PARECER n.º CJ 86/2026

Sobre: Registos Clínicos, acesso a dados de saúde e intervenções indiretas em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Prevenção da Violência em Adultos, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e apoio ao cuidador informal.

Solicitado por: Presidente do Conselho Jurisdicional, na sequência de pedido de membro devidamente identificado.

I — QUESTÕES COLOCADAS

Foi submetida à apreciação deste Conselho Jurisdicional a questão de saber em que condições pode o enfermeiro, integrado em estruturas multidisciplinares de intervenção comunitária – designadamente no âmbito do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), da Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e das equipas de apoio ao cuidador informal –, aceder ao processo clínico de utentes com os quais não tenha ainda tido contacto presencial direto, realizar registos clínicos relativos a intervenções indiretas e partilhar informação de saúde com elementos de equipas multidisciplinares externas ao sistema de saúde.

A questão assume relevância prática crescente porquanto a intervenção de enfermagem em contexto comunitário integra, de forma cada vez mais expressiva, atividades de avaliação de risco, gestão de caso, articulação interinstitucional, referenciação, capacitação, orientação, monitorização e continuidade assistencial que não se esgotam no contacto presencial com a pessoa cuidada. A incerteza quanto aos limites do acesso legítimo ao processo clínico, ao dever de documentação profissional e às condições de partilha de informação com entidades externas ao sistema de saúde tem gerado, na prática, dois riscos opostos e igualmente indesejáveis: por um lado, o acesso excessivo, indiscriminado ou exploratório a dados de saúde; por outro, a omissão de registos ou a recusa de acesso funcionalmente necessário à prestação de cuidados, à proteção da pessoa acompanhada e à rastreabilidade da intervenção profissional.

No âmbito do apoio ao cuidador informal, a questão exige uma delimitação dogmática própria, não por constituir domínio estranho ao exercício de enfermagem, mas porque nele podem coexistir destinatários, finalidades e suportes documentais distintos. Importa, desde logo, distinguir as intervenções dirigidas ao próprio cuidador, enquanto destinatário autónomo de acompanhamento, capacitação, orientação ou encaminhamento, das intervenções clínicas dirigidas à pessoa cuidada, enquanto titular autónomo dos respetivos dados de saúde e do seu processo clínico. Esta distinção é essencial para

determinar o suporte adequado de documentação, a base jurídica do acesso e a extensão da informação que pode ser consultada, registada ou partilhada.

O presente parecer procede, assim, ao enquadramento jurídico e deontológico integrado da matéria, à luz do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, do Regulamento Disciplinar, do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, da Lei de Bases da Saúde, dos regimes especiais aplicáveis à proteção de crianças e jovens, à prevenção da violência doméstica e ao apoio ao cuidador informal, bem como das orientações relevantes em matéria de sigilo, minimização, rastreabilidade e necessidade de conhecer.

II — DELIMITAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O presente parecer é emitido ao abrigo do artigo 32.º, n.º 1, alíneas f), g) e h), do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no âmbito da competência do Conselho Jurisdicional para exercer o poder disciplinar, promover a reflexão ético-deontológica e elaborar pareceres sobre o exercício profissional e deontológico.

O Conselho Jurisdicional pronuncia-se sobre os deveres deontológicos do enfermeiro em matéria de documentação clínica, sigilo profissional, circulação de informação de saúde e condições de legitimidade do acesso a dados de saúde no plano do exercício profissional. As referências ao regime de proteção de dados pessoais, à legislação relativa à informação de saúde e aos regimes específicos de proteção de menores, violência doméstica e cuidador informal são formuladas enquanto enquadramento necessário à interpretação deontológica da conduta profissional, sem prejuízo das competências próprias da Comissão Nacional de Proteção de Dados, dos tribunais, dos encarregados de proteção de dados, das direções clínicas e das demais entidades legalmente competentes para apreciar situações concretas nos respetivos planos de atuação.

O parecer não cria deveres novos nem substitui a decisão das entidades responsáveis pelo tratamento de dados. Explicita, antes, o modo como os deveres estatutários e deontológicos do enfermeiro se articulam com o regime jurídico geral da informação de saúde, em particular nos contextos em que a intervenção comunitária é indireta, multidisciplinar e interinstitucional.

III — DA INTERVENÇÃO INDIRETA COMO ATO DE ENFERMAGEM

O ponto de partida da análise reside na delimitação do conteúdo funcional da profissão. O artigo 6.º-D do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros define os atos próprios da profissão de enfermeiro, reconduzindo-os à avaliação diagnóstica e prognóstica, à prescrição de atos de enfermagem, à execução e avaliação de intervenções, técnicas e medidas terapêuticas, bem como às atividades técnico-

científicas de ensino, formação, investigação, educação, assessoria e gestão, quando enquadradas no âmbito da atividade profissional de enfermagem. O Regulamento n.º 295/2026, de 25 de março, relativo ao Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, densifica esse quadro estatutário, organizando as competências em domínios que incluem a prestação e gestão de cuidados, a responsabilidade profissional, ética e legal, e o desenvolvimento profissional.

