



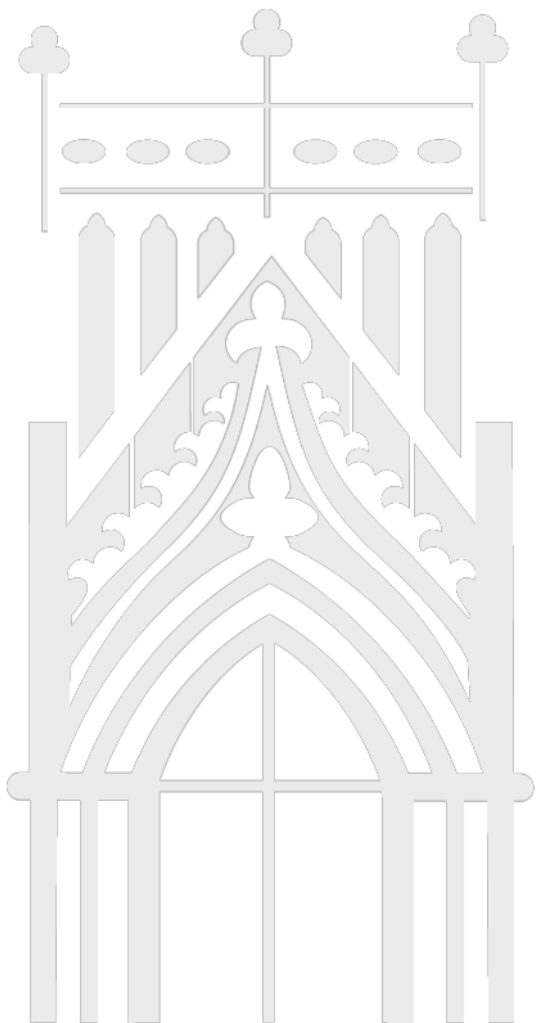
IPG Politécnico
|da|Guarda
Polytechnic
of Guarda

Mestrado em Gestão
Administração Pública

POLÍTICAS DE SAÚDE NOS PROGRAMAS
ELEITORAIS - ESTUDO DAS PROPOSTAS NAS
ELEIÇÕES LEGISLATIVAS DE 2019

Bárbara Inês Almeida Monteiro

julho | 2020



Escola Superior
de Tecnologia e Gestão



POLÍTICAS DE SAÚDE NOS
PROGRAMAS ELEITORAIS:

ESTUDO DAS PROPOSTAS NAS ELEIÇÕES
LEGISLATIVAS DE 2019

PROJETO APLICADO DE MESTRADO EM GESTÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Bárbara Inês Almeida Monteiro

Julho, 2020



POLÍTICAS DE SAÚDE NOS
PROGRAMAS ELEITORAIS:

ESTUDO DAS PROPOSTAS NAS ELEIÇÕES
LEGISLATIVAS DE 2019

PROJETO APLICADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM GESTÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Orientador: Professor Doutor Jorge Manuel Monteiro Mendes

Bárbara Inês Almeida Monteiro

Julho, 2020

“Serviço Nacional de Saúde
a esperança em liberdade
força conjugada
do dever e da vontade
Ainda floresce
na alma levantada
este grito – SNS!
Que seja de todos, Sol e vida
estrela da igualdade
símbolo, força, sinal;
Cravo de abril plantado,
no chão de Portugal”

*António Arnaut, Antigo Ministro dos Assuntos Sociais e Advogado,
considerado “Pai” do Serviço Nacional de Saúde:
Poema “35 Anos depois, 15 de Setembro, 2014.*

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que sempre me apoiou na sua concretização e não me deixou desistir nos momentos mais complicados.

Um beijo especial ao meu filho pelo tempo que não lhe pude dedicar.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Jorge Manuel Mendes, inspirador e gerador de motivação, sempre com uma disponibilidade ímpar e de conhecimentos profundos, possibilitando a transformação de uma jornada que se avizinhava dura, num trabalho muito gratificante.

Aos meus colegas de Mestrado com quem tive a sorte de trabalhar e que pelo seu apoio nos tornamos importantes amigos.

A todos, bem-hajam.

RESUMO

O Serviço Nacional de Saúde Português desde há 40 anos que tem sofrido reformas importantes e estas por sua vez são o resultado de políticas e influências contemporâneas de cada momento. Identificar as Dimensões da Saúde presentes no SNS permite perceber de que forma a saúde é um foco quando analisados os Programas dos Partidos Políticos com assento parlamentar nas legislativas de 2019.

Com este trabalho pretende-se dar resposta sobre que políticas e/ou medidas foram formuladas por cada partido nessas mesmas Dimensões de Saúde que estão presentes no SNS e ainda perceber qual a importância das Políticas de Saúde nas propostas eleitorais. Tendo em conta a evolução histórica da Saúde em Portugal, que acompanhou as tendências verificadas a nível europeu e mundial, espera-se que as políticas da saúde propostas pelos Partidos traduzam essa evolução nas dimensões anteriormente identificadas. Por outro lado, será também expectável que possam existir diferenças nos Programas de cada partido de acordo com a sua orientação política.

É possível concluir que os Partidos apresentam posições distintas entre si, convergindo em alguns casos. A importância atribuída ao Envelhecimento Ativo é a que mais consenso reúne, pois percebe-se que esta foi a Dimensão em Saúde mais valorizada no conjunto dos Programas dos seis Partidos.

Por sua vez, o Partido que apresentou mais medidas ou propostas destacou-se de forma inequívoca dos demais, com um *score* final superior ao dobro do segundo. Este destaque vai para o PAN.

De salientar que a dimensão que mais pontuou dentro do Programa do PAN foi a Diabetes e os Cuidados Paliativos, ambos com a mesma pontuação.

Palavras-chave: *Serviço Nacional de Saúde, Propostas/Medidas; Programas Eleitorais; Partidos Políticos*

ABSTRACT

The Portuguese National Health Service for 40 years has undergone major reforms and these in turn are the result of contemporary policies and influences from every moment. Identifying the Health Dimensions present in the NHS allows us to perceive how health is a focus when analyzing the Political Party Programs with parliamentary seat in the 2019 legislatures.

This work intends to give an answer about which policies and / or measures were formulated by each party in these same Health Dimensions that are present in the NHS and also understand the importance of Health Policies in the electoral proposals. Taking into account the historical evolution of Health in Portugal, which has followed the trends verified at European and world level, it is expected that the health policies proposed by the Parties will translate this evolution into the dimensions previously identified. On the other hand, it will also be expected that there may be differences in the Programs of each party according to their political orientation.

It is possible to conclude that the Parties have different positions, converging in some cases. The importance attributed to Active Aging is the one that brings together the most consensus, as this was the Dimension in Health most valued in the set of six Party Programs.

In turn, the Party that presented more measures or proposals stood out unequivocally from the others, with a final score greater than double the second. This highlight goes to the PAN.

It should be noted that the dimension that scored the most in the PAN Program was Diabetes and Palliative Care, both with the same score.

Keywords: *National Health Service, Proposals / Measures; Electoral Programs; Political parties*

GLOSSÁRIO

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AD – Aliança Democrática

ADSE – Assistência na Doença dos Servidores Civis dos Estado

ARS – Administração Regional de Cuidados de Saúde

BCG – *Bacillus Calmette-Guérin*

BE – Bloco de Esquerda

CDS – Centro Democrático e Social

CE – Comunidade Europeia

CNSMI – Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil

CRI – Centros de Responsabilidade Integrados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DM2 – Diabetes *Mellitus* Tipo 2

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EU – *European Union*

FIV – Fertilização *in vitro*

FMI – Fundo Monetário Internacional

HPV – Papiloma Vírus Humano

ICBAS-UP – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto

IDT – Instituto das Drogas e Toxicodependências

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JCI – *Joint Commission International*

LAC – Livre Acesso e Circulação

NGP – Nova Gestão Pública

OCDE – Serviço Nacional de Saúde

OE – Orçamento de Estado

ONG – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

ONUSIDA – Organização das Nações Unidas para a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PAN – Partido das Pessoas, Animais e Natureza

PCP – Partido Comunista Português

PERLE – Programa Especial de Recuperação de Listas de Espera

PIB – Produto Interno Bruto

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PP – Partido Popular

PPD – Partido Popular Democrático

PPM – Partido Popular Monárquico

PS – Partido Socialista

PSCI – Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina

PSD – Partido Social Democrático

PTS – Programa de Troca de Seringas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RTP - Rádio Difusão Portuguesa

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SICO – Sistema de Informação de Certificado de Óbitos

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantida

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

UE – União Europeia

USF – Unidade de Saúde Familiar

USPSTF – *U.S Preventive Services Task Force*

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL: QUARENTA ANOS DE EVOLUÇÃO	3
1.1. Governos Constitucionais e as Principais reformas do SNS	5
1.1.1. 1976-1978: I e II GOVERNOS CONSTITUCIONAIS	5
1.1.2. 1978: III GOVERNO CONSTITUCIONAL	6
1.1.3. 1978-1979: IV GOVERNO CONSTITUCIONAL	7
1.1.4. 1979-1980: V GOVERNO CONSTITUCIONAL	7
1.1.5. 1980-1981: VI GOVERNO CONSTITUCIONAL	8
1.1.6. 1981-1983: VII E VIII GOVERNO CONSTITUCIONAL	9
1.1.7. 1983-1985: IX GOVERNO CONSTITUCIONAL	11
1.1.8. 1985-1995: X, XI E XII GOVERNO CONSTITUCIONAL	12
1.1.9. 1995-2002: XIII E XIV GOVERNO CONSTITUCIONAL.....	15
1.1.10. 2002-2004: XV GOVERNO CONSTITUCIONAL	18
1.1.11. 2004-2005: XVI GOVERNO CONSTITUCIONAL	21
1.1.12. 2005-2011: XVII E XVIII GOVERNO CONSTITUCIONAL.....	21
1.1.13. 2011-2015: XIX E XX GOVERNO CONSTITUCIONAL.....	24
1.1.14. 2015-PRESENTE: XXI E XXII GOVERNO CONSTITUCIONAL.....	25
1.2. Europa e União Europeia: Breve olhar sobre as Principais Reformas	27
CAPÍTULO II: A SAÚDE E AS SUAS DIMENSÕES NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	29
2.1. Saúde Mental	30
2.1.1. <i>Demências</i>	31
2.2. Toxicodependência	34
2.3. Tabagismo	35
2.4. Diabetes.....	37
2.5. Saúde Materno-Infantil	38
2.6. Envelhecimento Ativo	40
2.7. SIDA	42
2.8. Doenças Cérebro-Cardiovasculares	44
2.9. Plano Nacional de Vacinação	46
2.9.1. <i>Tuberculose</i>	47
2.10. Saúde Sexual e Reprodutiva.....	49

