



Manual dos Direitos do Doente e Sobrevivente Hemato-Oncológico



APCL
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
CONTRA A LEUCEMIA

APOIO

Abreu:
advogados



Manual dos Direitos do Doente e Sobrevivente Hemato-Oncológico

CATARINA ROGADO



Abreu:
advogados

Título	Manual dos Direitos do Doente e Sobrevivente Hemato-Oncológico
©	APCL - Associação Portuguesa Contra a Leucemia O conteúdo pode ser utilizado, desde que se identifique a fonte.
Autora	Catarina Rogado
Com o apoio de	Instituto de Conhecimento - Abreu Advogados
Revisão	Abreu Advogados, Catarina Rogado e APCL
Design	4 Elementos, Comunicação e Design
Impressão	Sersilito
Tiragem	500 exemplares, distribuição gratuita.
Data	outubro de 2026

NOTA PRÉVIA

O presente manual, publicado pela APCL - Associação Portuguesa Contra a Leucemia, foi desenvolvido na sequência de um convite dirigido a uma voluntária, cuja experiência pessoal de doença hemato-oncológica marcou de forma determinante a recolha de informação e a redação do documento.

O seu conteúdo foi elaborado tendo em particular consideração os doentes hemato-oncológicos, assente na premissa de uma linguagem simples, clara e acessível, mesmo para quem não possua conhecimentos técnicos na área da legislação, procurando evitar conteúdos exaustivos ou de excessiva complexidade técnica.

O manual foi devidamente revisto por pares e voluntários, bem como por entidades e profissionais especializados nos temas abordados, contando ainda com a revisão jurídica da Abreu Advogados, na qualidade de parceira da APCL. Ao longo de todo o processo, procurou-se responder às necessidades e às questões que os doentes e as suas famílias colocam diariamente, de modo a que o documento reflita as suas reais preocupações.

Este documento não visa, em caso algum, substituir o aconselhamento e o acompanhamento por profissionais que, atendendo às especificidades de cada situação, saberão avaliar as diferentes questões e encaminhar para os serviços competentes.

Com o presente manual, a APCL espera contribuir para que cada doente e respetiva família conheçam melhor os seus direitos e benefícios, encontrando neste documento um apoio útil ao longo do seu percurso.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
1 Serviço Nacional de Saúde (SNS)	7
1.1. Acesso a cuidados de saúde	7
1.2. Acesso a informação e resultados médicos	7
1.3. Tempos de resposta	9
1.4. Direito a segunda opinião	10
1.5. Direito a cuidados de saúde transfronteiriços	11
1.6. Direito a participação em ensaios clínicos	11
1.7. Direito a mudança de médico	12
1.8. Preservação da fertilidade	13
1.9. Acesso ao serviço Social no SNS	14
1.10. Despesas de deslocação	15
1.11. Comparticipação de medicamentos	16
1.12. Testamento Vital	18
1.13. Cuidados continuados integrados e cuidados paliativos	19
2 Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM)	22
2.1. Como obter o AMIM	22
2.2. Reavaliação do AMIM	24
2.3. Renovação do AMIM	25
2.4. Não comparência	27
2.5. Recurso da decisão	27
2.6. Custos	28
2.7. Articulação do AMIM com outras entidades	28
3 Benefícios do AMIM	31
3.1. Isenção de Taxas Moderadoras	31
3.2. Benefícios Fiscais (IRS, IUC, ISV, IVA)	32
3.3. Apoios relacionados com deficiência motora	39
3.4. Apoio à habitação - Crédito Habitação	40
3.5. Apoio à habitação - Crédito habitação e seguro de vida	42

3.6. Apoio à habitação – Arrendamento	44
3.7. Acesso a tarifas sociais e descontos em diversos serviços	46
3.8. Atendimento prioritário	48
3.9. Educação	48
3.10. Regime Laboral e Incentivos para o Emprego	49
4 Benefícios Sociais	53
4.1. Subsídio de Doença	54
4.2. Prestação Social para a Inclusão (PSI)	61
4.3. Pensão de Invalidez	64
4.4. Complemento por Dependência	66
4.5. Produtos de apoio e ajudas técnicas	67
4.6. Serviços de aconselhamento / recursos comunitários / outros apoios	68
5 Cuidadores e familiares	73
5.1. Acompanhamento nas instituições	73
5.2. Apoios sociais e regime laboral	76
5.3. Estatuto do Cuidador Informal	81
5.4. Outros apoios	84
5.5. Direitos do luto	85
6 Sobreviventes e a Lei do Esquecimento	88
6.1. Lei do Esquecimento	88
6.2. Seguros de saúde	92
7 Legislação específica das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira	93
8 Documentação e fontes de informação útil	95
9 Compêndio jurídico	98
Fontes e Referências Bibliográficas	106
Agradecimentos	108

INTRODUÇÃO

Qualquer pessoa com doença crónica poderá ter acesso a benefícios. Em Portugal, as pessoas com doença oncológica podem beneficiar de diversos apoios nas áreas da saúde, da proteção social e da fiscalidade. Estes direitos encontram-se previstos em diferentes diplomas legais e podem depender da situação clínica, da incapacidade atribuída e de outros critérios de elegibilidade.

Este documento procurou reunir as informações mais relevantes sobre os direitos, benefícios e apoios disponíveis perante um diagnóstico de doença hemato-oncológica, junto de doentes, sobreviventes e cuidadores ou familiares.

Convém salientar que existem direitos e apoios específicos decorrentes do diagnóstico de doença oncológica e, paralelamente, existem direitos sociais dedicados à população com vulnerabilidade socioeconómica. Estes podem ser concedidos independentemente do diagnóstico oncológico, mas também cumulativamente desde que cumpram os respetivos critérios de elegibilidade.

Efetivamente, todos os apoios são passíveis de serem requeridos, mas podem depender de critérios e condições de acesso específicas em cada caso concreto. Em situação de dúvida ou clarificação da situação particular de cada um, sugere-se o aconselhamento por parte do respetivo serviço social.

É igualmente importante referir que a legislação e os procedimentos podem sofrer alterações ao longo do tempo, pelo que se recomenda sempre a verificação da informação mais atualizada junto das entidades competentes.

O diagnóstico de cancro traz desafios significativos, mas conhecer os seus direitos e os apoios disponíveis pode ajudar a enfrentar este período com mais segurança e tranquilidade. Não hesite em procurar apoio junto dos profissionais de saúde, serviços sociais e associações de doentes, como a APCL – Associação Portuguesa Contra a Leucemia (especialmente dedicada aos temas relacionados com cânceros de sangue), que estão disponíveis para o ajudar a navegar por este complexo sistema de apoios e benefícios.

Serviço Nacional de Saúde (SNS)

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o pilar do sistema de saúde em Portugal, garantindo que todos os cidadãos têm acesso a cuidados médicos, independentemente da condição socioeconómica do doente.

Para doentes oncológicos, o SNS oferece um conjunto de direitos e benefícios essenciais ao longo de todo o percurso da doença e após o tratamento.

1.1 | Acesso a cuidados de saúde

Enquanto doente oncológico, tem direito a consultas, tratamentos, medicamentos e exames necessários para o seu diagnóstico e tratamento. É garantido um acompanhamento contínuo, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento ativo, até à fase de recuperação e vigilância. No SNS estes serviços são prestados nos hospitais, centros de saúde e unidades especializadas, de acordo com as necessidades da pessoa e a organização dos serviços.

O sistema de Livre Acesso e Circulação (LAC) permite que o utente possa escolher a instituição do SNS onde pretende receber cuidados de saúde e onde exista a especialidade em causa, e na medida dos recursos existentes. Esta decisão deverá ser tomada em articulação com o médico de família responsável pela referênciação, que deve ser efetuada com base em critérios como o interesse do utente, a proximidade geográfica e os tempos médios de resposta ou espera.

No seguimento desta possibilidade, é determinante que o utente esteja devidamente informado para uma decisão consciente. Assim, assume especial relevância, enquanto direito fundamental dos utentes de cuidados de saúde, o direito à informação prévia, plena e esclarecida.

1.2. | Acesso a informação e resultados médicos

O acesso à informação médica é um direito fundamental e um dos pilares para uma relação de confiança entre a pessoa com doença e a equipa de profissionais de saúde.

A pessoa com doença tem o direito a ser informada de forma clara, completa e adequada à sua capacidade de compreensão, sobre o seu estado de saúde e diagnóstico, o prognóstico, as opções de tratamentos disponíveis, os riscos e benefícios de cada uma, bem como as possíveis consequências de não realizar o tratamento.

Tem igualmente o direito de aceder, a qualquer momento, ao seu processo clínico e respetivos registos, incluindo resultados de exames e de tratamentos. Pode solicitar cópia dos registos e este acesso pode ser feito diretamente pelo próprio ou por um representante legal. Se for necessário algum relatório específico para fins de pedido de apoios, benefícios sociais ou avaliações de incapacidade, deve ser solicitado ao médico assistente e/ou em articulação com o serviço de secretariado, indicando o propósito do pedido.

É importante destacar o direito ao consentimento informado, que é juridicamente distinto do direito à informação e igualmente relevante para o doente oncológico. O consentimento informado é um processo contínuo, através do qual o doente toma decisões de forma livre e esclarecida, após receber e compreender toda a informação relevante sobre a sua situação clínica, os tratamentos e/ou o ensaio clínico proposto, os seus benefícios esperados, os potenciais riscos e as alternativas disponíveis. O doente deve ainda ter a oportunidade de fazer todas as perguntas que considere necessárias antes de tomar uma decisão. Este direito garante a autonomia do doente, permitindo-lhe aceitar ou recusar tratamentos, a revogar o consentimento e a participar ativamente nas decisões clínicas. Em contexto oncológico, este direito é particularmente relevante para: a participação em ensaios clínicos (o doente pode recusar ou abandonar o ensaio a qualquer momento, sem que essa decisão comprometa o acesso a tratamentos ou cuidados de saúde); decisões sobre tratamentos paliativos e decisões relacionadas com a reanimação.

Toda a informação médica é confidencial e está protegida por lei. Os profissionais de saúde têm o dever de sigilo profissional, o que significa que informações de saúde não podem ser partilhadas sem consentimento da pessoa com doença (exceto nas raras situações previstas por lei, por exemplo, questões de saúde pública). Neste âmbito é importante

salientar a proteção de dados de saúde ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD, Regulamento UE 2016/679). O RGPD garante ao titular dos dados diversos direitos, como: saber quem acede ao seu processo clínico; opor-se a determinadas formas de tratamento dos seus dados; solicitar a retificação de dados incorretos e apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) em caso de violação. Em contexto de partilha de dados entre hospitais (por exemplo para segunda opinião ou referenciação), o consentimento do titular é regra geral, com exceções para fins de saúde pública e investigação.

DICA

Sempre que possível, é importante manter um arquivo pessoal com cópias dos relatórios médicos, resultados de exames e prescrições e outros documentos relevantes. Pode também ser útil registar dúvidas, sintomas, efeitos secundários e outras informações importantes num caderno, telemóvel ou aplicação dedicada, como a app *omeusangue.apcl.pt*. Esta organização facilita o acesso à informação, a preparação das consultas e uma participação mais ativa nas decisões sobre os cuidados de saúde.

1.3. | Tempos de resposta

A legislação portuguesa estabelece para o SNS Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para consultas, exames e cirurgias, para assegurar que os utentes são atendidos num prazo considerado clinicamente adequado. Para a área oncológica, devido à urgência e gravidade da doença, existem prazos prioritários. Por exemplo, o tempo entre a referenciação e a primeira consulta da especialidade da oncologia não deve exceder os 15 dias úteis.

DICA

Os tempos de resposta dos hospitais do SNS podem ser obtidos no Portal do SNS, na área dedicada aos Tempos de Espera. É possível fazer a pesquisa por hospital, consulta de especialidade ou por tipo de cirurgia. Caso os tempos não sejam cumpridos, a pessoa com doença deve contactar os serviços onde é acompanhada (por exemplo o médico assistente, diretor de serviço, Gabinete do Utente, serviços administrativos...), e pode apresentar uma reclamação no Livro de Reclamações Eletrónico e/ou contactar a Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

1.4. | Direito a segunda opinião

A segunda opinião médica é um direito que está contemplado e consagrado na legislação portuguesa, sem que isso afete a qualidade dos cuidados prestados ou a relação com a equipa de saúde.

A segunda opinião pode ser útil em qualquer momento do percurso da doença. Pode ajudar a confirmar o diagnóstico, o plano de tratamento, esclarecer dúvidas, conhecer outras opções terapêuticas ou dar maior confiança na decisão a tomar.

Sempre que considere útil, a pessoa com doença pode discutir o pedido de segunda opinião com o médico assistente. No entanto, este direito não depende da concordância do médico. Para obter uma segunda opinião, o utente pode solicitar o acesso ao seu processo clínico, incluindo relatórios médicos, resultados de exames e outra documentação clínica relevante, que poderá ser necessária para a avaliação a realizar por outro profissional.

Após obter a segunda opinião, é importante analisar toda a informação disponível e discutir as diferentes opções terapêuticas com a equipa de saúde.

A decisão deverá ter em conta as recomendações clínicas, os valores e preferências do utente e a sua situação pessoal. Caso seja ponderado o acompanhamento no setor privado, deverão também ser considerados

aspectos como os custos associados e a eventual cobertura do seguro de saúde

Embora este seja um direito do utente, devem ser tidos em conta a situação clínica e a urgência do início do tratamento, para que o pedido de uma segunda opinião não provoque atrasos que possam comprometer os cuidados de saúde.

1.5. | Direito a cuidados de saúde transfronteiriços

A Diretiva europeia 2011/24/EU, legislação europeia sobre cuidados de saúde transfronteiriços, garante que a pessoa com doença, em determinadas situações, pode receber cuidados de saúde noutro Estado-Membro da União Europeia (UE) ou do Espaço Económico Europeu (EEE). Dependendo do tipo de cuidados e das condições aplicáveis, poderá ter direito ao reembolso das despesas pelo SNS, até ao valor que seria participado em Portugal.

Este direito pode ser particularmente relevante quando estejam em causa cuidados altamente especializados ou tratamentos que não estejam disponíveis em Portugal, ou que não possam ser prestados em tempo clinicamente adequado.

Em alguns casos, é necessária autorização prévia do SNS antes da realização do tratamento. Por esse motivo, o processo deve ser iniciado antes da deslocação, através das entidades competentes, podendo o utente obter informação e apoio junto do **Ponto de Contacto Nacional (PCN) para os Cuidados de Saúde Transfronteiriços**, gerido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

1.6. | Direito a participação em ensaios clínicos

Os ensaios clínicos são estudos de investigação que avaliam a segurança e a eficácia de novos medicamentos, tratamentos ou estratégias terapêuticas. Para algumas pessoas com doença hemato-oncológica, podem representar uma opção de tratamento em diferentes fases da doença, dependendo da situação clínica e dos critérios de inclusão de cada estudo.

A pessoa com doença tem o direito de ser informada sobre a existência de ensaios clínicos que possam ser adequados à sua situação. A participação é sempre voluntária e só pode ocorrer após a prestação de informação clara e completa e a assinatura do respetivo consentimento informado.

A legislação portuguesa e europeia garante ainda o direito de participar num ensaio clínico sem custos adicionais relacionados com o tratamento em investigação, sendo os medicamentos experimentais disponibilizados pelo promotor do estudo. A pessoa com doença pode também desistir da participação em qualquer momento, sem que isso prejudique a continuidade dos seus cuidados de saúde.

A informação sobre ensaios clínicos em curso pode ser consultada na plataforma do INFARMED (RNEC) e no portal **ClinicalTrials.gov**. No entanto, a decisão de participar deve ser sempre discutida com a equipa de saúde, que poderá avaliar as melhores opções disponíveis.

1.7. | Direito a mudança de médico

Caso o doente deseje mudar de médico(a) e/ou instituição médica, por razões justificadas como tempos de espera clinicamente inaceitáveis, falta de confiança, comunicação deficiente, ou a procura de um especialista que considere mais adequado ao seu caso, tem o direito de solicitar a mudança/portabilidade. Para tal deve, nos respetivos serviços do SNS (hospital, centro de saúde), questionar qual o procedimento e requisitos. Por norma, passa por formalizar o pedido por escrito, com a devida fundamentação. Este direito assenta na Lei n.º 15/2014 e nas normas do SNS sobre livre acesso e circulação (LAC).

A mudança de médico deve ser considerada com cuidado, pois a continuidade dos cuidados é importante no tratamento hemato-oncológico. No entanto, a relação de confiança entre médico e doente é fundamental para o sucesso do percurso. Nesse sentido, há que ter em conta sempre o melhor interesse do doente e a otimização do seu tratamento.

1.8. | Preservação da fertilidade

Alguns tratamentos utilizados na doença hemato-oncológica podem afetar a fertilidade. Por esse motivo, é importante que a possibilidade de preservação da fertilidade seja discutida com a equipa de saúde antes do início do tratamento, sempre que exista esse risco e a situação clínica o permita.

Em Portugal, a legislação reconhece o direito à preservação da fertilidade para pessoas com doença oncológica em idade fértil. Esta possibilidade está disponível através do SNS, mediante avaliação e indicação médica. A preservação da fertilidade não garante a capacidade de ter filhos no futuro, mas aumenta as possibilidades.

Após o diagnóstico, o utente poderá ser encaminhado para uma consulta especializada em preservação da fertilidade e Procriação Medicamente Assistida (PMA), onde serão avaliadas as opções mais adequadas para cada situação. Estas podem incluir a criopreservação de espermatozoides ou tecido testicular, no caso dos homens, e de ovócitos, embriões ou tecido ovárico, no caso das mulheres.

O material biológico criopreservado pode ser mantido por um período de 5 anos, com possibilidade de renovação por períodos adicionais de 5 anos, mediante novo pedido e consentimento do utente .

Após a conclusão dos tratamentos e quando clinicamente indicado, o utente poderá contactar o centro onde foi efetuada a preservação para avaliar a utilização desse material no âmbito da Procriação Medicamente Assistida.

NOTA

A preservação da fertilidade é disponibilizada no SNS mediante indicação clínica. No caso das mulheres, podem existir alguns encargos associados ao processo. Contudo, desde 2025, os medicamentos utilizados para o tratamento da infertilidade no âmbito da PMA, incluindo, entre outros, os destinados à estimulação ovárica, beneficiam de uma participação de 90% pelo SNS nos termos da Portaria n.º 300/2024/1, de 25 de novembro.

1.9. | Acesso ao serviço Social no SNS

O serviço Social é um recurso fundamental para pessoas com doença hemato-oncológica e respetivas famílias e cuidadores. Este serviço está disponível em todos os hospitais do SNS e tem como objetivo apoiar na resolução de problemas sociais que possam surgir durante os períodos de doença e tratamento.

Os assistentes sociais são profissionais especializados que trabalham em estreita colaboração com a equipa de saúde, garantindo uma abordagem integrada às necessidades do doente. Este profissional pode ser um recurso valioso para navegar pelo complexo sistema de apoios e benefícios disponíveis, facilitando o acesso aos mesmos.

As pessoas com doença podem aceder a este serviço por referênciação do profissional de saúde, ou por iniciativa própria, através de pedido de marcação ou contacto direto com o serviço. É recomendável que o contacto seja feito o mais cedo possível após o diagnóstico, para que possa beneficiar de todos os apoios disponíveis desde o início do processo.

O serviço social pode prestar apoio em diversas áreas, nomeadamente:

- Informação e orientação sobre direitos e benefícios sociais;
- Apoio na obtenção do Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM);
- Ajuda na organização e elaboração de requerimentos/pedidos para subsídios e prestações sociais;
- Articulação com outras entidades (Segurança Social, IEFP, autarquias, etc);
- Apoio na organização de transportes para atos médicos;
- Apoio no acesso a produtos de apoio;
- Articulação intra e interinstitucional;
- Encaminhamento para estruturas e recursos comunitários (apoio domiciliário, redes nacionais de cuidados, associações, etc);
- Aconselhamento, mediação e apoio emocional ao doente e família.

1.10. | Despesas de deslocação

As pessoas com doença oncológica podem ter direito à comparticipação das despesas de deslocação associadas à prestação de cuidados de saúde, desde que sejam cumpridos os critérios previstos na legislação.

Este apoio pode abranger deslocações para consultas, exames ou tratamentos, quando exista prescrição médica e estejam reunidas as condições legalmente exigidas. O pedido é efetuado através dos serviços do SNS, devendo o utente informar-se junto da instituição de saúde sobre os procedimentos, os documentos necessários e, quando aplicável, os comprovativos a apresentar para efeitos de reembolso.

O reembolso pode incluir despesas com transportes públicos, táxi ou viatura própria, desde que a deslocação seja considerada clinicamente necessária e exista prescrição por médico do SNS. Para mais informação sobre o transporte de doentes não urgentes, consulte a secção seguinte (**Transporte**).

Transporte

O acesso ao transporte para deslocações a consultas, tratamentos, exames e após alta de internamento ou de urgência, é um direito contemplado na legislação portuguesa.

O transporte não urgente de doentes no SNS não tem custos para os doentes oncológicos, devido ao critério consagrado de doença do foro oncológico. De outra forma, a gratuitidade iria depender da existência ou não de dificuldades económicas do utente.

O transporte deve ser prescrito pelo médico do SNS que atesta a necessidade do mesmo, com base na condição clínica do doente. O pedido depois é validado pelo serviço competente no hospital, que organiza o transporte ou informa o doente sobre os procedimentos necessários.