Da análise conjugada destes regimes resulta que o exercício da enfermagem não se esgota na prática de atos presenciais, técnicos ou procedimentais. A prestação de cuidados integra dimensões de avaliação de risco, gestão de caso, planeamento de intervenção, articulação funcional entre estruturas, referenciação, capacitação, vigilância, continuidade assistencial e coordenação de cuidados. Estas atividades constituem intervenções profissionais de enfermagem em sentido funcional quando se encontrem materialmente integradas no processo assistencial, ainda que realizadas sem contacto presencial imediato com a pessoa cuidada.

Esta qualificação é particularmente relevante em contexto comunitário. Nas equipas de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), NACJR, EPVA, CPCJ e apoio ao cuidador informal, a intervenção de enfermagem assume frequentemente natureza indireta: avaliação de sinalizações, triagem de risco, preparação de intervenção domiciliária, reuniões multidisciplinares, articulação com escolas, CPCJ, forças de segurança, autarquias ou serviços sociais, orientação telefónica, capacitação do cuidador, gestão integrada de situações complexas e acompanhamento de planos de intervenção. Reduzir a intervenção de enfermagem ao ato presencial equivaleria a descaracterizar o conteúdo funcional da profissão em contexto comunitário e a negar a natureza assistencial de atividades que, em muitos casos, constituem a componente decisiva da proteção da pessoa acompanhada.

A natureza indireta da intervenção não dispensa, todavia, a demonstração da respetiva conexão funcional com uma finalidade profissional legítima. A intervenção indireta é ato de enfermagem quando se inscreve no âmbito das competências profissionais do enfermeiro e se dirige, de modo concreto, à avaliação, proteção, acompanhamento, capacitação, continuidade ou segurança assistencial de pessoa determinada ou determinável. Não basta, por conseguinte, a mera integração formal em equipa multidisciplinar ou em programa comunitário: é necessário que exista uma relação material entre a atuação do enfermeiro e a finalidade profissional prosseguida.

IV — DO DEVER DE DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

O dever de documentação profissional decorre do quadro estatutário e deontológico da profissão e não depende da natureza presencial ou não presencial da intervenção. O preceito mais direto é o artigo 104.º, alínea d), do Estatuto, que impõe ao enfermeiro o dever de assegurar a continuidade dos

cuidados, «registando com rigor as observações e as intervenções realizadas». A este dever específico de registo acrescem os deveres gerais consagrados no artigo 97.º, n.º 1, alínea a), que impõe o exercício da profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados; no artigo 103.º, relativo à proteção da pessoa cuidada; e no artigo 109.º, alínea d), que impõe ao enfermeiro o dever de assegurar condições de trabalho adequadas, comunicando pelas vias competentes as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados.

O dever de registo não constitui mero formalismo administrativo. Cumpre, simultaneamente, uma função assistencial, por assegurar a continuidade dos cuidados e permitir a articulação intraequipa; uma função probatória, por documentar a diligência profissional do enfermeiro perante eventual escrutínio disciplinar, civil, organizacional ou regulatório; uma função de rastreabilidade, por permitir a reconstrução do processo decisório em caso de incidente crítico ou desfecho adverso; e uma função de responsabilização, por delimitar o perímetro da intervenção efetivamente desenvolvida.

Consequentemente, sempre que o enfermeiro realize avaliação, acompanhamento, orientação, articulação funcional, gestão de caso ou qualquer intervenção profissional relevante para o plano assistencial de pessoa determinada, existe fundamento bastante para documentação profissional, independentemente de ter existido contacto presencial. A omissão de registo de intervenções clinicamente relevantes pode comprometer a continuidade de cuidados, dificultar a articulação intraequipa, fragilizar a segurança da pessoa cuidada e enfraquecer a proteção jurídico-profissional do enfermeiro.

Importa, contudo, distinguir com rigor entre registo clínico, documentação funcional, documentação organizacional e documentação social ou instrutória. Nem toda a atividade funcionalmente relevante assume natureza clínica em sentido estrito. O critério determinante da integração no processo clínico do utente reside na relevância concreta da informação para a continuidade, segurança, rastreabilidade ou fundamentação assistencial dos cuidados prestados ou a prestar àquela pessoa determinada. A informação deve integrar o processo clínico quando tenha aptidão para influenciar a avaliação, planeamento, execução, continuidade ou segurança dos cuidados. Quando a atividade seja predominantemente organizacional, social, programática, instrutória ou de capacitação geral, poderá justificar documentação funcional própria, sem necessária integração no processo clínico de qualquer utente.

