07-10 – Portaria n.º 252/96 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 111/2006
- 1996-07-18 – Portaria n.º 260/96 – Revogada (Revogação do Decreto-Lei n.º 219/93 pelo Decreto-Lei n.º 326-B/2007)
- 1996-08-13 – Despacho 242/96 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1996-09-03 – Lei n.º 45/96 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1996-09-07 – Decreto-Lei n.º 167/96 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 111/2006
- 1996-09-23 – DGS – Circular Normativa n.º 4/DSO – Retirada (Perda de eficácia)

- 1996-10-16 – Decreto-Lei n.º 194/96 – Revogado pela Lei n.º 35/2014
- 1996-10-23 – Decreto-Lei n.º 202/96 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 291/2009
- 1996-10-23 – DGS – Despacho publicado no DR n.º 246 – Retirado (Desatualizado)
- 1996-11-25 – DGS – Circular Informativa n.º 48/NPCR – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-01-06 – DGS – Circular Informativa n.º 1/DSO – Retirada (Perda de eficácia)
- 1997-01-15 – DGS – Circular Informativa n.º 4/DSO – Retirada (Perda de eficácia)
- 1997-01-31 – Decreto-Lei n.º 36/97 (Código do Registo Civil) – VER ANEXO 2**
- 1997-02-06 – DGS – Circular Informativa n.º 1/DSDT – Retirada (Perda de eficácia)
- 1997-02-06 – DGS – Circular Informativa n.º 9/DSDT – Retirada (Perda de eficácia)
- 1997-03-11 – Portaria n.º 178/97 – Retirada (Desatualizada)
- 1997-03-31 – Decreto-Lei n.º 65/97 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 86/2012
- 1997-04-22 – Despacho n.º 9/SEJ/97 da SEJ – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-05-08 – DGS – Circular Normativa n.º 3/DSO – Retirada (Desatualizada)
- 1997-05-12 – Decreto-Lei n.º 116/97 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-05-16 – Portaria n.º 335/97 – Retirada (Perda de eficácia)
- 1997-05-20 – Decreto-Lei n.º 122/97 – Revogado pelo Decreto Regulamentar n.º 66/2007
- 1997-05-20 – DGS – Informação n.º 284/97 – Retirada (Perda de eficácia)
- 1997-05-22 – Decreto-Lei n.º 123/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 163/2006
- 1997-05-30 – Decreto-Lei n.º 133-A/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 64/2007
- 1997-06-16 – Portaria n.º 389/97 – Retirada (Desatualizada)
- 1997-06-19 – Decreto-Lei n.º 152/97 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-06-24 – Decreto-Lei n.º 158/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 147/2006
- 1997-06-25 – Resolução do Conselho de Ministros n.º 98/97 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-06-26 – ME/MSS – Despacho n.º 268/97 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-06-27 – Decreto-Lei n.º 163/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 214/2008
- 1997-07-02 – Decreto-Lei n.º 166/97 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-07-04 – Decreto-Lei n.º 167/97 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 55/2002
- 1997-07-04 – Decreto-Lei n.º 168/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 234/2007
- 1997-07-19 – Decreto-Lei n.º 174/97 – Retirado (Ver o Decreto-Lei n.º 291/2009)
- 1997-09-03 – Decreto-Lei n.º 235/97 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-09-03 – Decreto-Lei n.º 236/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 201/2006
- 1997-09-09 – Decreto-Lei n.º 239/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 178/2006
- 1997-09-17 – Decreto Regulamentar n.º 33/97 – Republicado pelo Decreto Regulamentar n.º 14/2002
- 1997-09-25 – Decreto Regulamentar n.º 38/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 234/2007
- 1997-10-21 – Portaria n.º 1063/97 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 220/2008
- 1997-10-21 – Portaria n.º 1064/97 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-10-28 – MA – Despacho n.º 10785/97 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1997-11-05 – DGS – Circular Informativa n.º 45/DT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1997-11-25 – Decreto-Lei n.º 317/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 141/2009
- 1997-12-22 – MAI – Despacho n.º 1015/98 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1997-12-27 – Decreto-Lei n.º 379/97 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 203/2015
- 1998-01-13 – Despacho Normativo n.º 12/98 – Revogado pela Portaria n.º 67/2012
- 1998-03-18 – Decreto-Lei n.º 67/98 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 113/2006
- 1998-04-09 – Decreto Regulamentar n.º 5/98 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1998-04-15 – Decreto-Lei n.º 94/98 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 145/2015
- 1998-04-28 – Lei n.º 18/98 – Republicada pelo Decreto-Lei n.º 70/2000
- 1998-06-24 – Portaria n.º 356/98 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1998-07-04 – DGS – Despacho n.º 11425/98 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1998-07-15 – Decreto-Lei n.º 209/98 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012
- 1998-07-22 – MAI/MS – Despacho conjunto n.º 671/98 – Retirado (Perda de eficácia)
- 1998-07-25 – Portaria n.º 425/98 – Revogada pela Portaria n.º 52/2015
- 1998-08-01 – Decreto-Lei n.º 236/98 – Na prática, revogado pelos Decretos-Lei n.ºs 243/2001 e 306/2007
- 1998-08-08 – Decreto-Lei n.º 244/98 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 34/2003
- 1998-09-02 – Decreto-Lei n.º 273/98 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