Existem diferentes tipos de transporte disponíveis, após prescrição médica devidamente justificada:

- Ambulância, para pessoas acamadas ou com mobilidade muito reduzida;
- Veículo Dedicado ao Transporte de Doentes (VDTD), para doentes cuja situação clínica não exige cuidados de saúde durante o transporte, e pode ser partilhado com outros doentes (transporte múltiplo);
- Ambulância ou VDTD em regime individual, sem outros doentes, apenas mediante justificação médica fundamentada (por exemplo doentes transplantados);
- Táxi, em situações específicas autorizadas;
- Transporte próprio, com direito a reembolso de despesas em determinadas situações (é importante guardar todos os comprovativos de despesas);
- Transporte público, com direito a reembolso de despesas (mediante os comprovativos de despesas).

No caso de se utilizar transporte próprio ou público, é aconselhável confirmar os procedimentos específicos e requisitos diretamente nos serviços da entidade prescritora. Geralmente é necessário preencher um formulário próprio e apresentar os comprovativos de despesa, juntamente com a declaração de presença na consulta ou tratamento.

Em algumas situações, pode também ter direito a que o acompanhante beneficie de transporte, nomeadamente se for beneficiário do subsídio de "Assistência permanente de terceira pessoa", ou por razões clínicas ou por se tratar de um menor. Esta necessidade deve ser expressamente indicada pelo médico na prescrição do transporte.

1.11. | **Comparticipação de medicamentos**

O Estado comparticipa o custo de muitos medicamentos, tornando-os mais acessíveis aos cidadãos. No caso das pessoas com doença oncológica, muitos dos medicamentos utilizados no tratamento são de uso exclusivo hospitalar, sendo fornecidos pelas farmácias hospitalares sem custos para o utente.

Quando os medicamentos são dispensados numa farmácia comunitária, a comparticipação depende do medicamento, da situação clínica e, em alguns casos, dos rendimentos do utente ou da existência de um regime especial de comparticipação.

NOTA

O Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM) não confere, por si só, o direito à comparticipação de medicação. Cumprindo os critérios necessários, o médico pode emitir a documentação clínica necessária para acesso a regimes específicos de comparticipação.

O Regime Especial de Comparticipação de Medicamentos (RECM) prevê diferentes tipos de comparticipação, nomeadamente:

- Pensionistas em geral: em função dos seus rendimentos;
- Medicamentos dispensados em farmácias comunitárias (medicação que não é fornecida pelo hospital). As pessoas com doença oncológica que tomem medicação que não seja fornecida pelo Hospital, podem beneficiar de comparticipação no preço dos seus medicamentos. Devem ir ao centro de saúde da sua área de residência e pedir a listagem dos medicamentos comparticipados (atualizada anualmente através de decreto-lei) e consultar o escalão em que a pessoa se encontra relativamente aos seus rendimentos (Escalão A, B, C ou D, é preciso consultar a Portaria do Ministério da Saúde).
- Pessoas com determinadas doenças ou condições clínicas, nos termos da legislação aplicável e das orientações do INFARMED;
- Medicamentos opióides (analgésicos) destinados ao tratamento da dor oncológica moderada a forte, são comparticipados a 90% do respetivo preço de venda ao público no escalão A, nos termos da legislação em vigor.
- Legislação recente, em concreto, a Portaria n.º 82/2025/1, de 4 de março, estabelece um regime excecional de comparticipação específico para pessoas que, por motivos clínicos, não conseguem satisfazer as suas necessidades nutricionais através da alimentação

habitual. Passam assim a ter um acesso mais facilitado à nutrição entérica, com dispensa direta nas farmácias comunitárias e participação pelo SNS.

DICA

Em caso de dúvida sobre a comparticipação de um medicamento, confirme junto do médico prescriptor, da farmácia hospitalar ou da farmácia comunitária. O Serviço Social também poderá ajudar a esclarecer quais os apoios disponíveis em cada situação.

1.12. | Testamento Vital

O Testamento Vital, ou Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), é um documento legal que permite a qualquer pessoa – maior de idade e mentalmente capaz – manifestar antecipadamente a sua vontade sobre os quais os cuidados de saúde que deseja ou não receber no futuro, caso fique incapaz de expressar a sua vontade pessoal autonomamente (por exemplo se estiver em estado vegetativo ou com uma doença em fase terminal que o impeça de comunicar).

Através deste documento é possível indicar a vontade sobre tratamentos de suporte de vida, reanimação, alimentação e hidratação artificiais, medidas de conforto e alívio do sofrimento, consentimento ou recusa de participação em programas de investigação ou ensaios clínicos, assistência religiosa, bem como a nomeação de um procurador de cuidados de saúde, entre outras situações.

Para doentes oncológicos, embora facultativo, o Testamento Vital pode ser uma ferramenta valiosa para garantir que os cuidados prestados em fases avançadas da doença estão alinhados com os seus valores e preferências pessoais. Permite também aliviar o peso da tomada de decisões difíceis que, de outra forma, recairia sobre cuidadores, familiares ou profissionais de saúde. Contudo, não invalida a importância de conversar com a família e equipa médica, para uma melhor compreensão e respeito das vontades do doente.



Para registar o Testamento Vital é necessário preencher um formulário do Registo Nacional do Testamento Vital – RENTEV, disponível no Portal do SNS e nos serviços administrativos de centros de saúde da área de residência. O documento tem de ser assinado e entregue presencialmente num serviço do RENTEV (ou enviado por correio registado, nos casos em que a assinatura já foi reconhecida pelo notário).

O documento passa a estar acessível aos profissionais de saúde através do sistema informático e tem a validade de 5 anos, a contar da data da sua assinatura e ativação pelo RENTEV, podendo ser renovado, revogado (anulado) ou alterado (total ou parcialmente) pela pessoa que o fez, a qualquer momento. É importante salientar que as DAV podem não ser utilizadas em certos contextos, como quando o doente não pretende mantê-las ou há desatualização e desencontro entre o momento da assinatura e as circunstâncias atuais, bem como em caso de urgência ou perigo de vida – a equipa médica não é obrigada a ter em consideração o testamento vital se o seu acesso implicar demora que aumente os riscos para a saúde do doente.

1.13. | Cuidados continuados integrados e cuidados paliativos

O percurso de um doente oncológico é complexo e vai além do tratamento da doença, afetando várias outras vertentes da sua vida. Os cuidados integrados e os cuidados paliativos são duas abordagens essenciais que visam garantir a melhor qualidade de vida possível ao doente e à sua família, em todas as fases da doença.

Os **cuidados continuados integrados** focam-se na recuperação global da pessoa, que após doença ou perda de autonomia, necessitam de apoio na recuperação, reabilitação ou adaptação à sua nova situação de saúde.

O objetivo é promover a autonomia e visam melhorar a funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar. Têm como objetivo a reabilitação, a readaptação e a reinserção familiar e são prestados por equipas multidisciplinares, nomeadamente nas áreas de medicina, enfermagem, fisio-

terapia, terapia ocupacional, psicologia e serviço social. As respostas na rede geral de cuidados continuados e integrados contemplam unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção, e equipas de apoio domiciliário.

São os profissionais de saúde dos hospitais ou dos centros de saúde que fazem a referênciação, após avaliação da situação clínica e social do doente.

Os **cuidados paliativos** são cuidados de saúde especializados para pessoas com doenças graves e/ou avançadas, progressivas ou potencialmente limitantes da vida, focados na prevenção e alívio do sofrimento (nas suas várias vertentes física, psicológica, social e espiritual) e na melhoria da qualidade de vida, tanto do doente como da sua família.

Os cuidados paliativos não se destinam apenas à fase terminal da doença, podem ser iniciados em qualquer fase no percurso de tratamento, desde o diagnóstico, e podem ser complementares aos tratamentos.

Os cuidados paliativos podem ser úteis quando existem sintomas difíceis de controlar, como dor, falta de ar, fadiga, náuseas ou ansiedade, ou quando a doença tem um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa e da sua família.

Todas as pessoas com necessidades paliativas têm direito a aceder a estes cuidados, independentemente da idade ou do tipo de doença.

O SNS disponibiliza, através da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), vários níveis de resposta adaptados às necessidades dos doentes e famílias, através de equipas de prestação de cuidados paliativos, ao nível local:

- **Unidades de cuidados paliativos (UCP):** serviço específico de tratamento de doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa, em regime de internamento.

- **Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP):** prestam aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias.
- **Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP):** prestam cuidados paliativos especializados a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio.

O acesso à Rede Nacional de Cuidados Paliativos (**RNCP**) é feito por referência da equipa de saúde que acompanha o utente, após avaliação das suas necessidades.

Os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos são complementares e essenciais no percurso do doente oncológico. Os cuidados integrados são a “estrutura” de coordenação de todas as dimensões do tratamento, enquanto os cuidados paliativos são a “especialidade” focada no alívio do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida, que pode e deve ser uma parte dos cuidados integrados desde as fases iniciais da doença. Ter acesso a estas duas abordagens garante um apoio mais completo, humanizado e eficaz, permitindo que doentes e famílias enfrentem o cancro com mais dignidade e bem-estar.

2 Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM)

O Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM) é um documento que comprova o grau de incapacidade de uma pessoa. Permite que quem tenha uma incapacidade, decorrente de uma doença, deficiência ou outras limitações, possa aceder a um conjunto de benefícios sociais, económicos e fiscais, previstos na lei.

O grau de incapacidade é determinado com base na **Tabela Nacional de Incapacidades (TNI)**, que estabelece os critérios utilizados para avaliar as consequências da doença, as sequelas e as limitações da pessoa. Regra geral, esta avaliação é realizada por uma Junta Médica.

Na situação específica aplicada aos doentes oncológicos, a partir da confirmação clínica de doença do foro oncológico e respetivo diagnóstico, a TNI prevê uma incapacidade mínima de 60% durante os primeiros cinco anos após o diagnóstico, independentemente do tipo de cancro. (Após este período, a avaliação baseia-se na situação clínica, sequelas permanentes e nas limitações funcionais resultantes da doença ou dos tratamentos.)

No AMIM, a percentagem de incapacidade igual ou superior a 60% associada aos doentes oncológicos certifica oficialmente a condição de saúde e o grau de incapacidade que, pelo facto de ser no mínimo 60%, garante múltiplos apoios e benefícios que ajudam a mitigar o impacto da doença no quotidiano e nas finanças pessoais.

2.1. | Como obter o AMIM

No caso das pessoas com doença oncológica, o AMIM pode ser emitido **sem necessidade de realização de uma Junta Médica**.

Quando este procedimento é aplicável, o AMIM é emitido pelo hospital onde foi feito o diagnóstico. A confirmação do diagnóstico e a emissão do atestado são realizadas por um médico especialista diferente daquele que acompanha habitualmente o utente. Nestes casos, é atribuída uma incapacidade mínima de **60% durante cinco anos a contar da data do diagnóstico**.

É aconselhável confirmar junto do hospital onde o utente é acompanhado se o AMIM será emitido diretamente pela instituição e quais os passos necessários.

Recentemente foi publicada legislação destinada a simplificar e agilizar o processo de avaliação da incapacidade. A Portaria n.º 171/2025, de 10 de abril, veio introduzir a desmaterialização dos processos associados às juntas médicas de avaliação de incapacidade, tornando-os mais rápidos e menos burocráticos, e passou a permitir, em determinadas situações, a emissão digital do AMIM sem necessidade de realização de junta médica, com base numa lista de patologias. Por sua vez, a Lei n.º 8/2026, de 25 de fevereiro criou um processo extraordinário destinado a reduzir atrasos e recuperar pendências na realização das juntas médicas. A Portaria prevê ainda a atribuição de graus de incapacidade com base na Tabela Nacional de Incapacidades em vigor. Contudo, nem todos os câncros hematológicos se encontram expressamente identificados na lista de patologias prevista na referida Portaria.

Para os casos em que não é feita a emissão eletrónica do AMIM no hospital de diagnóstico, o processo é mais demorado. É necessária a submissão do requerimento no respetivo centro de saúde e aguardar pelo agendamento da ida presencial à junta médica, em data e locais devidamente indicados.

Para a Junta Médica, é importante levar:

- Documento de identificação;
- Relatórios médicos atualizados e tão completos quanto possível;
- Resultados de exames e outros documentos clínicos relevantes;
- AMIM anterior, caso exista;
- Informação clínica nova que tenha surgido desde a apresentação do pedido.

Durante a avaliação, a Junta Médica analisa a documentação apresentada e, quando necessário, poderá realizar uma avaliação presencial. O grau de incapacidade é determinado de acordo com os critérios da **Tabela Nacional de Incapacidades (TNI)**.

Após a avaliação é emitido e entregue o atestado multiuso, com a identificação do grau de incapacidade (%) e prazo da incapacidade (se temporária e qual a sua validade ou se permanente). É recomendável que o portador do AMIM tenha sempre consigo uma cópia do atestado, bem como em formato digital (por exemplo uma digitalização do documento acessível no telemóvel), para mostrar sempre que necessário.

DICA

Os atestados que tenham sido emitidos eletronicamente em data igual ou posterior a 5 de Julho de 2022 poderão ser consultados em formato digital na aplicação móvel “SNS 24” ou na área pessoal do portal do SNS 24.

2.2. | Reavaliação do AMIM

No caso de se considerar que a incapacidade de 60% conferida de forma automática no hospital não reflete na totalidade a realidade do doente, ou seja, existem indicações clínicas que sugerem a possibilidade de que a % de incapacidade seja superior, será de ponderar um pedido de reavaliação.

A Tabela Nacional de Incapacidades (TNI), pela qual se baseiam as avaliações da junta médica, é composta por uma vasta lista de doenças e condições, e cada uma confere um grau de incapacidade. Se houver mais que uma doença ou deficiência prevista na tabela, esta situação é tida em conta e aumenta o grau final. Assim, se perante uma reavaliação a % de incapacidade aumentar e passar a ser, por exemplo, igual ou superior a 80%, o doente tem acesso a mais benefícios previstos na lei (o novo grau produz efeitos para o futuro, não retroagindo a própria avaliação; quanto à recuperação de benefícios fiscais já perdidos, ver o ponto 3.2).

Para efeitos de reavaliação, deve ser pedido ao médico assistente ou da especialidade oncológica um relatório completo e atualizado, que descreva o diagnóstico, a evolução da doença, os tratamentos realizados e as sequelas ou limitações existentes.

Após reunir a documentação necessária (relatório médico, meios



auxiliares de diagnóstico complementares, relatório da histologia/anatomia patológica da biópsia ou cirurgia, etc.), deve dirigir-se ao Centro de Saúde da sua área de residência, e efetuar o requerimento para a junta médica. Por norma o Centro de Saúde tem um documento/formulário próprio para este requerimento, que basta preencher com os dados de identificação do requerente. Este requerimento será entregue à pessoa de competência designada, através dos serviços internos do centro de saúde.

Posteriormente o doente será notificado da data e local da junta médica para reavaliação do grau de incapacidade e atribuição de novo atestado.

A legislação prevê um prazo máximo de **60 dias** para a realização da Junta Médica. No entanto, podem existir atrasos devido ao número de pedidos e aos recursos disponíveis. Se a espera for prolongada, o utente pode contactar o centro de saúde para pedir informação sobre o estado do processo.

DICA

O doente deve sempre fazer e guardar cópia de todos os relatórios e informações médicas antes de os entregar, para que possa usá-los depois, caso seja necessário.

2.3. | Renovação do AMIM

Se o AMIM for emitido com carácter temporário (o mais comum em situações de doença oncológica), terá uma data de validade, habitualmente cinco anos após a data de diagnóstico. É fundamental estar atento(a) a essa data e iniciar o processo de renovação com antecedência.

Mantendo-se uma situação clínica que justifique o pedido de reavaliação da incapacidade, o pedido de renovação é semelhante ao da reavaliação (acima descrito). Ou seja, será necessário efetuar um requerimento junto do centro de saúde, em conjunto com cópias do atestado anterior e da documentação clínica atualizada que comprove a manutenção da sua condição, sendo, portanto, fundamental pedir essa informação à equipa

médica que acompanha o doente. Enquanto aguarda pela convocatória para reavaliação pela junta médica, é importante guardar cópia carimbada do comprovativo do requerimento.

Uma vez que os prazos para a realização das juntas médicas estão demorados é aconselhável que o requerimento seja feito com bastante tempo de antecedência (alguns meses a 1 ano). Mesmo assim, é possível que o atestado chegue ao fim da sua validade sem que, entretanto, tenha ocorrido a renovação. A legislação procura contemplar estes casos e prevê o alargamento da validade e manutenção dos seus direitos durante o prazo em que aguarda a reavaliação, mas para tal deve ter o comprovativo de requerimento de junta médica, com data anterior à data de validade do atestado. Este alargamento da validade termina a partir do momento em que seja realizada a junta médica, da qual será conferida ou não renovação do grau de incapacidade com as respetivas implicações.

Sugere-se que o doente procure informar-se, junto dos serviços apropriados, sobre a possibilidade de reavaliação por via digital do AMIM ao abrigo da recente legislação (Portaria n.º 171/2025 e Lei 8/2026) anteriormente referidas. Se a patologia constar da lista anexa à portaria, o AMIM pode ser emitido com dispensa de junta médica, mediante análise documental, não havendo nesse caso lugar ao pagamento devido pela realização da junta.

Se o pedido de reavaliação estiver pendente há muito tempo, pode ser abrangido pelo processo extraordinário de recuperação de pendências criado pela Lei n.º 8/2026, de 25 de fevereiro, que visa reduzir os atrasos na realização das juntas médicas.

NOTA

Embora os atestados atribuídos em situações de incapacidade permanente e irreversível não tenham, em princípio, validade, pode ser necessário pedir a sua renovação. Esta pode ser motivada, por exemplo, pela necessidade de apresentar um atestado com data de emissão mais recente em algum serviço público ou privado.



2.4. | Não comparência

Se à 3ª convocatória o requerente não marcar presença para avaliação junto da junta médica, o processo será arquivado.

Se existirem limitações que condicionem ou impeçam a sua deslocação e presença na junta médica, deve informar a entidade que o convocou dessas dificuldades (por exemplo no caso de internamento poderá ser marcada uma nova data).

No caso de uma pessoa acamada, pode ser realizado um requerimento para avaliação no domicílio ou residência habitual (por exemplo lar), em regime excecional. Nestes casos, um elemento da junta médica desloca-se junto do utente para concretizar a avaliação e emissão do atestado. Quando tal não é possível, a junta médica pode solicitar informação clínica sobre o requerente ao delegado de saúde.

O próprio requerimento do atestado multiuso no centro de saúde pode ser feito por um familiar próximo (cônjuge, pai ou mãe, filho, neto ou irmão) se a condição do utente impedir a sua deslocação ao centro de saúde.

2.5. | Recurso da decisão

Se não concordar com o grau de incapacidade que foi atribuído no atestado, há a possibilidade de apresentar uma reclamação e recorrer da decisão da junta médica, através de um recurso hierárquico. Pode solicitar na Unidade de Saúde Pública o modelo a preencher e, no prazo de 30 dias, deve apresentar o recurso dirigido à Direção-Geral da Saúde, através do Delegado Regional de Saúde. Este recurso deve explicar e fundamentar os motivos da discordância. Cabe à Direção-Geral de Saúde analisar o pedido e, caso seja aceite, haverá lugar a uma nova avaliação, com uma junta médica de recurso, diferente da original. Nestas circunstâncias a pessoa poderá propor que seja assessorada por uma ou um perito médico nesta junta médica de recurso. Caso o pedido de nova junta médica de recurso não seja aceite, a pessoa pode efetuar um recurso aos tribunais para contestar a decisão, nos termos da lei.

2.6. | Custos

O valor a pagar pela emissão, renovação ou reavaliação do AMIM depende do tipo de pedido. Atualmente, estão previstos os seguintes valores:

- **Gratuito** - emissão automática do AMIM nos serviços hospitalares;
- **12,50 €** - emissão do AMIM através de Junta Médica;
- **25 €** - emissão através de Junta Médica de Recurso;
- **Gratuito** - renovação digital do AMIM, quando a situação está abrangida pelos critérios previstos na legislação;
- **5 €** - renovação do AMIM quando é necessária uma revisão ou reavaliação presencial;
- **Gratuito** - renovação de um AMIM permanente, quando a incapacidade é considerada não reversível.

Não há uma isenção legal explícita do pagamento do AMIM por critério de doença oncológica ou insuficiência económica. O AMIM é gratuito apenas para quem tem isenção de taxas moderadoras por condição prévia, ou em sede de emissão automática nos serviços hospitalares, ou em sede de reavaliação digital quando a patologia conste da lista aprovada na legislação para este efeito.

2.7. | Articulação do AMIM com outras entidades

Após a emissão e entrega do atestado (bem como após os processos de renovação/reavaliação) os benefícios não são atribuídos de forma automática, embora o processo tenha vindo a ser simplificado. É necessário fazer prova do atestado multiuso junto de vários organismos, para depois poder usufruir dos benefícios legalmente previstos.

Assim, devem fazer prova da existência do atestado e dirigir-se às entidades onde esteja inscrito(a):

- **Autoridade Tributária (Finanças):** para acesso aos benefícios fiscais aplicáveis;

- **Segurança Social:** para pedir prestações ou apoios sociais para os quais o utente cumpra os requisitos;
- **Centro de Saúde:** quando necessário para acesso aos direitos aplicáveis no âmbito do SNS.

Dependendo da situação de cada pessoa, poderá também ser necessário apresentar o AMIM noutras entidades, como:

- **ADSE**, no caso dos respetivos beneficiários;
- **Caixa Geral de Aposentações ou Centro Nacional de Pensões**, quando aplicável;
- **Instituto da Mobilidade e dos Transportes (IMT)**, para determinados direitos relacionados com incapacidade motora;
- Outras entidades públicas ou privadas, sempre que o AMIM seja necessário para pedir um determinado benefício.