Assim, a avaliação de risco de uma criança ou jovem sinalizado no âmbito de um NACJR, a orientação telefónica clinicamente relevante no contexto de um plano assistencial, a preparação de uma intervenção

domiciliária com base em informação clínica, ou a articulação indispensável à continuidade de cuidados de pessoa identificada constituem intervenções que justificam registo clínico. Diversamente, uma reunião interinstitucional sobre modelos de articulação entre serviços, uma ação genérica de capacitação de cuidadores, a recolha de elementos para instrução administrativa de benefício social ou a documentação de funcionamento de programa comunitário podem justificar registo organizacional ou funcional próprio, sem integração automática no processo clínico da pessoa cuidada. A delimitação deve ser feita caso a caso, em função da natureza da intervenção, da finalidade do registo e da relevância assistencial concreta da informação.

A natureza não contratualizada de determinada atividade – como sucede frequentemente com o apoio ao cuidador informal, regulado pelo Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, e pelo respetivo regime regulamentar – não elimina os deveres estatutários e deontológicos do enfermeiro. Não altera, porém, por si só, os critérios de titularidade dos dados, conexão funcional, base jurídica de acesso e suporte documental adequado. Os modelos de contratualização institucional, indicadores de desempenho, formulários de programa ou práticas locais não redefinem o conteúdo dos deveres profissionais nem autorizam, sem fundamento legal ou assistencial bastante, o acesso ao processo clínico de pessoa diversa daquela que é destinatária direta da intervenção.

Do mesmo modo, o registo efetuado em documento próprio de equipa multidisciplinar externa – municipal, social, comunitária ou de proteção – não substitui, em regra, o registo no sistema de informação clínica institucional quando esteja em causa intervenção clínica individualizada sobre utente. Pode, porém, constituir o suporte adequado quando a intervenção seja predominantemente organizacional, social, instrutória ou de capacitação geral, sem relevância clínica individualizada para a pessoa cuidada. Quando a intervenção produza efeitos assistenciais individualizados relevantes para a continuidade, segurança ou rastreabilidade dos cuidados, deve ser assegurado o correspondente registo clínico, ainda que exista documentação paralela em suporte próprio do programa.

As orientações verbais ou modelos organizacionais internos que limitem ou proíbam o registo de intervenções indiretas não afastam, por si só, os deveres estatutários e deontológicos de documentação, rastreabilidade e proteção da pessoa cuidada. O enfermeiro que, em cumprimento de orientação organizacional, omita o registo de intervenções clinicamente relevantes pode incorrer em responsabilidade disciplinar perante a Ordem, nos termos do artigo 66.º, n.º 1, do Estatuto e do artigo 5.º do Regulamento Disciplinar da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 340/2017, na redação republicada pelo Regulamento n.º 743/2021, sem prejuízo da apreciação das circunstâncias

concretas e da responsabilidade própria das instituições na definição de sistemas e protocolos adequados.

V — DA LEGITIMIDADE DO ACESSO A DADOS DE SAÚDE

A) Enquadramento geral

Os dados de saúde constituem categorias especiais de dados pessoais, sujeitos a proteção reforçada nos termos do artigo 9.º do Regulamento (UE) 2016/679 (RGPD), da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, e da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro. A Lei n.º 12/2005 qualifica a informação de saúde como propriedade da pessoa a que respeita, sendo as unidades do sistema de saúde suas depositárias e responsáveis pela sua proteção. Essa informação deve ser tratada em condições de confidencialidade, segurança, controlo de acessos, rastreabilidade e respeito pela finalidade que legitima o tratamento.

O processo clínico constitui o suporte organizado da informação médica e de saúde destinada à prestação de cuidados ou tratamentos, devendo conter a informação clinicamente relevante para assegurar a continuidade, qualidade e segurança assistencial. A sua consulta por profissionais de saúde obrigados a sigilo profissional é admissível na medida estritamente necessária à prestação de cuidados ou à finalidade legalmente prevista. A titularidade da informação pelo utente, a condição de depositária da instituição e o dever de sigilo do profissional não são realidades contraditórias: articulam-se através dos princípios da necessidade, finalidade, minimização, segurança, confidencialidade e responsabilidade demonstrável.