- 1998-11-05 – Decreto-Lei n.º 342/98 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 111/2006
- 1998-11-24 – Decreto-Lei n.º 375/98 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 111/2006
- 1998-12-02 – Assembleia República – Resolução n.º 64/98 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1998-12-31 – Decreto-Lei n.º 417/98 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 147/2006
- 1998-12-31 – Portaria n.º 1071/98 – Na prática, revogado pelo Despacho n.º 5681-A/2014
- 1999-01-25 – Decreto-Lei n.º 16/99 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-02-17 – Decreto Regulamentar n.º 2/99 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-03-01 – Decreto-Lei n.º 57/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 209/2008
- 1999-03-11 – Decreto-Lei n.º 68/99 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-03-16 – Decreto-Lei n.º 82/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 50/2005
- 1999-03-23 – Portaria n.º 193/99 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-03-24 – DGS – Circular Informativa n.º 2/DSIA – Na prática, revogada (Ver o Despacho n.º 5681-A/2014)
- 1999-03-24 – DGS – Circular Informativa n.º 7/DSIA – Na prática, revogada (Ver o Despacho n.º 5681-A/2014)
- 1999-03-30 – DGS – Circular Normativa n.º 3/DSIA – Na prática, revogada (Ver o Despacho n.º 5681-A/2014)
- 1999-03-31 – Decreto-Lei n.º 100/99 – Revogado pela Lei n.º 35/2014
- 1999-04-01 – Decreto Regulamentar n.º 4/99 – Revogado (Decreto-Lei n.º 234/2007 + Decreto Regulamentar n.º 20/2008)
- 1999-04-21 – Decreto-Lei n.º 133/99 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-04-21 – DGS – Circular Informativa n.º 8/DSPS – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-04-22 – Decreto-Lei n.º 135/99 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-04-24 – Decreto-Lei n.º 139/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 234/2007
- 1999-05-10 – Decreto-Lei n.º 156/99 – Retirado (Desatualizado)
- 1999-05-10 – Decreto-Lei n.º 157/99 – Retirado (Desatualizado)
- 1999-06-15 – Decreto-Lei n.º 217/99 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1999-06-18 – DGS – Circular Informativa n.º 15/DSPS – Retirada
- 1999-07-16 – Lei n.º 94/99 – Revogada (Ver a Lei n.º 46/2007)
- 1999-07-23 – Decreto-Lei n.º 276/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 102/2010
- 1999-07-26 – Lei n.º 97/99 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1999-07-27 – Decreto-Lei n.º 286/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 81/2009 (à exceção do Artigo 24.º)
- 1999-08-03 – Lei n.º 113/99 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 273/2003
- 1999-08-06 – Decreto-Lei n.º 305/99 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 55/2002
- 1999-08-11 – Lei n.º 117/99 – Revogado pela Lei n.º 35/2014
- 1999-08-11 – Lei n.º 118/99 – Revogado pela Lei n.º 102/2009 (Ver o Artigo 120.º)
- 1999-08-11 – Decreto-Lei n.º 319/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 242/2009
- 1999-08-14 – Decreto Regulamentar n.º 14/99 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-08-18 – Decreto Regulamentar n.º 16/99 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-08-25 – Decreto-Lei n.º 339/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 214/2008
- 1999-08-28 – Lei n.º 141/99 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-09-14 – Lei n.º 159/99 – Revogada pela Lei n.º 75/2013
- 1999-09-18 – Lei n.º 169/99 – Retirada (Ver a Lei n.º 5-A/2002)
- 1999-09-18 – Decreto-Lei n.º 370/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 259/2007
- 1999-09-21 – Lei n.º 174/99 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-09-22 – Decreto-Lei n.º 380/99 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 46/2009
- 1999-09-22 – Decreto-Lei n.º 382/99 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 1999-09-29 – Despacho Normativo n.º 62/99 – Revogado pela Portaria n.º 38/2013
- 1999-10-21 – Decreto-Lei n.º 425/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 113/2006
- 1999-10-22 – Portaria n.º 936-A/99 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1999-10-28 – DGS – Circular Normativa n.º 12-DSO/DSP – Retirada (Perda de eficácia)
- 1999-11-17 – Decreto-Lei n.º 488/99 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1999-11-17 – Decreto-Lei n.º 492/99 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))
- 1999-11-18 – Portaria n.º 1024-A/99 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 48/2011
- 1999-11-19 – Decreto-Lei n.º 500/99 – Revogado (Decreto-Lei n.º 279/2009 + Portaria n.º 1212/2010)
- 1999-11-20 – Decreto-Lei n.º 505/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 279/2009, conjugado com o Decreto-Lei n.º 127/2014
- 1999-11-20 – Decreto-Lei n.º 506/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 218/2015
- 1999-12-02 – Decreto-Lei n.º 516/99 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

1999-12-11 – Decreto-Lei n.º 534/99 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

1999-12-16 – Decreto-Lei n.º 555/99 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 25/2010

1999-12-16 – Decreto-Lei n.º 556/99 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 111/2006

2000-01-28 – Portaria n.º 33/2000 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 259/2007

2000-03-08 – Portaria n.º 122/2000 – Revogada pela Portaria n.º 236-A/2010

2000-03-13 – Decreto-Lei n.º 29/2000 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-03-15 – DGS – Circular Informativa n.º 4/DSIA – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-04-04 – Lei n.º 3-B/2000 – Revogada pela Lei n.º 22-A/2007, na parte relativa ao Imposto Automóvel

2000-04-27 – Decreto Regulamentar n.º 6/2000 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-05-04 – Decreto-Lei n.º 70/2000 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-05-29 – DGS – Circular Normativa n.º 8/DT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-05-29 – DGS – Circular Normativa n.º 9/DT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-05-31 – MS – Despacho n.º 13697/2000 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-06-30 – Decreto-Lei n.º 109/2000 – Revogado pela Lei n.º 102/2009

2000-07-09 – DGS – Informação n.º DAS 492/2000 – Retirada (Desatualizada)

2000-07-13 – Decreto-Lei n.º 132/2000 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-08-10 – DGS – Parecer n.º DSA 499/2000 – Retirado (Perda de eficácia)

2000-09-09 – Decreto-Lei n.º 222/2000 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 234/2007

2000-09-21 – Decreto Regulamentar n.º 14/2000 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-09-26 – Decreto-Lei n.º 241/2000 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2000-10-17 – DGS – Circular Informativa n.º 15/DSIA – Revogada pela Informação n.º 06/2015, de 7 de agosto

2000-10-31 – Portaria n.º 1061/2000 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 259/2007

2000-11-14 – Decreto-Lei n.º 292/2000 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 9/2007

2000-11-18 – Decreto-Lei n.º 301/2000 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2000-11-20 – Portaria n.º 1101/2000 – Retirada (Substituída anualmente)

2000-12-13 – DGS – Ofício n.º 15708 – Retirado (Perda de eficácia)

2000-12-29 – Portaria n.º 1220/2000 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2001-01-10 – Decreto-Lei n.º 4/2001 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2001-04-24 – Decreto-Lei n.º 134/2001 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2001-05-05 – Decreto Regulamentar n.º 6/2001 – Retirado (Ver o Decreto Regulamentar n.º 76/2007)