Sempre que seja necessário apresentar o AMIM, o utente deve **manter o documento original consigo**, entregando apenas uma cópia, exceto quando lhe for expressamente solicitado o original para confirmação.

Como comunicar o AMIM às Finanças?

O AMIM pode ser entregue presencialmente numa repartição das Finanças ou comunicado através do portal das Finanças.

Se o processo for iniciado através do portal das Finanças, é necessário:

- 1 | Aceder à área destinada à indicação ou alteração dos dados de deficiência fiscalmente relevante e submeter o pedido;
- 2 | Guardar o comprovativo do pedido efetuado no portal;
- 3 | No prazo de 15 dias após a submissão, enviar por correio registado para a respetiva direção de serviços (cópia do comprovativo do pedido efetuado no portal das finanças e uma cópia autenticada do AMIM).

(A autenticação da cópia do AMIM pode ser feita, por exemplo, nos CTT ou num Notário e pode ter custos)

Em alternativa, o AMIM pode ser apresentado presencialmente numa repartição das Finanças, evitando os passos adicionais necessários para concluir o processo iniciado online.

Caso o utente não possa deslocar-se presencialmente, é aconselhável confirmar previamente junto das Finanças se outra pessoa pode entregar a documentação em seu nome e quais os documentos necessários para esse efeito.

Como comunicar o AMIM à Segurança Social?

A entrega ou registo do AMIM junto da Segurança Social pode ser feita online ou presencialmente. É aconselhável confirmar quais os procedimentos aplicáveis ao apoio ou prestação que se pretende solicitar

DICA

O Serviço Social do hospital e as associações de doentes podem ajudar a identificar os direitos associados ao AMIM e a esclarecer os passos necessários para pedir cada benefício.

Benefícios do AMIM

A posse do AMIM com um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, e sua apresentação nas entidades já mencionadas, confere acesso a importantes benefícios, que podem aliviar significativamente encargos acrescidos e dificuldades associadas à doença e incapacidade.

É importante salientar que alguns destes benefícios estão sujeitos a condições específicas (conforme requisitos e procedimentos em vigor) e podem requerer avaliações adicionais para além do AMIM.

NOTA

As pessoas que integrem as Forças Armadas, Polícia de Segurança Pública ou Guarda Nacional Republicana têm um regime próprio, devendo contactar os Serviços Médicos respetivos.

3.1. | Isenção de Taxas Moderadoras

As taxas moderadoras são valores que, em algumas situações, são cobrados aos utentes quando utilizam determinados serviços de saúde no SNS.

Atualmente, no SNS, as taxas moderadoras são cobradas apenas em algumas situações de acesso aos serviços de urgência hospitalar, nomeadamente quando o utente recorre à urgência sem referênciação prévia pelo SNS.

A isenção do pagamento das Taxas Moderadoras é um benefício direto para os doentes oncológicos, com um grau de incapacidade igual ou superior a 60%. Para obter esta isenção, o utente deve apresentar o **Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM)** no centro de saúde onde está inscrito. A isenção fica registada no sistema e mantém-se válida até à data de reavaliação indicada no atestado.

No caso das pessoas com doença oncológica, existe ainda uma **dispensa temporária do pagamento de taxas moderadoras durante os 60 dias após o diagnóstico**. Adicionalmente, e reportando-se a um período

distinto daquele, quando venha a ser reconhecido um grau de incapacidade igual ou superior a 60% pode ser pedido o reembolso das taxas moderadoras pagas nos 60 dias anteriores à data do diagnóstico, nos termos previstos na legislação.

As **peessoas transplantadas** também estão isentas do pagamento de taxas moderadoras. Para que a isenção seja registada, deve ser apresentada no centro de saúde uma declaração emitida pelo hospital onde foi realizado o transplante.

Os **dadores vivos de células, tecidos e órgãos** também estão abrangidos por isenção, mediante apresentação da documentação comprovativa necessária.

3.2. | Benefícios Fiscais (IRS, IUC, ISV, IVA)

Estes benefícios **não são todos automáticos nem se aplicam da mesma forma a todas as pessoas**. Cada imposto tem regras e condições próprias.

Para beneficiar destas medidas, é importante que o grau de incapacidade esteja comunicado e registado junto da Autoridade Tributária (Finanças).

IRS - Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares

Em sede de **IRS (Imposto sobre o Rendimento de pessoas Singulares)**, os doentes oncológicos com grau de incapacidade igual ou superior a 60% beneficiam de regime especial de IRS. (Podem igualmente ser aplicados benefícios a dependentes com incapacidade e/ou ascendente com deficiência, conforme critérios de aplicabilidade de cada caso.)

São concedidas condições mais benéficas, como a isenção de tributação de parte dos rendimentos e deduções à coleta (taxas mais reduzidas nas despesas com educação e reabilitação, prémios de seguros de vida ou contribuições pagas a associações mutualistas, encargos com lares e residências autónomas, etc.).

Ter acesso a estas condições não é de forma automática, é crucial indicar corretamente o grau de deficiência atribuído aquando do preen-



chimento da declaração anual de IRS (na folha de rosto).

Ao preencher a declaração, atenção às situações específicas das pessoas com incapacidade. Por defeito, as despesas de saúde entram numa linha com dedução mais limitada; porém, quando aplicável, as despesas com terapias e reabilitação de pessoas com deficiência devem ser declaradas no quadro próprio dos benefícios fiscais relativos a pessoas com deficiência, o que aumenta a dedução. Como a estrutura da declaração pode mudar de ano para ano, é necessário confirmar sempre os campos aplicáveis junto de um(a) profissional especialista no assunto e/ou da Autoridade Tributária (AT).

IUC - Imposto Único de Circulação

Em sede de **IUC (Imposto Único de Circulação)**, as pessoas com AMIM igual ou superior a 60% podem beneficiar da isenção do pagamento do IUC para um veículo, de acordo com determinadas condições. Existem limites de cilindrada ou emissões de CO₂ para o veículo, e a isenção aplica-se apenas a um veículo por pessoa, por ano. O veículo deve ser propriedade da pessoa com incapacidade ou de quem a ela se equipara para este efeito. Se o valor do IUC do veículo ultrapassar os 240 € é necessário pagar o valor remanescente (para além dos 240 €).

Para beneficiar desta isenção, a incapacidade deve estar previamente registada na Autoridade Tributária. O pedido pode ser feito através do Portal das Finanças ou num Serviço de Finanças, de acordo com os procedimentos aplicáveis.

ISV - Imposto Sobre Veículos

Em sede de **ISV (Imposto Sobre Veículos)**, as pessoas que possuem AMIM estão isentas de pagamento (até um determinado montante, habitualmente definido nos orçamentos de estado) para os veículos destinados:

- ao uso próprio de pessoas maiores de 18 anos e com deficiência motora (com limitação funcional de carácter permanente, de grau igual ou superior a 60%);

- ao uso de pessoas, qualquer que seja a respetiva idade, com multideficiência profunda (com grau de incapacidade igual ou superior a 90%);
- ao uso de pessoas com deficiência motora que se movam exclusivamente apoiadas em cadeiras de rodas, com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, independentemente da idade;
- ao uso de pessoas com deficiência visual (alteração permanente no domínio da visão de 95%);
- ao uso de pessoas com deficiência das Forças Armadas, com grau de incapacidade igual ou superior a 60%.

Esta isenção é válida apenas para os veículos que possuam nível de emissão de dióxido de carbono (CO₂) até 160 g/km. Este limite não se aplica aos veículos que foram especialmente adaptados ao transporte de pessoas com deficiência que se movam apoiadas em cadeira de rodas e, neste caso, as emissões são aceites até 180 g/km, quando, por imposição da declaração de incapacidade, o veículo a adquirir deva possuir mudanças automáticas.

O pedido de isenção é dirigido à Autoridade Tributária (AT). A isenção não é automática e depende de autorização concedida pela AT, consoante a avaliação de cada situação. Por norma, só pode ser pedida uma isenção a cada cinco anos.

DICA

Antes de comprar um veículo, é aconselhável confirmar junto da Autoridade Tributária se a pessoa e o veículo cumprem todos os requisitos para beneficiar da isenção. Os limites do benefício e os requisitos relativos aos veículos podem sofrer alterações.

IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado

Em sede de **IVA (Imposto sobre o Valor Acrescentado)**, as pessoas com um grau de incapacidade igual ou superior a **60%** podem beneficiar de **isenção de IVA na aquisição ou importação de determinados veícu-**



los e equipamentos, desde que sejam cumpridos os requisitos previstos na legislação.

A isenção pode aplicar-se, nomeadamente, a:

- triciclos;
- cadeiras de rodas, com ou sem motor;
- automóveis ligeiros de passageiros;
- automóveis ligeiros mistos destinados ao uso próprio da pessoa com deficiência.

IMPORTANTE

Se um destes bens, adquirido com isenção de IVA, for vendido antes de decorridos **cinco anos** desde a sua aquisição ou importação, poderá ser necessário pagar IVA, de acordo com as condições previstas na legislação.

Certos produtos que são considerados essenciais para pessoas com incapacidade (classificados como “equipamento para pessoas com deficiência”) são vendidos com uma taxa reduzida de 6% (Continente), 5% (Região Autónoma da Madeira) e 4% (Região Autónoma dos Açores). O IVA reduzido aplica-se à venda ou atribuição dos seguintes produtos de apoio:

- Aparelhos ortopédicos;
- Cintas médico-cirúrgicas;
- Meias medicinais;
- Cadeiras de rodas e veículos semelhantes, acionados manualmente ou por motor, para pessoas com deficiência;
- Aparelhos, artefactos e material de Prótese ou de compensação (Ortóteses) destinados: 1) a substituir, no todo ou em parte, qualquer membro ou órgão do corpo humano*; 2) a tratamento de fraturas;
- Lentes para correção de vista;
- Calçado ortopédico, desde que prescrito por receita médica, nos termos legalmente regulamentados;
- Utensílios e quaisquer aparelhos ou objetos especificamente concebidos para utilização por pessoas com deficiência.

- Prestações de serviços de locação, manutenção ou reparação de próteses, equipamentos, aparelhos, artefactos e outros bens anteriormente mencionados.

Neste caso, pode ser considerado ortótese ou produto especificamente concebido para compensar uma limitação grave, entre vários, os exemplos de soutiens, fatos de banho ou outras peças de vestuário de uso medicinal, constituídas por bolsas interiores, destinadas à colocação de próteses utilizadas por mastectomizadas, bem como próteses capilares destinadas a doentes oncológicos, desde que prescritas por receita médica.

É BOM SABER

Existe a possibilidade de receber retroativos relativos a **benefícios fiscais dos períodos anteriores à emissão do AMIM**, mas as regras dependem do tipo de apoio. Quanto ao **IRS**, em casos em que o atestado de incapacidade é emitido depois de submeter a declaração de **IRS**, podem ser substituídas as declarações incluídas no período de deficiência indicado no atestado. No entanto, **tem 120 dias para o fazer**, contado da data de emissão do atestado. Quanto ao **IUC**, deve apresentar um requerimento no Portal das Finanças ou num Serviço de Finanças.

Terminada a validade de 5 anos de um AMIM temporário, e perante reavaliação e novo grau de incapacidade, é necessário comunicar novamente o AMIM junto das entidades, como serviços de Finanças da Autoridade Tributária (AT). Em alguns casos a revisão da junta médica acaba por atualizar a incapacidade para percentagens mais baixas.

Nos últimos anos verificou-se que a AT, perante casos de reavaliação abaixo de 60%, se tem recusado a manter os benefícios fiscais para lá do ano dessa revisão, embora a legislação em vigor

sugerisse que o doente mantinha os benefícios de que já estivesse efetivamente a usufruir. Perante esta retirada de acesso a benefícios fiscais, muitos cidadãos redigiram uma exposição ao/à Director(a) da Repartição das Finanças, fazendo menção à lei por oposição ao ofício interno no qual os serviços de Finanças se basearam para retirar os benefícios fiscais. O argumento era de que um ofício de um serviço não se poderia sobrepor à lei.

Na verdade, a legislação relativa a esta questão assenta em três diferentes níveis:

- 1 |** Avaliação médica da incapacidade (Decreto-Lei 202/96)
- 2 |** Princípio da avaliação mais favorável (Lei 80/2021)
- 3 |** Benefícios concretos (IRS, IUC, etc.), em que cada imposto tem a sua lei.

No que respeita ao **doente e sobrevivente oncológico**, a Lei n.º 80/2021 reforça o “princípio da avaliação mais favorável”, ao clarificar que se uma reavaliação reduzir o grau e isso implicar perda de direitos já reconhecidos, deve prevalecer a avaliação mais favorável, desde que se trate da mesma patologia.

A diferente interpretação quanto à atribuição de benefícios entre o Estado (AT), e os contribuintes e juristas, que afirma que se a pessoa teve uma doença grave que continua a gerar sequelas e risco, a retirada dos benefícios não deve ser aplicada.

Para reduzir o conflito de interpretações, a partir de 2024 passou a vigorar legislação que criou um regime intermédio no Código do IRS. Diz a lei que perante uma reavaliação médica e respetiva atribuição de AMIM com grau de incapacidade inferior a 60% e igual ou superior a 20% (portanto entre 20% e 59%), vão beneficiar de um regime transitório de IRS. Assim, mesmo em recuperação, estes contribuintes podem continuar a beneficiar de uma dedução à coleta nos quatro anos seguintes. Nesse período, a parcela a deduzir ao imposto baixará progressivamente. Aquando do preenchimento anual da declaração de IRS, será necessário indicar nos campos adequados a atual situação de grau de incapacidade inferior a 60% e o ano da reavaliação.

Contudo, o que muitos doentes e sobreviventes oncológicos ainda contestam é que a incapacidade clínica subsiste, sob a forma de consequências posteriores aos tratamentos, e que tal redução gradual e término de benefícios não deve ser aplicada.

Em 2025, o Supremo Tribunal Administrativo pronunciou-se por diversas vezes, de forma uniforme e por unanimidade, no sentido de que o contribuinte a quem foi reconhecida uma incapacidade igual ou superior a 60% não perde os benefícios fiscais pelo facto de uma reavaliação posterior lhe fixar um grau inferior, por força do princípio da avaliação mais favorável. Inconformada, a Autoridade Tributária recorreu para o Tribunal Constitucional, que, pelo Acórdão n.º 1075/2025, não acolheu a sua pretensão. Importa, contudo, precisar o alcance desta decisão: o Tribunal Constitucional afastou expressamente a leitura de que aquele princípio institua um regime vitalício de manutenção dos benefícios, esclarecendo que o mesmo opera no confronto entre a reavaliação e a avaliação que a antecedeu, quando esta última tenha reconhecido um grau de incapacidade fiscalmente relevante. Se ambas as avaliações fixarem um grau inferior a 60%, o princípio não tem aplicação.

Entretanto, na sequência desta jurisprudência, a Autoridade Tributária emitiu o Ofício Circulado n.º 20292/2026, de 17 de abril de 2026, no qual passou a acolher **o princípio da avaliação mais favorável**, tratando a respetiva secção VIII das reavaliações do grau de incapacidade ocorridas após 1 de janeiro de 2024. O contribuinte que tenha perdido estes benefícios pode agora pedir a correção da sua situação fiscal, através de exposição escrita no E-Balcão do Portal das Finanças ou junto de um Serviço de Finanças, invocando expressamente aquele ofício circulado e, quando aplicável, apresentando declaração de IRS de substituição.

Note-se que um ofício circulado é uma orientação administrativa interna, que vincula os serviços da Autoridade Tributária, mas não tem força de lei nem vincula os tribunais. É justamente por vincular os serviços que o contribuinte o deve invocar no seu pedido. Caso, ainda assim, a pretensão seja indeferida, mantém-se aberta a via da reclamação graciosa e da impugnação judicial, nos termos gerais.



3.3. | Apoios relacionados com deficiência motora

Além dos benefícios destinados a doentes oncológicos com deficiência motora mencionados anteriormente, existem outros apoios específicos para facilitar a mobilidade e a integração. Os procedimentos variam consoante o tipo de apoio pretendido:

- **Cartão de Estacionamento (Dístico) para Pessoas com Deficiência:** permite o estacionamento em locais reservados a pessoas com deficiência, ou estacionamento sem custos em zonas sujeitas a pagamento, facilitando o acesso a serviços e equipamentos. Deve ser efetuado o pedido no Instituto da Mobilidade e dos Transportes (IMT) ou online através do portal IMT Online, apresentando o AMIM e documento de identificação. É importante salientar que atribuição do cartão de estacionamento do IMT, ao abrigo do AMIM por doença oncológica, varia consoante a forma de emissão e modelo do atestado:
- **AMIM emitido no Hospital (e de acordo com o modelo aprovado pelo Despacho n.º 13919/2022, de 30 de novembro):** O próprio atestado constitui, por si só, documento suficiente para pedir o dístico no IMT, dispensando a comprovação de deficiência motora, na medida em que a lei reconhece que a condição de doença oncológica confere, por si só, fundamento suficiente para a atribuição do dístico, dispensando a prova de deficiência motora;
- **AMIM emitido por Junta Médica Geral:** Se o atestado de incapacidade foi emitido através de uma Junta Médica convencional, o IMT aplica as regras gerais de mobilidade reduzida. Nesses casos, a atribuição do dístico depende se o atestado (ou relatório médico complementar) indica que a situação clínica ou os tratamentos provocam limitações graves na mobilidade ou na marcha.
- **Adaptação de veículos:** existem apoios e incentivos para a adaptação de veículos para pessoas com mobilidade reduzida, permitindo-lhes conduzir ou ser transportadas com maior conforto e segurança. Estes apoios podem ser fiscais (redução de ISV/IVA) ou através de programas específicos, referenciados pelos serviços de apoio social.

- Adaptação de habitação: para a eliminação de barreiras arquitetónicas na habitação poderão estar disponíveis programas de apoio em entidades como autarquias (Câmara Municipal da área de residência), Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana (IHRU), ou outros programas públicos.

3.4. | Apoio à habitação – Crédito Habitação

As pessoas com um grau de incapacidade igual ou superior a **60%** (comprovado através do AMIM), podem beneficiar de condições especiais no que diz respeito à habitação e seguros. Estas medidas visam minimizar o eventual impacto que a doença possa ter na capacidade financeira da pessoa, tornando o apoio à habitação fundamental.

O Regime de crédito bonificado à habitação disponibiliza condições bancárias mais favoráveis para:

- compra, ampliação, construção ou realização de obras numa habitação própria permanente;
- compra de terreno para construção de habitação própria permanente;
- realização de obras nas partes comuns de edifícios destinadas a melhorar a acessibilidade à habitação.

Para aceder ao regime bonificado, deverá ser apresentada à instituição bancária uma fotocópia do AMIM (juntamente com o original), e cumprir as seguintes condições:

- Ser maior de 18 anos;
- Ter um grau de incapacidade igual ou superior a **60%**, comprovado através do AMIM;
- O empréstimo não se destinar à aquisição de imóvel propriedade dos seus ascendentes ou descendentes;
- Nenhum membro do agregado familiar deve possuir outro empréstimo para os mesmos fins em qualquer regime de crédito bonificado;
- Deve ser feita hipoteca do imóvel para que foi feito o empréstimo.
- O imóvel que beneficie deste empréstimo não pode ser vendido nos 5

anos seguintes, exceto se se verificar uma das 4 situações seguintes: 1) desemprego há mais de 6 meses, 2) morte, 3) alteração da dimensão do agregado familiar ou, 4) alteração do local de trabalho para distância superior a 35 km do antigo local de trabalho.

- O valor máximo do empréstimo ser de 190 000 €, atualizado anualmente com base no Índice de Preços do Consumidor;
- O empréstimo não ultrapassar 90% do valor total da habitação ou do custo das obras;
- O prazo máximo do empréstimo ser de 50 anos.

De salientar que as instituições bancárias não são obrigadas a conceder o crédito sob este regime, pois a decisão depende da avaliação realizada pela instituição.

Por outro lado, caso o grau de incapacidade igual ou superior a 60% seja adquirido numa altura em que o doente oncológico já beneficie de um contrato de crédito à habitação (cumprindo os fins e requisitos referidos acima), mediante apresentação do AMIM, a instituição bancária é obrigada a realizar a migração do crédito para o regime bonificado. O doente poderá também optar por mudar de instituição bancária.

No caso de a reavaliação do AMIM resultar num grau de incapacidade inferior a 60%, é necessário informar o banco sobre esta alteração. Deixará de cumprir o critério legal para a manutenção do crédito bonificado, com alterações no que respeita a taxas de juro bonificadas, prazos de amortização, limites de montante, etc. Esta questão, à semelhança do que se sucede a nível de benefícios fiscais, deverá, porém, ser interpretada à luz da legislação em vigor, a qual prevê que perante um novo grau de incapacidade desfavorável, o doente mantém os benefícios de que já esteja efetivamente a usufruir. Sugere-se o aconselhamento com entidades conhecedoras da matéria para melhor elucidação.

É também importante referir outra condição especial para pessoas com incapacidade, nomeadamente a possibilidade de mobilização antecipada de PPR (Plano Poupança Reforma) sem penalização, para pagamento de prestações de crédito à habitação.

3.5. | Apoio à habitação – Crédito habitação e seguro de vida

O seguro de vida associado ao crédito à habitação tem como objetivo proteger o segurado e a sua família caso ocorra uma situação prevista no contrato, como morte ou determinada incapacidade. Dependendo da cobertura contratada, a seguradora poderá pagar total ou parcialmente o capital do empréstimo que ainda esteja em dívida.

Atualmente, às pessoas com incapacidade igual ou superior a 60%, não é obrigatoriamente exigível a contratação de um seguro de vida para acesso às condições de crédito bonificado.