O tratamento de dados de saúde é, em regra, proibido pelo artigo 9.º, n.º 1, do RGPD, salvo verificação de uma das exceções previstas no n.º 2 do mesmo artigo. Em contexto de prestação de cuidados, assume particular relevância a alínea h) do artigo 9.º, n.º 2, que admite o tratamento quando necessário para efeitos de medicina preventiva, diagnóstico médico, prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou de ação social, ou gestão de sistemas e serviços de saúde ou de ação social, desde que realizado por ou sob responsabilidade de profissional sujeito a sigilo profissional. Em situações de proteção de crianças e jovens, violência doméstica ou outras finalidades de proteção legalmente densificadas, pode ainda relevar a alínea g) do artigo 9.º, n.º 2, relativa ao interesse público substancial, quando exista fundamento no direito nacional e respeito pela proporcionalidade e pelas salvaguardas adequadas.

A identificação da base jurídica deve, contudo, ser realizada para cada cenário concreto, tanto no plano do artigo 6.º, n.º 1, como no plano do artigo 9.º, n.º 2, do RGPD, competindo ao responsável pelo tratamento definir os fundamentos, perfis de acesso, protocolos e salvaguardas adequados. Ao enfermeiro compete atuar dentro desse quadro, respeitando os deveres estatutários, deontológicos e de

sigilo profissional, e assegurando que o acesso efetuado é funcionalmente justificado pela intervenção concreta.

B) Bases jurídicas por cenário

No contexto da prestação de cuidados de saúde em sentido estrito – designadamente nas Unidades de Cuidados na Comunidade e nas equipas de saúde familiar –, o acesso por enfermeiro sujeito a sigilo profissional encontra, em regra, enquadramento na prestação de cuidados, na continuidade assistencial e na gestão de serviços de saúde, nos termos do artigo 9.º, n.º 2, alínea h), do RGPD, em conjugação com a base jurídica aplicável no artigo 6.º, n.º 1, e com os deveres estatutários próprios da profissão.

No contexto do NACJR e da EPVA, a base jurídica pode reconduzir-se igualmente à prestação de cuidados em sentido funcional quando a intervenção do enfermeiro se desenvolva como componente da atuação comunitária de saúde. Quando o acesso ou a partilha de informação se destinem especificamente à avaliação de risco, sinalização, proteção ou preparação de intervenção que extravase a prestação de cuidados em sentido estrito, deve ponderar-se a existência de dever legal ou interesse público substancial, designadamente em conjugação com a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, a Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, e demais regimes especiais aplicáveis. Em qualquer caso, o acesso mantém-se limitado ao necessário à finalidade concreta e não legitima consulta genérica, exploratória ou integral do processo clínico.

No contexto da participação em CPCJ, importa distinguir a qualidade funcional em que o enfermeiro atua. Quando intervém como profissional de saúde, no âmbito do seu conteúdo funcional e integrado em prestação de cuidados, aplica-se o regime geral do acesso por profissional de saúde. Quando intervém como membro da comissão, exerce funções de proteção que decorrem da Lei n.º 147/99 e não diretamente do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Nessa segunda qualidade, o acesso ou receção de informação deve fundar-se nas competências legais da comissão, nos princípios próprios do processo de promoção e proteção e na estrita necessidade dos elementos para apreciação da situação, não podendo a qualidade de enfermeiro servir, por si só, de via autónoma para consulta ampla do processo clínico no sistema de saúde.

No apoio ao cuidador informal, a base jurídica do acesso exige uma delimitação dogmática própria, atenta a coexistência de destinatários, finalidades e titulares de dados distintos. O tratamento integrado desta matéria é desenvolvido na Secção VII do presente parecer.

C) Critério de conexão funcional concreta

Em todos os cenários, o critério juridicamente relevante para aferir a legitimidade do acesso não é a existência de contacto presencial prévio entre o enfermeiro e o utente, mas a existência de conexão funcional concreta entre o acesso efetuado e a intervenção profissional desenvolvida relativamente ao titular dos dados cujo processo é consultado. A inexistência de contacto presencial anterior não impede, por si só, o acesso quando este seja necessário à avaliação, preparação, continuidade ou segurança de uma intervenção profissional legítima. Mas a integração funcional em equipa multidisciplinar constitui condição necessária, não suficiente, de legitimidade.

O acesso a dados de saúde permanece funcionalmente delimitado e sujeito a demonstração de necessidade concreta, atual e proporcional relativamente à intervenção profissional desenvolvida, devendo cessar quando cesse a intervenção, a integração do profissional no acompanhamento do caso ou a finalidade que legitimava o tratamento.