2001-05-11 – Decreto-Lei n.º 157/2001 – Revogado pela Lei n.º 35/2014

2001-05-26 – Decreto-Lei n.º 172/2001 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2001-06-01 – Decreto-Lei n.º 176/2001 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 279/2009, conjugado com o Decreto-Lei n.º 127/2014

2001-06-01 – ME/MS – Despacho conjunto n.º 577/2001 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2001-06-04 – Decreto-Lei n.º 177/2001 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 25/2010

2001-06-29 – Despacho conjunto 577/2001 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 142/2004

2001-07-03 – Decreto-Lei n.º 198/2001 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2001-07-10 – Despacho n.º 14 391/2001 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2001-08-25 – Decreto-Lei n.º 233/2001 – Revogado (Decreto-Lei n.º 279/2009 + Portaria n.º 268/2010)

2001-08-26 – DGS – Ofício n.º 00482 – Retirado (Perda de eficácia)

2001-09-05 – Decreto-Lei n.º 243/2001 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 306/2007

2001-09-17 – Portaria n.º 1104/2001 – Retirada (Substituída anualmente)

2001-09-22 – Decreto-Lei n.º 257/2001 – Revogado (Ver o Decreto-Lei n.º 124/2011)

2001-09-28 – Decreto-Lei n.º 265-A/2001 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 44/2005

2001-10-06 – Decreto-Lei n.º 270/2001 – Retirado (Ver o Decreto-Lei n.º 340/2007)

2001-11-16 – Decreto-Lei n.º 290/2001 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 24/2012

2001-12-15 – Portaria n.º 1427/2001 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2001-12-22 – Portaria n.º 1451/2001 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2001-12-24 – Lei n.º 109/2001 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2002-01-24 – Decreto-Lei n.º 9/2002 – Revogado pela Lei n.º 27/2013, à exceção do Artigo 9.º

2002-01-24 – Portaria n.º 81/2002 – Revogada pela Portaria n.º 264/2013

2002-02-26 – DGS – Circular Normativa n.º 03/DSAC Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2002-03-05 – DGS – Circular Normativa n.º 04/DSPS – Retirada (Perda de eficácia)

2002-03-11 – Decreto-Lei n.º 54/2002 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 39/2008

2002-03-11 – Decreto-Lei n.º 55/2002 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 39/2008  
 2002-03-11 – Decreto-Lei n.º 56/2002 – Revogado  
 2002-03-11 – Decreto-Lei n.º 57/2002 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 234/2007  
 2002-03-12 – Decreto Regulamentar n.º 13/2002 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-03-12 – Decreto Regulamentar n.º 14/2002 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-03-21 – MAOT – Despacho n.º 7845/2002 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))  
 2002-04-20 – Decreto-Lei n.º 113/2002 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-04-23 – Portaria n.º 467/2002 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-05-03 – Decreto-Lei n.º 121/2002 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 112/2010  
 2002-05-27 – DGS – Circular Normativa n.º 7/DSO – Retirada (Perda de eficácia)  
 2002-06-20 – DGS – Circular Informativa n.º 24/DSO – Retirada (Perda de eficácia)  
 2002-07-01 – Portaria n.º 762/2002 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-07-07 – DGS – Parecer n.º 164/DSO – Retirado (Perda de eficácia)  
 2002-07-17 – Decreto-Lei n.º 165/2002 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-07-18 – Decreto-Lei n.º 167/2002 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 184/2015  
 2002-07-25 – Decreto-Lei n.º 174/2002 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-07-30 – DGS – Circular Informativa n.º 31/DT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-08-08 – Decreto-Lei n.º 180/2002 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-08-10 – Portaria n.º 1031/2002 – Revogada pela Portaria n.º 299/2007  
 2002-08-29 – Portaria n.º 1184/2002 – Revogada pela Portaria n.º 288/2009  
 2002-09-02 – DGS – Circular Normativa n.º 12/DT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-09-25 – Decreto-Lei n.º 194/2002 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-10-22 – Portaria n.º 1379/2002 – Revogada pela Portaria n.º 1430/2007  
 2002-10-22 – Despacho n.º 22 618/2002 – Revogado pela Portaria n.º 1430/2007  
 2002-10-30 – DGS – Circular Normativa n.º 14/DSA – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2002-11-05 – Decreto-Lei n.º 240/2002 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))  
 2002-11-05 – Decreto-Lei n.º 241/2002 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 74/2010  
 2002-11-18 – MCOTA – Despacho n.º 24571/2002 – Revogado pela Portaria n.º 1430/2007  
 2002-11-23 – Decreto-Lei n.º 259/2002 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 9/2007  
 2002-12-16 – Decreto-Lei n.º 308/2002 – Retirado (Ver o Decreto-Lei n.º 217-B/2004)  
 2002-12-16 – Decreto-Lei n.º 309/2002 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 268/2009  
 2002-12-18 – Decreto-Lei n.º 310/2002 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 204/2012  
 2002-12-20 – Lei n.º 30/2002 – Revogada pela Lei n.º 51/2012  
 2003-01-10 – Despacho n.º 2244/2003 – Revogado (Ver a Portaria n.º 1430/2007)  
 2003-01-18 – Decreto-Lei n.º 11/2003 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2003-01-20 – Portaria n.º 69/2003 – Retirada (Substituída anualmente)  
 2003-02-25 – Decreto-Lei n.º 34/2003 – Revogado pela Lei n.º 23/2007  
 2003-04-10 – Decreto-Lei n.º 69/2003 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 209/2008  
 2003-04-10 – Decreto-Lei n.º 70/2003 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))  
 2003-04-11 – Decreto Regulamentar n.º 8/2003 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 209/2008  
 2003-06-04 – Decreto-Lei n.º 113/2003 – Revogado pelo Decreto Regulamentar n.º 53/2007  
 2003-06-06 – Portaria n.º 464/2003 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 209/2008  
 2003-06-11 – Portaria n.º 473/2003 – Revogada pela Portaria n.º 584/2007  
 2003-06-11 – Portaria n.º 474/2003 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 209/2008  
 2003-07-01 – DGS – Circular Normativa n.º 12/DSA – Retirada (Desatualizada)  
 2003-07-01 – DGS – Circular Normativa n.º 13/DSA – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2003-08-22 – Lei n.º 44/2003 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2003-08-22 – Lei n.º 45/2003 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2003-08-22 – Lei n.º 53/2003 – Revogada pela lei n.º 23/2007  
 2003-08-27 – Lei n.º 99/2003 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2003-08-27 – Decreto-Lei n.º 197/2003 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))  
 2003-10-16 – Portaria n.º 1216/2003 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 306/2007  
 2003-10-21 – Decreto-Lei n.º 260/2003 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))  
 2003-12-10 – DGS – Circular Normativa n.º 17/DSIA – Retirada (Desatualizada)