No regime geral do crédito à habitação, o seguro de vida nunca foi legalmente obrigatório. Todavia, é prática generalizada das instituições de crédito, expressamente reconhecida pelo DecretoLei n.º 222/2009, de 11 de setembro, exigir ou condicionar a concessão do crédito à contratação de um seguro de vida, designadamente através do agravamento das condições financeiras do empréstimo. Por essa razão, era frequente avançar-se para a celebração de um seguro de vida associado ao crédito habitação.

Para um doente oncológico, o acesso a este tipo de seguro revela-se, muitas vezes, financeiramente inoportável, face ao valor elevado dos prémios exigidos e à opacidade dos critérios de avaliação do risco utilizados pelas seguradoras.

Pessoas com doença oncológica que, à data do diagnóstico que conferiu a incapacidade tenham contratualizado crédito habitação com determinada instituição bancária, podem ver contemplada a possibilidade do respetivo seguro de vida liquidar ou reduzir o valor do crédito. Tal depende da cláusula de seguro de vida relacionada com as coberturas de incapacidade. Existem duas coberturas principais que são frequentemente confundidas: a Invalidez Total e Permanente (ITP) e a Invalidez Absoluta e Definitiva (IAD). As suas definições e, consequentemente, as condições para acionar o seguro, são distintas e têm um impacto direto no custo do prémio do seguro. É importante analisar as condições particulares de cada apólice e respetivas coberturas.



Em caso de incapacidade coberta pelo seguro de vida, o processo geral passa por comunicar o sinistro (incapacidade) à seguradora, junto de documentação médica e o AMIM. Embora o AMIM tenha sido atribuído por uma junta médica oficial, a seguradora pode requerer uma avaliação por uma junta médica própria ou por peritos médicos. A seguradora tem as suas próprias tabelas de avaliação e critérios definidos na apólice, para efeitos de acionamento do seguro. A seguradora analisa se a incapacidade se enquadra na definição e nos termos da cobertura contratada (ITP ou IAD) e se o grau de incapacidade atinge o mínimo exigido pela apólice. Se as condições forem cumpridas, a seguradora paga o capital seguro (que corresponde ao capital em dívida ao banco, total ou parcial, na data do sinistro) diretamente à instituição bancária. Se o capital seguro for superior ao capital em dívida (situação menos comum em seguros de crédito habitação, mas possível em algumas apólices), o remanescente poderá ser pago ao próprio segurado ou aos beneficiários designados.

É importante distinguir as coberturas mais comuns quanto à invalidez em seguros de vida de crédito habitação:

- **ITP (Invalidez Total e Permanente)** | devido a doença ou acidente, o segurado fica total e definitivamente incapaz de exercer a sua profissão ou qualquer outra atividade remunerada compatível com os seus conhecimentos e aptidões, e não se prevê qualquer melhoria clínica no seu estado. Implica uma cobertura mais abrangente do que a IAD. O objetivo é proteger o segurado que, embora possa não estar completamente dependente de terceiros, não consegue gerar rendimentos suficientes para cumprir as suas obrigações financeiras (incluindo o crédito habitação). Por ser mais abrangente, a cobertura ITP tende a ter um custo mais elevado do que a IAD.
- **IAD (Invalidez Absoluta e Definitiva)** | quando o segurado, em consequência de doença ou acidente, fica num estado de incapacidade total e irreversível para o exercício de qualquer atividade remunerada, e que o obriga a recorrer, de forma contínua e permanente, à assistência de uma terceira pessoa para a satisfação das suas necessidades básicas da vida diária (como comer, vestir-se, higiene pessoal).

É a cobertura menos abrangente e mais difícil de acionar, pois exige um estado de invalidez muito grave, próximo de um estado vegetativo ou de dependência total. Por cobrir um risco menos provável de acontecer (por ser tão grave), a cobertura IAD tende a ter um custo mais baixo do que a ITP. É a cobertura mínima que a maioria dos bancos exige.

Portanto, perante um novo diagnóstico e conforme a situação e invalidez, dever-se-á analisar as condições do seguro de vida do crédito habitação quanto às coberturas e condições, o mais brevemente possível logo após o diagnóstico, pois existem prazos para reclamar os benefícios adjacentes ao contrato. Caso seja elegível, a pessoa com incapacidade poderá ter o crédito liquidado.

Num outro âmbito do seguro de vida, a incapacidade superior a 60% e o AMIM permitem aceder a benefícios fiscais no IRS, mas dentro de condições específicas e com limites de dedução. Para tal, é necessário informar a seguradora do AMIM e respetiva incapacidade. A seguradora deverá comunicar à AT os valores dos prémios pagos por no ano fiscal, para que esta informação surja depois no Anexo H da declaração de IRS. Caso a seguradora não tenha feito a comunicação correta e se a situação de deficiência não estiver validada, o preenchimento terá de ser manual na secção de benefícios fiscais e despesas relativas a pessoas com deficiência.

3.6. | Apoio à habitação – Arrendamento

A legislação prevê proteções significativas aos arrendatários com incapacidade igual ou superior a 60%, visando garantir a sua estabilidade habitacional e segurança, com especial atenção aos contratos mais antigos e a situações de maior vulnerabilidade.

Estas proteções variam consoante a situação e, em alguns casos, dependem da data em que o contrato de arrendamento foi celebrado, dos rendimentos do agregado familiar ou de outros requisitos.



Contratos de arrendamento anteriores a 18 de novembro de 1990

Nos casos de contratos de arrendamento anteriores a 18 de novembro de 1990, a atualização da renda é realizada anualmente, obedecendo a um critério de atualização diferente e mais favorável, junto de arrendatários com incapacidade ou de um familiar próximo (cônjuge, unido de facto, filho/enteado) e que viva consigo há mais de 5 anos no imóvel (o Rendimento Anual Bruto Corrigido (RABC) do agregado tem de ser inferior a 5 salários mínimos nacionais anuais.

Existem também proteções específicas quando o imóvel necessita de obras profundas ou vai ser demolido.

Quando as obras obrigam à saída temporária do imóvel e à suspensão do contrato, o arrendatário pode ter direito a **realojamento durante esse período**, nas condições previstas na legislação.

Quando as obras ou a demolição levam ao fim do contrato, podem existir direitos a **realojamento ou indemnização**, dependendo da situação. Se não existir acordo entre o senhorio e o arrendatário, aplicam-se as regras previstas na legislação para garantir a proteção do arrendatário.

Contratos de arrendamento anteriores a 27 de junho de 2006

Se o contrato de arrendamento para habitação tiver sido celebrado antes de 27 de junho de 2006 (antes do Novo Regime do Arrendamento Urbano - NRAU), existem também proteções importantes: se o arrendatário original falecer, o contrato não termina se lhe sobreviver um filho ou enteado que tenha vivido com ele há mais de um ano e que tenha uma deficiência com grau de incapacidade igual ou superior a 60%.

Se o contrato for de duração indeterminada e se o arrendatário tiver grau de incapacidade igual ou superior a 60%, o senhorio não pode terminar o contrato com uma comunicação cuja antecedência não seja inferior a 5 anos sobre a data em que pretenda a cessação.

A lei também confere direitos adicionais e apoios a arrendatários com um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, independentemente da data do contrato:

- se o arrendatário pedir ao senhorio para corrigir problemas graves no imóvel ou nas áreas comuns do prédio que representem risco para a saúde ou segurança, e o senhorio não responder dentro do prazo legal, o arrendatário pode exigir uma multa nas condições previstas na legislação;
- em caso de um processo de despejo, o arrendatário pode pedir ao Tribunal o adiamento da saída do imóvel devido a razões sociais imperiosas, e o tribunal decidirá com base na avaliação da situação.

Existem Programas nos quais são contempladas condições especiais para pessoas com deficiência ou incapacidade, como o programa Porta 65 e Porta 65+, Programas Municipais de Apoio ao Arrendamento, Apoio Extraordinário à Renda, entre outros.

DICA

As regras do arrendamento variam muito consoante a data do contrato e a situação de cada pessoa. Em caso de aumento significativo da renda, obras que obriguem a sair da habitação, ameaça de despejo ou tentativa de terminar o contrato, é aconselhável procurar informação antes de aceitar ou assinar qualquer documento.

3.7. | Acesso a tarifas sociais e descontos em diversos serviços

A posse do AMIM pode permitir o acesso a tarifas sociais, que visam garantir que famílias com rendimentos mais baixos ou em situações de vulnerabilidade, como a incapacidade, possam aceder a serviços essenciais, bem como o benefício de reduções de preço ou condições especiais em vários serviços e atividades, contribuindo para uma maior participação social.



Para aceder a estes benefícios, geralmente é necessário apresentar o AMIM junto das entidades que os disponibilizam. Em alguns casos, pode ser necessário preencher formulários específicos ou comprovar outras condições, como o rendimento do agregado familiar. No seu dia-a-dia, é importante questionar os serviços se existem condições especiais associadas ao grau de incapacidade conferido pelo AMIM, ou está associada a certos critérios como rendimentos do agregado e a prestações sociais. Estes são alguns serviços com benefícios previstos:

- **Energia (Eletricidade e Gás) |** A Tarifa Social de Energia Elétrica e a Tarifa Social de Gás Natural são apoios que permitem uma redução significativa no valor das faturas de energia. A elegibilidade depende dos rendimentos do agregado familiar e, em alguns casos, da existência de benefícios sociais específicos (como a Prestação Social para a Inclusão).
- **Água e Saneamento |** Muitos municípios oferecem tarifas sociais para os serviços de água e saneamento, que podem ser aplicadas a agregados familiares com baixos rendimentos ou onde existam pessoas com deficiência. As condições variam de município para município, por isso sugere-se o contacto com a autarquia ou a empresa municipal de águas.
- **Transportes Públicos |** Muitas empresas de transportes públicos (autocarros, comboios, metro) oferecem descontos significativos ou passes especiais para pessoas com deficiência, mediante a apresentação do AMIM.
- **Comunicações |** Algumas operadoras de telecomunicações oferecem valores dos seus serviços com condições mais vantajosas para pessoas com necessidades especiais ou para beneficiários de determinadas prestações sociais. Por outro lado, todas as operadoras de telecomunicações são obrigadas a disponibilizar a Tarifa Social de Internet (TSI), criada pelo Decreto-Lei n.º 66/2021 para permitir o acesso à Internet de banda larga a consumidores com baixos rendimentos ou com necessidades sociais especiais. Aconselha-se que cada prestador seja diretamente questionado.

- **Eventos Culturais e Desportivos** | Museus, teatros, cinemas, espetáculos e eventos desportivos podem ter bilhetes com desconto ou condições especiais para pessoas com deficiência. É sempre aconselhável verificar as condições junto das bilheteiras ou organizadores.
- **Outros Serviços** | Algumas entidades privadas ou associações podem também oferecer benefícios ou reduções em serviços específicos (por exemplo, o serviço de entregas de compras do Continente Online é gratuito, mediante apresentação do AMIM, até ao término da sua validade). É sempre útil perguntar e apresentar o AMIM, se aplicável.

3.8. | Atendimento prioritário

O direito ao atendimento prioritário, baseada na Lei do Atendimento Prioritário, é um benefício que visa facilitar o acesso a serviços públicos e privados, reconhecendo a necessidade de um tratamento diferenciado para pessoas com deficiência ou incapacidade, entre outros grupos. Isto significa que, em qualquer local de atendimento público ou privado (lojas, bancos, serviços públicos, etc.), terá prioridade na fila, perante a apresentação do AMIM nos locais de atendimento. Não é necessário justificar a sua condição, apenas comprovar a sua elegibilidade.

3.9. | Educação

Uma doença oncológica ou uma situação de incapacidade pode afetar a frequência das aulas, a realização de avaliações e outras atividades académicas. Existem medidas destinadas a garantir que os estudantes possam **continuar o seu percurso educativo com as adaptações e o apoio de que necessitam**.

Os alunos podem beneficiar de diferentes medidas de apoio e adaptações, de acordo com as suas necessidades. Estas podem incluir, por exemplo:

- adaptação de materiais e atividades pedagógicas e curriculares;
- condições específicas para a realização de testes e outras avaliações;

- apoio pedagógico especializado (por exemplo técnicos de educação especial, psicólogos e outros técnicos de reabilitação);
- adaptações relacionadas com a acessibilidade e participação no ambiente escolar;
- acompanhamento por profissionais especializados, quando necessário.

No ensino superior, os estudantes com deficiência, incapacidade ou outras necessidades específicas podem também ter acesso a medidas de apoio, que variam entre instituições.

Estas podem incluir:

- condições especiais de acesso ao ensino superior, quando cumpridos os respetivos critérios;
- adaptações nas aulas, avaliações e atividades académicas;
- apoio na acessibilidade a espaços, materiais e recursos;
- bolsas de estudo e outros apoios financeiros;
- acompanhamento através dos gabinetes ou serviços de apoio existentes nas instituições de ensino superior.

Relembra-se ainda a possibilidade, em sede de IRS, da dedução de 30% das despesas efetuadas com educação (e reabilitação), sem limite de valor (ao contrário das despesas gerais de saúde).

3.10. | Regime Laboral e Incentivos para o Emprego

Os doentes oncológicos com AMIM beneficiam de proteções específicas no âmbito laboral e podem aceder a medidas de apoio ao emprego. Estas medidas visam facilitar a conciliação entre o tratamento da doença e a atividade profissional, bem como promover a reinserção no mercado de trabalho após o período de tratamento.

O trabalhador com doença oncológica não pode ser discriminado. Perante a lei, tem os mesmos direitos e deveres dos outros trabalhadores no que diz respeito ao acesso ao emprego, à formação, promoção ou carreira profissionais e às condições de trabalho. No entanto, dadas

as especificidades da sua situação, um trabalhador com doença oncológica ativa, em fase de tratamento, pode ser dispensado por exemplo de algumas formas de organização do tempo de trabalho que possam prejudicar a sua saúde ou segurança. Se possível, é recomendável que seja submetido a um exame de saúde no âmbito da Medicina do Trabalho, de forma a reforçar a condição clínica junto do empregador.

O trabalhador poderá estar, assim, dispensado de:

- Trabalhar em regime de adaptabilidade (aumento do número de horas de trabalho em determinados períodos, compensando com uma redução de horário noutros);
- Estar abrangidos por banco de horas (no qual há uma acumulação de horas extra, que os trabalhadores podem usar mais tarde);
- Exercer a sua atividade em horário concentrado (o período normal de trabalho diário pode aumentar até quatro horas diárias, tendo como resultado um menor número de dias de trabalho);
- Trabalho noturno, entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte, sempre que tal possa prejudicar a sua saúde e segurança.
- Prestar trabalho suplementar.

Ao abrigo do Código do Trabalho, o trabalhador beneficia de:

- **Adaptação do Posto de Trabalho** | o empregador tem o dever de realizar as adaptações razoáveis necessárias para que o trabalhador com deficiência ou incapacidade possa desempenhar as suas funções e/ou nelas progredir, promovendo ou auxiliando ações de formação e aperfeiçoamento profissional apropriadas à situação do doente;
- **Horário Flexível** | pode ser possível negociar horários de trabalho mais flexíveis ou a tempo parcial para acomodar as necessidades de saúde ou tratamentos. Para quem exerça funções públicas está ainda consagrada a modalidade de horário em jornada contínua. Contudo, estas alterações implicam o acordo da entidade empregadora, estando o trabalhador escusado apenas do período de trabalho suplementar e trabalho noturno, como já referido;

- **Proteção Contra o Despedimento** | regras mais apertadas para o despedimento de trabalhadores com deficiência ou doença crónica, visando protegê-los contra a discriminação;
- **Faltas Justificadas** | o Código do Trabalho prevê faltas justificadas por situação de ausência ao trabalho para consultas, exames, tratamentos, análises ou outros atos médicos pontuais, com duração igual ou inferior ao período normal de dia de trabalho. Existe perda de remuneração pelo período de ausência, sem perda de subsídio de férias ou Natal. É necessário entregar à entidade patronal uma declaração de presença com justificação médica (solicitada junto dos serviços), que comprove a necessidade da ausência para a realização desses atos médicos.

DICA

Para uma consulta ou exame pontual que não implique um dia inteiro de ausência, o trabalhador pode chegar a um entendimento com a entidade empregadora e assim não perder remuneração, enquanto prática comum de boa-fé nas relações laborais.

No caso de ter vários atos médicos em tempos distintos no mesmo dia, aconselha-se a requisição de mais do que um comprovativo de presença: pelo menos um relativo ao primeiro serviço, e outro relativo ao último serviço.

Apoios à contratação e manutenção do emprego

Para promover a empregabilidade de pessoas com deficiência ou incapacidade, existem vários programas e incentivos à contratação e manutenção do emprego, ao apoio ao empreendedorismo e à criação do próprio emprego, geridos pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). Em alguns casos, também existem apoios específicos a nível autárquicos (consulte a Câmara Municipal e Junta de Freguesia da sua área de residência).



Desde que sejam cumpridos critérios específicos na contratação de pessoas com deficiência ou incapacidade, a entidade empregadora pode beneficiar de redução da taxa contributiva, subsídios, prémios de integração e apoios à adaptação de postos de trabalho.

Complementarmente, a Lei n.º 4/2019 estabelece um sistema de quotas de emprego para o setor privado, obrigando empresas com mais de 75 trabalhadores a reservar 1% e empresas com mais de 250 trabalhadores 2% das admissões anuais para pessoas com grau de incapacidade maior ou igual a 60%.

Foram igualmente definidas medidas especiais de concessão de apoio técnico e financeiro junto das pessoas com deficiência ou incapacidade e entidades envolvidas. Pretende-se assim apostar no desenvolvimento das políticas de emprego, apoiar a integração, manutenção e reintegração no mercado de trabalho, e apoiar a qualificação e melhoria de competências.

Benefícios Sociais

Os benefícios sociais são **apoios disponibilizados pelo Estado ou por outras entidades** para ajudar pessoas e famílias em determinadas situações, como doença, incapacidade, deficiência, perda de rendimentos ou outras situações de vulnerabilidade.

Estes apoios podem assumir diferentes formas, incluindo:

- prestações e subsídios;
- bonificações;
- produtos de apoio para pessoas com deficiência ou incapacidade;
- benefícios adicionais na área da saúde;
- outras respostas sociais, de acordo com as necessidades e a situação de cada pessoa.

O acesso a estes apoios **não é automático**. Cada prestação ou resposta social tem os seus próprios critérios, que podem estar relacionados, por exemplo, com o grau de incapacidade, os rendimentos, a situação profissional, a composição do agregado familiar ou outras condições.

A atribuição de determinadas pensões e apoios do Estado são fixados de acordo com um valor de referência a que se chama Indexante dos Apoios Sociais (IAS). O IAS é a base para o cálculo, determinação e atualização de diversos apoios e prestações concedidos pelo Estado, e é estabelecido por Portaria.

NOTA

Em caso de elegibilidade para apoios sociais, pode receber o(s) subsídio(s) de 2 formas: por transferência bancária ou por vale postal emitido pelos CTT para a sua morada. Para receber por transferência bancária, é importante registar ou alterar o IBAN (o número de identificação da conta bancária) nos serviços da SS. Pode fazê-lo online ou nos serviços de atendimento da SS. Se ainda não tem uma conta à ordem, pode abrir uma conta de Serviços Mínimos Bancários, em qualquer banco, com uma comissão de manutenção anual reduzida e sujeita a um teto máximo definido por lei (para que qualquer cidadão tenha acesso a um conjunto de serviços bancários essenciais a um custo acessível).

É BOM SABER

Aprovada pelo Decreto-Lei n.º 166/2026, de 13 de agosto, a nova Prestação Social Única (PSU) agrega diversas prestações não contributivas de combate à pobreza, mantendo-se, contudo, plenamente autónomos e inalterados os principais apoios à incapacidade e doença aqui descritos, como a Prestação Social para a Inclusão (PSI), o Subsídio de Doença, a Pensão de Invalidez e o Complemento por Dependência, apresentados de seguida.

4.1. | Subsídio de Doença

Um diagnóstico oncológico pode exigir tratamentos demorados no tempo e obrigar ao afastamento do trabalho durante um período prolongado.

O subsídio de doença, vulgarmente referido como baixa médica, consiste numa prestação paga pela segurança Social, com o objetivo de compensar a perda de remuneração em consequência de incapacidade temporária para o trabalho, por motivo de doença.

Para o efeito, é preciso que o/a médico assistente ou de família (do SNS ou de serviços privados) preencha o Certificado de Incapacidade



Temporária (CIT). Se o CIT for emitido eletronicamente, a informação é enviada diretamente para a SS. Se o CIT for emitido manualmente, o trabalhador deve enviar o original do documento para a Segurança Social (SS) do respetivo distrito no prazo de 5 dias.

Em casos de doença oncológica, o CIT pode ser emitido por um período inicial ou de prorrogação de até 90 dias, ao invés de 30 dias. Esta alteração recente (em 2024) veio simplificar o processo para doentes oncológicos, evitando deslocações frequentes aos serviços de saúde para renovação da baixa.

Em termos genéricos, para ser elegível ao subsídio de doença, deverá ter um mínimo de 6 meses (180 dias) de registo de remunerações (com descontos para a SS), seguidos ou interpolados, à data em que a doença começa.

Existem outras condições e especificidades, as quais devem ser consultadas para cada caso em particular (por exemplo, funcionários públicos com ADSE com vínculo laboral iniciado até 2005 e militares das Forças Armadas).