2.10.1. Procriação medicamente assistida.....	49
2.10.2. Interrupção voluntária da gravidez	51
2.11. Doenças Oncológicas.....	53
2.12. Cuidados Paliativos.....	55
CAPÍTULO III: GUIA PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS PROGRAMAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS: OPÇÕES METODOLÓGICAS	57
3.1. Construção da Pesquisa: Metodologia	58
3.2. Construção da Pesquisa: Questões de Investigação	60
3.3. Operacionalização do Guia para a Análise de Conteúdo dos Programas dos Partidos Políticos.....	61
3.3.1. Dimensão de Análise: Saúde Mental.....	63
3.3.2. Dimensão de análise: Toxicodependência	65
3.3.3. Dimensão de Análise: Tabagismo	67
3.3.4. Dimensão de Análise: Diabetes.....	69
3.3.5. Dimensão da análise: Saúde Materno-Infantil	71
3.3.6. Dimensão de Análise: Envelhecimento Ativo.....	74
3.3.7. Dimensão de Análise: SIDA	77
3.3.8. Dimensão de Análise: Doenças Cérebro-Cardiovasculares	79
3.3.9. Dimensão de Análise: Plano Nacional de Vacinação.....	81
3.3.10. Dimensão de Análise: Saúde Sexual e Reprodutiva.....	83
3.3.11. Dimensão de Análise: Doenças Oncológicas.....	86
3.3.12. Dimensão de Análise: Cuidados Paliativos.....	88
CAPITULO IV: ESTUDO EMPÍRICO: ANÁLISE DOS PROGRAMAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS	90
4.1. Saúde Mental	91
4.2. Toxicodependência	95
4.3. Tabagismo	99
4.4. Diabetes.....	103
4.5. Saúde Materno-Infantil	107
4.6. Envelhecimento Ativo	111
4.7. SIDA	116
4.8. Doenças Cérebro-Cardiovasculares	119
4.9. Plano Nacional de Vacinação.....	122
4.10. Saúde Sexual e Reprodutiva.....	125

4.11. Doenças Oncológicas	129
4.12. Cuidados Paliativos	133
CAPITULO V: DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES	137
5.1. Discussão de Resultados	137
5.2. Conclusões.....	144
BIBLIOGRAFIA.....	147

ANEXOS

Anexo 1: Resultado das Subcomponentes: Saúde Mental

Anexo 2: Resultado das Subcomponentes: Toxicodependência

Anexo 3: Resultado das Subcomponentes: Tabagismo

Anexo 4: Resultado das Subcomponentes: Diabetes

Anexo 5: Resultado das Subcomponentes: Saúde Materno-Infantil

Anexo 6: Resultado das Subcomponentes: Envelhecimento Ativo

Anexo 7: Resultado das Subcomponentes: SIDA

Anexo 8: Resultado das Subcomponentes: Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Anexo 9: Resultado das Subcomponentes: Plano Nacional de Vacinação

Anexo 10: Resultado das Subcomponentes: Saúde Sexual e Reprodutiva

Anexo 11: Resultado das Subcomponentes: Doenças Oncológicas

Anexo 12: Resultado das Subcomponentes: Cuidados Paliativos

Índice de Tabelas

Tabela 1: I e II Governos Constitucionais	5
Tabela 2: III Governo Constitucional	6
Tabela 3: IV Governo Constitucional	7
Tabela 4: V Governo Constitucional.....	7
Tabela 5: VI Governo Constitucional	9
Tabela 6: VII e VIII Governos Constitucionais	10
Tabela 7: IX Governo Constitucional	11
Tabela 8: X e XI Governos Constitucionais.....	12
Tabela 9: XIII e XIV Governos Constitucionais.....	15
Tabela 10: XV Governo Constitucional.....	19
Tabela 11: XVI Governo Constitucional	21
Tabela 12: XVII e XVIII Governos Constitucionais.....	21
Tabela 13: XIX e XX Governos Constitucionais.....	24
Tabela 14: XXI e XXII Governos Constitucionais	25
Tabela 15: Dimensões de análise a sua codificação	61
Tabela 16: Legenda das Siglas utilizadas para as Dimensões analisadas	62
Tabela 17: Dimensão de análise Saúde Mental (cod. 1)	63
Tabela18: Saúde mental e Recursos Humanos (Cod.1.1)	63
Tabela19: Saúde Mental e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.1.2)	64
Tabela 20: Saúde Mental e Incentivos Financeiros (Cod.1.3)	64
Tabela 21: Saúde Mental e Programas de Apoio e Informação (Cod.1.4)	64
Tabela 22: Dimensão de análise Toxicodependência (cod. 2)	65
Tabela 23: Toxicodependência e Recursos Humanos (Cod.2.1)	65
Tabela 24: Toxicodependência e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.2.2)	65
Tabela 25: Toxicodependência e Incentivos Financeiros (Cod.2.3)	65
Tabela 26: Toxicodependência e Programas de Apoio e Informação (Cod.2.4)	66
Tabela 27: Toxicodependência e Leis e Regulamentos (Cod.2.5)	66
Tabela 28: Dimensão de análise Tabagismo (cod. 3)	67
Tabela 29: Tabagismo e Recursos Humanos (Cod.3.1)	67
Tabela 30: Tabagismo e Programas de Apoio e Informação (Cod.3.2)	67
Tabela 31: Tabagismo e Leis e Regulamentos (Cod.3.3)	67
Tabela 32: Dimensão de análise Diabetes (cod. 4)	69
Tabela 33: Diabetes e Recursos Humanos (Cod.4.1)	69

Tabela 34: Diabetes e Incentivos Financeiros (Cod.4.2)	69
Tabela 35: Diabetes e Programas de Apoio e Informação (Cod.4.3)	69
Tabela 36: Diabetes e Leis e Regulamentos (Cod.4.4)	70
Tabela 37: Dimensão de análise Saúde Materno-infantil (cod. 5)	71
Tabela 38: Saúde Materno-infantil e Recursos Humanos (Cod.5.1)	71
Tabela 39: Saúde Materno-infantil e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.5.2)	71
Tabela 40: Saúde Materno-infantil e Incentivos Financeiros (Cod.5.3)	72
Tabela 41: Saúde Materno-infantil e Programas de Apoio e Informação (Cod.5.4)	72
Tabela 42: Saúde Materno-infantil e Leis e Regulamentos (Cod.5.5)	73
Tabela 43: Envelhecimento Ativo (cod. 6)	74
Tabela 44: Envelhecimento Ativo e Recursos Humanos (Cod.6.1)	74
Tabela 45: Envelhecimento Ativo e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.6.2)	74
Tabela 46: Envelhecimento Ativo e Incentivos Financeiros (Cod.6.3)	75
Tabela 47: Envelhecimento Ativo e Programas de Apoio e Informação (Cod.6.4)	75
Tabela 48: Envelhecimento Ativo e Leis e Regulamentos (Cod.6.5)	76
Tabela 49: Dimensão de Saúde SIDA (Cod.7)	77
Tabela 50: SIDA e Recursos Humanos (Cod.7.1)	77
Tabela 51: SIDA e Incentivos Financeiros (Cod.7.2)	77
Tabela 52: SIDA e Programas de Apoio e Informação (Cod.7.3)	77
Tabela 53: Dimensão Doenças Cérebro-Cardiovasculares (Cod.8)	79
Tabela 54: Doenças Cérebro-Cardiovasculares e Recursos Humanos (Cod.8.1)	79
Tabela 55: Doenças Cérebro-Cardiovasculares e Incentivos Financeiros (Cod.8.2)	79
Tabela 56: Doenças Cérebro-Cardiovasculares e Programas de Apoio e Informação (Cod.8.3)	80
Tabela 57: Dimensão Plano Nacional de Vacinação (Cod.9)	81
Tabela 58: Plano Nacional de Vacinação e Recursos Humanos (Cod.9.1)	81
Tabela 59: Plano Nacional de Vacinação e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.9.2)	81
Tabela 60: Plano Nacional de Vacinação e Programas de Apoio e Informação (Cod.9.3)	81
Tabela 61: Dimensão Saúde Sexual e Reprodutiva (Cod.10)	83
Tabela 62: Saúde Sexual e Reprodutiva e Recursos Humanos (Cod.10.1)	83
Tabela 63: Saúde Sexual e Reprodutiva e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.10.2)	83
Tabela 64: Saúde Sexual e Reprodutiva e Incentivos Financeiros (Cod.10.3)	84
Tabela 65: Saúde Sexual e Reprodutiva e Programas de Apoio e Informação (Cod.10.4)	84
Tabela 66: Saúde Sexual e Reprodutiva e Leis e Regulamentos (Cod.10.5)	84
Tabela 67: Dimensão Doenças Oncológicas (Cod.11)	86