2003-12-18 – Portaria n.º 1522/2003 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2004-02-18 – Portaria n.º 168-B/2004 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2004-03-03 – Portaria n.º 209/2004 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2004-03-25 – Decreto-Lei n.º 72/2004 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2004-04-26 – Decreto Regulamentar n.º 6/2004 – Revogado pelo Decreto Regulamentar n.º 84/2007

2004-05-04 – DGS – Circular Normativa n.º 08/DSPS – Revogada pela Norma n.º 017/2014, da DGS

2004-05-12 – Decreto-Lei n.º 111/2004 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2004-05-18 – DGS – Circular Informativa n.º 19/DSPCS – Retirada (Desatualizada)

2004-06-19 – Portaria n.º 865/2004 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2004-07-29 – Lei n.º 35/2004 – Revogada pela Lei n.º 7/2009

2004-09-24 – DGS – Circular Normativa n.º 19/DSA – Retirada (Desatualizada)

2004-10-09 – Decreto-Lei n.º 217-B/2004 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 237/2005

2004-11-10 – Portaria n.º 1387/2004 – Revogada pela Portaria n.º 236-A/2010

2004-11-23 – Portaria n.º 1421/2004 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2004-12-09 – MS – Despacho n.º 4570/2005 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2004-12-27 – DGS – Circular Informativa n.º 68/DSA – Retirada (Desatualizada)

2005-01-11 – Portaria n.º 24/2005 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2005-01-25 – Portaria n.º 103/2005 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2005-02-23 – Decreto-Lei n.º 44/2005 – Republicado pela Lei n.º 72/2013

2005-02-23 – Decreto-Lei n.º 45/2005 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012

2005-03-15 – Despacho n.º 5554/2005 – Retirado (Perda de eficácia)

2005-03-16 – Portaria n.º 258/2005 – Na prática, revogada pelo Despacho n.º 5681-A/2014

2005-03-24 – Portaria n.º 311-A/2005 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 170-A/2014

2005-05-10 – DGS – Circular Informativa n.º 16/DAS – Retirada (Desatualizada)

2005-05-23 – DGS – Circular Informativa n.º 19/DSPS – Retirada (Desatualizada)

2005-05-31 – DGS – Circular Informativa n.º 23/DT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2005-06-24 – Decreto-Lei n.º 103/2005 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012

2005-07-08 – Decreto-Lei n.º 109/2005 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 32/2011

2005-08-16 – Decreto-Lei n.º 131/2005 – Retirado (Perda de eficácia)

2005-09-14 – Portaria n.º 827/2005 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2005-10-21 – Decreto-Lei n.º 173/2005 – Revogado pela Lei n.º 26/2013

2005-11-15 – Lei n.º 54/2005 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2005-11-17 – DGS – Circular Informativa n.º 63/DSO – Retirada (Perda de eficácia)

2005-11-24 – Decreto-Lei n.º 202/2005 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 214/2008

2005-11-28 – Decreto-Lei n.º 205/2005 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 10/2015

2005-11-28 – Decreto-Lei n.º 206/2005 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2005-12-07 – Decreto-Lei n.º 211/2005 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2005-12-20 – Portaria n.º 1301/2005 – Retirada (Perda de eficácia)

2005-12-22 – DGS – Circular Normativa n.º 09/DT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2005-12-22 – DGS – Circular Normativa n.º 10/DT – Retirada (Desatualizada)

2005-12-29 – Lei n.º 58/2005 – Republicada pelo Decreto-Lei n.º 130/2012

2006-01-12 – DGS – Circular Normativa n.º 01/DT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-01-25 – Decreto Regulamentar n.º 1/2006 – Retirado (Perda de eficácia)

2006-02-08 – DGS – Circular Informativa n.º 05/DT – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-02-24 – Decreto-Lei n.º 46/2006 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-02-28 – Portaria n.º 208/2006 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-03-01 – Decreto-Lei n.º 48/2006 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-03-31 – Despacho Normativo n.º 30/2006 – Revogado pela Portaria n.º 67/2012

2006-04-13 – Lei n.º 13/2006 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-06-02 – DGS – Circular Informativa n.º 26/DAS – Retirada (Desatualizada)

2006-06-12 – Decreto-Lei n.º 113/2006 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-06-29 – DGS – Circular Normativa n.º 7/DSE – Revogada pela Norma n.º 015/2015

2006-07-03 – Lei n.º 27/2006 – Republicada pela Lei n.º 80/2015

2006-07-19 – DGS – Circular Normativa n.º 09/DSE – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-07-31 – Decreto-Lei n.º 146/2006 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-07-31 – Decreto-Lei n.º 147/2006 – Republicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 207/2008

2006-08-04 – Decreto n.º 20/2006 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-08-08 – Decreto-Lei n.º 163/2006 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-09-05 – Decreto-Lei n.º 178/2006 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2011

2006-09-06 – Decreto-Lei n.º 182/2006 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-09-19 – Decreto-Lei n.º 187/2006 – Revogado pela Lei n.º 26/2013

2006-10-13 – DGS – Circular Informativa n.º 46/DSPCS – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2006-10-27 – Decreto-Lei n.º 212/2006 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 124/2011

2006-10-31 – Decreto-Lei n.º 217/2006 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 39/2008

2006-11-29 – DGS – Circular Normativa n.º 12/DSE – Retirada (Desatualizada)

2006-12-18 – Portaria n.º 1407/2006 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2006-12-18 – Portaria n.º 1408/2006 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-01-16 – Lei n.º 5/2007 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-01-17 – Decreto-Lei n.º 9/2007 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-02-15 – DGS – Circular Normativa n.º 05/DSE – Retirada (Desatualizada)

2007-03-14 – Decreto-Lei n.º 64/2007 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 99/2011