O período máximo de atribuição do subsídio de doença são 1095 dias para os trabalhadores por conta de outrem ou 365 dias para trabalhadores independentes. É pago apenas a partir do quarto dia de baixa, a menos que haja internamento hospitalar (ou o doente sofra de tuberculose), casos em que o pagamento é efetuado desde o primeiro dia. O valor a receber, dependendo da duração da doença, corresponde a:

Duração da doença (em dias)	Recebe % da remuneração de referência (RR)*
Até 30	55% **
De 31 a 90	60% **
De 91 a 365	70%
Mais de 365	75%

* A remuneração de referência corresponde ao total das remunerações brutas registadas nos **primeiros 6 dos últimos 8 meses** anteriores ao

*mês em que se iniciou a incapacidade, dividido por **180 dias** ($R \div 180$). Excluem-se deste cálculo os subsídios de férias e de Natal, o subsídio de refeição e outras prestações de natureza semelhante.*

*Exemplo: se a incapacidade tiver início em **novembro**, consideram-se as remunerações de **março a agosto** (os 6 meses mais antigos dentro dos 8 meses anteriores), somadas e divididas por 180 dias.*

*** Nos períodos até 90 dias, a percentagem pode ser acrescida em **5 pontos percentuais** quando são cumpridos determinados critérios previstos na legislação, nomeadamente algumas situações relacionadas com descendentes a cargo, início da doença após gravidez ou outras condições específicas.*

O subsídio de doença não é acumulável com outras prestações compensatórias (subsídios) da perda de remuneração de trabalho. Contudo, existem exceções podendo haver acumulação do subsídio por doença com rendimento social de inserção (RSI), indemnizações, pensões de doença profissional ou de acidente de trabalho. O subsídio de doença é isento de tributação de IRS e de contribuições para a Segurança Social, ou seja, não precisa de ser declarado nestes contextos.

NOTA

O Complemento do Subsídio de Doença é um valor extra que algumas empresas pagam aos seus trabalhadores quando estes estão de baixa médica, para complementar o subsídio de doença. Como o subsídio de doença da SS não corresponde a 100% da remuneração, algumas empresas, por sua iniciativa ou por via de Contrato Coletivo de Trabalho (CCT), ou ainda por contrato individual de trabalho, pagam um complemento que, somado ao subsídio da SS, permite ao trabalhador receber uma percentagem maior do seu salário habitual (por exemplo, 90% ou 100%). Não é um direito universal. Depende da existência de um acordo, contrato coletivo ou regulamento interno da empresa que o preveja. Este complemento, por ser pago pelo empregador, é considerado rendimento do trabalho e está sujeito a IRS e a contribuições para a SS, tal como o salário normal.

É possível sair de casa durante a baixa?

Durante o período de incapacidade temporária, o CIT estabelece as condições em que a pessoa pode ausentar-se do domicílio.

Os beneficiários do subsídio de doença só podem sair de casa para efetuar tratamentos médicos. É isso que consta do CIT, embora exista a possibilidade de, no mesmo documento, o médico autorizar a saída do domicílio entre as 11h00 e as 15h00 e entre as 18h00 e as 21h00. A incapacidade temporária para o trabalho poderá ser verificada por entidade do Estado (oficiosa) ou pelo empregador. Se sair de casa sem autorização e a infração for detetada e não conseguir justificar a ausência, o subsídio pode ser suspenso. Quando receber a comunicação da suspensão, dispõe de cinco dias úteis para justificar a ausência à SS (por exemplo, esteve a receber tratamento ou necessitou de ir ao médico).

Durante a baixa, a pessoa pode ser convocada pela Segurança Social para uma **Comissão de Verificação de Incapacidade Temporária (CVIT)**, também frequentemente designada por junta médica da Segurança Social.

A convocatória pode ser enviada por SMS, email ou carta e deve ser comunicada com uma antecedência mínima de **dois dias úteis**.

O objetivo é avaliar se a incapacidade temporária para o trabalho se mantém. Para essa avaliação, podem ser analisados relatórios médicos atualizados e pode ser realizado um exame médico.

É aconselhável solicitar atempadamente ao médico assistente os relatórios e restante informação clínica necessários.

Após a avaliação, a CVIT decide se se mantém a incapacidade temporária para o trabalho e, consequentemente, o direito à continuação do subsídio de doença.

NOTA

Se discordar do parecer, pode recorrer da decisão, obedecendo às regras definidas pela SS para a reavaliação junto de uma comissão de recurso. Pode continuar com CIT, embora seja não remunerado. Só terá direito a remuneração se trabalhar e descontar para a SS mais 90 dias. Se for emitido novo CIT inicial antes dessa data, terá de ir a nova CVIT/junta médica, onde será determinado o direito ou não a remuneração.

Muitas vezes as deslocações presenciais de doentes em fase ativa de tratamento podem colocar em risco a sua saúde, particularmente em fases agudas/ativas de tratamento clínico, imunossupressão, internamento ou vigilância no Hospital de Dia (ambulatório), com efeitos na gestão de efeitos secundários além da fragilidade física, emocional, mental, social e financeira associada.

Quando não for possível comparecer, é importante **contactar a Segurança Social e justificar a ausência**.

As faltas justificadas à CVIT estão limitadas e devem resultar de motivos de força maior devidamente comprovados, como:

- impossibilidade de deslocação;
- internamento hospitalar;
- detenção ou prisão;
- outra situação comprovada que impossibilite a comparência.

A justificação e os respetivos documentos como declaração de internamento, comprovativo de presença ou relatório médico devem ser enviados à Segurança Social no prazo máximo de **cinco dias úteis após a data marcada para o exame**.

Quando enviados por correio, é aconselhável utilizar carta registada com aviso de receção, para ficar com um comprovativo do envio.

Após a aceitação da justificação, será feita uma nova convocatória.

Em determinadas situações, pode ser possível pedir que o exame médico seja realizado por **videochamada**, quando esta modalidade for adequada à avaliação e existir informação clínica suficiente.



As comissões de verificação, reavaliação ou recurso podem também vir a ser realizadas por videochamada nas situações definidas pela Segurança Social.

Existe ainda a possibilidade de avaliação no domicílio em determinadas situações, nomeadamente quando a pessoa está acamada, internada ou institucionalizada, ou quando a deslocação aos serviços representa uma dificuldade significativa.

Em algumas circunstâncias, pode também existir **reembolso das despesas de deslocação** para a avaliação, dependendo da situação e das necessidades de transporte, como a necessidade de ambulância.

Subsídios de férias e de Natal

Quando uma pessoa está de baixa durante um período prolongado, pode deixar de receber do empregador a totalidade ou parte dos subsídios de férias e de Natal.

Assim, os beneficiários de subsídio de doença têm direito a Prestações Compensatórias para os subsídios de férias e de Natal ou para ambos. São elegíveis os trabalhadores que tenha estado, pelo menos, 30 dias seguidos a receber o subsídio de doença (e/ou subsídio de parentalidade) e não tenha recebido da entidade empregadora, no todo ou em parte, o subsídio de férias e/ou Natal. Pode efetuar o pedido de forma mais célere no site da SS, ou presencialmente nos serviços da mesma entidade. Existe um prazo de seis meses para o pedido, a contar a partir de 1 de janeiro do ano seguinte àquele em que os subsídios de férias e de Natal eram devidos pelo empregador, ou da data do fim do contrato de trabalho se este tiver terminado.

Regresso ao trabalho

Perante indicação médica de que é possível retomar o trabalho, por se encontrar apto, o CIT e o subsídio de doença terminam. No caso de interromper o CIT, ou seja, o regresso ocorrer antes da data de fim da baixa, é necessário fazer a respetiva comunicação à SS, através da plataforma SSD, ou presencialmente num balcão de atendimento. Quando o regresso acontece imediatamente após a data prevista para o fim do CIT,

a comunicação é habitualmente realizada automaticamente pelo sistema. A entidade empregadora deve ser igualmente informada sobre a data de regresso.

É BOM SABER

O Centro de Reabilitação Profissional (CRPG) desempenha um papel determinante na transição entre a estabilização clínica e a retoma do percurso de vida ativo, através de respostas especializadas como a ação "Recuperação de Competências Após Doença Oncológica". Através de uma equipa multidisciplinar composta por profissionais das áreas da psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional, o CRPG desenvolve planos individuais focados na reativação funcional, no reforço do bem-estar emocional e cognitivo (gerindo sequelas comuns como a fadiga ou alterações de memória) e no desenvolvimento psicossocial. Esta intervenção integrada permite capacitar a pessoa para a redefinição dos seus objetivos profissionais, facilitando uma reintegração laboral bem-sucedida, informada e sustentável no pós-tratamento. Mais informações no portal do CRPG (crpg.pt).

Após o regresso ao trabalho e se houver um agravamento no estado de saúde, existem vários cenários quanto à possibilidade de receber novamente o subsídio de doença:

- se tiver sido atingido o período máximo de atribuição do subsídio de doença, será necessário voltar a cumprir o período de descontos exigido, que é, em regra, de **seis meses**;
- se o período máximo não tiver sido atingido, pode ser necessário cumprir o chamado **índice de profissionalidade**, correspondente, em determinadas situações, a **12 dias de trabalho** nos quatro meses imediatamente anteriores ao período relevante;
- se decorrerem **menos de 60 dias entre as duas baixas**, pode não ser necessário cumprir novamente este requisito.

Quando decorrem menos de 60 dias entre duas situações de incapacidade, os dias das duas baixas são, em regra, somados para efeitos do



período máximo de pagamento do subsídio de doença.

Quando decorrem mais de 60 dias, inicia-se uma nova contagem, de acordo com as regras aplicáveis.

Quando um beneficiário esgota o período máximo de concessão do subsídio de doença e não há previsão de alta médica ou de regresso à atividade laboral, a SS assume que a incapacidade pode ter passado de temporária para permanente. Nesse momento, a SS, por iniciativa dos seus serviços, convoca o beneficiário para uma junta médica – Comissão de Verificação de Incapacidade Permanente (CVIP), ou outras juntas de avaliação relevantes para pensões. A não comparência injustificada a esta junta médica pode levar à cessação definitiva de quaisquer prestações por incapacidade.

Após a avaliação, e dependendo da situação e dos critérios de acesso, podem existir outros apoios, como:

- pensão de invalidez;
- pensão social de invalidez;
- complemento por dependência.

NOTA

É importante salientar que o grau de incapacidade (AMIM) e a incapacidade para o trabalho (certificada pelo CIT/CVIT) são instrumentos juridicamente distintos com finalidades diferentes. O AMIM (grau de incapacidade temporário ou permanente) e o CIT (incapacidade temporária para o trabalho) podem coexistir: um doente oncológico pode ter AMIM de 60% e estar simultaneamente de baixa médica por CIT. A confusão entre estes dois instrumentos pode levar o doente a não requerer um deles por pensar que o outro o substitui, quando isso não se verifica na realidade.

4.2. | Prestação Social para a Inclusão (PSI)

A Prestação Social para a Inclusão é um apoio pago mensalmente a pessoas com deficiência residentes em Portugal, com grau de incapa-

cidade igual ou superior a 60%. No caso de quem já recebe pensão de invalidez ou de velhice, exige-se grau de incapacidade igual ou superior a 80% para acesso à componente base. Destina-se a compensar os encargos acrescidos resultantes da incapacidade e a promover a autonomia e a inclusão social dos beneficiários.

Esta prestação pode ser atribuída desde o nascimento até aos 55 anos. Pode ser requerida depois dos 55 anos desde que a incapacidade tenha surgido antes dos 55 anos e consiga fazer prova disso. Com efeito, a certificação da incapacidade deve ter sido requerida antes dessa idade, mesmo que venha a ser dada depois. Nesse caso, o beneficiário deverá apresentar comprovativos em como pediu a certificação de incapacidade antes dos 55 anos (sendo depois sujeito ao Sistema de Verificação de Incapacidade (SVI) da SS).

Para requerer a PSI, deve apresentar o formulário próprio nos serviços da SS, acompanhado do AMIM. Dependendo da situação específica de cada beneficiário, poderá ser solicitada a apresentação de outros documentos relevantes.

O valor a receber por mês depende do tipo de componente e o cumprimento de certos critérios relativos a cada componente.

São três componentes:

1 | Componente-base

Os menores de 18 anos têm direito a um valor fixo, independentemente dos rendimentos da pessoa ou do agregado familiar (tem majoração de 35% se pertencer a um agregado familiar monoparental).

Os maiores de 18 anos, têm direito desde que cumpram as condições:

- Valor fixo para quem não tem qualquer rendimento;
- Valor fixo para incapacidades a partir de 80%, independentemente dos seus rendimentos;
- Entre os 60% e os 79% de incapacidade pode ou não ser atribuído um valor, calculado de acordo com os rendimentos.

2 | Complemento

O complemento é um valor adicional, que visa combater a pobreza, atribuído à pessoa com direito à componente base, desde que:

- tenha pelo menos 18 anos (ou tenha, pelo menos, 16 anos e seja casado);
- esteja em situação de insuficiência económica;
- não esteja institucionalizado em equipamentos do estado, em família de acolhimento ou num estabelecimento prisional.

O cálculo do complemento é efetuado tendo em conta os rendimentos e dimensão do agregado familiar.

3 | Majoração

Ainda não começou a ser atribuída, aguardando regulamentação. Pretende ajudar a suportar encargos específicos relacionados com a situação de deficiência ou incapacidade dos beneficiários.

A PSI pode ser acumulada com outras prestações sociais, de acordo com as especificidades de cada situação individual.

Existem, no entanto, prestações que **não podem ser acumuladas com a PSI**, incluindo, nas situações previstas:

- bonificação do abono de família por deficiência;
- pensão social de invalidez;
- pensão social de velhice;
- complemento solidário para idosos.

DICA

Se já recebe uma destas prestações, tenha atenção antes de pedir a PSI. Se o valor que já recebe for superior ao valor da PSI a que teria direito, pode indicar no formulário que autoriza o arquivamento do pedido de PSI caso esta seja menos vantajosa. Desta forma, poderá manter a prestação de valor superior. Se não fizer esta indicação, poderá passar a receber a componente-base da PSI, mesmo que o seu valor seja inferior ao da prestação que recebia anteriormente.

A SS faz periodicamente reavaliações das condições de atribuição. O mesmo acontece sempre que o beneficiário comunique aos serviços da SS a alteração do grau de incapacidade, dos rendimentos ou da composição do agregado familiar. A reavaliação pode originar a manutenção do montante da prestação, bem como a sua alteração, suspensão ou cessação.

4.3. | Pensão de Invalidez

A pensão de invalidez é uma prestação mensal concedida a beneficiários do regime geral de SS e do regime do seguro social voluntário, em situações de incapacidade permanente para o trabalho, desde que cumprido o prazo de garantia (anos de desconto).

NOTA

A pensão social de invalidez difere da pensão de invalidez de regime geral uma vez que apoia aqueles que não são abrangidos por qualquer sistema de proteção social obrigatória, ou que não têm descontos suficientes para a segurança social, e que por isso não têm direito à pensão de invalidez de regime geral. Já a pensão de aposentação por invalidez é atribuível aos beneficiários do regime de proteção social convergente (funcionários públicos).

Foi estabelecido um Regime Especial de Proteção na Invalidez especificamente para pessoas com determinadas doenças, entre as quais doenças de foro oncológico, que depende de avaliação de uma junta médica (como referido, este processo ocorre frequentemente após o esgotamento do período máximo do subsídio de doença). A avaliação considera a natureza da doença, a sua evolução, os tratamentos realizados e as sequelas que afetam a capacidade para exercer uma profissão. Este regime especial permite aos doentes oncológicos o acesso à pensão de invalidez com requisitos de descontos mais flexíveis e um cálculo potencialmente mais favorável, face ao regime geral, reconhecendo a especificidade destas situações.



No caso de receber o diagnóstico e respetivo AMIM enquanto beneficiário do regime geral, poderá requerer a transição para o regime especial.

O chamado **prazo de garantia** corresponde ao período mínimo de descontos necessário para ter acesso à pensão.

No **Regime Especial de Proteção na Invalidez**, são exigidos:

- **Invalidez Relativa:** três anos civis, seguidos ou não, com registo de remunerações, em vez dos cinco anos previstos no regime geral;
- **Invalidez Absoluta:** três anos civis, seguidos ou não, com registo de remunerações.

Este prazo de garantia deixa de ser exigido quando a Pensão de Invalidez é atribuída após ter terminado o período máximo de atribuição do subsídio de doença e é certificada uma situação de incapacidade permanente para o trabalho.

O prazo de garantia fica sem efeito se a pensão de invalidez for atribuída após o término do período máximo de concessão do subsídio de doença e seja certificada a situação de incapacidade permanente para o trabalho.

Para efeitos de proteção neste regime especial, a invalidez pode ser:

- **Relativa** - quando é reconhecida uma incapacidade permanente para exercer a profissão habitual, sendo a pessoa incapaz de obter mais de 1/3 do salário correspondente;
- **Absoluta** - quando é reconhecida uma incapacidade permanente e definitiva para exercer qualquer profissão ou trabalho.

O cálculo do valor da pensão é feito com base nos anos de descontos e nos valores das remunerações registadas na SS. Podem aplicar-se condições específicas conforme o regime contributivo ou não contributivo.

NOTA

A Pensão Provisória de Invalidez é um benefício mensal concedido a pessoas que foram consideradas permanentemente incapazes para o trabalho pelo SVI, mas que ainda não tiveram a sua situação definida quanto à pensão definitiva. A prestação é atribuída enquanto o processo de avaliação da situação de invalidez está em curso e pode ser convertida em pensão definitiva ou cessar caso a incapacidade não se confirme.

4.4. | Complemento por Dependência

O **Complemento por Dependência** é um apoio mensal pago pela Segurança Social a pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para realizar atividades básicas do dia a dia.

A situação de dependência é avaliada de acordo com a necessidade de apoio da pessoa e pode ser classificada em dois graus:

- **1.º grau:** quando a pessoa não consegue realizar, de forma autónoma, algumas atividades básicas da vida diária, como cuidar da higiene pessoal, alimentar-se ou deslocar-se;
- **2.º grau:** quando, além da situação de dependência correspondente ao 1.º grau, a pessoa se encontra acamada ou apresenta demência grave. Neste caso, o valor do complemento é superior.

O valor do Complemento por Dependência é definido pela Segurança Social e varia de acordo com o grau de dependência reconhecido.

O pedido é feito junto da **Segurança Social**, através do preenchimento do formulário próprio.

É necessário apresentar a documentação solicitada, incluindo **informação ou relatórios médicos** que permitam avaliar a situação de dependência.

A atribuição do complemento depende da avaliação da situação e do cumprimento dos restantes critérios previstos para este apoio.

4.5. | Produtos de apoio e ajudas técnicas

O doente oncológico pode aceder a produtos de apoio, através do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA).

Os produtos de apoio são equipamentos, dispositivos ou materiais destinados a **facilitar a realização das atividades do dia a dia, promover a autonomia, melhorar a mobilidade ou compensar determinadas limitações funcionais.**

O SAPA é um apoio direto do Estado para a compra do produto.

O processo inclui, de forma geral:

- 1 | Avaliação das necessidades** da pessoa por profissionais habilitados;
- 2 | Prescrição do produto de apoio** considerado adequado, desde que esteja incluído na lista de produtos que podem ser financiados;
- 3 | Pedido de financiamento** junto da entidade responsável;
- 4 | Após aprovação, aquisição ou disponibilização do produto.**

Dependendo da situação, o produto pode ser disponibilizado sem custos ou com um custo reduzido para a pessoa.

O procedimento de pagamento também pode variar. Em alguns casos, pode ser necessário **pagar inicialmente o produto e pedir posteriormente o reembolso.** Noutros, o fornecedor pode faturar diretamente à entidade responsável pelo financiamento.

O AMIM é essencial para aceder à maioria destes apoios do SAPA. Os produtos podem ser adquiridos pelo próprio hospital que prescreve, ou por prescrição de centro convencionado e pago pela Segurança Social.

É BOM SABER

Existe a possibilidade de receber retroativos relativos a apoios sociais, mas as regras dependem do tipo de apoio e do momento em que o processo foi iniciado (por exemplo a PSI). É importante confirmar a data de requerimento do apoio, data de início da incapacidade (no AMIM), e a data da respetiva decisão de atribuição. Cumpridos os critérios definidos, devem ser entregues nos serviços competentes da SS os respetivos requerimentos, pedindo o pagamento e acerto dos retroativos.

4.6. | Serviços de aconselhamento / recursos comunitários / outros apoios

Para além dos apoios financeiros e de saúde, existem outros recursos e serviços que podem fazer a diferença na qualidade de vida dos doentes e sobreviventes oncológicos e suas famílias. Destacam-se os seguintes:

- **Apoio Psicológico:** O diagnóstico e tratamento do cancro são processos emocionalmente exigentes. O SNS oferece apoio psicológico, mas existem também associações de doentes e outras entidades que disponibilizam este serviço gratuitamente ou a custos mais acessíveis.
- **Grupos de Apoio:** Participar em grupos de apoio com outras pessoas que enfrentam desafios semelhantes pode ser extremamente benéfico. Permite partilhar experiências, obter conselhos práticos e sentir-se menos isolado(a).
- **Apoio Nutricional:** Muitos doentes oncológicos beneficiam de aconselhamento nutricional para gerir os efeitos secundários dos tratamentos e manter uma boa alimentação. Nutricionistas podem estar disponíveis no SNS ou através de associações.
- **Apoio Social Local:** As Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia têm serviços de ação social que podem informar sobre apoios disponíveis na sua comunidade, como bancos de ajudas técnicas locais (empréstimo de equipamentos), teleassistência, programas de voluntariado, apoio domiciliário, etc.