Tabela 68: Doenças Oncológicas e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.11.2)	86
Tabela 69: Doenças Oncológicas e Programas de Apoio e Informação (Cod.11.2)	86
Tabela 70: Doenças Oncológicas e Leis e Regulamentos (Cod.11.3)	87
Tabela 71: Dimensão Cuidados Paliativos (Cod.12)	88
Tabela 72: Cuidados Paliativos e Recursos Humanos (Cod.12.1)	88
Tabela 73: Cuidados Paliativos e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.12.2)	89
Tabela 74: Cuidados Paliativos e Programas de Apoio e Informação (Cod.12.3)	89
Tabela 75: Cuidados Paliativos e Leis e Regulamentos (Cod.12.4)	89
Tabela 76: <i>Score</i> final da Saúde Mental no Programa do PS.....	91
Tabela 77: <i>Score</i> final da Saúde Mental no Programa do CDS.....	91
Tabela 78: <i>Score</i> final da Saúde Mental no Programa do BE	92
Tabela 79: <i>Score</i> final da Saúde Mental no Programa do PSD	92
Tabela 80: <i>Score</i> final da Saúde Mental no Programa do PCP	93
Tabela 81: <i>Score</i> final da Saúde Mental no Programa do PAN	94
Tabela 82: <i>Score</i> final da Toxicodependência no Programa do PS.....	95
Tabela 83: <i>Score</i> final da Toxicodependência no Programa do CDS	95
Tabela 84: <i>Score</i> final da Toxicodependência no Programa do BE	96
Tabela 85: <i>Score</i> final da Toxicodependência no Programa do PSD.....	96
Tabela 86: <i>Score</i> final da Toxicodependência no Programa do PCP	97
Tabela 87: <i>Score</i> final da Toxicodependência no Programa do PAN	98
Tabela 88: <i>Score</i> final do Tabagismo no Programa do PS	99
Tabela 89: <i>Score</i> final do Tabagismo no Programa do CDS.....	99
Tabela 90: <i>Score</i> final do Tabagismo no Programa do BE	100
Tabela 91: <i>Score</i> final do Tabagismo no Programa do PSD	100
Tabela 92: <i>Score</i> final do Tabagismo no Programa do PCP	101
Tabela 93: <i>Score</i> final do Tabagismo no Programa do PAN	101
Tabela 94: <i>Score</i> final da Diabetes no Programa do PS.....	103
Tabela 95: <i>Score</i> final da Diabetes no Programa do CDS.....	103
Tabela 96: <i>Score</i> final da Diabetes no Programa do BE	104
Tabela 97: <i>Score</i> final da Diabetes no Programa do PSD	104
Tabela 98: <i>Score</i> final da Diabetes no Programa do PCP	105
Tabela 99: <i>Score</i> final da Diabetes no Programa do PAN	105
Tabela 100: <i>Score</i> final da Saúde Materno-Infantil no Programa do PS.....	107
Tabela 101: <i>Score</i> final da Saúde Materno-Infantil no Programa do CDS	107
Tabela 102: <i>Score</i> final da Saúde Materno-Infantil no Programa do BE.....	108

Tabela 103: <i>Score</i> final da Saúde Materno-Infantil no Programa do PSD.....	109
Tabela 104: <i>Score</i> final da Saúde Materno-Infantil no Programa do PCP.....	109
Tabela 105: <i>Score</i> final da Saúde Materno-Infantil no Programa do PAN.....	110
Tabela 106: <i>Score</i> final do Envelhecimento Ativo no Programa do PS.....	111
Tabela 107: <i>Score</i> final do Envelhecimento Ativo no Programa do CDS.....	111
Tabela 108: <i>Score</i> final do Envelhecimento Ativo no Programa do BE.....	112
Tabela 109: <i>Score</i> final do Envelhecimento Ativo no Programa do PSD.....	113
Tabela 110: <i>Score</i> final do Envelhecimento Ativo no Programa do PCP.....	113
Tabela 111: <i>Score</i> final do Envelhecimento Ativo no Programa do PAN.....	114
Tabela 112: <i>Score</i> final da SIDA no Programa do PS.....	116
Tabela 113: <i>Score</i> final da SIDA no Programa do CDS.....	116
Tabela 114: <i>Score</i> final da SIDA no Programa do BE.....	117
Tabela 115: <i>Score</i> final da SIDA no Programa do PSD.....	117
Tabela 116: <i>Score</i> final da SIDA no Programa do PCP.....	117
Tabela 117: <i>Score</i> final da SIDA no Programa do PAN.....	118
Tabela 118: <i>Score</i> final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do PS.....	119
Tabela 119: <i>Score</i> final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do CDS.....	119
Tabela 120: <i>Score</i> final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do BE.....	119
Tabela 121: <i>Score</i> final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do PSD.....	120
Tabela 122: <i>Score</i> final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do PCP.....	120
Tabela 123: <i>Score</i> final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do PAN.....	121
Tabela 124: <i>Score</i> final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do PS.....	122
Tabela 125: <i>Score</i> final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do CDS.....	122
Tabela 126: <i>Score</i> final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do BE.....	122
Tabela 127: <i>Score</i> final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do PSD.....	123
Tabela 128: <i>Score</i> final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do PCP.....	123
Tabela 129: <i>Score</i> final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do PAN.....	124
Tabela 130: <i>Score</i> final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do PS.....	125
Tabela 131: <i>Score</i> final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do CDS.....	125
Tabela 132: <i>Score</i> final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do BE.....	126
Tabela 133: <i>Score</i> final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do PSD.....	127
Tabela 134: <i>Score</i> final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do PCP.....	127
Tabela 135: <i>Score</i> final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do PAN.....	128
Tabela 136: <i>Score</i> final das Doenças Oncológicas no Programa do PS.....	129
Tabela 137: <i>Score</i> final das Doenças Oncológicas no Programa do CDS.....	129

Tabela 138: <i>Score</i> final das Doenças Oncológicas no Programa do BE	130
Tabela 139: <i>Score</i> final das Doenças Oncológicas no Programa do PSD.....	130
Tabela 140: <i>Score</i> final das Doenças Oncológicas no Programa do PCP	131
Tabela 141: <i>Score</i> final das Doenças Oncológicas no Programa do PAN	131
Tabela 142: <i>Score</i> final dos Cuidados Paliativos no Programa do PS	133
Tabela 143: <i>Score</i> final dos Cuidados Paliativos no Programa do CDS	133
Tabela 144: <i>Score</i> final dos Cuidados Paliativos no Programa do BE.....	134
Tabela 145: <i>Score</i> final dos Cuidados Paliativos no Programa do PSD	134
Tabela 146: <i>Score</i> final dos Cuidados Paliativos no Programa do PCP.....	135
Tabela 147: <i>Score</i> final dos Cuidados Paliativos no Programa do PAN.....	135
Tabela 148: Resultados finais de <i>Score</i>	137

Índice de Figuras

Figura 1: Impacto das Vacinas na redução do número de casos notificados	47
--------------------------------------------------------------------------------------	----

Índice de Quadros

Quadro 1: Ganhos em Saúde durante a vigência de XIX Governo Constitucional	24
Quadro 2: Saúde Mental, Quadro Síntese	94
Quadro 3: Toxicodependência, Quadro Síntese	98
Quadro 4: Tabagismo, Quadro Síntese	101
Quadro 5: Diabetes, Quadro Síntese.....	106
Quadro 6: Saúde Materno-Infantil, Quadro Síntese	110
Quadro 7: Envelhecimento Ativo, Quadro Síntese.....	114
Quadro 8: SIDA, Quadro Síntese	118
Quadro 9: Doenças Cérebro-Cardiovasculares., Quadro Síntese	121
Quadro 10: Plano Nacional de Vacinação, Quadro Síntese.....	124
Quadro 11: Saúde Sexual e Reprodutiva, Quadro Síntese.....	128
Quadro 12: Doenças Oncológicas, Quadro Síntese	132
Quadro 13: Cuidados Paliativos, Quadro Síntese.....	136

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Rede de Referenciação de Infertilidade	50
Gráfico 2: <i>Score</i> das Dimensões de Saúde	138
Gráfico 3: <i>Scores</i> dos Partidos para cada dimensão e <i>Score</i> total	139
Gráfico 4: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do PAN.....	140
Gráfico 5: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do PCP.....	141
Gráfico 6: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do BE.....	141
Gráfico 7: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do PSD	142
Gráfico 8: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do PS	143
Gráfico 9: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do CDS	143

INTRODUÇÃO

Ao longo da história do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, várias foram as políticas que condicionaram o seu desenvolvimento até aos dias de hoje. Vários executivos com diferentes visões para a Saúde, assim como influências exteriores a Portugal, ditaram a forma como conhecemos actualmente o nosso SNS.

A revolução de 25 de Abril de 1974 foi preponderante no que diz respeito às preocupações sociais e a Saúde passou a ser um dos focos do novo rumo político instalado.

Apesar de conturbados períodos em que claramente se viveram crises governativas, foram dados passos largos na construção da Saúde, com universalidade e gratuidade presentes.

Desde à esquerda à direita, todos os Partidos Políticos pensaram e posicionaram-se de forma a permitir a validação das suas ideias caso ocupassem assento parlamentar, plasmando-se as suas propostas nos seus Programas Eleitorais.

Este trabalho pretende, portanto, identificar as Dimensões da Saúde do SNS português e perceber qual o comprometimento de cada Partido no que diz respeito às mesmas, perceptível através das propostas apresentadas nos seus Programas Eleitorais, nas legislativas mais recentes, de 2019. Ao mesmo tempo, restringir a análise aos Partidos que ocupavam assento parlamentar e que por sua vez tinham contribuído de forma recente para o atual estado das Políticas de Saúde em Portugal.

Por outro lado, pretende dar resposta às questões:

- Questão 1: Que políticas e/ou medidas foram formuladas por cada um dos partidos nas 12 dimensões da saúde em análise?
- Questão 2: Nas propostas eleitorais, qual a importância das Políticas de Saúde?

Para tal dividiu-se este trabalho em cinco Capítulos. No primeiro Capítulo é feita uma revisão bibliográfica contemplando vários autores com trabalhos na área da saúde, assim como fontes oficiais do Governo de Portugal. Esta pesquisa permitiu enquadrar as principais reformas realizadas no SNS e posteriormente identificar as dimensões em Saúde que lhe são afetas.

No segundo Capítulo são identificadas as dimensões em Saúde adstritas ao SNS.