2007-03-16 – Portaria n.º 299/2007 – Revogada pela Portaria n.º 71/2015

2007-03-23 – Portaria n.º 320/2007 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-03-26 – Portaria n.º 321-B/2007 – Retirada (Perda de eficácia)

2007-03-29 – Decreto-Lei n.º 75/2007 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-03-29 – Decreto-Lei n.º 77/2007 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-03-30 – Portaria n.º 338/2007 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-03-30 – Portaria n.º 340/2007 – Retirada (Perda de eficácia)

2007-04-16 – Decreto-Lei n.º 110/2007 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-05-09 – Decreto-Lei n.º 181/2007 – Revogado pela Lei n.º 35/2014

2007-05-09 – Decreto-Lei n.º 183/2007 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 209/2008, por força da revogação do Decreto-Lei n.º 69/2003

2007-05-09 – Decreto Regulamentar n.º 61/2007 – Revogado (Decreto-Lei n.º 209/2008 + Decreto Regulamentar n.º 8/2003)

2007-05-09 – Portaria n.º 584/2007 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 209/2008

2007-05-29 – Decreto-Lei n.º 222/2007 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 22/2012

2007-05-29 – Decreto Regulamentar n.º 66/2007 – Revogado pelo Decreto Regulamentar n.º 14/2012

2007-05-30 – Portaria n.º 644/2007 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-05-30 – Portaria n.º 649/2007 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-05-30 – Portaria n.º 650/2007 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-05-30 – Portaria n.º 651/2007 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-05-30 – Portaria n.º 652/2007 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-05-30 – Portaria n.º 653/2007 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-05-31 – Decreto-Lei n.º 226-A/2007 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-06-01 – Portaria n.º 666-A/2007 – Retirada (Perda de eficácia)

2007-06-19 – Decreto-Lei n.º 234/2007 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 48/2011 (Ver a Portaria n.º 573/2007)

2007-07-04 – Lei n.º 23/2007 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-07-04 – Decreto-Lei n.º 251/2007 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 74/2010

2007-07-17 – Decreto-Lei n.º 259/2007 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 10/2015

2007-07-17 – Decreto Regulamentar n.º 76/2007 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-07-17 – Portaria n.º 573/2007 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 48/2011

2007-07-23 – Portaria n.º 789/2007 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 48/2011

2007-07-23 – Portaria n.º 790/2007 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 48/2011

2007-07-23 – Portaria n.º 791/2007 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 48/2011

2007-07-24 – Decreto-Lei n.º 266/2007 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-07-30 – Decreto-Lei n.º 274/2007 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 194/2012

2007-07-31 – Portaria n.º 821/2007 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-08-14 – Despacho n.º 18 052/2007 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-08-23 – Despacho n.º 18 948/2007 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))

2007-08-31 – Decreto-Lei n.º 307/2007 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2007-09-04 – Lei n.º 60/2007 – Republicada pelo Decreto-Lei n.º 25/2010  
 2007-09-16 – Decreto-Lei n.º 316/2007 – Retirado (Ver o Decreto-Lei n.º 46/2009)  
 2007-09-20 – DGS – Circular Normativa n.º 17/DSQC/DSC – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2007-10-15 – DGS – Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2007-10-24 – DGS – Circular Normativa n.º 20/DSQC/DSC – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2007-11-05 – Decreto Regulamentar n.º 84-2007 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2007-11-12 – Portaria n.º 1450/2007 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2007-11-16 – Portaria n.º 1474/2007 – Revogada ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))  
 2007-12-17 – DGS – Circular Normativa n.º 24/DSQC/DSC – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2007-12-24 – Infarmed – Deliberação n.º 2473/2007 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))  
 2008-01-03 – DGS – Circular Normativa n.º 27/DSQC/DSC – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-01-15 – Declaração de Rectificação n.º 1-C/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-02-22 – Decreto-Lei n.º 28/2008 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013  
 2008-02-27 – Lei n.º 12-A/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-03-03 – Portaria n.º 216-A/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-03-03 – Portaria n.º 216-B/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-03-03 – Portaria n.º 216-C/2008 – Revogada pela Portaria n.º 228/2015  
 2008-03-03 – Portaria n.º 216-D/2008 – Revogada pela Portaria n.º 228/2015  
 2008-03-03 – Portaria n.º 216-E/2008 – Revogada pela Portaria n.º 228/2015  
 2008-03-03 – Portaria n.º 216-F/2008 – Revogada pela Portaria n.º 228/2015  
 2008-03-07 – Decreto-Lei n.º 39/2008 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 15/2014  
 2008-03-10 – Decreto-Lei n.º 42/2008 – Revogado pela Lei n.º 27/2013  
 2008-03-11 – Portaria n.º 232/2008 – Revogada pela Portaria n.º 113/2015  
**2008-03-19 – Decreto-Lei n.º 50/2008 (RGEU) – VER ANEXO 2**  
 2008-03-20 – Despacho n.º 8378/2008 – Retirado (Desatualizado)  
 2008-03-31 – Portaria n.º 249-B/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-04-22 – Declaração de Rectificação n.º 20/2008 – Retirada (Ver o Decreto-Lei n.º 137/2013)  
 2008-04-23 – Portaria n.º 465/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-04-24 – Declaração de Rectificação n.º 22-A/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-04-28 – Portaria n.º 327/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-05-06 – Declaração de Rectificação n.º 25/2008 – Retirada (Ver o Decreto-Lei n.º 15/2014)  
 2008-05-26 – Portaria n.º 378/2008 – Revogada pela Lei n.º 27/2013  
 2008-06-05 – DGS – Circular Normativa n.º 10/DSCS/DPCD – Revogada pela Norma n.º 011/2011  
 2008-06-25 – Portaria n.º 517/2008 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 128/2014  
 2008-06-25 – Portaria n.º 518/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-07-01 – Decreto-Lei n.º 113/2008 – Republicado pela Lei n.º 72/2013  
 2008-07-29 – Portaria n.º 699/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-08-04 – DGS – Circular Normativa n.º 16/DSCS/DPCD – Revogada pela Norma n.º 011/2011  
 2008-08-20 – Portaria n.º 937/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-09-09 – Lei n.º 58/2008 – Revogada pela Lei n.º 35/2014  
 2008-09-11 – Lei n.º 59/2008 – Revogada pela Lei n.º 35/2014  
 2008-09-25 – Portaria n.º 1084/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-10-06 – Decreto-Lei n.º 195/2008 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-10-29 – Decreto-Lei n.º 209/2008 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 169/2012  
 2008-11-10 – Decreto-Lei n.º 214/2008 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 81/2013  
 2008-11-10 – Decreto-Lei n.º 215/2008 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 184/2015  
 2008-11-12 – Decreto-Lei n.º 220/2008 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 224/2015  
 2008-11-17 – Portaria n.º 1320/2008 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-11-18 – Decreto-Lei n.º 223/2008 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-11-27 – Decreto Regulamentar n.º 20/2008 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 48/2011  
 2008-12-02 – Decreto Regulamentar n.º 21/2008 – Revogado ([www.dre.pt](http://www.dre.pt))  
 2008-12-17 – DGS – Circular Informativa n.º 36/DA – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2008-12-17 – DGS – Circular Informativa n.º 37/DA – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-02-02 – Despacho n.º 3978/2009 – Retirado (Desatualizado)