O princípio da minimização, consagrado no artigo 5.º, n.º 1, alínea c), do RGPD, impõe que o acesso legítimo não se confunda com acesso integral ao processo clínico. O enfermeiro deve aceder ao segmento de informação concretamente necessário à finalidade específica da intervenção, e não à totalidade do historial clínico do utente. A distinção é materialmente relevante: o processo clínico pode conter dados de saúde mental, antecedentes íntimos, informação sobre doenças estigmatizantes, dados genéticos, dados familiares ou informação relativa a terceiros, cuja consulta só se justifica quando concretamente necessária à intervenção em causa. Sempre que os sistemas de informação o permitam, o acesso deve ser direcionado para os módulos, episódios, notas ou segmentos funcionalmente relevantes.

Este entendimento encontra suporte na orientação consolidada do Conselho Jurisdicional, na medida em que os pareceres emitidos sobre sigilo profissional, circulação de informação em equipa e continuidade de cuidados convergem na afirmação de que o sigilo não impede o acesso e a circulação funcionalmente necessários à prestação de cuidados e à proteção da pessoa acompanhada, desde que respeitados os princípios da necessidade, proporcionalidade, finalidade e minimização.

No mesmo sentido, a Comissão Nacional de Proteção de Dados tem afirmado, de forma consistente, que o acesso a dados de saúde por profissionais de saúde se encontra subordinado ao princípio da necessidade de conhecer e deve estar ligado à concreta intervenção assistencial, sendo incompatível com acessos exploratórios ou genéricos. A Deliberação n.º 51/2001, embora anterior ao RGPD e proferida em contexto específico, já refletia uma preocupação de limitação, adequação e estrita necessidade na circulação de dados de saúde. O Parecer n.º 31/2021, relativo ao acesso de estudantes de medicina a sistemas clínicos, reafirmou que a mera inserção numa estrutura funcional ou formativa

não basta, por si só, para legitimar o acesso a dados de saúde, exigindo fundamento autónomo bastante, respeito pela finalidade do tratamento, pela autonomia do titular e pelas garantias de controlo e rastreabilidade dos acessos – raciocínio transponível, com as devidas adaptações, para o contexto das equipas multidisciplinares comunitárias. A exigência de permissões diferenciadas, segregação de funções, necessidade de conhecer e registo eletrónico dos acessos encontra, aliás, consagração expressa no artigo 29.º da Lei n.º 58/2019. Também o Guia de Privacidade da Informação da SPMS, embora sem natureza vinculativa, enfatiza a necessidade de conhecer, a diferenciação de perfis de acesso e a limitação funcional do acesso à informação clínica.

D) Operacionalização do critério de conexão funcional

A aplicação do critério de conexão funcional exige, no plano operacional, que o enfermeiro possa demonstrar, a todo o tempo, a relação entre o acesso efetuado e a intervenção profissional que o justifica. Esta exigência decorre do princípio da responsabilidade demonstrável consagrado no artigo 5.º, n.º 2, do RGPD, e encontra concretização prática na existência de registos de auditoria nos sistemas de informação clínica, que documentam a data, hora, autor e objeto de cada acesso.

Recomenda-se, por conseguinte, que o acesso a dados de saúde em contexto de equipas multidisciplinares seja acompanhado – ou seguido em prazo razoável – de registo que documente a justificação funcional do acesso, designadamente a identificação da equipa ou estrutura em que o enfermeiro se encontra integrado, a natureza da intervenção em curso e a finalidade concreta do acesso. Essa justificação pode ser documentada em nota clínica ou em registo funcional adequado, consoante a natureza clínica, organizacional, comunitária ou protetiva da intervenção em causa.

Recomenda-se igualmente que as instituições, enquanto responsáveis pelo tratamento, definam protocolos de acesso que densifiquem, para cada tipo de equipa e de intervenção, o perímetro de informação acessível, os perfis de acesso aplicáveis, os procedimentos de justificação e os mecanismos de auditoria. A definição desses protocolos compete ao responsável pelo tratamento, em articulação com o encarregado de proteção de dados, a direção clínica e as estruturas competentes, não ao Conselho Jurisdicional, que se limita a identificar o enquadramento deontológico da matéria. O enfermeiro que atue dentro de protocolo institucional adequado encontra-se, em princípio, em melhor posição para demonstrar conformidade; o enfermeiro que atue fora dele deve poder demonstrar autonomamente a justificação funcional, concreta e proporcional do acesso.