No terceiro Capítulo é apresentado o Guia para análise de conteúdos dos Programas dos Partidos Políticos elaborado para o efeito.

No quarto Capítulo é realizado o estudo empírico e feita a análise aos Programas dos Partidos.

No quinto e último Capítulo são apresentados os resultados e as conclusões do estudo, bem como as limitações verificadas de forma a modelar investigações futuras.

CAPÍTULO I: SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL: QUARENTA ANOS DE EVOLUÇÃO

A revolução em Portugal de 1974 possibilitou a democratização e aquisição de cuidados de saúde acessíveis a todos. Contudo, foi pela mão do Ministro dos Assuntos Sociais, António Arnaut, considerado como “pai do Serviço Nacional de Saúde” que se pôde materializar com o devido suporte legal, a acessibilidade dos cuidados de saúde.

Não obstante, e mais particularmente no final do Estado Novo, foram encetados esforços por vários nomes sonantes da história da saúde em Portugal, como Ricardo Jorge, Miguel Bombarda, Júlio de Matos, Egas Moniz, Abel Salazar, Corino de Andrade, Baltazar Rebelo de Sousa, Gonçalves Ferreira, Coriolano Ferreira e Miller Guerra, no sentido de avançar o sistema de saúde português. (Domingues, 2019)

Para dar resposta às necessidades em saúde, o Estado Português criou institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos e colocou em acção um programa de construção de hospitais que foram entregues às Misericórdias.

Até à criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o serviço de saúde era basicamente assegurado por particulares, sendo da responsabilidade do Estado apenas a assistência aos pobres. (Ministério da Saúde, 2019)

Apesar da conjuntura não ser a mais favorável (Portugal estava sob a intervenção do Fundo Monetário Internacional (FMI)), o despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.^a série, de 29 de Julho de 1978, mais conhecido como o "despacho Arnaut" foi publicado e impulsionou o progresso no que à saúde diz respeito, com um crescendo de defensores do SNS. Desde a esquerda à direita, foram reconhecidos os benefícios do SNS e que este não colidia com a medicina privada. (Arnaut e Semedo, 2017)

A este respeito, atente-se na posição de Arnaut e Semedo:

Os indicadores sanitários [...] e os ligados à mortalidade infantil e à esperança média de vida foram calando ou morigerando os detractores do SNS (Arnaut e Semedo, 2017:18)

Segundo Gonçalves Ferreira (1975), citado por Abreu, o SNS foi definido como sendo:

Conjunto de serviços de acção coordenada destinados a prestar à população, dentro da orientação da política de saúde estabelecida pelo Governo, os cuidados primários de saúde e os cuidados hospitalares, incluindo as medidas de reabilitação, sob a forma de cobertura médico-sanitária completa, a qual não deve sofrer restrições, para além das impostas pelos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Um serviço nacional de saúde deve ser, por definição, universal, (para servir todos os indivíduos), integral (fornecendo todos os cuidados de saúde), gratuito, progressivo no seu funcionamento e aperfeiçoamento, e pragmático na escolha das actividades prioritárias de saúde que mais interessam à população e seu planeamento. (Abreu, 2013: 18)

A implementação do SNS não gozou de estabilidade ao longo do tempo e facilmente se percebia que o legalmente estipulado não correspondia ao encontrado na prática. Com débil construção em termos estruturais e financeiros e sem modelos inovadores contribui para a dificuldade de acesso e parca eficiência dos serviços. Por sua vez, não existia grande transparência entre interesses públicos e privados. Cede-se ao mercado e inicia-se o declínio do SNS, enquanto sistema baseado num Estado de Previdência. (Carvalho, 2009)

1.1. Governos Constitucionais e as Principais reformas do SNS

O sector da Saúde apresenta características únicas e específicas que determinam a sua complexidade e dinâmicas particulares. A presente secção do capítulo tem como objectivo analisar as principais reformas do SNS bem como os contextos políticos coincidentes com os Governos Constitucionais vigentes tendo em conta uma sequência temporal. Excluem-se desta análise os Governos Provisórios e o intervalo temporal analisado foi de 1978-2019.

1.1.1. 1976-1978: I e II GOVERNOS CONSTITUCIONAIS

Após a revolução de 25 de Abril de 1974 e com a instalação da democracia e da liberdade, verificou-se um incremento na preocupação com as questões sociais as quais naturalmente incluíram a saúde. Foi neste espaço temporal que se deu o primeiro grande passo para o nascimento do SNS.

Marcado por ser um período político-social difícil após sucessivos Governos Provisórios, é Mário Soares quem lidera o I Governo Constitucional sendo Ministro dos Assuntos Sociais Armando Bacelar.¹

Tabela 1: I e II Governos Constitucionais

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro dos Assuntos Sociais
I Governo Constitucional	1976.07.23 até 1978.01.23	Mário Soares	Armando Bacelar
II Governo Constitucional	1978.01.23 até 1978.08.29	Mário Soares	António Arnaut

Fonte: (Elaboração Própria)

Em 1977 mantém-se a instabilidade política e acontece a primeira intervenção do FMI. O país registava uma taxa de desemprego superior 7%, os bens estavam racionados, a inflação era crescente chegando a alcançar os 20 %, havia forte conflitualidade política e o escudo estava

¹ O Ministério da Saúde e da Assistência surge por via do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de Agosto em 1958. A tutela dos serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública deixam assim de pertencer ao Ministério do Interior. Já em 1973 surge o Ministério da Saúde com autonomia face à Assistência, através do Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de Novembro. No entanto, em 1974, é transformado em Secretaria de Estado (da Saúde) e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais pelo Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de Maio). Só em 1983 através do Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de Julho, que aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, é criado o Ministério da Saúde. A autonomia é ditada pela importância do sector, pelo volume dos serviços, pelas infra-estruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem.

desvalorizado). Ainda assim em 1976, dois anos depois da revolução, é aprovada nova Constituição, cujo artigo 64.º dita que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Cabe ao Estado o papel de assegurar o acesso a cuidados de saúde de todos os cidadãos sem exclusão em função do seu poder económico e com a devida cobertura médica e hospitalar no país.

Já em 1978 e com a vigência do II Governo Constitucional em que se mantém a liderança de Mário Soares mas Armando Bacelar é substituído por António Arnaut, é publicado o despacho ministerial em Diário da República, 2.ª série, de 29 de Julho de 1978 mais conhecido como “despacho Arnaut”, tornando o acesso aos cuidados de saúde universal, geral e gratuito em todas as unidades da rede pública. (Abreu, 2003)

Não foi de todo bem aceite no parlamento, essencialmente pelos partidos mais à direita, nem pela Ordem dos Médicos que o considerou um ataque à medicina liberal. Este foi um dos pretextos para a ruptura governativa e que levou a um ciclo de governos de iniciativa presidencial. Mais tarde, e já durante o V Governo Constitucional sob a liderança de Maria de Lurdes Pintassilgo, foi elaborado o projecto que deu origem à Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, a Lei Fundadora do Serviço Nacional de Saúde. (Arnaut e Semedo, 2017)

1.1.2. 1978: III GOVERNO CONSTITUCIONAL

Tendo como Primeiro-Ministro Alfredo Nobre da Costa e como Ministro dos Assuntos Sociais Acácio Pereira Magro, este foi um Governo de por iniciativa presidencial de Ramalho Eanes e que ficou marcado pela sua curta duração (29 de Agosto de 1978 a 22 de Novembro de 1978) devido à aprovação da moção de rejeição do programa do Governo apresentada pelo PS. Não é, portanto, um Governo que apresenta alterações significativas em saúde.

Tabela 2: III Governo Constitucional

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro dos Assuntos Sociais
III Governo Constitucional	1978.08.29 até 1978.11.22	Alfredo Nobre da Costa	Acácio Pereira Magro

Fonte: (Elaboração Própria)

1.1.3. 1978-1979: IV GOVERNO CONSTITUCIONAL

Após a queda do III Governo, o Presidente da República Ramalho Eanes viu-se obrigado a constituir novo Governo de iniciativa presidencial desta vez encabeçado por Mota Pinto. Apesar de ter conseguido aprovar o Orçamento de Estado, Mota Pinto demitiu-se em função da rejeição pela 2ª vez consecutiva das Grandes Opções do Plano. Mais uma vez se percebe a instabilidade política e consequente estagnação em reformas na saúde.

Tabela 3: IV Governo Constitucional

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro dos Assuntos Sociais
IV Governo Constitucional	1978.11.22 até 1979.07.07	Carlos Mota Pinto	Acácio Pereira Magro

Fonte: (Elaboração Própria)

1.1.4. 1979-1980: V GOVERNO CONSTITUCIONAL

Este período é marcado pelo último dos Governos de iniciativa presidencial tendo Ramalho Eanes indigitado Maria de Lurdes Pintasilgo para Primeira-Ministra e sendo Alfredo Bruto da Costa Ministro dos Assuntos Sociais. A duração do V Governo também ela foi curta tendo cessado as funções de gestão cerca de 4 meses após o início do mandato. Contudo, e apesar da instabilidade política que se sentia, foi no V Governo Constitucional que se aprovou a Lei do SNS.

Tabela 4: V Governo Constitucional

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro dos Assuntos Sociais
V Governo Constitucional	1979.08.01 até 1980.01.03	Maria de Lurdes Pintasilgo	Alfredo Bruto da Costa

Fonte: (Elaboração Própria)

A Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro cria o SNS, assegura o direito à protecção em saúde de acordo com o plasmado na Constituição. Garante o acesso aos cuidados de saúde para os cidadãos, sem restrições de ordem económica ou social; ainda se garante a assistência a cidadãos de nacionalidade estrangeira, apátridas e refugiados políticos.

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, assente na promoção e vigilância da saúde, bem como na prevenção, no diagnóstico e tratamento da doença sem descurar a reabilitação médica e social.

Define-se que o acesso é gratuito, mas contempla-se a possibilidade de criação de taxas moderadoras a fim de racionalizar a utilização das prestações. O SNS goza de autonomia administrativa e financeira estruturando-se numa organização descentralizada e desconcentrada onde se incluem órgãos centrais, regionais e locais com a finalidade de prestar cuidados de saúde primários como os centros de saúde e diferenciados onde se incluem hospitais.