2009-02-09 – Despacho n.º 4725/2009 – Retirado (Desatualizado)  
 2009-02-09 – Despacho n.º 4726/2009 – Retirado (Desatualizado)  
 2009-02-11 – Decreto-Lei n.º 41/2009 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-02-18 – DGS – Circular Informativa n.º 04-DSPCD – Revogada pela Orientação n.º 003/2013  
 2009-02-20 – Decreto-Lei n.º 46/2009 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-02-23 – Despacho n.º 6006/2009 – Retirado (Desatualizado)  
 2009-03-02 – Decreto-Lei n.º 52/2009 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-03-18 – Portaria n.º 272/2009 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-03-18 – Portaria n.º 273/2009 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-03-18 – Portaria n.º 274/2009 – Revogada pela Portaria n.º 394-A/2012  
 2009-03-18 – Portaria n.º 275/2009 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-03-18 – Portaria n.º 276/2009 – Revogada pela Portaria n.º 394-B/2012  
 2009-03-20 – Portaria n.º 288/2009 – Retirado (Perda de eficácia)  
 2009-03-26 – Despacho n.º 8601/2009 – Revogado pelo Despacho n.º 3841/2011  
 2009-04-02 – Decreto-Lei n.º 81/2009 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013  
 2009-04-02 – Decreto-Lei n.º 82/2009 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 135/2013  
 2009-04-06 – DGS – Circular Normativa n.º 05-DSEES-DE – Retirada (Perda de eficácia – SINAVE)  
 2009-05-18 – Decreto-Lei n.º 113/2009 – Republicado pela Lei n.º 72/2013  
 2009-05-19 – Decreto-Lei n.º 119/2009 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 203/2015  
 2009-06-03 – Decreto-Lei n.º 135/2009 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 113/2012  
 2009-06-09 – Portaria n.º 634/2009 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-06-09 – Portaria n.º 635/2009 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-06-09 – Portaria n.º 636/2009 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-06-09 – Portaria n.º 637/2009 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-06-09 – Portaria n.º 638/2009 – Revogada pela Portaria n.º 42/2015  
 2009-07-09 – DGS – Circular Normativa n.º 08/DA – Revogada pela Norma n.º 007/2015  
 2009-07-22 – Decreto-Lei n.º 163/2009 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 32/2011  
 2009-08-03 – Decreto-Lei n.º 174/2009 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012  
 2009-08-04 – Decreto-Lei n.º 176/2009 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-08-04 – Decreto-Lei n.º 177/2009 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-08-07 – Decreto-Lei n.º 181/2009 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-08-13 – Lei n.º 78/2009 – Republicada pela Lei n.º 72/2013  
 2009-08-20 – Decreto-Lei n.º 194/2009 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-09-03 – DGS – Circular Informativa n.º 32/DQS – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-09-10 – Lei n.º 102/2009 – Republicada pela Lei n.º 3/2014  
 2009-09-14 – Decreto-Lei n.º 228/2009 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 15/2014  
 2009-09-16 – Decreto-Lei n.º 242/2009 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-10-06 – Decreto-Lei n.º 279/2009 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 127/2014  
 2009-10-09 – DGS – Circular Informativa n.º 36/DA – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2009-10-27 – Decreto-Lei n.º 313/2009 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 138/2012  
 2009-10-29 – Decreto-Lei n.º 316/2009 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 81/2013  
 2010-03-10 – DGS – Circular Normativa n.º 04/DSPPS/DCVAE – Revogada pela Circular Normativa n.º 08/DSPPS/DCVAE, de 20/04/2010  
 2010-03-16 – DGS – Circular Informativa n.º 09/DSPPS/DCVAE – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2010-03-16 – DGS – Circular Normativa n.º 06/DSPPS/DCVAE – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2010-03-30 – Decreto-Lei n.º 25/2010 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2010-04-09 – Portaria n.º 196-A/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2010-04-20 – DGS – Circular Informativa n.º 14/DSPPS/DCVAE – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2010-04-20 – DGS – Circular Normativa n.º 08/DSPPS/DCVAE – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2010-05-05 – Portaria n.º 255/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2010-05-05 – DGS – Circular Informativa n.º 20/ASN – Retirada (Desatualizada)  
 2010-05-12 – Portaria n.º 268/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2010-06-09 – DGS – Circular Normativa n.º 12/DSPCD – Revogada pela Norma n.º 012/2015  
 2010-06-15 – DGS – Circular Normativa n.º 14/DSPCD – Revogada pela Norma n.º 012/2015  
 2010-06-21 – Decreto-Lei n.º 74/2010 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