- **Apoio Jurídico:** A Segurança Social oferece apoio jurídico gratuito, conforme rendimentos. Algumas associações de doentes oferecem aconselhamento jurídico especializado sobre direitos laborais, seguros, e outras questões legais que podem surgir devido à doença.
- **Iniciativas Europeias:** a União Europeia (EU) tem vindo a desenvolver instrumentos para facilitar a mobilidade e garantir direitos básicos às pessoas com deficiência e aos cidadãos que viajam entre Estados-Membros.
 - O Cartão Europeu de Deficiência (CED) foi criado para permitir o reconhecimento do estatuto de pessoa com deficiência quando alguém se desloca para outro país da UE, facilitando o acesso a benefícios como entradas reduzidas em museus, transportes ou atividades culturais. Está em fase de implementação na UE, com previsão de disponibilidade total até 2028, e será emitido pelas autoridades nacionais competentes de cada Estado-Membro.
 - O Cartão de Estacionamento para pessoas com deficiência atualmente emitido pelo Estado-Membro, como referido no ponto 3.3, tem como objetivo a validade de utilização em qualquer país da EU. Porém o Cartão nem sempre é reconhecido noutros Estados-Membros, devido a diferenças de formato entre os países. A fim de assegurar uma aplicação uniforme e o reconhecimento mútuo em toda a UE, os cartões nacionais serão substituídos por uma versão melhorada do cartão europeu de estacionamento, com um formato comum da EU. Visa assegurar que as pessoas com mobilidade reduzida possam utilizar lugares de estacionamento reservados em qualquer Estado-Membro que reconheça este cartão, garantindo maior autonomia nas deslocações.
 - O Cartão Europeu de Seguro de Doença permite aos cidadãos receber cuidados de saúde necessários durante estadias temporárias noutro país da União Europeia, da mesma forma e nas mesmas condições que os residentes desse país, constituindo um mecanismo essencial de proteção social para quem viaja, estuda ou trabalha temporariamente no estrangeiro. É particularmente importante para quem necessita de acompanhamento médico ou

pode precisar de cuidados inesperados durante uma viagem. Não substitui um seguro de viagem, mas é um complemento vital. O pedido é feito de forma gratuita na Segurança Social, presencialmente ou através do site. O cartão é pessoal e intransmissível.

É BOM SABER

• **O Programa Cuida-te**, dinamizado pelo Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ), oferece apoio gratuito e confidencial em áreas como a Saúde Mental, Nutrição e Estilos de Vida Saudáveis para jovens (habitualmente entre os 12 e os 30 anos). Esta resposta pode ser um recurso valioso na realidade hemato-oncológica, tanto para jovens sobreviventes em fase de recuperação física, reeducação alimentar e gestão do impacto emocional do pós-tratamento, como para jovens cuidadores ou familiares (filhos ou irmãos) que enfrentam sobrecarga emocional, ansiedade ou stress devido à doença no seu agregado. O programa disponibiliza consultas e aconselhamento, atendimento online e acesso a Cheques-Consulta de Psicologia e Nutrição. Mais informações e agendamentos no portal do IPDJ (juventude.gov.pt).

• **A APCL** disponibiliza vários serviços como:

- Apoio psicológico gratuito ou a custo acessível;
- Grupos de apoio para doentes e familiares;
- Apoio social e aconselhamento jurídico;
- Apoio Nutricional (Consultas online);
- Sessões de informação, conferências, seminários (presenciais e/ou online);
- Informação sobre patologias hemato-oncológicas, doação de medula óssea ;
- Aulas online de exercício físico (com fisiologistas do Exercício);
- Casa Porto Seguro (ver página 75).



- A 18 de Abril, celebra-se o **Dia Europeu dos Direitos dos Doentes**.
- Este dia nasceu com o intuito de garantir que sejam respeitados os valores fundamentais reconhecidos pela Carta Europeia dos Direitos dos Doentes. Dentro do espaço europeu, independentemente dos meios financeiros e da nacionalidade, é imperioso garantir que os cidadãos possam aceder a serviços de saúde de qualidade, mesmo quando o tratamento não está disponível no seu país de origem ou quando tem mais qualidade noutro Estado Membro.
- A **Carta Europeia dos Direitos dos Doentes** surgiu como uma resposta à necessidade de harmonizar e fortalecer os direitos dos doentes na Europa, promovendo cuidados de saúde mais justos, seguros e centrados no doente. Estabelece 14 direitos, que visam garantir um elevado nível de proteção da saúde humana. Embora não seja um documento oficial da União Europeia, mas sim um documento desenvolvido pela Active Citizenship Network (ACN), uma rede europeia de organizações cívicas, os direitos consagrados na Carta estão em consonância com os valores e princípios da União Europeia e tem influenciado políticas e legislação em diversos países europeus.
- A **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, adotada em 2006 é um tratado internacional que obriga os governos a garantir a sua dignidade, liberdade e plena participação na sociedade, proibindo qualquer forma de discriminação. Em Portugal, foi aprovado em 2009 (Resolução n.º 56/2009). Este documento estabelece deveres específicos para o combate a estereótipos e inclusão da deficiência em todas as suas leis e programas. Em Portugal, o Instituto para os Direitos das Pessoas com Deficiência (IDiPD) assegura a defesa destes princípios, existindo ainda um mecanismo inovador que permite a qualquer cidadão apresentar queixas diretamente ao Comité das Nações Unidas caso os seus direitos fundamentais não sejam respeitados.

Calendário da saúde

Em Portugal, o calendário da saúde é pautado por diversas efemérides que visam sensibilizar para a saúde, direitos na saúde e doenças oncológicas. Na maioria dos casos, estas efemérides estão alinhadas com o calendário de saúde internacional, nomeadamente o estipulado pela União Europeia e pela Organização Mundial da Saúde.

O objetivo deste calendário é alertar as pessoas para estas patologias, sublinhando a importância da investigação, diagnóstico precoce e apoio aos doentes. São efetuadas campanhas de literacia, eventos e apelos para a angariação de dadores e recursos.

O que se assinala em Portugal relativo aos cancros do sangue*

O mês de Março é dedicado à sensibilização para o Mieloma Múltiplo e Setembro é dedicado à consciencialização de todos os cancros do sangue (neoplasias hematológicas).

4 fevereiro: Dia Mundial Contra o Cancro

28 fevereiro: Dia Mundial das Doenças Raras

27 março: Dia Nacional do Dador de Sangue

18 abril: Dia Europeu dos Direitos dos Doentes

8 maio: Dia Internacional da Talassemia

14 junho: Dia Mundial do Dador de Sangue

1 setembro: Dia Mundial da Leucemia Linfocítica Crónica

4 setembro: Dia Mundial da Leucemia

5 setembro: Dia Mundial do Mieloma Múltiplo

2.ª quinta-feira de setembro: Dia Mundial das Neoplasias

Mieloproliferativas - Policitemia Vera, Trombocitose e Mielofibrose

15 setembro: Dia Mundial do Linfoma

15 setembro: Dia do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

3.º sábado de setembro: Dia Mundial do Doador de Medula Óssea

20 setembro: Dia Mundial da Mielofibrose

22 setembro: Dia Mundial da Leucemia Mieloide Crónica

24 setembro: Dia Mundial da Púrpura Trombocitopénica Imune

27 setembro: Dia Europeu do Mieloma Múltiplo

* Lista não exaustiva e sujeita a alterações decorrentes de diretivas governamentais.

Cuidadores e familiares

Os cuidadores, sejam informais, familiares, amigos ou vizinhos, desempenham um papel fundamental no acompanhamento dos doentes oncológicos ao longo dos processos de tratamento e recuperação. Este apoio pode traduzir-se na ajuda à alimentação, à higiene, à mobilidade, à toma da medicação e ao vestir, bem como nas restantes atividades da vida diária.

Para que possam desempenhar esta função sem comprometer a sua própria saúde e bem-estar, é essencial que os cuidadores conheçam os seus direitos e os apoios ao seu dispor. A legislação portuguesa prevê, precisamente, um conjunto de direitos e apoios dirigidos a estas pessoas, reconhecendo a importância e a exigência do papel que assumem.

É BOM SABER

Aprovada pelo Decreto-Lei n.º 166/2026, de 13 de agosto, a nova Prestação Social Única (PSU) agrega diversas prestações não contributivas de combate à pobreza, mantendo, contudo, a autonomia dos apoios aos cuidadores (como o Subsídio ao Cuidador Informal Principal), garantindo ainda aos Cuidadores Informais Principais a isenção de deveres ativos de emprego no novo regime.

5.1. | Acompanhamento nas instituições

A Lei n.º 15/2014 que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, e as suas atualizações consagram o direito das pessoas com deficiência ou em situação de dependência (independentemente do prognóstico da doença) ao acompanhamento permanente em estabelecimentos de saúde:

- É garantido o direito de acompanhamento permanente (24 horas) familiar (ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, pessoa designada pelo doente), tanto no período diurno como noturno, em situações de internamento.

- Nos serviços de urgência, o utente tem o direito de ser acompanhado por uma pessoa por si indicada logo na admissão.
- O acompanhamento só pode ser restringido por decisão médica escrita e fundamentada em riscos para a saúde pública (por exemplo doenças transmissíveis) ou quando a presença do acompanhante prejudique a eficácia dos tratamentos.
- O acompanhante tem o direito de ser informado sobre a situação clínica do doente, exceto se houver indicação em contrário do próprio ou segredo clínico absoluto.

Por sua vez, o familiar deve cumprir as instruções que lhes forem dadas pelos profissionais de saúde.

O acompanhante da pessoa internada, desde que esteja isento do pagamento de taxa moderadora no acesso às prestações de saúde no âmbito do SNS, tem direito à refeição gratuita no estabelecimento de saúde, se permanecer na instituição 6 horas por dia, e sempre que verificada uma das seguintes condições:

- A pessoa internada se encontre em perigo de vida;
- A pessoa internada se encontre no período pós-operatório e até 48 horas depois da intervenção;
- Quando a acompanhante seja mãe e esteja a amamentar a criança internada;
- Quando a pessoa internada esteja isolada por razões de critério médico-cirúrgico;
- Quando o acompanhante resida a uma distância superior a 30 km do local onde se situa o estabelecimento de saúde onde decorre o internamento.

Existem igualmente apoios de alojamento para cuidadores/familiares que residam longe do hospital e necessitem de acompanhar o doente durante tratamentos ou internamentos prolongados (como transplantes de medula óssea). Algumas soluções existentes passam por: casas de acolhimento de instituições de solidariedade social junto dos principais

hospitais oncológicos (por exemplo a Casa Porto Seguro em Lisboa, da APCL); acordos de alguns municípios com hospitais para alojamento temporário; despesas de alojamento do cuidador podem ser consideradas despesas de saúde para efeitos de IRS em determinadas circunstâncias. Recomenda-se a articulação com o serviço social para melhor análise do caso e respetivo aconselhamento.

Em espaços públicos e de cultura, o mais recente Decreto-Lei n.º 65/2026, de 5 de março, introduziu uma medida de discriminação positiva no acesso à cultura quanto à gratuidade para o acompanhante, através de um bilhete gratuito para o acompanhante de pessoa com deficiência em espetáculos de natureza artística promovidos por entidades públicas.

Relativamente ao direito ao atendimento prioritário (já referido anteriormente), este é extensível ao acompanhante da pessoa com deficiência ou incapacidade, para assegurar a fluidez da assistência.

É BOM SABER

A APCL disponibiliza a **Casa Porto Seguro**, a primeira casa de acolhimento em Lisboa destinada a doentes hematooncológicos adultos deslocados e aos seus cuidadores.

Inaugurada em maio de 2023 e localizada próximo do IPO de Lisboa e do Hospital de Santa Maria, a Casa dispõe de 8 quartos com duas camas e casa de banho individual, além de cozinha, sala de estar e jardim de uso comum. Destina-se a doentes em fase de tratamento ativo ou transplante de medula óssea que, por residirem fora de Lisboa, necessitam de permanecer na cidade durante períodos prolongados, frequentemente em contexto de isolamento pós-transplante.

A estadia é gratuita, ficando os hóspedes apenas responsáveis pelos custos de alimentação. O acesso é feito mediante pedido submetido ao serviço de assistência social e/ou serviços de Hematologia dos hospitais, sendo também possível a solicitação direta à Direção da Casa Porto Seguro.

5.2. | Apoios sociais e regime laboral

No âmbito da Segurança Social, o acompanhamento é apoiado através de prestações específicas, conforme a situação de quem requer o apoio. Adicionalmente, para os cuidadores que mantêm uma atividade profissional, existem direitos específicos que visam conciliar a vida profissional com as responsabilidades de cuidado.

Regime de Faltas

Como trabalhador por conta de outrem, e com base no Código do Trabalho, o acompanhante tem direito a faltar para prestar assistência inadiável e imprescindível ao cônjuge em caso de doença (ou acidente), num limite de até 15 dias por ano (ou 30 dias em caso de hospitalização). Embora essas faltas sejam justificadas (mediante declaração médica que comprove a necessidade de assistência), não são pagas pela entidade patronal nem pela SS.

Durante esses dias, o contrato de trabalho fica suspenso quanto à remuneração, o que representa uma perda salarial significativa. Este impacto pode ser particularmente sentido no apoio a doentes hemato-oncológicos, cujo tratamento implica, por vezes, terapêuticas e internamentos prolongados — como sucede, por exemplo, nos transplantes de medula óssea.

É frequente a dúvida se o certificado de incapacidade para o trabalho (baixa) poderá servir para o propósito de prestar assistência junto de familiares ascendentes (por exemplo avó, avô, pai, mãe, sogro, sogra, padrastra ou madrastra) ou em 2.ª linha colateral (irmãos, irmã, cunhado ou cunhada), ou para assistência a marido/mulher ou companheiro/a. A atribuição deste certificado apenas tem como finalidade a justificação de faltas junto da entidade patronal, não havendo direito a qualquer subsídio da SS.

Licença/Subsídio de assistência a filho(a) com doença oncológica

Em 2019, a Lei n.º 90/2019, de 4 de setembro, passou a incluir a doença oncológica no regime da licença para assistência a filho, equi-



parando-a, para efeitos legais, à deficiência e à doença crónica. Nos termos do artigo 53.º do Código do Trabalho, esta licença, hoje designada “licença para assistência a filho com deficiência, doença crónica ou doença oncológica”, confere o direito a um subsídio, ou seja, a uma prestação paga em dinheiro às pessoas que faltam ao trabalho, ao abrigo dessa licença, para acompanhar filhos (biológicos, adotados ou do cônjuge, ou de companheiro(a)) com deficiência, doença crónica ou doença oncológica.

Desde 2026 que o subsídio passa a ser pago a 100% da remuneração de referência (com limite máximo superior) para assistência a filho com doença oncológica e 80% a filho com deficiência ou doença crónica.

De acordo com o código de trabalho, os progenitores têm direito a licença por período até 6 meses, que pode ser prolongada até 4 anos, para assistência. Esta licença pode ser prolongada até ao limite máximo de 6 anos, nas situações de necessidade de continuidade de assistência (não sendo este limite aplicável aos casos de doença prolongada em estado terminal). No caso de o filho ter 12 ou mais anos de idade a necessidade de assistência é confirmada por atestado médico.

O Código de trabalho também determina as condições para a redução do tempo de trabalho nestes casos. Os progenitores de menor com idade não superior a 1 ano têm direito a redução de 5 horas do período normal de trabalho semanal, ou outras condições de trabalho especiais, para assistência ao filho. Este direito deixa de existir quando um dos progenitores não exerça atividade profissional (esteja desempregado) e não esteja impedido ou inibido totalmente de exercer o poder paternal.

Quando ambos os progenitores reúnem condições para exercer este direito, a redução do período normal de trabalho pode ser utilizada por qualquer um deles ou por ambos, em períodos sucessivos, por exemplo, reduzindo-se num período o horário da mãe e, noutro, o do pai.

O empregador deve ajustar o horário resultante dessa redução tendo em conta a preferência do trabalhador. Ainda assim, o trabalhador deverá considerar alguns condicionalismos da empresa, como o respetivo horário de funcionamento.

Para reduzir o período normal de trabalho semanal, o trabalhador deve comunicar essa intenção ao empregador com uma antecedência mínima de 10 dias, apresentando também a documentação necessária.

Para além das faltas justificadas, os trabalhadores podem solicitar:

- Dispensa de trabalho suplementar;
- Dispensa de trabalho noturno;
- Teletrabalho, quando compatível com a função.

O usufruto destes direitos de parentalidade implica a expressa proibição de qualquer forma de discriminação, nomeadamente em matérias remuneratórias, incluindo prémios de assiduidade e de proatividade, ou ainda em termos de progressão na carreira.

Abono de família com bonificação por deficiência

A bonificação por deficiência é um valor adicional que acresce ao abono de família regular. Este abono com bonificação é pago mensalmente a crianças e jovens com deficiência ou doença crónica incapacitante, incluindo doença oncológica. Não é uma prestação autónoma, funcionando como um suplemento ao abono de família base. A bonificação destina-se a crianças até aos 10 anos que precisem de apoio individualizado pedagógico ou terapêutico específico, adequado à natureza da deficiência, e que frequentem ou estejam em condições de frequentar estabelecimentos especializados de reabilitação.

As crianças cujo pedido tenha sido entregue antes de 1 de outubro de 2019 mantêm o regime anterior, com direito até aos 24 anos. Os valores atribuídos têm diferentes escalões consoante a idade da criança ou jovem. Em agregados monoparentais, ao valor da bonificação acresce uma majoração de 50%, nos primeiros cinco escalões.

Esta bonificação não é acumulável com outros apoios, como o subsídio de desemprego, subsídio de doença, subsídios sociais parentais ou a prestação social para a inclusão.



Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa

O Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa (SATP) é uma prestação em dinheiro paga mensalmente para apoiar as famílias com descendentes portadores de deficiência ou incapacidade em situação de dependência, que necessitem de acompanhamento permanente de uma terceira pessoa, resultando em encargos acrescidos.

A condição de acesso fundamental é dupla: a criança ou jovem tem de ser titular do abono de família com bonificação por deficiência, e tem de estar em situação de dependência efetiva. A dependência implica necessitar de assistência de terceira pessoa durante pelo menos seis horas diárias, para assegurar necessidades básicas, como alimentação, deslocação e cuidados de higiene pessoal.

O subsídio é atribuído enquanto durar a situação de dependência e se se mantiverem as restantes condições de atribuição (por exemplo, não é atribuído se a assistência permanente for prestada em estabelecimentos de saúde ou de apoio social financiados pelo Estado). O subsídio pode ser acumulável com a Prestação Social para a Inclusão (PSI).

NOTA

A proteção social em Portugal para crianças e jovens com patologias graves ou crónicas, como a doença oncológica, assenta em três pilares que podem suscitar dúvidas quanto à sua acumulação. Para determinar a elegibilidade e qual a mais vantajosa (em termos remuneratórios quanto à sua prestação), importa distinguir entre o conceito de incapacidade (a limitação funcional) e o de dependência (a necessidade de auxílio de outrem).

O primeiro apoio a considerar é a Prestação Social para a Inclusão (PSI) (já mencionada anteriormente). Para menores de 18 anos, a PSI poderá ser a prestação de referência pois é superior a outras bonificações. É fundamental clarificar que, ao optar pela PSI, a família deixa de receber a Bonificação por Deficiência no Abono de Família, uma vez que estas duas prestações são legalmente exclusivas e não podem coexistir.

Contudo, se a patologia oncológica ou as sequelas do tratamento exigirem que o jovem tenha o apoio permanente de uma terceira pessoa

para atividades básicas, como higiene ou alimentação, surge o direito ao Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa (SATP), que exige que a assistência seja prestada por pelo menos seis horas diárias. O SATP é acumulável com a PSI. Ou seja, um jovem com 60% de incapacidade que necessite de apoio constante pode receber mensalmente tanto a componente base da PSI como o montante fixo do SATP.

Para os cuidadores que ainda exercem atividade profissional, a elegibilidade para estes apoios não impede a manutenção do emprego, mas o SATP foca-se no encargo da assistência e não na substituição do salário. Caso o cuidador tenha de abandonar o trabalho, deverá então transitar para o Estatuto do Cuidador Informal Principal, que possui regras de recursos próprias (ver subcapítulo seguinte).

Em suma, o cenário de maior proteção para um menor em tratamento ou recuperação oncológica severa poderá ser a combinação da PSI com o SATP, garantindo apoio tanto pela barreira da incapacidade como pela necessidade de vigilância e cuidado humano direto.

Subsídio por Frequência de Estabelecimento de Educação Especial

Muitas crianças e jovens sobreviventes de cancro enfrentam sequelas permanentes (a nível físico, motor, sensorial ou intelectual), decorrentes da própria doença ou da toxicidade dos tratamentos. Estas sequelas exigem, frequentemente, apoio educativo especializado ou terapias de reabilitação. Se o sobrevivente oncológico (até aos 24 anos) necessitar de terapias de reabilitação (fisioterapia, terapia da fala) ou frequência de ensino especial, por motivo de deficiência, pode requerer o Subsídio de Educação Especial, desde que cumpra uma das seguintes condições:

- frequente estabelecimentos de educação especial que obriguem ao pagamento de um valor por mês;
- estude numa escola privada após terem frequentado ensino especial, porque não pode ir para uma escola pública sem apoio individual por técnico/a especializado/a;

- frequente creche ou jardim-de-infância para ajudar a superar a deficiência e a inclusão social;
- necessite de apoio individual por técnico/a especializado/a (por exemplo psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas) mesmo que não frequente o ensino especial e sim o ensino regular.

Este subsídio é uma ajuda nas despesas, por isso o valor pode variar e até ser nulo, dependendo da contribuição da família e do custo do apoio.

NOTA

Este apoio é incompatível com o Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa (SATP). Dever-se-á avaliar qual o apoio que melhor supre as necessidades financeiras e terapêuticas da criança no momento. Em muitos casos, o valor do SATP é inferior ao custo das terapias cobertas pelo Subsídio de Educação Especial. No entanto, o processo de concessão da Educação Especial é mais burocrático e exige renovação anual com prova de faturas.