VI — DO SIGILO PROFISSIONAL E DOS LIMITES DA PARTILHA DE INFORMAÇÃO

O artigo 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros consagra o dever de sigilo profissional, impondo ao enfermeiro a obrigação de guardar segredo sobre os factos de que tome conhecimento no exercício

das suas funções. Este dever constitui expressão da confiança subjacente à relação de cuidado, protege a reserva da intimidade da vida privada e a autodeterminação informativa da pessoa, e assume particular intensidade quando estão em causa dados de saúde.
O sigilo profissional não é, porém, um dever absoluto. Coexiste com deveres legais de comunicação, cooperação e proteção que, em determinadas circunstâncias, impõem ou legitimam a transmissão de informação a entidades externas ao sistema de saúde. Essa tensão é particularmente relevante nos contextos objeto do presente parecer, designadamente na proteção de crianças e jovens em perigo e na prevenção da violência doméstica.

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo estabelece deveres de cooperação e comunicação de situações de perigo, designadamente pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude e por qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem. A Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, prevê mecanismos de proteção, avaliação de risco, articulação interinstitucional e atuação integrada em matéria de violência doméstica, densificados, no plano instrumental, pela Portaria n.º 228/2025/1, de 21 de maio, que aprova e regula o Instrumento de Avaliação de Risco em Violência Doméstica revisto.

Nestes contextos, a comunicação de informação relevante, quando fundada em dever legal ou em finalidade protetiva legalmente prevista, não constitui violação do sigilo profissional; constitui cumprimento de dever jurídico e deontológico de proteção. Todavia, a existência de dever legal de comunicação não legitima a transmissão integral, irrestrita ou indiferenciada de dados de saúde. A partilha de informação deve obedecer aos princípios da necessidade, adequação, proporcionalidade e minimização, limitando-se ao estritamente necessário para a finalidade concreta da intervenção protetiva ou assistencial.

Na prática, isto significa que o enfermeiro que participe em reunião multidisciplinar com técnicos de serviço social, autarquias, forças de segurança, membros de CPCJ ou outros elementos externos ao sistema de saúde deve avaliar, para cada situação concreta, qual a informação de saúde estritamente necessária à finalidade em causa. Não deve existir acesso irrestrito ao processo clínico por elementos externos ao sistema de saúde, devendo privilegiar-se, sempre que possível, a transmissão de sínteses funcionais, elementos clínicos estritamente relevantes ou informação necessária à decisão protetiva, sem exposição desnecessária de antecedentes, diagnósticos, dados íntimos ou informação relativa a terceiros.

A partilha interinstitucional deve, por conseguinte, ser funcionalmente orientada e documentalmente rastreável. A informação transmitida deve ser adequada à finalidade concreta, limitada ao necessário,

comunicada por canais seguros e, quando possível, registada quanto ao seu conteúdo essencial, destinatário, fundamento e finalidade. Em situações de dúvida juridicamente relevante quanto à legitimidade ou extensão da partilha, o enfermeiro deve recorrer ao encarregado de proteção de dados da instituição, à comissão de ética, à direção clínica, à coordenação da equipa ou às estruturas institucionais competentes. Esse recurso constitui prática de boa governação e elemento de proteção do próprio profissional perante eventual escrutínio.

VII — DO REGIME ESPECÍFICO DO APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

O Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, cria um regime específico de direitos e deveres aplicável à pessoa que preste cuidados regulares e não remunerados a pessoa em situação de dependência. O artigo 5.º reconhece ao cuidador informal, entre outros, o direito a receber informação por parte dos profissionais das áreas da saúde e da segurança social e a aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareça a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e os apoios disponíveis.

Este direito deve, contudo, ser compreendido em termos funcionais, proporcionais e compatíveis com a autonomia jurídica da pessoa cuidada enquanto titular dos respetivos dados de saúde. O estatuto de cuidador informal não equivale, por si só, a representação legal, a procuração de cuidados de saúde, a acompanhamento maior, a autorização ampla de acesso ao processo clínico ou a substituição da vontade juridicamente relevante da pessoa cuidada. O cuidador pode necessitar de informação para cuidar; isso não significa que lhe assista, automaticamente, o direito de aceder à totalidade do processo clínico da pessoa cuidada, nem que o enfermeiro possa consultar esse processo sem fundamento assistencial, consentimento, representação ou dever legal bastante.

O enfermeiro que acompanhe o cuidador informal pode desenvolver atividades de avaliação de necessidades, orientação, capacitação, literacia em saúde, encaminhamento, articulação com serviços sociais e de saúde, apoio emocional, monitorização de sobrecarga e acompanhamento continuado. Tais atividades podem constituir intervenções de enfermagem em sentido funcional e justificar documentação profissional. Todavia, quando a intervenção se dirige ao cuidador enquanto destinatário direto, a documentação deve respeitar essa qualidade, sem transposição automática para o processo clínico da pessoa cuidada.