- 2010-06-25 – Decreto-Lei n.º 80/2010 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2010-07-26 – Decreto-Lei n.º 92/2010 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2010-07-30 – Lei n.º 16/2010 – Retirada (Ver o Decreto-Lei n.º 48/2011)
- 2010-08-03 – Portaria n.º 615/2010 – Republicada pela Portaria n.º 8/2014
- 2010-08-23 – Portaria n.º 801/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2010-09-03 – Decreto-Lei n.º 102/2010 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 47/2017
- 2010-09-07 – Lei n.º 46/2010 – Republicada pela Lei n.º 72/2013
- 2010-09-24 – Decreto-Lei n.º 103/2010 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 218/2015
- 2010-10-06 – DGS – Orientação n.º 007/2010 – Retirada (Perda de eficácia)
- 2010-10-14 – Portaria n.º 1056-A/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2010-10-14 – DGS – Orientação n.º 008/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2010-10-14 – DGS – Orientação n.º 009/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2010-10-14 – DGS – Orientação n.º 010/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2010-11-30 – Portaria n.º 1212/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2010-12-20 – Lei n.º 53/2010 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-01-04 – DGS – Orientação n.º 001/2011 – Revogada pela Norma n.º 006/2013
- 2011-02-16 – Despacho Normativo n.º 3/2011 – Revogado pela Portaria n.º 67/2012
- 2011-02-28 – Despacho n.º 3840/2011 – Retirado (Perda de eficácia)
- 2011-02-28 – Despacho n.º 3841/2011 – Retirado (Perda de eficácia, por força da revogação do Decreto-Lei n.º 209/2008)
- 2011-03-16 – ACSS – Ofício n.º 5230 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-03-30 – DGS – Orientação n.º 009/2011 – Retirada (Perda de eficácia)
- 2011-04-01 – Decreto-Lei n.º 48/2011 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-04-28 – DGS – Norma 009/2011 – Retirada (Perda de eficácia – Ver Norma n.º 010/2017)
- 2011-04-28 – DGS – Norma 010/2011 – Retirada (Perda de eficácia – Ver Norma n.º 011/2017)
- 2011-05-06 – DGS – Orientação n.º 012/2011 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-05-31 – Portaria n.º 215/2011 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 10/2015
- 2011-06-07 – DGS – Norma n.º 011/2011 – Revogada pela Norma n.º 006/2013
- 2011-06-07 – DGS – Norma n.º 012/2011 – Revogada pela Norma n.º 006/2013
- 2011-06-17 – Decreto-Lei n.º 73/2011 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-06-20 – Decreto-Lei n.º 83/2011 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-06-20 – Decreto-Lei n.º 84/2011 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-06-21 – Portaria n.º 239/2011 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-08-31 – Portaria n.º 262/2011 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-09-28 – Decreto-Lei n.º 99/2011 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 33/2014
- 2011-11-29 – Decreto-Lei n.º 113/2011 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 117/2014
- 2012-12-21 – DGS – Norma 040/2011 – Revogada pela Norma n.º 016/2016
- 2011-12-28 – ACSS – Circular Normativa n.º 36/2011/UOFC – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2011-12-29 – Decreto-Lei n.º 124/2011 (Lei Orgânica do Ministério da Saúde) – VER ANEXO 2**
- 2012-01-12 – ACSS – Circular Normativa n.º 5/2012/CD – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2012-01-30 – Decreto-Lei n.º 22/2012 (Lei Orgânica das ARS) – VER ANEXO 2**
- 2012-01-30 – ACSS – Circular Normativa n.º 12/2012/CD – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2012-02-06 – Decreto-Lei n.º 24/2012 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2012-03-21 – Portaria n.º 67/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2012-04-03 – Lei n.º 15/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2012-05-03 – DGS – Norma n.º 001/2012 – Revogada pela Norma n.º 006/2013
- 2012-05-15 – Portaria n.º 142-B/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2012-05-18 – DGS – Orientação n.º 007/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2012-07-05 – Decreto-Lei n.º 138/2012 – Retirado (O Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir foi republicado pelo Decreto-Lei n.º 37/2014 e, posteriormente, pelo Decreto-Lei n.º 60/2014)
- 2012-08-01 – Decreto-Lei n.º 169/2012 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 73/2015
- 2012-08-23 – Decreto-Lei n.º 194/2012 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2012-09-20 – Portaria n.º 287/2012 – Republicada pela Portaria n.º 136-B/2014
- 2012-09-24 – Portaria n.º 290/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2012-09-24 – Portaria n.º 291/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2012-10-03 – DGS – Orientação n.º 014/2012 – Retirada (Desatualizada)  
 2012-10-09 – Portaria n.º 308/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-10-10 – Portaria n.º 310/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-10-22 – Portaria n.º 329/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-10-22 – Portaria n.º 330/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-10-22 – Portaria n.º 331/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-10-23 – Portaria n.º 334/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-10-30 – Portaria n.º 352/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-10-31 – DGS – Orientação n.º 018/2012 – Retirada (Desatualizada)  
 2012-11-02 – Despacho n.º 14209/2012 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-11-02 – Despacho n.º 14240/2012 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-11-27 – Decreto-Lei n.º 253/2012 – Republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013  
 2012-11-29 – Portaria n.º 394-A/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-11-29 – Portaria n.º 394-B/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-12-14 – Portaria n.º 411/2012 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2012-12-20 – DGS – Orientação n.º 026/2012 – Revogada pela Orientação n.º 008/2015  
 2013-01-10 – Lei n.º 2/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-01-24 – ACSS – Circular Informativa n.º 1/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-01-30 – Portaria n.º 38/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-03-04 – Portaria n.º 96/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-03-15 – DGS – Orientação n.º 003/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-04-11 – Lei n.º 26/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-04-12 – Lei n.º 27/2013 – Revogada pelo Decreto-Lei n.º 10/2015  
 2013-04-16 – Decreto-Lei n.º 50/2013 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-04-17 – Portaria n.º 154/2013 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-05-08 – Decreto-Lei n.º 59/2013 – Revogado pelo Decreto-Lei n.º 81/2013  
 2013-05-17 – DGS – Norma 009/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-05-24 – Portaria n.º 191/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-06-14 – Decreto-Lei n.º 81/2013 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-07-09 – Decreto-Lei n.º 88/2013 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-07-17 – Deliberação n.º 1476/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-08-16 – Portaria n.º 264/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-08-30 – Decreto-Lei n.º 127/2013 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-10-16 – Portaria n.º 302/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-10-28 – DGS – Orientação n.º 014/2013 – Revogada pela Norma n.º 015/2015  
 2013-10-29 – Despacho n.º 13788/2013 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-12-04 – Portaria n.º 353-A/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-12-31 – DGS – Orientação n.º 020/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2013-12-31 – DGS – Orientação n.º 021/2013 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-01-14 – Portaria n.º 8/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-01-23 – Decreto-Lei n.º 15/2014 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-02-12 – Portaria n.º 33/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-02-12 – Portaria n.º 34/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-02-12 – Portaria n.º 35/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-02-17 – Portaria n.º 40/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-03-14 – Decreto-Lei n.º 37/2014 (Republicado pelo Decreto-Lei n.º DL 40/2016)  
 2014-03-27 – Declaração de Retificação n.º 20/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-04-17 – Lei n.º 19/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-04-29 – Despacho n.º 5681-A/2014 – Revogado pelo Despacho n.º 15385-A/2016  
 2014-04-28 – DGS – Orientação n.º 003/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-05-07 – Decreto-Lei n.º 67/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-05-21 – DGS – Orientação n.º 008/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-05-23 – Portaria n.º 111/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
 2014-05-23 – Portaria n.º 112/2014 – Revogada pela Portaria n.º 121/2016