5.3. | Estatuto do Cuidador Informal

O Estatuto do Cuidador Informal, criado pela Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro, reconhece formalmente o papel de quem cuida de uma pessoa dependente, devido a algum tipo de incapacidade, fora do contexto profissional. O reconhecimento não é apenas simbólico. Abre acesso a um conjunto concreto de apoios e protege o cuidador em várias dimensões da sua vida. O seu enquadramento legal define quem pode ser considerado cuidador informal (principal ou não principal) e quais os seus direitos e deveres.

Para que o cuidador informal seja reconhecido, a **pessoa cuidada** tem de depender de terceiros para as atividades básicas do dia a dia, de forma permanente ou temporária, e não pode estar institucionalizada em qualquer estrutura social ou de saúde, pública ou privada. Adicionalmente, tem de receber um dos seguintes apoios:

- Complemento por Dependência de 2.º grau ou;
- Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa.

Nos casos de dependência temporária, se a pessoa já receber Complemento por Dependência de 1.º grau, é o médico de família ou assistente quem define o período previsto de incapacidade. Se não receber essa prestação, a avaliação compete aos Serviços de Verificação de Incapacidades (SVI) da SS, cabendo igualmente ao médico definir a duração prevista.

O **cuidador tem direito ao estatuto** se cumprir com todas as seguintes condições:

- morar em Portugal ou for equiparado a residente;
- tiver 18 anos ou mais;
- não receber Pensão de Invalidez Absoluta, Proteção Especial na Invalidez, nem prestações por dependência;
- tiver condições físicas e de Saúde adequadas para prestar cuidados à pessoa cuidada.

Existem **duas categorias de cuidadores** com implicações práticas distintas:

- **Cuidador informal principal:** acompanha a pessoa dependente de forma permanente, não pode exercer atividade remunerada nem receber contrapartida pelos cuidados, tem de viver com a pessoa cuidada (se não for familiar até 4.º grau), e não pode receber subsídio de desemprego. Em contexto oncológico, este perfil corresponde frequentemente a um familiar que abandonou ou suspendeu a carreira para assumir os cuidados a tempo inteiro.
- **Cuidador informal não principal:** presta cuidados de forma regular, mas não permanente, pode trabalhar, não precisa de coabitar com a pessoa cuidada, e pode estar a receber subsídio de desemprego. Por cada pessoa cuidada, podem ser reconhecidos até três cuidadores não principais em simultâneo.

Independentemente da categoria, **todos os cuidadores** reconhecidos têm acesso a um profissional de referência na SS e outro na Saúde, que coordenam um Plano de Intervenção Específico (PIE) elaborado até 30 dias após o reconhecimento. Este plano define os cuidados a prestar, os



recursos disponíveis, a formação necessária e os períodos de descanso. O descanso do cuidador pode concretizar-se através de apoio domiciliário, acolhimento temporário em estrutura residencial ou internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Estão igualmente previstos apoio psicossocial, grupos de autoajuda e, após o término dos cuidados, orientação para o mercado de trabalho através do IEFP.

Ao **cuidador principal** são conferidos alguns apoios exclusivos. O apoio mais relevante é o Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal, uma prestação mensal atribuída mediante condição de recursos (rendimentos do agregado familiar) e que pode ser acumulada com alguns benefícios sociais (é importante verificar quais as restantes prestações que não permitem a acumulação – por exemplo, o Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa, que é uma das prestações que habilita a pessoa cuidada a ter um cuidador informal reconhecido, porém, não pode ser acumulado com o Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal. A família terá de ponderar qual das duas prestações é mais vantajosa no seu caso concreto, reconhecendo a distinção entre os dois apoios: o Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa é um valor para o **dependente** (via abono), enquanto o subsídio do cuidador é uma compensação para o **cuidador** que deixa de trabalhar). Caso o cuidador esteja inscrito no regime de seguro social voluntário (que lhe confere proteção em caso de invalidez, velhice e morte), pode auferir um acréscimo no montante do subsídio.

Ao **cuidador não principal** são conferidos apoios exclusivos como medidas de conciliação laboral: horário flexível, teletrabalho, trabalho a tempo parcial até quatro anos, licença anual de cinco dias úteis seguidos para assistência à pessoa cuidada, e proteção contra despedimento.

O pedido de reconhecimento do estatuto pode ser feito online no site da SS, presencialmente em qualquer serviço de atendimento, ou por correio para o Centro Distrital, mediante o preenchimento dos formulários indicados e de envio da restante documentação. Após o Reconhecimento do Estatuto do Cuidador Informal, será emitido o Cartão de Identificação do cuidador informal, que deve ser apresentado sempre que necessário. O subsídio deve ser pedido separadamente.

De salientar que as regiões autónomas têm legislação própria neste âmbito. As principais diferenças em relação ao regime continental são nas dimensões de apoio financeiro, sistema de folgas, apoio para intervenção habitacional no domicílio da pessoa cuidada, descanso anual (Açores); e apoio financeiro e definição de pessoa cuidada mais ampla (Madeira). O acesso é feito pelos canais regionais próprios, com regras e critérios parcialmente distintos, pelo que devem ser diretamente consultados os serviços regionais antes de se assumir que o regime continental se aplica na íntegra.

5.4. | Outros apoios

Para aliviar a carga dos cuidadores, existem serviços e respostas sociais que podem complementar os cuidados prestados em casa.

- **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** | Este serviço, prestado por instituições de solidariedade social ou empresas privadas, oferece apoio no domicílio em tarefas como higiene pessoal, alimentação, medicação, pequenas limpezas e acompanhamento.
- **Centros de Dia e Centros de Noite** | Para pessoas que necessitam de acompanhamento durante o dia ou a noite, mas que podem regressar ao domicílio, os Centros de Dia e de Noite oferecem atividades, refeições e cuidados básicos, permitindo ao cuidador um período de descanso ou de dedicação a outras tarefas.
- **Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI)** | Em situações de cuidados especializados e/ou com maior complexidade ou necessidade de reabilitação, as UCCI oferecem internamento temporário ou de longa duração, com equipas multidisciplinares.
- **Apoio Psicológico** | Muitos hospitais, através dos seus serviços de psicologia ou de assistência social, oferecem apoio psicológico aos cuidadores. As associações (como a APCL) também disponibilizam este tipo de suporte, muitas vezes gratuitamente. É crucial procurar ajuda para gerir o stress, a ansiedade, a tristeza e o esgotamento.
- **Grupos de Apoio a Cuidadores** | Participar em grupos de apoio permite aos cuidadores partilhar as suas experiências, desafios e estra-

tégias com outras pessoas que enfrentam situações semelhantes. É um espaço de compreensão mútua, onde se podem sentir menos sozinhos e obter conselhos práticos. Estes grupos são frequentemente dinamizados por associações de doentes ou por instituições de saúde.

É BOM SABER

A Portaria n.º 21/2026/1, de 21 de janeiro, criou o projeto-piloto da Bolsa de Cuidadores, que visa assegurar a continuidade do apoio à pessoa cuidada durante as ausências temporárias do cuidador informal. A bolsa reserva vagas em centros de dia, Centros de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI) e serviços de apoio domiciliário, acionáveis em situações de ausência por motivos de saúde, profissionais ou de força maior, em períodos não superiores a 7 horas consecutivas e até 56 horas mensais por pessoa cuidada. Para ausências mais curtas, até 3 horas consecutivas, existe ainda uma Bolsa de Voluntários, gerida pelos municípios, destinada a atividades pessoais, profissionais ou de autocuidado. O projeto-piloto decorre durante 12 meses em 18 concelhos, um por cada distrito de Portugal Continental, estando prevista a sua eventual generalização. Os cuidadores de doentes oncológicos devem confirmar junto do serviço social hospitalar ou da Segurança Social se o seu concelho está abrangido.

5.5. | Direitos do luto

O sistema jurídico português prevê mecanismos de proteção para o trabalhador e apoios financeiros diretos em caso de falecimento de familiares, com base no Código do Trabalho e na regulamentação da Segurança Social.

O direito a faltar justificadamente ao trabalho sem perda de retribuição ou de férias depende do grau de parentesco. Os dias são consecutivos (contam fins de semana e feriados) e iniciam-se, por norma, no dia do falecimento (ou no dia seguinte, se o óbito ocorrer após o horário laboral).

Parentesco / Relação	Dias de Falta
Cônjuge (não separado), Unido de Facto, Filhos ou Enteados	20 dias
Pais, Madrastras/Padrastos, Sogros, Genros e Noras	5 dias
Irmãos, Cunhados, Avós, Bisavós, Netos e Bisnetos	2 dias

É obrigatório apresentar justificativo (habitualmente a guia de funeral ou certidão de óbito) no prazo de 15 dias após a ausência. Parentes como tios, sobrinhos ou primos não dão direito a faltas justificadas por lei. O trabalhador pode negociar com a entidade patronal ou usar um dia de férias.

Se vivenciar luto parental, aos progenitores é-lhes conferido o direito a acompanhamento psicológico, a solicitar junto de um estabelecimento do SNS, o qual deve ter início no prazo de 5 dias após o falecimento de descendentes ou afins no 1.º grau da linha reta.

Existem apoios financeiros da Segurança Social, distintos entre si. Para despesas de funeral, há a possibilidade de solicitar o Reembolso de Despesas de Funeral, destinado a quem efetivamente pagou as despesas (comprovado por fatura e recibo originais com o NIF do requerente e o nome do falecido). A condição para a atribuição do reembolso depende se o falecido descontou para a SS (mesmo que apenas um dia) e deve ser solicitado no prazo máximo de 90 dias após a morte. Para as situações em que o falecido não tinha carreira contributiva (por exemplo crianças ou adultos que nunca trabalharam/descontaram), o apoio consiste no Subsídio de Funeral, que consiste num apoio para situações onde o falecido não tinha carreira contributiva (por exemplo crianças ou adultos que nunca trabalharam/descontaram).

Por outro lado, e sem o objetivo de pagar o funeral, o Subsídio por Morte visa compensar a perda de rendimentos da família e ajudar na reorganização da vida familiar (familiares diretos como cônjuge, filhos, ascendentes a cargo). Este subsídio não é acumulável com o Reembolso



de Despesas de Funeral. Se houver familiares com direito ao Subsídio por Morte, estes recebem o valor e devem pagar o funeral; se não houver familiares com este direito, então quem pagou o funeral pede o Reembolso.

Para qualquer um destes apoios é importante cumprir os critérios relacionados com prazos e documentação.

6 Sobreviventes e a Lei do Esquecimento

A fase da sobrevivência, após o diagnóstico oncológico, pode acarretar desafios e obstáculos a médio e longo prazo na reintegração social e económica, especialmente no acesso a créditos e seguros. É nesse contexto que surgem medidas legislativas que visam mitigar tais desafios.

6.1. | Lei do Esquecimento

As pessoas com historial oncológico enfrentavam dificuldades em obter seguros de vida, seguros de saúde, créditos à habitação junto de bancos (por conta dos seguros de vida associados), ou eram confrontadas com condições ou prémios muito elevados. O Decreto-Lei n.º 79/2026, de 17 de março, que regulamenta a Lei n.º 75/2021, de 18 de novembro, veio estabelecer regras claras que impedem a discriminação de cidadãos que tenham superado ou mitigado situações de risco agravado de saúde ou de deficiência (como o cancro).

A lei existia desde 2021, mas estava na prática inaplicável por falta de regulamentação concreta. Com este decreto-lei, a Lei do Esquecimento passou a ter operacionalidade efetiva junto de instituições de crédito, sociedades financeiras, sociedades mútuas, instituições de previdência, instituições de pagamento, instituições de moeda eletrónica, empresas de seguros e distribuidores de seguros.

Com efeito, o Direito ao Esquecimento permite que pessoas que superaram ou mitigaram uma doença grave, a partir de determinado prazo relativo à doença, não tenham de declarar esse histórico médico quando pretendem contratar:

- crédito à habitação;
- crédito ao consumo;
- seguros de vida associados a empréstimos;
- seguros exigidos para contratação de crédito.

O direito é acionado quando decorre o prazo legal de estabilização da saúde, tratando o sobrevivente, para efeitos contratuais, como um

indivíduo sem historial de risco agravado. Ou seja, terminado esse prazo, vigora o direito ao esquecimento e o sobrevivente oncológico é sujeito às condições contratuais aplicadas a qualquer cidadão saudável.

Os prazos estão representados numa grelha de referência específica para 22 grupos de cancro, dos quais constam patologias no âmbito hemato-oncológico (algumas Leucemias e Linfomas de Hodgkin - ver *Nota* na página 91), e variam entre dois e cinco anos, podendo diferir para a mesma patologia consoante a idade da pessoa ou o estágio da doença. Esta grelha deve ser revista de dois em dois anos.

Para doenças não incluídas na grelha específica de oncologia, mantêm-se os prazos da lei de 2021 (Lei n.º 75/2021), ou seja, com diferentes prazos consoante a situação do sobrevivente:

- 10 anos desde o término do protocolo terapêutico, no caso de risco agravado de saúde ou deficiência superada (sem recidiva);
- Cinco anos desde o término do protocolo terapêutico, no caso de a patologia superada ter ocorrido antes dos 21 anos de idade;
- Dois anos de protocolo terapêutico continuado e eficaz, no caso de risco agravado de saúde ou deficiência sejam considerados mitigados.

A introdução da grelha de referência, aprovada em anexo ao Decreto-Lei n.º 79/2026, de 17 de março, em 2026 veio reduzir os prazos gerais anteriores relativamente a algumas patologias (que podiam chegar a dez anos).

Posteriormente, a Lei n.º 14/2026, de 27 de abril, em vigor desde 2 de maio de 2026, veio incluir expressamente entre as situações de saúde abrangidas a doença oncológica, a infeção por VIH, a diabetes e a hepatite C, e alargou o direito ao esquecimento à contratação de créditos para fins comerciais ou profissionais celebrados por pessoa singular, bem como aos seguros, obrigatórios ou facultativos, a esses créditos associados.

O processo de ativação do Direito ao Esquecimento não exige uma decisão judicial prévia, mas a apresentação de comprovativo clínico do fim dos tratamentos e da ausência de recidiva. A entidade bancária ou seguradora tem o dever de informar o cliente sobre a existência deste direito durante a fase pré-contratual.

O incumprimento destas normas pelas instituições financeiras constitui uma contraordenação grave. Pode verificar o seu caso concreto junto de associações de doentes, de associações de defesa do consumidor, de um advogado, do mediador de seguros, da seguradora, ou junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) para contratos de seguro, ou do Banco de Portugal para contratos de crédito. A lei reforça que estas duas entidades devem disponibilizar mecanismos de mediação gratuitos para os consumidores que vejam o seu direito ao esquecimento recusado ou condicionado por agravamentos de prémio injustificados.

Em conclusão, a lei visa representar maior segurança económica, enquanto instrumento de justiça social. Procura garantir que a sobrevivência a uma doença não se transforma numa penalização financeira perpétua, impedindo que o passado clínico condicione o futuro financeiro e a autonomia das famílias e cuidadores.

NOTA

A grelha de referência específica para 22 grupos de cancro inclui as seguintes patologias no âmbito hemato-oncológico):

- Leucemia promielocítica aguda (LPA), subtipo M3 da leucemia mieloide aguda (LAM3), independentemente do número de leucócitos no momento do diagnóstico
- Leucemia mieloide crónica (LMC)
- Leucemia ou linfoma de Burkitt/leucemia linfoblástica aguda L3 (LLA-L3)
- Linfomas de Hodgkin

As condições para a aplicação dos prazos de esquecimento são descritas na tabela, podendo variar entre idade do diagnóstico, fase do tratamento, estadio da doença após um período de acompanhamento pós-tratamento, entre outras. O início do prazo é determinado geralmente a partir do diagnóstico, porém sugere-se a consulta da grelha para informação exata consoante a patologia.

É BOM SABER

Em caso de incumprimento da Lei do Esquecimento pelas entidades mencionadas, tal constitui contraordenação grave, e nessa situação, o doente pode recorrer aos mecanismos de reclamação e mediação:

- reclamação formal à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) através do Portal do Consumidor de Seguros;
- recorrer ao Provedor do Cliente de cada seguradora (obrigatório por lei);
- mediação gratuita (operacionalizada pela ASF), a qual deve ser solicitada pelo doente;
- em último recurso, a via judicial é possível, mas os custos podem ser minimizados através do apoio judiciário (Segurança Social) se os rendimentos o justificarem.

6.2. | Seguros de saúde

O acesso a seguros de saúde pode ser um desafio para quem teve cancro, na medida em que muitas seguradoras recusam a celebração de contratos de seguros de saúde a sobreviventes oncológicos ou aplicam prémios muito elevados e exclusões relacionadas com a doença.

Tal como anteriormente referido, a Lei do Esquecimento veio trazer uma nova abordagem, consoante a patologia e condição para aplicação da lei. De acordo com a lei, no que respeita aos seguros de saúde, o beneficiário tem o direito de não declarar a doença no questionário de saúde se o prazo de esquecimento já tiver sido atingido. Esta omissão é legalmente protegida e não pode ser invocada como prestação de declarações inexatas ou reticentes. Por outro lado, se a informação já constar nos registos, não pode ser valorada no cálculo do risco.

Qualquer cláusula contratual que contrarie estas normas é nula, não produzindo efeitos jurídicos. As seguradoras ficam ainda obrigadas a divulgar nos seus sítios na internet informação sobre o direito ao esquecimento.

No caso de ainda não ser possível a aplicação do Direito ao Esquecimento, aconselha-se que a simulação e eventual contratualização de seguros tenha em conta, além do valor do prémio e condições particulares da apólice, questões como condições pré-existentes, exclusões e período de carência. Alguns seguros oferecem coberturas específicas para acompanhamento em caso de diagnóstico oncológico.

Neste contexto, relembra-se a especial importância do Cartão Europeu de Seguro de Doença (já referido anteriormente), que independentemente da existência de um seguro de saúde com aplicação nacional, garante o acesso aos cuidados de saúde necessários durante estadias temporárias noutro país da União Europeia.

Legislação específica das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira

As duas Regiões Autónomas de Portugal, os Açores e a Madeira, têm autonomia política e administrativa em certas dimensões. Com efeito, têm competência para legislar sobre matérias de interesse regional, incluindo a saúde e a segurança social. Ou seja, além da legislação nacional, existem diplomas regionais que adaptam ou complementam os direitos e benefícios que já foram abordados neste documento.

Em ambas as Regiões Autónomas:

- As juntas médicas são geridas pelas Direções Regionais de Saúde locais;
- Existem apoios no transporte aéreo e alojamento inter-ilhas ou para o continente;
- A isenção de taxas é aplicada de acordo com as regras nacionais, mas a prova de insuficiência económica pode considerar especificidades regionais;
- Os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) são adaptados à realidade geográfica regional;
- (como já previamente mencionado) Existe legislação própria quanto ao estatuto do cuidador informal e respetivos benefícios (os Açores com o Decreto Legislativo Regional n.º 22/2019/A de novembro de 2019 e a Madeira com o Decreto Legislativo Regional n.º 5/2019/M de julho de 2019).

A Região Autónoma da Madeira (RAM) conta com um Serviço Regional de Saúde próprio (SESARAM), cuja legislação específica para o doente oncológico destaca:

- **Apoio à deslocação e alojamento** | Devido à insularidade, é garantido o transporte aéreo e alojamento para doentes (e acompanhantes) que necessitem de tratamentos não disponíveis na ilha (por exemplo certas radioterapias específicas ou transplantes no continente).

- **Apoio social local** | Existem programas de apoio à aquisição de medicamentos e ajudas técnicas (próteses, cadeiras de rodas) que podem ter participações superiores às do continente através do Instituto de Administração da Saúde da Madeira (IASAÚDE).

A Região Autónoma dos Açores (RAA) conta igualmente com um Serviço Regional de Saúde próprio (SRSA), que apresenta:

- **Subsídio de Deslocação (Portaria n.º 94/2021)** | O regime de deslocação de doentes nos Açores é particularmente detalhado, garantindo que o doente oncológico de uma ilha sem hospital (por exemplo Graciosa) tenha transporte e estadia garantidos em Ponta Delgada, Angra do Heroísmo ou Lisboa.
- **Complemento Regional de Pensão** | A RAA atribui um complemento ao valor das pensões (o chamado “cheque-extra”) para doentes oncológicos com pensões de invalidez baixas, ajudando a mitigar o custo de vida mais elevado em certas ilhas.
- **Rede Regional de Cuidados Paliativos** | Os Açores têm uma estratégia própria para cuidados paliativos, visando garantir que o doente oncológico terminal possa permanecer na sua ilha de residência com apoio especializado, evitando transferências inter-ilhas na fase final da vida.

Para os doentes, sobreviventes e cuidadores que residam ou venham a residir nas Regiões Autónomas dos Açores ou da Madeira, é importante:

- Contactar os serviços de saúde regionais (Serviço Regional de Saúde dos Açores / Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira).
- Consultar os serviços de segurança social regionais (Centros de Segurança Social dos Açores / da Madeira).
- Procurar as associações de doentes locais, que terão conhecimento aprofundado das especificidades regionais.