Foi instituída uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde.” (Serviço Nacional de Saúde, 2018)

Esta lei contempla ainda o estabelecimento de convenções com o Estado quando não é possível a resposta ao nível público.

Perante as reformas na saúde realizadas até esse momento não tardaram a fazerem-se sentir os efeitos. A cobertura da população quase duplicou na segunda metade da década de 70 e, conseqüentemente, existiu a necessidade de se afectarem mais recursos à saúde. Verificou-se um aumento de 40% ultrapassando a média Europeia que se encontrava nos 20%. Esta afetação de recursos, por sua vez, levou ao aumento do investimento privado e conseqüentemente houve um aumento da empregabilidade de 10% no sector da saúde. (Isidro, 2012)

Apesar dos números se encontrarem aquém da média Europeia, em termos de ganhos em saúde, aumentou a esperança média de vida e houve redução da taxa de mortalidade infantil e perinatal.

Para Oliveira (2009) citado por Isidro:

Ao mesmo tempo que se assistia a esta evolução tremenda em Portugal, também na Europa se apostava na ampliação, universalização e descentralização da oferta de cuidados de saúde primários e incentivava-se à participação na promoção de saúde e adopção de estilos de vida mais saudáveis por parte dos utentes. (Isidro, 2012:50)

1.1.5. 1980-1981: VI GOVERNO CONSTITUCIONAL

O VI Governo Constitucional liderado por Francisco Sá Carneiro e tendo como Ministro dos Assuntos Sociais João Morais Leitão, foi um Governo de Centro-Direita, uma aliança entre PPD/PSD, CDS e PPM designada por Aliança Democrática (AD).

Tabela 5: VI Governo Constitucional

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro dos Assuntos Sociais
VI Governo	1980.01.03 até 1981.01.09	Francisco Sá	João Morais Leitão

Fonte: (Elaboração Própria)

Assim que toma posse o novo Governo foi possível assistir à suspensão de alguns dos diplomas do Governo anterior existindo uma tendência para recuar no desenvolvimento do SNS, sendo apenas aprovadas pequenas alterações. (Simões, 2003)

As crises económicas dos anos 70 marcaram o fim de um período de grande crescimento económico e conseqüentemente existiu a necessidade de repensar e implementar diferentes sistemas de protecção social na Europa. Fortalece-se o peso do sector privado e aposta-se numa economia de mercado, onde se claramente define um financiador e um prestador de cuidados ao nível da saúde. (Oliveira, 2009)

Segundo Simões (2003), a década de 80 fica marcada pela estagnação e pelo parco crescimento de funcionários públicos, contrariando a tendência europeia. Excepção para a classe médica que em 1984 ultrapassa a média Europeia.

Para o mesmo autor, entre 1977 e 1980 existe uma diminuição de verbas alocadas à saúde pelo OE que pode ser explicada de certa forma, pelo reforço do financiamento de outras fontes, como a ADSE.

Já Isidro (2012) considera que se verificou um crescimento das transferências para o sector privado e um aumento com a preocupação de assimetrias regionais onde distritos como o da Guarda eram bastantes penalizados.

1.1.6. 1981-1983: VII E VIII GOVERNO CONSTITUCIONAL

O VII e VIII Governos tiveram como Primeiro Ministro Pinto Balsemão e como Ministros dos Assuntos Sociais Carlos Chaves de Macedo e posteriormente Luis Barbosa.

Tabela 6: VII e VIII Governos Constitucionais

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro dos Assuntos Sociais
VII Governo Constitucional	1981.01.09 até 1981.09.04	Francisco Pinto Balsemão	Carlos Chaves de Macedo
VIII Governo Constitucional	1981.09.04 até 1983.07.09	Francisco Pinto Balsemão	Luís Barbosa

Fonte: (Elaboração Própria)

Houve um aumento significativo dos gastos orçamentais sem que esse aumento tenha sido canalizado para a saúde. No entender do ex-governador do banco central Silva Lopes, as medidas implementadas tinham o único fim de promover a vitória eleitoral do PSD-CDS. (Almeida, 2011)

No final de 1982 foi introduzido um programa de estabilização mas que acabou por avolumar os problemas económicos existentes.

Como já foi referido anteriormente, após 1980 existe a tendência de recuar no desenvolvimento do SNS, mas entre 1981 e 1983 o desinvestimento foi maior. (Simões e Lourenço, 1999).

Para Carvalho (2010), ainda assim, procurando responder a situações de injustiça, em 1981 é aprovada a carreira de enfermagem pelo Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de Novembro. É através deste decreto que se consagra uma carreira única para todos os enfermeiros independentemente do seu local de trabalho. É definido o conteúdo funcional e várias categorias. Procura-se desta forma, adequar a carreira à evolução verificada pelo desenvolvimento de competências e qualidade de desempenho.

Um ano após a aprovação da carreira de enfermagem é aprovada a carreira médica de Clínica Geral pelo Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto, que regula as carreiras médicas (de saúde pública, clínica geral e médica hospitalar). Define-se que o médico está habilitado para “prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e populações definidas, exercendo a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação sócio-médica.”²

No mesmo ano são criadas as Administrações Regionais de Cuidados de Saúde (ARS) substituindo as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde criadas em 1975 e é concedida ao Serviço Nacional de Saúde autonomia administrativa e financeira, sendo as verbas geridas pelo Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde. Esta mudança surge na sequência da exigência verificada para a distribuição e agilização dos recursos financeiros alocados à saúde. (Ministério da Saúde, 2019)

² Diário da República n.º 177/1982, Série I de 1982-08-03

1.1.7. 1983-1985: IX GOVERNO CONSTITUCIONAL

Mais um período conturbado na política nacional como consequência das políticas adoptadas anteriormente. O IX Governo Constitucional resulta da aliança entre PS e PSD, o chamado Bloco Central. Foi quase um Governo de emergência nacional liderado por Mário Soares e tendo como Ministro da Saúde Maldonado Gonelha.

Tabela 7: IX Governo Constitucional

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro da Saúde
IX Governo Constitucional	1983.07.09 até 1985.11.06	Mário Soares	António Maldonado Gonelha

Fonte: (Elaboração Própria)

Em termos económicos, Portugal viu-se obrigado a pedir novamente ajuda ao FMI e dessa intervenção em 1983 resultou a necessidade de readequações nos cuidados de saúde sob forte influência dos cortes em investimento público. (RTP, 2019)³

Foi em 1983 que se criou o Ministério da Saúde pelo Decreto-Lei n.º 344-A/83, de 25 de Julho. A expansão verificada pelo sector da saúde assim o obrigou. O crescente volume de serviços, as infra-estruturas envolvidas nos cuidados e ainda a reconhecida importância pela população ditaram a reformulação verificada. (Ministério da Saúde, 2019)

Por outro lado, também os Centros de Saúde sofreram alterações na sua organização. O regulamento dos Centros de Saúde "Centros de saúde de segunda geração" como unidades integradas de saúde substituíram os centros de saúde de primeira geração que não foram suficientemente desenvolvidos do ponto de vista organizacional. Mantiveram-se como entidades sem personalidade jurídica e dependentes das Administrações Regionais do Centro e das Sub-Regiões de Saúde (Oliveira, 2009)

Para Sakellarides (1984) citado por Oliveira:

Conseguiu-se uma maior racionalidade e optimização de recursos mas sem melhorar a acessibilidade a consultas e as visitas domiciliárias. (Oliveira, 2009:85)

Já em 1984 cria-se a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, que põe fim aos serviços médico-sociais da Previdência e expande o SNS. Incorpora funções de orientação e direcção das actividades desenvolvidas pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais

³ Video da RTP Ensina subordinado ao tema "As intervenções do FMI em Portugal"

avaliando a actividade desenvolvida na abrangência dos cuidados de saúde primários. É ainda neste período que o clínico geral se passa a designar de médico de família. (Ministério da Saúde, 2019)

1.1.8. 1985-1995: X, XI E XII GOVERNO CONSTITUCIONAL

Após a queda do IX Governo Constitucional, seguiu-se um período de relativa estabilidade política e social, com Cavaco Silva a liderar o X, XI e XII Governos Constitucionais durante uma década. Contou para isso com a colaboração de Leonor Beza no X Governo, com Arlindo Carvalho no XI e finalmente Paulo Mendo no XII Governo Constitucional.

Tabela 8: X e XI Governos Constitucionais

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro da Saúde
X Governo Constitucional	1985.11.06 até 1987.08.17	Aníbal Cavaco Silva	Leonor Beza
XI Governo Constitucional	1987.08.17 até 1991.10.31	Aníbal Cavaco Silva	Arlindo de Carvalho
XII Governo Constitucional	1991.10.31 até 1995.10.25	Aníbal Cavaco Silva	Paulo Mendo

Fonte: (Elaboração Própria)

Simões (2003) alude a dois períodos distintos. Entre 1987 a 1990 existe um enorme esforço para conter gastos apesar do aumento da despesa com trabalhadores no SNS e assiste-se a uma diminuição do Produto Interno Bruto (PIB). O segundo período acontece após 1991 com a inversão no período anterior: verifica-se um aumento das despesas públicas mas uma diminuição da despesa com os trabalhadores do SNS. Por sua vez o PIB aumenta.

Entre 1985 e 1995 o enfoque deixa de ser na separação entre o setor público e privado e passa a centrar-se na pacificação desse conflito e tenta criar um seguro alternativo de saúde. Abandonada esta ideia, o objectivo passa por aumentar o financiamento privado e na gestão privada das unidades de saúde. (Isidro, 2012)

O papel do Estado altera-se consideravelmente deixando de exercer um controlo direto e passando a agir com regulador, dando espaço ao mercado.