- 2014-05-30 – Lei n.º 31/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-06-03 – DGS – Orientação n.º 009/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-06-16 – Declaração de retificação n.º 609-A/2014 – Revogada pelo Despacho n.º 15385-A/2016
- 2014-06-25 – DGS – Orientação n.º 010/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-07-03 – Portaria n.º 136-B/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-07-16 – Despacho n.º 9184/2014 – Retirado (Perda de eficácia)
- 2014-08-05 – Decreto-Lei n.º 117/2014 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-08-08 – DGS – Orientação n.º 012/2014 – Retirada (Desatualizada)
- 2014-08-11 – DGS – Orientação n.º 013/2014 – Retirada (Desatualizada)
- 2014-08-11 – DGS – Orientação n.º 014/2014 – Retirada (Desatualizada)
- 2014-08-13 – DGS – Norma n.º 012/2014 – Retirada (Desatualizada)
- 2014-08-21 – Portaria n.º 165/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-08-21 – Portaria n.º 166/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-08-21 – Portaria n.º 167/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-08-21 – Portaria n.º 167-A/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-08-26 – Lei n.º 64/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-08-29 – Decreto-Lei n.º 128/2014 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-09-02 – DGS – Orientação n.º 015/2014 – Retirada (Desatualizada)
- 2014-09-10 – Portaria n.º 174/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-09-12 – Portaria n.º 182/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-09-26 – Despacho n.º 11961/2014 – Revogado pelo Despacho n.º 5786/2015
- 2014-09-29 – DGS – Norma n.º 016/2014 – Revogada pela Norma n.º 016/2016
- 2014-10-29 – DGS – Orientação n.º 018/2014 – Retirada (Desatualizada)
- 2014-10-29 – DGS – Orientação n.º 019/2014 – Retirada (Desatualizada)
- 2014-10-29 – DGS – Orientação n.º 020/2014 – Retirada (Desatualizada)
- 2014-10-29 – DGS – Orientação n.º 021/2014 – Retirada (Desatualizada)
- 2014-11-05 – Decreto-Lei n.º 165/2014 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2014-12-19 – Lei n.º 79/2014 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-01-07 – Decreto-Lei n.º 4/2015 (Código do Procedimento Administrativo) – VER ANEXO 2**
- 2015-01-09 – Aviso n.º 276/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-01-16 – Decreto-Lei n.º 10/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-02-12 – Decreto-Lei n.º 30/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-02-26 – Portaria n.º 52/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-03-02 – Portaria n.º 59/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-03-09 – Portaria n.º 68/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-03-10 – Portaria n.º 71/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-04-22 – Portaria n.º 113/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-04-23 – Decreto-Lei n.º 63/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-04-23 – Despacho n.º 4113-A/2015 – Temperaturas extremas – Revogado pelo Despacho n.º 2483/2017
- 2015-04-29 – DGS – Norma n.º 007/2015 – Retirada, na sequência da publicação do Despacho n.º 2483/2017
- 2015-05-11 – Despacho n.º 4859/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-05-14 – Decreto-Lei n.º 80/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-05-21 – Decreto-Lei n.º 85/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-06-01 – Despacho n.º 5786/2015 – Revogado pelo Despacho n.º 10441/2016
- 2015-06-01 – DGS – Norma n.º 008/2015 – Revogada pela Norma n.º 016/2016
- 2015-06-01 – DGS – Norma n.º 009/2015 – Revogada pelas Normas n.ºs 011 e 012/2015
- 2015-06-15 – Portaria n.º 178/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-06-15 – Declaração de Retificação n.º 29/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-06-16 – Decreto-Lei n.º 106/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-06-23 – DGS – Norma n.º 011/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-06-23 – DGS – Norma n.º 012/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)
- 2015-06-25 – DGS – Orientação n.º 026/2012 – Revogada pela Orientação n.º 008/2015
- 2015-06-30 – DGS – Orientação n.º 008/2015 (Alterada em 05.08.2015)
- 2015-07-14 – Portaria n.º 206-B/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)

2015-07-14 – Portaria n.º 206-C/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2015-08-03 – Portaria n.º 228/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2015-08-12 – DGS – Norma n.º 015/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2015-08-31 – Decreto-Lei n.º 184/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2015-09-25 – Portaria n.º 309/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2015-10-07 – Decreto-Lei n.º 218/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2015-10-09 – Decreto-Lei n.º 224/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2015-10-14 – Decreto-Lei n.º 239/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2015-11-02 – Declaração de Retificação n.º 49/2015 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2015-11-13 – Despacho n.º 12889/2015 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2016-01-15 – DGS – Orientação n.º 1/2016 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2016-02-12 – DGS – Norma n.º 001/2016 – Revogada pela Norma n.º 006/2016  
2016-02-29 – Lei n.º 4/2016 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2016-03-01 – DGS – Norma n.º 002/2016 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2016-03-01 – DGS – Norma n.º 003/2016 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2016-03-01 – DGS – Norma n.º 004/2016 – Retirada (Nenhuma referência à autoridade de saúde)  
2016-03-10 – Despacho n.º 3618-A/2016 – Retirado (Nenhuma referência à autoridade de saúde)



**ANEXO 4:** *Índice de Assuntos da 4.ª actualização do Dossiê Áreas de Intervenção da Autoridade Sanitária (1987) e Informação n.º 03/87 das Coordenações do Internato Complementar de Saúde Pública*