Documentação e fontes de informação útil

Além da APCL, diversas entidades disponibilizam vários serviços de informação, guias, cadernos e folhetos, sobre diversos temas, para auxiliar os cidadãos e entidades no acesso aos seus serviços e na compreensão de direitos e deveres:

- **Instituto para os Direitos das Pessoas com Deficiência (IDiPD):** tem um Guia Prático “Os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal”, com informação bastante completa. Existe um Balcão da Inclusão, um serviço que disponibiliza informação e mediação especializada e acessível às pessoas com deficiência e/ou incapacidade, suas famílias, organizações e outros que direta ou indiretamente intervêm na área da deficiência.
- **Segurança Social (SS):** tem no site guias práticos, organizados por tema e disponibilizados em formato digital. Possibilita também o acesso a formulários à requisição de apoios online, evitando deslocações aos centros de atendimento. Todos os apoios sociais são passíveis de serem requeridos, mas dependem de condições de acesso específicas em cada caso concreto, daí que em situação de dúvida ou clarificação da situação particular de cada pessoa, sugere-se o aconselhamento por parte do serviço social. Também na SS foi criado o serviço Balcão da Inclusão, que presta um serviço de atendimento especializado sobre a temática da deficiência ou incapacidade, e está disponível nos Serviços de Atendimento da SS das sedes dos 18 distritos.
- A plataforma online **SIGA** possibilita o agendamento de atendimentos e a gestão de marcações presenciais ou online com diversas entidades, como a SS, definindo o assunto, em data/hora que lhe seja conveniente. É uma opção especialmente interessante como alternativa aos meios de atendimento tradicionais (telefone ou presença nas instalações).
- Instituições hospitalares costumam disponibilizar guias informativos.
- Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia poderão disponibilizar informações sobre o tema.

DICA

A inscrição para receção das newsletters destes serviços (como a SS) também pode ser útil, para estar a par das mais recentes novidades ou alterações dos mais variados tópicos.

Entidades úteis

- Segurança Social (SS)
- Serviço Nacional de Saúde (SNS)
- Autoridade Tributária (AT)
- Instituto para os Direitos das Pessoas com Deficiência (IDiPD)
- Direção-Geral da Saúde (DGS)
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS)
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)
- Provedoria da Justiça
- Entidade Reguladora da Saúde (ERS)
- INFARMED
- Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF)
- Banco de Portugal
- Instituto da Mobilidade e dos Transportes (IMT)
- Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT)
- Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ)
- Centro de Reabilitação Profissional (CRPG)



Lista de documentos essenciais e úteis, para ter sempre à mão

- Relatórios médicos detalhados da condição oncológica
- Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (AMIM) (cópia digital ou em papel, e se aplicável, na aplicação móvel SNS24)
- Cartão de Utente do SNS
- Cartão de Cidadão
- Comprovativo de Morada
- Declaração de IRS mais recente
- Comprovativos de despesas médicas
- Certificados de Incapacidade Temporária (baixas médicas)
- Comprovativos de deslocações para tratamentos
- Prescrições médicas para medicamentos e tratamentos (também disponíveis na aplicação móvel SNS24)

DIREITOS FUNDAMENTAIS E BASES DO SNS

| **Constituição da República Portuguesa** Artigo 25.º (integridade pessoal), artigo 26.º (reserva da intimidade), artigo 32.º (sigilo médico), artigo 64.º (proteção da saúde), artigo 69.º (proteção da infância), artigo 71.º (cidadãos com deficiência), artigo 72.º (terceira idade).

| **Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho:** Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em Nova Iorque em 13 de dezembro de 2006.

| **Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro.** Lei de Bases da Saúde. Define os princípios gerais do SNS e os direitos e deveres dos utentes.

DIREITOS DOS DOENTES E UTENTES DO SNS

| **Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011:** Relativa à aplicação dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

| **Lei n.º 15/2014, de 21 de março.** Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Inclui direito à informação, ao consentimento informado, à confidencialidade e ao acesso ao processo clínico.

| **Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho (RGPD), de 27 de abril de 2016:** Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de pessoas singulares.

| **Despacho n.º 11985-A/2017, de 28 de dezembro.** Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no SNS, com prioridades específicas para a oncologia.

| **Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.** Regulamento da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

| **Portaria n.º 300/2024/1, de 25 de novembro:** Fixa em 90% a participação dos medicamentos destinados à Procriação Medicamente Assistida (PMA).

| **Portaria n.º 82/2025/1, de 4 de março:** Estabelece o regime excepcional de comparticipação de produtos destinados à nutrição entérica domiciliária.

CUIDADOS DE SAÚDE E FIM DE VIDA

| **Lei n.º 16/2016, de 17 de junho. Testamento Vital e nomeação de procurador de cuidados de saúde.** Lei n.º 25/2012, de 16 de julho (alterada pela Lei n.º 16/2016, de 17 de junho, e pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto). Diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, nomeação de procurador de cuidados de saúde e Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

| **Portaria n.º 104/2014, de 15 de maio.** Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSOS (AMIM)

| **Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro** (com as alterações do DL n.º 174/97, DL n.º 291/2009, Lei n.º 80/2021 e DL n.º 1/2022). Regime de avaliação de incapacidade para acesso a medidas e benefícios.

| **Decreto-Lei n.º 307/2003, de 10 de dezembro** (com as suas alterações): Aprova o cartão de estacionamento de modelo comunitário para pessoas com deficiência condicionadas na sua mobilidade.

| **Lei n.º 14/2021, de 6 de abril:** Estabelece o regime transitório de emissão do atestado médico de incapacidade multiuso para os doentes oncológicos.

| **Despacho n.º 13919/2022, de 30 de novembro:** Aprova o novo modelo de atestado médico de incapacidade multiuso (AMIM) para doentes oncológicos ao abrigo da Lei n.º 14/2021, de 6 de abril, revogando o

● Despacho n.º 5110-A/2021, de 19 de maio, e o | **Despacho n.º 8793/2022, de 19 de julho.**

| **Portaria n.º 171/2025/1, de 10 de abril.** Determina a desmaterialização dos processos de junta médica de avaliação de incapacidade, aprova a lista de patologias que podem ser objeto de emissão de atestado médico de incapacidade multiúso, com dispensa de junta médica de avaliação de incapacidade, e emite novas disposições relativas às juntas médicas de avaliação de incapacidade.

| **Lei n.º 1/2024, de 4 de janeiro.** Estabelece regime transitório de emissão de AMIM para doentes oncológicos, com atribuição automática de grau mínimo de incapacidade de 60% por cinco anos após o diagnóstico, sem necessidade de junta médica. Os doentes cujo diagnóstico tenha ultrapassado os cinco anos continuam a beneficiar do grau de 60% até à realização de nova avaliação.

| **Decreto-Lei n.º 15/2024, de 17 de janeiro.** Determina que os AMIM sujeitos a renovação ou reavaliação se mantêm válidos para efeitos de benefícios sociais, económicos e fiscais, desde que acompanhados de comprovativo do pedido de junta médica apresentado antes do termo da validade.

| **Portaria n.º 151/2024/1, de 8 de abril.** Define patologias com dispensa transitória de junta médica de avaliação de incapacidade.

| **Despacho n.º 447/2025, de 9 de janeiro.** Aprova o modelo de AMIM para doentes oncológicos nos termos da Lei n.º 1/2024.

| **Despacho n.º 10986/2016, de 8 de setembro.** Isenção de taxas moderadoras para doentes com doença oncológica maligna.

| **Lei n.º 8/2026, de 25 de fevereiro:** Cria o processo extraordinário destinado a reduzir atrasos e recuperar pendências na realização das Juntas Médicas de Avaliação de Incapacidade.



BENEFÍCIOS FISCAIS

| **Código do IRS, artigos 78.º a 87.º.** Deduções à coleta para pessoas com deficiência ou incapacidade igual ou superior a 60%.

| **Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro (OE 2024), artigo 87.º do CIRS.** Introduz regime de saída progressiva dos benefícios fiscais ao longo de 4 anos para doentes oncológicos reavaliados com grau de incapacidade inferior a 60% mas igual ou superior a 20%.

| **Código do IUC, artigo 5.º.** Isenção de IUC para veículos de pessoas com deficiência.

| **Código do Imposto Sobre Veículos (CISV), artigos 54.º a 57.º.** Isenção de ISV na aquisição de veículos por pessoas com deficiência motora.

| **Código do IVA, Tabela I anexa.** Taxas reduzidas de IVA para bens e serviços destinados a pessoas com deficiência.

| **Ofício Circulado n.º 20292/2026, de 17 de abril de 2026 (Autoridade Tributária):** Esclarece a aplicação do princípio da avaliação mais favorável (Lei n.º 80/2021) em sede de reavaliações de incapacidade ocorridas após 1 de janeiro de 2024.

HABITAÇÃO, CRÉDITO E SERVIÇOS ESSENCIAIS

| **Decreto-Lei n.º 222/2009, de 11 de setembro:** Estabelece as regras aplicáveis às garantias prestadas no âmbito de contratos de crédito à habitação e à contratação do seguro de vida associado.

| **Decreto-Lei n.º 66/2021, de 30 de julho:** Cria a Tarifa Social de Acesso a Serviços de Internet em Banda Larga.

ACESSIBILIDADE E CULTURA

| **Decreto-Lei n.º 65/2026, de 5 de março:** Assegura a gratuidade de bilhetes para acompanhantes de pessoas com deficiência em espetáculos artísticos promovidos por entidades públicas.

BENEFÍCIOS SOCIAIS

| **Decreto-Lei n.º 247/89, de 5 de agosto:** Cria o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) e enquadra as medidas de reativação e integração profissional de pessoas com deficiência ou incapacidade adquirida.

| **Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de fevereiro** (alterado pelo DL n.º 2/2024). Proteção na doença, incluindo subsídio de doença.

| **Decreto-Lei n.º 2/2024, de 5 de janeiro.** Alarga os serviços competentes para emissão de certificados de incapacidade temporária, incluindo urgências e setor privado e social.

| **Portaria n.º 11/2024, de 18 de janeiro.** Prolonga de 30 para 90 dias o período inicial da baixa médica para doentes oncológicos, em vigor desde 1 de março de 2024.

| **Decreto-Lei n.º 220/2006, de 3 de novembro.** Proteção social da eventualidade de desemprego dos trabalhadores por conta de outrem.

| **Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio.** Proteção nas eventualidades de invalidez e velhice do regime geral de segurança social.

| **Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de julho.** Complemento por Dependência.

| **Decreto-Lei n.º 126-A/2017, de 6 de outubro.** Prestação Social para a Inclusão (PSI).

| **Decreto-Lei n.º 133/2012, de 2 de julho.** Abono de Família para Crianças e Jovens e Bonificação por Deficiência.

| **Portaria n.º 142-A/2012, de 15 de maio.** Transporte Não Urgente de Doentes (TND).

| **Portaria n.º 235/2024/1, de 26 de setembro:** Regulamento do Programa Cuida-te +, promovido pelo Instituto Português do Desporto e Juventude, I. P. (IPDJ, I. P.), focado na promoção da saúde, bem-estar e estilos de vida saudáveis da população jovem.

| **Lei n.º 36/2026, de 27 de julho:** Autoriza o Governo a criar a Prestação Social Única (PSU).

| **Decreto-Lei n.º 166/2026, de 13 de agosto:** Cria e regula a Prestação Social Única (PSU), agregando 13 prestações não contributivas de combate à pobreza e insuficiência económica.

DIREITOS LABORAIS

| **Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro (Código do Trabalho),** com as alterações da Lei n.º 13/2023, de 3 de abril.

| Artigos 37.º a 65.º: parentalidade, licenças e assistência à família, incluindo licença por assistência a filho com doença oncológica (até 6 anos, sem limite nos casos de doença terminal).

| Artigo 54.º: redução de 5 horas semanais para progenitores de menor com deficiência ou doença crónica com idade não superior a 1 ano.

| Artigos 83.º a 86.º: adaptação de posto de trabalho e proteção de trabalhadores com doença crónica ou deficiência.

| Artigos 249.º a 256.º: proteção no despedimento.

| Artigos 101.º a 101.º-H: direitos laborais específicos do cuidador informal não principal.

| **Decreto-Lei n.º 29/2001, de 3 de fevereiro.** Quotas de emprego para pessoas com deficiência na função pública.

| **Lei n.º 4/2019, de 10 de janeiro.** Apoios à contratação e manutenção do emprego para pessoas com deficiência no setor privado e organismos do setor público, não abrangidos pelo âmbito de aplicação do Decreto-Lei n.º 29/2001, de 3 de fevereiro.

| **Lei n.º 90/2019, de 4 de setembro:** Reforça a proteção na parentalidade, alterando o Código do Trabalho e consagrando a licença para assistência a filho com doença oncológica.

ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL

| **Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro.** Estatuto do Cuidador Informal.

| **Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro,** alterado pelo Decreto Regulamentar n.º 5/2024, de 6 de novembro. Condições de acesso ao estatuto e medidas de apoio.

| **Decreto-Lei n.º 86/2024, de 6 de novembro.** Segunda alteração à Lei n.º 100/2019.

| **Decreto-Lei n.º 138/2025, de 29 de dezembro.** Terceira alteração à Lei n.º 100/2019.

| **Portaria n.º 21/2026/1, de 21 de janeiro:** Regulamenta o projeto-piloto da Bolsa de Cuidadores e da Bolsa de Voluntários para descanso e apoio temporário aos cuidadores informais.

LEI DO ESQUECIMENTO

| **Lei n.º 75/2021, de 18 de novembro.** Consagra o direito ao esquecimento em contratos de seguro e de crédito para pessoas que superaram situações de risco agravado de saúde.

| **Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril.** Regime Jurídico do Contrato de Seguro. Enquadramento base complementado pela Lei n.º 75/2021.

| **Norma Regulamentar n.º 12/2024-R da ASF, de dezembro de 2024.** Operacionaliza a Lei n.º 75/2021 no setor segurador.

| **Decreto-Lei n.º 79/2026, de 17 de março.** Regulamenta e reforça a aplicação do direito ao esquecimento, introduzindo uma grelha de prazos específicos para 22 grupos de doenças oncológicas e alargando o regime às instituições de pagamento e de moeda eletrónica.

| **Lei n.º 14/2026, de 27 de abril:** Alarga o âmbito de aplicação da Lei do Esquecimento (Lei n.º 75/2021) aos contratos de crédito para fins comerciais e profissionais e explicita a inclusão de patologias como a doença oncológica, diabetes, VIH e hepatite C.



LEGISLAÇÃO DAS REGIÕES AUTÓNOMAS

| **Açores.** Decreto Legislativo Regional n.º 22/2019/A. Regime Jurídico de Apoio ao Cuidador Informal. Portal específico: apoioaocuidador.azores.gov.pt.

| **Madeira.** Decreto Legislativo Regional n.º 5/2019/M. Estatuto do Cuidador Informal da Região Autónoma da Madeira. Balcão do Cuidador Informal em Funchal.

Nos Açores e na Madeira, a legislação de base nacional em matéria de AMIM, benefícios fiscais, direitos laborais e lei do esquecimento aplica-se de forma integral e uniforme. As especificidades regionais concentram-se no estatuto do cuidador informal e nos serviços de saúde regionais (SRSA e SESARAM).

FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Publicações e Documentos de Referência

Associação Portuguesa Contra a Leucemia (APCL). Manual da Hemato-Oncologia. Edições de 2019 e 2025.

Grupo Informação em Saúde do National Cancer Hub (NCH) Portugal. Guia de Recursos para a Pessoa com Doença Oncológica e seus Cuidadores. 2.^a edição. 2025.

Instituto Nacional para a Reabilitação (INR). Guia Prático. Os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal. 2019.

Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC). Direitos Gerais do Doente Oncológico. 5.^a edição. 2025.

Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC). Direitos Gerais do Doente Oncológico. 4.^a edição. 2020.

DECO Proteste. Defenda os Seus Direitos: 160 Perguntas e Respostas. 5.^a edição. 2021.

DECO Proteste. Guia Fiscal. Edições de 2025 e 2026.

Sítios de Internet Consultados (entre 2023 e 2026)

Diário da República Eletrónico. Disponível em: <https://dre.pt>

Entidade Reguladora da Saúde. Disponível em: <https://www.ers.pt>

INFARMED. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Disponível em: <https://www.infarmed.pt>

Instituto para os Direitos das Pessoas com Deficiência (IDiPD). Disponível em: <https://idipd.mtsss.gov.pt/inicio>

Instituto da Segurança Social. Disponível em: <https://www.seg-social.pt>

Portal das Finanças. Autoridade Tributária e Aduaneira. Disponível em: <https://www.portaldasfinancas.gov.pt>

SNS 24. Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt>

Caixa Geral de Depósitos. Disponível em: <https://www.cgd.pt>

Contas Poupança. Disponível em: <https://www.contaspoupanca.pt>

DECO Proteste. Disponível em: <https://www.deco.proteste.pt>

Doutor Finanças. Disponível em: <https://www.doutorfinancas.pt>

Comunicação Social

Diário de Notícias. Disponível em: <https://www.dn.pt>

Público. Disponível em: <https://www.publico.pt>

AGRADECIMENTOS

A APCL-Associação Portuguesa Contra a Leucemia expressa o seu sincero reconhecimento a todos quantos tornaram possível a elaboração deste Manual.

*Um agradecimento muito especial a **Catarina Rogado**, voluntária que concebeu o Manual, pela dedicação, generosidade e empenho ao longo de todo o processo.*

Agradecemos igualmente aos restantes voluntários, pacientes e profissionais que procederam à revisão do documento e que, com as suas sugestões e contributos, em muito enriqueceram o resultado final.

*À **Abreu Advogados**, parceira da APCL, o nosso reconhecimento pela revisão jurídica e por ter assegurado a impressão desta edição.*

*E à **4 Elementos**, pelo trabalho de design e conceção gráfica do manual.*

A todos, o nosso profundo obrigado.

O QUE FAZEMOS



Promoção da **literacia em saúde** e da gestão da doença

Jornadas anuais, conferência internacional anual, seminários, workshops e sessões temáticas de esclarecimento

A APCL realiza várias atividades, presenciais ou online, para esclarecer os doentes e o público em geral sobre o universo das doenças hemato-oncológicas.



Apoio Social a doentes com cancro do sangue, familiares e cuidadores

APCL Cares / Atribuição de ajuda financeira a doentes com cancro do sangue em situação de carência.¹⁾

- Projeto **Jornada do Paciente**: Entrevista de aferição de necessidades / Exercício físico adaptado - aulas regulares online / Apoio psicológico / Nutrição / Apoio social e jurídico.²⁾

Apoio psicológico individualizado a doentes com cancro do sangue.²⁾

Grupos de apoio psicológico / Linfomas / Leucemias / Mieloma Múltiplo / Os grupos para doentes são moderados por Psicólogos.²⁾

Casa Porto Seguro / Uma casa de acolhimento em Lisboa.

- Acolhe doentes hemato-oncológicos em tratamento ou a aguardar transplante, e seus cuidadores, residentes fora de Lisboa e com dificuldades financeiras.
- Próxima das unidades de saúde, promove um acesso mais universal aos tratamentos, maior conforto e um espaço de acolhimento, carinho e apoio presencial, essenciais à recuperação.

A Seu Lado / Para doentes com linfoma com terapia CAR-T prescrita.

- Alojamento próximo do hospital, cuidador profissional 24 horas após a alta e articulação entre doente, família e equipas médicas.
- Destina-se a doentes vulneráveis, sem apoio para estas despesas, que residam a mais de 1h30 do centro de tratamento.
- O acesso inicia-se pela identificação e avaliação socioeconómica pelo centro de referência e posterior ativação do apoio pela APCL.



Apoio à investigação científica

Atribuição anual de uma Bolsa de Investigação Científica, a um projeto a ser realizado em Portugal.²⁾



Networking internacional

Reuniões anuais com associações congéneres internacionais /

A APCL é membro ativo de outras associações *patient advocate* o que nos permite adquirir mais estratégias para implementar em Portugal.



Networking nacional

Grupos de trabalho formados por pacientes / A APCL promove e apoia grupos formados por voluntários com cânceros do sangue, que nos aproximam da realidade dos pacientes e trazem inúmeros contributos para as nossas atividades.

- Grupo de Trabalho Mieloma Múltiplo
- Grupo de Trabalho Leucemias e Linfomas
- Grupo de trabalho Leucemias Crónicas, Síndromes Mielodisplásicas e Neoplasias Mieloproliferativas



Podcast sobre os cânceros do sangue **O sangue que há em nós**

Testemunhos na primeira e respostas de profissionais .

- Ouvir em <https://apcl.pt/pt/podcasts-apcl>, Spotify e YouTube



APP O meu sangue

Toda a informação sobre a doença num só lugar. Para organizar consultas, guardar resultados de análises, registar sintomas e efeitos secundários, acompanhar alimentação e atividade física e aceder a informação sobre as doenças hemato-oncológicas.

- Saiba mais sobre a app em <https://omeusangue.apcl.pt/wp/>
- Disponível em Apple Store e Google Play

NOTAS

¹⁾ Para aceder a estes serviços, inscreva-se: apcl.eventkey.pt/apclcares.aspx

²⁾ Para informações e inscrições, escrever para geral@apcl.pt

ATIVIDADES A DECORRER

Grupos de apoio psicológico para pacientes e cuidadores / online
Leucemias, Linfomas e Linfomas Cutâneos / Mieloma Múltiplo

Atividade física para pacientes

Exercício Físico Adaptado / online

Siga-nos nas redes sociais e no site para estar a par de todos os eventos ou escreva-nos para geral@apcl.pt

COMO APOIAR-NOS

Torne-se associado

Consigne 0,5% do seu IRS: NIF 505 945 401

Faça um donativo: IBAN PT50 0007 0000 00709371671 23
MBWAY 969 368 664

CONTACTOS

 Rua Nunes Claro nº 8C, 1000-209 Lisboa

 213 422 204 / 913 461 547  geral@apcl.pt

 [apcleucemia](#)  Associação Portuguesa Contra a Leucemia

APP



PODCAST



APCL







APCL

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
CONTRA A LEUCEMIA

Desde 2002

Contactos

 Rua Nunes Claro, nº 8C, 1000-209 Lisboa

 213 422 204 / 913 461 547  geral@apcl.pt

 [apcleucemia](#)  [Associação Portuguesa Contra a Leucemia](#)

**Uma associação de
doentes para doentes
com cancros do sangue**