Em 1986 surge através do Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de Março a regulamentação das condições de exercício do direito de acesso ao SNS. O objectivo desta regulamentação passa por

repartir os encargos de saúde pelas entidades envolvidas no pagamento da assistência dos cidadãos. Prevê que os preços a cobrar deverão aproximar-se, tanto quanto possível, dos custos reais pois os prestadores de cuidados do Estado não têm como objectivo a obtenção do lucro. Define também as taxas com o intuito de moderar a procura e utilização além do razoável.

Dois anos depois, é aprovada a Lei de Gestão Hospitalar pelo Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, com enfoque na qualidade mas também na rentabilidade. Esta surge na sequência do aumento da preocupação com o peso das despesas de saúde no OE. São aqui introduzidos os princípios de natureza empresarial, focando a necessidade da sua introdução na actividade hospitalar. A qualidade é assumida como um ponto importante na administração mas a rentabilidade passa a ter um peso importante na gestão. São criados centros de responsabilidade como níveis intermédios de administração e definidos planos anuais e plurianuais para os hospitais.

Assume-se uma tendência verificada na Europa que passa pelo reforço de competências dos órgãos de gestão e os titulares passam a ser designados pela tutela (os controlos da mesma são reforçados e multiplicados). Designa-se um perfil de gestor para a função de chefe executivo e usam-se estratégias da gestão empresarial.

Para Carvalho (2009) citado por Isidro:

O ano de 1989 é marcado pela 2.ª Revisão Constitucional. Desaparecem os últimos resquícios do programa socialista. (Isidro, 2009:52)

A alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º é objecto de alteração: “serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Desta alteração decorre a ênfase dada ao princípio de justiça social e à racionalização dos recursos. Estabelece-se o direito à protecção na saúde através do SNS.

É já no ano de 1990 que se aprova a Lei de Bases da Saúde através da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Destaca-se por ser um ponto central na reforma da saúde em Portugal. Vem clarificar a possibilidade da prestação de cuidados por parte de entidades públicas e também privadas.

Este é o primeiro momento em que a saúde deixa de perspectivar além de um direito. Passa a ser vista como um dever, uma responsabilidade conjunta da sociedade e do Estado, com liberdade na demanda da procura e da prestação de cuidados. O Estado mantém responsável pela promoção e defesa da saúde podendo outras organizações da sociedade serem associadas à actividade do Estado. A prestação de cuidados passa por ser feita em estabelecimentos oficiais

do Estado ou por outros sob a sua fiscalização, podendo ser entidades públicas, privadas, com ou sem fins lucrativos. Podem ser celebrados acordos com privados para a prestação de cuidados e é prevista a cobrança de taxas moderadoras, em que são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos. (Ministério da Saúde, 2019)

No mesmo ano é aprovado o Regime das Carreiras Médicas. Pela sua especificidade, passam a constituir um corpo especial de funcionários. É fixada uma duração semanal de trabalho igual à da maioria dos funcionários e motiva-se a prática do regime de exclusividade, com possível alargamento da duração semanal do trabalho.

Mais tarde em 1991 é aprovado outro importante Regime de Carreira em Saúde num dos seus pilares, o Regime Legal da Carreira de Enfermagem. Dez anos depois da primeira aprovação, serve de regulamentação ao exercício da profissão com o objectivo de prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O diploma clarifica conceitos, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos. (Ministério da Saúde, 2019)

Uma vez que a 2ª Revisão constitucional veio focar o princípio de justiça social e a racionalização de recursos, em 1992 é estabelecido o Regime de Taxas Moderadoras, bem como as suas isenções. As receitas decorrentes da utilização do SNS (consultas, episódios de urgência, meios complementares de diagnóstico e terapêutica em ambulatório) constituem-se como sendo receita do próprio SNS para dessa forma se melhorar a eficiência e qualidade dos serviços prestados. Destacam-se os princípios de justiça social, onde os maiores rendimentos pagam parte dos cuidados e aqueles que sejam carenciados, doentes crónicos ou de risco sejam isentos.

É também estabelecido o Regime de Prestação de Assistência Médica no estrangeiro aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que não possa ser prestada no País. Excluem-se as propostas de deslocação ao estrangeiro que provenham de instituições privadas.

Para Simões (2003), um dos problemas verificados no SNS à altura (ainda que atual) foi o das listas de espera. Este não passou despercebido ao XII Governo Constitucional que implementou um Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera, designado por PERLE. A solução de combate às listas de espera passou por utilizar unidades privadas mas apesar do esforço não teve continuidade no ano seguinte.

Decorria o ano de 1993 quando foi publicado o novo estatuto do SNS que procura superar a dissociação entre cuidados primários e cuidados diferenciados. Viabiliza-se a articulação entre hospitais e centros de saúde. A saúde é um bem indivisível e nesse sentido necessita de uma gestão e articulação adequada para prestar cuidados de acordo com as exigências. Surgem as unidades integradas de cuidados de saúde, que promovem a ponte entre os centros de saúde e os hospitais. A proximidade com o utente é uma preocupação e como resultado verificamos a criação de regiões de saúde, com administrações com competências e atribuições reforçadas. Facilita-se também a mobilidade e contratação de pessoal.

Por outro lado no mesmo ano foi aprovado o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde e criado o cartão de identificação do utente do Serviço Nacional de Saúde facilitando a identificação do utilizador e permitindo uma articulação mais eficaz com a sua integração na sociedade após os cuidados prestados.

1.1.9. 1995-2002: XIII E XIV GOVERNO CONSTITUCIONAL

Depois de uma longa década de Governo do PSD em que se pautou pela estabilidade política e social na sua primeira metade (franco crescimento económico impulsionado por inversão das condições da crise internacional dos anos 70) e de um declínio no final do período governativo (novo descontrolo financeiro), tomou posse o XIII Governo Constitucional seguido depois do XIV Constitucional, ambos liderados por António Guterres, tendo como Ministra da Saúde Maria Belém Roseira no XIII e Manuela Arcanjo e Correia de Campos no XIV. Com governos suportados por uma minoria parlamentar e com a prioridade política dada a outros sectores que não a saúde, não se proporcionou que fossem realizadas grandes reformas na saúde.

Tabela 9: XIII e XIV Governos Constitucionais

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro da Saúde
XIII Governo Constitucional	1995.10.28 até 1999.10.25	António Guterres	Maria de Belém Roseira
XIV Governo Constitucional	1999.10.25 até 2002.04.06	António Guterres	Manuela Arcanjo/António Correia de Campos

Fonte: (Elaboração Própria)

Isidro entende que a e este respeito:

Foi adoptado um processo cauteloso de reformas na saúde, assente nos princípios da Nova Gestão Pública (NGP), estimulando-se diferentes formas de gestão e organização, que permitissem um aumento de eficiência, do controlo de gastos e da equidade, passando-se de uma gestão de recursos para uma gestão por resultados. (Isidro, 2012:55)

Por sua vez Mourato (2013) sustenta que no programa eleitoral do Partido Socialista constava um conjunto de princípios reformadores da saúde, nos quais se incluiu identificar quais os sectores e mecanismos responsáveis pela ineficácia. Ficou patente a necessidade de reformas profundas mas de forma a puderem ser implementadas de forma gradual.

O Partido Social Democrata defendeu que deveriam integrar-se entidades públicas e privadas e focando-se na questão da saúde gratuita e redução com custos de cuidados e medicamentos. O Primeiro-Ministro António Guterres defendeu um menor afastamento do Estado e abandono da ideia de “mais mercado” para apostar no investimento do SNS. (Isidro, 2012)

Foi no seguimento desta ideia para apostar no SNS que foi definido um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde. Procedeu-se a uma reestruturação curricular dos cursos de licenciatura em Medicina, reorganizou-se a rede de escolas superiores de enfermagem e também de tecnologia da saúde, e ainda a passagem da formação geral para o nível de licenciatura dos enfermeiros.

Simões (2003) refere que para lidar com as listas de espera, que tinha sido um problema já identificado ainda no Governo anterior mas que não tinha sido solucionado como já referido, surgiu o “Programa para a Promoção e Acesso” pois a sua dimensão e impacto público assim o exigiram. Com dotação financeira própria, permitiria a recuperação total das listas de espera.

Para aumentar e melhorar a resposta aos cuidados proporcionados, é estabelecido o Regime de Celebração das Convenções. Este pretendia estabelecer um modelo misto na prestação dos cuidados de saúde, ou seja, potenciar a complementaridade entre o sector público e o sector privado dentro de acordos para o desenvolvimento de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde. Passam a ser aplicadas as normas de direito privado na contratação de bens e serviços. (Procuradoria Geral Distrital de Lisboa, 2019)

E da incessante procura pela qualidade e optimização dos recursos, é criado o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clinica geral. Este visava identificar os ganhos em saúde bem como aumentar a satisfação de utilizadores e profissionais. Tal só seria possível através da expansão de formas de organização na prestação de cuidados e do adequado

e justo reconhecimento dos diferentes níveis, qualitativos e quantitativos, do desempenho dos profissionais de saúde. Estas correspondem à realização de cuidados domiciliários, ao alargamento do período de cobertura assistencial e à realização das actividades de vigilância em relação aos grupos vulneráveis correspondentes à gravidez e puerpério, criança no primeiro ano de vida e planeamento familiar na mulher em idade fértil.

Uma grande reforma e ousada que teve início sob a alçada de António Guterres foi a criação dos "Centros de Saúde de terceira geração" em 1999. Através de um novo regime para a sua constituição, organização e funcionamento baseado nas Unidades de Saúde Familiar (USF), são dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e finalmente integrados no Serviço Nacional de Saúde sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde. (Ministério da Saúde, 2019)

Na mesma reforma estabelece ainda a organização dos serviços de saúde pública, dita que a implantação se opera a dois níveis: o regional e o local. (Simões, 2003)

No mesmo ano são constituídos os Sistemas Locais de Saúde, organizados segundo critérios geográfico-populacionais, aumentando a acessibilidade e reduzindo as desigualdades através da integração de cuidados, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

Outro aspecto importante na reforma do SNS foi a criação dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, constituindo um nível de gestão intermédia, com poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos objectivos, de acordo com um orçamento-programa acordado com o conselho de administração. O objectivo consiste em aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição, destacando-se a necessidade de conhecer a opinião do cidadão para se perceber melhor o caminho a seguir.