A intervenção de enfermagem dirigida ao cuidador poderá justificar documentação funcional própria relativamente ao cuidador enquanto destinatário da intervenção, sem integração necessária no processo clínico da pessoa cuidada. Já quando a intervenção incida sobre a pessoa cuidada, ou quando a informação produzida tenha relevância clínica individualizada para a continuidade, segurança ou

rastreabilidade dos cuidados a esta prestados ou a prestar, a documentação deverá ser integrada no suporte clínico adequado, nos termos gerais definidos no presente parecer.

Do mesmo modo, a intervenção de enfermagem não deve ser convertida em investigação autónoma e indiscriminada do processo clínico da pessoa cuidada para efeitos de instrução social ou administrativa, nem a insuficiência de elementos num programa deve ser automaticamente reconduzida a incumprimento de direitos de saúde. O direito à proteção da saúde é um direito constitucionalmente consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa e densificado na Lei de Bases da Saúde; lacunas administrativas, insuficiências instrutórias ou necessidades de validação programática não devem ser reconduzidas, sem fundamento assistencial concreto, a défices de cuidados de saúde suscetíveis de justificar o acesso ao processo clínico de pessoa diversa do destinatário direto da intervenção. A instrução de pedidos de reconhecimento de estatuto, atribuição de benefícios ou verificação de pressupostos administrativos compete, em primeira linha, ao requerente e às entidades administrativas legalmente competentes, não podendo o enfermeiro ou a instituição de saúde ser convertidos, sem fundamento legal bastante, em instância de investigação autónoma do processo clínico da pessoa cuidada. O papel do enfermeiro mantém-se profissional, assistencial, educativo, de articulação e de proteção, devendo a consulta de informação clínica obedecer sempre ao critério da conexão funcional concreta.

No plano do consentimento, importa sublinhar que o regime do cuidador informal não constitui, por si só, um regime de acesso amplo ou automático ao processo clínico da pessoa cuidada, nem equivale aos regimes legais de proteção que impõem ou legitimam comunicações independentemente do consentimento. Consequentemente, nos programas comunitários de natureza voluntária e não protetiva, quando não esteja em causa prestação de cuidados à própria pessoa cuidada, representação legal bastante, dever legal específico ou outra base jurídica aplicável, o acesso à informação clínica da pessoa cuidada deverá, em regra, assentar no consentimento informado, livre, específico e esclarecido do titular dos dados – a pessoa cuidada – ou do seu representante legal, nos termos conjugados do artigo 6.º do RGPD, do artigo 9.º, n.º 2, alínea a), do RGPD, do artigo 3.º da Lei n.º 12/2005 e dos artigos 105.º, alínea b), e 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Esta leitura não diminui a importância do apoio ao cuidador informal; pelo contrário, protege a sua legitimidade. Ao distinguir cuidador e pessoa cuidada, suporte funcional e processo clínico, capacitação e prestação de cuidados, o regime permite documentar o que deve ser documentado, aceder ao que deve ser acedido e preservar a confidencialidade da informação que não seja necessária à intervenção concreta.

VIII — CONCLUSÕES

Em face da fundamentação exposta, assente na articulação de quatro critérios cumulativos – finalidade profissional legítima, conexão funcional concreta, necessidade demonstrável e minimização da informação acedida, registada ou transmitida –, o Conselho Jurisdicional conclui nos seguintes termos:

Primeira. A intervenção indireta do enfermeiro em contexto comunitário – designadamente a avaliação de sinalizações, a gestão de caso, a articulação interinstitucional, as reuniões multidisciplinares, as orientações telefónicas, a avaliação de risco, a capacitação e o acompanhamento funcional de cuidadores – pode constituir intervenção profissional de enfermagem em sentido funcional, nos termos do artigo 6.º-D do Estatuto, quando materialmente integrada no âmbito das competências profissionais do enfermeiro e dirigida a finalidade assistencial, protetiva ou de continuidade de cuidados. A inexistência de contacto presencial prévio não impede, por si só, o acesso a informação de saúde ou a realização de registos, desde que exista conexão funcional concreta entre a atuação do enfermeiro e a intervenção profissional em curso.

Segunda. O dever de documentação profissional não depende da natureza presencial ou não presencial da intervenção. A integração no processo clínico justifica-se quando a informação seja relevante para a continuidade, segurança, rastreabilidade ou fundamentação assistencial dos cuidados prestados ou a prestar àquela pessoa determinada. A atividade funcionalmente relevante que não tenha relevância clínica individualizada pode justificar documentação funcional, organizacional ou programática própria, sem necessária integração no processo clínico de qualquer utente.

Terceira. A omissão de registo de intervenções clinicamente relevantes pode comprometer a continuidade de cuidados, a segurança da pessoa cuidada e a proteção jurídico-profissional do enfermeiro, podendo configurar incumprimento do dever de registo previsto no artigo 104.º, alínea d), do Estatuto e, consequentemente, infração disciplinar nos termos do artigo 66.º, n.º 1, do Estatuto e do artigo 5.º do Regulamento Disciplinar.