Para Simões (2003), as Agências de Contratualização dos serviços de saúde surgiram no mesmo período com a função de explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a uma eficiente e equitativa utilização dos recursos públicos.

E foi também sob a liderança de António Guterres que foi criado o Instituto da Qualidade na Saúde (mais uma vez o ênfase na preocupação com a qualidade). A DGS refere no seu Programa Nacional de Acreditação em Saúde que:

Este programa de acreditação datado de 1999, baseou-se no modelo inglês então conhecido como *King's Fund*. Mais tarde viria a ser substituído pelo modelo americano *Joint Commission International* (JCI). (DGS, 2014:4)

O XIII Governo Constitucional definiu ainda o Novo Estatuto Hospitalar sendo este caracterizado por ter natureza de entidade pública empresarial, regras do sector privado mas com gestão pública. E pela primeira vez assiste-se à concessão de gestão de um hospital público a uma entidade privada: Hospital Amadora Sintra. (Isidro, 2012)

Avançando para a 2ª legislatura verifica-se que a saúde passa a ser uma prioridade do governo. Mantém-se a separação entre financiadores e prestadores, autonomia na gestão, estímulo de regimes de trabalho a tempo inteiro e à exclusividade da concorrência dentro do sector publico.

A este respeito Simões (2003) citado por Isidro, refere que:

Correia de Campos, Ministro da Saúde do XIV Governo e já na fase de funções de gestão, defendia um Estado menos prestador e mais regulador. Centrado num aumento de ganhos da saúde, da confiança dos cidadãos e no aumento da auto-estima dos profissionais. (Isidro,2012:60)

As medidas instituídas deram frutos: o PIB afeto à saúde cresceu, aumentou a esperança média de vida para as mulheres, ultrapassando países da EU, verificaram-se melhorias significativas nos resultados de taxas de mortalidade infantil e perinatal com aproximação à média comunitária. (OCDE, 2002)

O Ministério da Saúde teve a incumbência de tomar as medidas necessárias para uma melhoria progressiva. Em 1999 a OCDE atribuiu avaliação negativa ao SNS através de um relatório e em 2000 segundo o relatório World Health, de entre 191 países o estado de saúde dos portugueses estaria em 29º lugar, (WHO, 2000).

1.1.10. 2002-2004: XV GOVERNO CONSTITUCIONAL

Após a demissão de António Guterres, sucede-lhe Durão Barroso no cargo de Primeiro-Ministro do XV Governo Constitucional e com ele surge Luis Filipe Pereira como Ministro da Saúde.

Segue-se, portanto, um novo ciclo político de coligação entre PSD/CDS⁴ e são introduzidas novas ideias de gestão e dinâmica no SNS.

Tabela 10: XV Governo Constitucional

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro da Saúde
XV Governo Constitucional	2002.04.06 até 2004.07.17	Durão Barroso	Luís Filipe Pereira

Fonte: (Elaboração Própria)

Em 2002 assiste-se à aprovação do novo regime de gestão hospitalar, Lei da Gestão Hospitalar, que introduz modificações profundas na Lei de Bases da Saúde.

Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE), alterando a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibilizado a contratação de bens e serviços pelos hospitais. Do ponto de vista jurídico são criadas quatro soluções possíveis, descritas de seguida segundo a opinião de Isidro:

Hospitais públicos dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira; Hospitais públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e de natureza empresarial; Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos e Hospitais Privados. (Isidro,2012:64)

Verifica-se uma passagem do direito público para o direito privado e a gestão passa a ser empresarial, com regime de pessoal a reger-se pelo direito laboral geral. São empresarializados 31 Hospitais, estabelecidas também as PPP para a construção de 10 hospitais e há alteração do modelo de gestão para os restantes hospitais do sector publico.

Para reduzir despesas com medicamentos foram instituídas medidas para redução dos custos com a promoção dos medicamentos genéricos e com a comparticipação do Estado apenas

⁴ Coligação pós-eleitoral

quando os preços de venda ao público ultrapassam as referências estabelecidas para os medicamentos. (Mourato,2013)

Em 2003 é criada a rede de cuidados de saúde primários. Esta deve constituir-se como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença, articulando-se com hospitais e unidades de cuidados continuados. Traduz a necessidade onde, para além do papel fundamental do Estado, possam co-existir entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. Dois anos mais tarde este diploma é revogado e regressa o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.

E Pelo Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, as taxas moderadoras surgem “com o objectivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde.” O que nos primórdios do SNS se designava de gratuito, claramente deixa de o ser.

Foi Durão Barroso que sob o seu Governo viu nascer a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Surge portanto uma entidade pública independente que tem por missão a regulação da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Supervisiona os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita a:

- cumprimento dos requisitos legais de funcionamento;
- acesso aos cuidados de saúde pelos cidadãos;
- respeito pelos direitos dos utentes;
- cuidados de saúde com qualidade e segurança;
- legalidade e transparência das relações económicas e
- concorrência no setor da saúde. (Cf. <https://www.ers.pt/pt/quem-somos/>)

Estas alterações e novidades introduzidas por este Governo proporcionaram uma nova perspectiva sobre o SNS baseada na sua organização, funcionamento e na articulação de redes cuidados primários, diferenciados e continuados. (Mourato,2013)

Carvalho (2009) alude que é dada ênfase a questões relacionadas com a qualidade, eficiência, eficácia, competição e satisfação dos utentes, fortemente inserida na NGP.

E porque há inversão na tendência de crescimento económico europeu, medidas de contenção da despesa pública, medidas de liberalização ganham novo sentido.

1.1.11. 2004-2005: XVI GOVERNO CONSTITUCIONAL

O XVI Governo Constitucional liderado por Santana Lopes e que manteve o mesmo Ministro da Saúde de Durão Barroso, Luis Filipe Pereira, foi um Governo de Coligação PSD/PP que durou apenas 8 meses por dissolução do parlamento e consequentes eleições antecipadas. Naturalmente num tão curto espaço de tempo e gozando de instabilidade política não foram produzidas reformas sob a vigência deste Governo.

Tabela 11: XVI Governo Constitucional

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro da Saúde
XVI Governo Constitucional	2004.07.17 até 2005.03.12	Santana Lopes	Luis Filipe Pereira

Fonte: (Elaboração Própria)

1.1.12. 2005-2011: XVII E XVIII GOVERNO CONSTITUCIONAL

O período entre 2005 e 2011 fica marcado pela liderança de José Sócrates, sendo que este obteve a maioria absoluta nas primeiras eleições a que foi candidato. Contou com a colaboração de Correia de Campos para a pasta da Saúde e posteriormente sucedeu-lhe Ana Jorge.

Tabela 12: XVII e XVIII Governos Constitucionais

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro da Saúde
XVII Governo Constitucional	2005.03.12 até 2009.10.26	José Sócrates	António Correia de Campos
XVIII Governo Constitucional	2009.10.26 até 2011.06.20	José Sócrates	Ana Jorge

Fonte: (Elaboração Própria)

A principal intenção da nova gestão governativa passou pela modernização e ao mesmo tempo capacitar o SNS de forma a ser financeiramente sustentável. (Mourato,2013)

Desta forma uma das novidades deste Governo socialista foi a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF's). Em 2005 foi criado um grupo de trabalho para a reforma nos cuidados de saúde primários com a elaboração do documento “Linhas de Acção Prioritária para o

desenvolvimento dos cuidados de saúde primários”. Este teve por objectivo a implementação de USF’s, reestruturação de serviços e implementação de Unidades Locais de Saúde. (Isidro, 2012)

Relativamente às USF’s, estas caracterizam-se pela sua missão de garantir e melhorar a saúde dos utentes da sua abrangência com prestação de cuidados de qualidade e personalizados, tendo em conta os seus contextos sociais e familiares.

É feita uma clara aposta na reorganização dos centros de saúde, através das suas equipas multidisciplinares. Em 2007 surgem as primeiras USF’s, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários. São contratualizados objectivos e é feita uma avaliação sistemática com responsabilização e gratificação pela sua produtividade e qualidade. Salienta-se a gratificação pela produtividade, que hoje se sabe que torna o sistema um pouco sensível à qualidade.(Domingues, 2019)

Segundo Campos e Simões:

o modelo remunera os médicos e enfermeiro em função da captação e por alguns atos específicos, o que permite que se possam rapidamente mudar as prioridades na saúde pública. Recompensa melhor os profissionais que mantiverem a população com os melhores níveis de saúde, porque não retribui apenas segundo o número de consultas, mas premeia a satisfação das pessoas, que tenderão a querer estar inscritas onde se sintam melhor. Significa que tudo aquilo que esteja associado à produtividade dos médicos, como a actividade que desenvolvam além do horário normal das 35 horas semanais, o número de doentes que atendam sobre a sua própria lista, a quantidade de grávidas e doentes crónicos que sigam, entre outras variáveis, corresponderão a valores integrados na remuneração regular de cada médico. (Campos e Simões,2011:154)

As USF’s apresentam-se com pontos positivos relativamente ao modelo anterior dos Centros de Saúde. A contratualização por indicadores, a promoção da autonomia e ainda a redução do número de utentes sem médico de família são aspectos a salientar. (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2007).

Em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Este modelo serviu para retirar doentes dos hospitais que já não necessitavam de tratamento hospitalar mas que também não tinham condições de serem recebidos pela comunidade. No fundo a RNCCI baseia-se numa perspectiva de prestação de cuidados de forma continuada e no desenvolvimento e potenciação da autonomia. Permite um cruzamento de sectores como a saúde e o apoio social, implica a multidisciplinariedade apelando às

várias profissões envolvidas na reabilitação do doente como o médico, enfermeiro, nutricionista, entre outros e permite em simultâneo o estabelecimento de parcerias com instituições de cariz privado.