Quarta. O acesso a dados de saúde por enfermeiros integrados em equipas multidisciplinares é legítimo quando exista conexão funcional concreta entre o acesso efetuado e a intervenção profissional desenvolvida, independentemente da existência de contacto presencial prévio. A integração funcional em equipa constitui condição necessária, mas não suficiente, de legitimidade: o acesso permanece funcionalmente delimitado e sujeito a demonstração de necessidade concreta, atual e proporcional. O acesso indiscriminado, exploratório ou desconectado da intervenção concreta é ilícito.

Quinta. O princípio da minimização impõe que o acesso legítimo incida apenas sobre o segmento de informação concretamente necessário à finalidade específica da intervenção, e não sobre a totalidade do processo clínico.

Sexta. A base jurídica do acesso deve ser identificada para cada cenário, nos termos dos artigos 6.º e 9.º do RGPD, competindo ao responsável pelo tratamento definir o enquadramento aplicável, os perfis de acesso e as salvaguardas adequadas, e ao enfermeiro assegurar que atua dentro desse quadro e que pode demonstrar a relação entre o acesso efetuado e a intervenção que o justifica. Quando estejam em causa dados de pessoa diversa do destinatário direto da intervenção, a legitimidade do acesso exige fundamento funcional autónomo bastante.

Sétima. A justificação funcional do acesso deve ser documentada de forma a permitir a reconstrução da finalidade, necessidade e contexto do acesso efetuado. Recomenda-se que as instituições definam protocolos que densifiquem, para cada tipo de equipa e intervenção, o perímetro de informação acessível, os perfis de acesso e os mecanismos de auditoria.

Oitava. O enfermeiro que participe em CPCJ deve distinguir com rigor a qualidade em que atua – como profissional de saúde ou como membro da comissão –, uma vez que a base jurídica do acesso a dados de saúde e o perímetro de informação utilizável diferem conforme a qualidade funcional.

Nona. O dever de sigilo profissional coexiste com deveres legais de comunicação, designadamente nos domínios da proteção de crianças e jovens em perigo e da prevenção da violência doméstica. A partilha de informação com entidades externas ao sistema de saúde é legítima quando fundada em dever legal ou finalidade protetiva legalmente prevista, na medida estritamente necessária à finalidade concreta.

Décima. No apoio ao cuidador informal, o cuidador é o utente e destinatário direto da intervenção; a pessoa cuidada é titular autónomo dos seus dados de saúde e do respetivo processo clínico. O direito do cuidador a informação não equivale a representação legal nem a autorização ampla de acesso ao processo clínico da pessoa cuidada. A documentação da intervenção dirigida ao cuidador não deve ser automaticamente transposta para o processo clínico da pessoa cuidada, salvo quando exista relevância clínica individualizada para a continuidade ou segurança dos cuidados desta última.

Décima primeira. Nos programas comunitários de natureza voluntária e não protetiva, quando não esteja em causa prestação de cuidados à própria pessoa cuidada, representação legal bastante, dever legal específico ou outra base jurídica aplicável, o acesso à informação clínica da pessoa cuidada

deverá, em regra, assentar no consentimento informado do titular dos dados ou do seu representante legal. A instrução de pedidos de reconhecimento de estatuto ou atribuição de benefícios compete, em primeira linha, ao requerente e às entidades administrativas competentes, não podendo o enfermeiro ou a instituição de saúde ser convertidos em instância de investigação autónoma do processo clínico da pessoa cuidada.

Décima segunda. O registo efetuado em documento próprio de equipa multidisciplinar externa não substitui o dever de registo no sistema de informação clínica institucional quando esteja em causa intervenção clínica individualizada. As orientações verbais ou modelos organizacionais internos que limitem o registo de intervenções indiretas não afastam os deveres estatutários de documentação profissional; do mesmo modo, práticas de programa não criam, sem fundamento legal bastante, um dever de acesso ao processo clínico de terceiro.

Décima terceira. O presente parecer deve ser interpretado de forma sistemática e conforme com o ordenamento jurídico global, não dispensando a apreciação casuística das situações concretas pelas entidades competentes, designadamente a Comissão Nacional de Proteção de Dados, os tribunais, os encarregados de proteção de dados, as direções clínicas e os responsáveis pelo tratamento das instituições.

Aprovado na reunião de plenário de 11 de junho de 2026.

Pel'O Conselho Jurisdicional

Ana Rita Pedroso Cavaco

Ana Rita Pedroso Cavaco
(Presidente)