Outra importante reforma do XVII Governo passou pela criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) em 2008, conferindo uma nova autonomia tendo por base um modelo de contratualização face às Administrações Regionais de Saúde. (Mourato,2013)

Estes agrupamentos permitem uma maior estabilidade e organização dos cuidados de saúde, somando-lhe mais rigor e melhorando a acessibilidade dos mesmos.

De acordo com a visão de Domingues, os ACES são:

serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais Centros de Saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. (Domingues, 2019:178)

Caracterizam-se por terem um director executivo mas em que a governação clínica é feita por uma equipa de quatro ou cinco pessoas em função da dimensão do agrupamento. São eles um médico, um médico de saúde pública, um enfermeiro e um representante para os outros grupos profissionais de saúde. É presidido pelo médico e tem como objectivos a obtenção de economias de escala e execução de estratégias de âmbito regional.

Já em 2009 assiste-se à reestruturação da organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, tendo em consideração a alteração do perfil sanitário das populações nas últimas décadas.

Sob a liderança de José Sócrates, a preocupação foi a boa gestão das contas da saúde. De 2005 a 2007 o OE não foi alterado, apenas aumentando em 2008. O enfoque deu-se principalmente ao nível do medicamento e das convenções com os privados.

O OE passou a contemplar um reforço de medidas de contenção de gastos. Assiste-se a uma redução de 6% no preço dos medicamentos sujeitos a comparticipação, criação de taxas moderadoras para o internamento consoante os dias de permanência, redução dos escalões de comparticipação do SNS no preço do medicamento e fixação de preços máximos em percentagens para produtos e bens de consumo clínico a adquirir pelos hospitais. (Campos e Simões, 2011)

Mourato (2013) refere que outra medida importante foi a perda da exclusividade da propriedade da farmácia pelo farmacêutico. Aumentou desta forma a competitividade e melhorou o acesso.

1.1.13. 2011-2015: XIX E XX GOVERNO CONSTITUCIONAL

Após a rejeição do Programa de Estabilidade e Crescimento apresentado pelo XVIII, o Governo Socialista demite-se e realizam-se novas eleições. Entretanto e perante a incapacidade financeira do País, José Sócrates pede ajuda ao FMI pela terceira vez na história nacional e Portugal fica sob um programa de assistência financeira que, logicamente, condicionaria as contas públicas e o orçamento disponível para investir na saúde.

Foi neste difícil período que Passos Coelho assume a liderança como Primeiro-Ministro e Paulo Macedo como Ministro da Saúde. Já depois da saída do programa de resgate financeiro, o segundo Governo de Passos Coelho com Leal da Costa o nomeado para Ministro da Saúde, não chega a entrar em funções após umas eleições falhadas em que a coligação o PSD/CDS obteve mais votos mas que se viu incapaz de formar governo por não ter a maioria absoluta e portanto não chegou a entrar em funções.

Tabela 13: XIX e XX Governos Constitucionais

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro da Saúde
XIX Governo Constitucional	2011.06.20 até 2015.10.30	Pedro Passos Coelho	Paulo Macedo
XX Governo Constitucional	2015.10.30 até 2015.11.26	Pedro Passos Coelho	Fernando Leal da Costa

Fonte: (Elaboração Própria)

Assim sendo, durante a vigência do XIX Governo Constitucional e apesar dos constrangimentos financeiros destacam-se os seguintes ganhos em saúde, descritos no seguinte quadro, com base nas afirmações de Santos (2017).

Quadro 1: Ganhos em Saúde durante a vigência de XIX Governo Constitucional

Hospitais	Unidades de Saúde Familiar (USF's)	Unidades de Cuidados Continuados na Comunidade (UCC)	Contratualização de Camas
7	129	81	-mais de 2300
Contratação de Médicos	Contratação de Enfermeiros	Investimento em medicamentos genéricos	Utentes sem Médico de Família
6900	4500	Subida para 47%	Redução de 44%

Fonte: (Santos, 2017)

Entraram em funcionamento 7 novos hospitais, 129 novas Unidades de Saúde Familiar (que significam um aumento de 40%) e 81 novas Unidades de Cuidados na Comunidade (um aumento de 50%). Por sua vez, foram contratualizadas mais de 2100 camas nos Cuidados Continuados e mais de 200 camas nos cuidados paliativos.

Verificou-se uma diminuição nos utentes sem médico de família em cerca de 44% e aumentaram o número de isentos de taxas moderadoras em quase 40%.

O investimento em medicamentos genéricos também não passou ao lado, sendo que a quota subiu de 31% para 47% e ainda se garantiu o acesso a medicamentos inovadores permitindo melhorar a qualidade de vida dos seus beneficiados.

Investiu-se na contratação profissionais diferenciados, sendo que foram contratados mais de 6900 médicos e enfermeiros e mais de 4500 enfermeiros. Tais investimentos contribuíram para um aumento da esperança média de vida à nascença que subiu de 79,5 anos, em 2011, para 80,4 anos, em 2015, e da taxa de mortalidade infantil desceu de 3,1 por mil, em 2011, para 2,9 por mil, em 2015. (Santos, 2017)

Também durante o XIX Governo foi implementado o SICO, um dos sistemas mais avançados e seguros sistemas de registo de óbito do mundo em tempo real. (Leal da Costa, 2017)

1.1.14. 2015-PRESENTE: XXI E XXII GOVERNO CONSTITUCIONAL

Depois de ir a votos com Passos Coelho, António Costa mesmo não tendo ganho as eleições legislativas, consegue formar Governo com o apoio do Bloco de Esquerda e do PCP. O XXI Governo Constitucional é liderado por António Costa e é nomeado Adalberto Fernandes para Ministro da Saúde, que viria a ser substituído, ainda no primeiro mandato de António Costa, por Marta Temido. O XXII Governo Constitucional vem na sequência de uma eleição do Primeiro-Ministro António Costa e desta vez conta com maioria relativa, pelo que não depende de si apenas para governar.

Tabela 14: XXI e XXII Governos Constitucionais

Governo Constitucional	Período de governação:	Liderança	Ministro da Saúde
XXI Governo Constitucional	2015.11.26 até 2019.10.25	António Costa	Adalberto Campos Fernandes
XXII Governo Constitucional	2019.10.26 até o presente	António Costa	Marta Temido

Fonte: (Elaboração Própria)

É já com a governação socialista que se procede à criação do Livre Acesso e Circulação (LAC), que permite aos utentes escolherem hospitais fora da sua área de referenciação. Esta medida poderá estar relacionada com o aumento de 20% em 2010 para 34% em 2017 de primeiras consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários. Reflecte-se então em mais de 33.300 atendimentos diários em 2018. Por sua vez cerca de 10.8% dos utentes optaram por hospitais que não são da sua área de residência. (Domingues, 2019)

Para o mesmo autor, relativamente às cirurgias verifica-se também um aumento das cirurgias programadas e também transferência de cirurgias convencionais para ambulatório, com uma subida de 49.4% em 2010 para 65.5% em 2018. Diminui-se o tempo de internamento, aumenta-se o conforto, diminui-se o risco de infecção e a despesa para o SNS. Isto vai ao encontro do que se verifica internacionalmente. (Domingues, 2019)

Em 2018 efectuam-se alterações ao nível das regras para o Tempo Máximo de Resposta Garantida (TMRG) e isto implica mudança de resultados. Se actualmente uma cirurgia de nível 1 que lhe corresponde o nível menos grave, deve ser feita num prazo de 180 dias, antes desta alteração o prazo aumentava para 270 dias. Nesta linha de pensamento, em Março de 2019 havia pouco mais de 45000 doentes em lista de espera para cirurgia, enquanto que no ano anterior o número de doentes em espera era inferior, 34000. (Domingues, 2019)

Além do referido anteriormente, para o aumento dos números também pode ter contribuído a instabilidade profissional que os profissionais de saúde o SNS têm vivido. Só em 2018 perfizeram 72000 dias de ausência ao trabalho. E apesar dos hospitais disporem de facilidade de contratação para colmatar saídas definitivas ou temporárias por mais de 120 dias sem autorização do Ministério das Finanças, esta disposição não abrange médicos, contribuindo assim para o acentuar de carências. (Domingues, 2019)

Segundo o Ministro das Finanças Mário Centeno, os recursos financeiros na saúde nunca foram tão elevados. Existiu um aumento da despesa em saúde de 4,6 milhões de euros comparativamente com a legislatura anterior, representando 13% de aumento. Em 2018 o SNS contou com mais 30000 médicos e mais 43000 enfermeiros. (Domingues, 2019)

1.2. Europa e União Europeia: Breve olhar sobre as Principais Reformas

A par das reformas implementadas em Portugal, também os países europeus nos últimos anos sofreram a sua própria evolução com algumas tendências comuns. Estas podem ser enquadradas nas principais características da Nova Governação Pública (NGP): equidade, eficiência e aumento da responsabilidade perante o consumidor. (Carvalho,2009)

A este propósito, Carvalho sustenta que:

A prestação de cuidados e a sua organização está intimamente relacionada com a perspectiva do conceito de saúde. Se por um lado existem sociedades em que esta é valorizada e vista como um bem social beneficiando a comunidade este tipo de serviço, existem outras sociedades que relativizam esta visão e consideram-na um bem comercializável e transaccionável, na perspectiva do privado. (Carvalho, 2009:83)

Contudo aquilo que tem vindo a ser verificado nos países da UE nos últimos anos é uma tendência para reformas que promovam a abertura ao mercado e à privatização, sempre com a interpretação de promover a eficiência e evitar gastos desnecessários para o erário público. Ainda que esta seja a tendência, nenhum país assume que esta seja a base para a formulação das políticas. (Carvalho,2009)

No fundo aquilo a que se tem vindo a assistir é a manutenção do papel do Estado no que diz respeito ao financiamento e na prestação mas com a introdução do mercado, designados por modelos híbridos.

Para o mesmo autor, ao analisar a forma de organização do sistema de saúde esta permite identificar diferentes esquemas de contratualização na Europa. Por exemplo, o Reino Unido caracteriza-se por formas de comando e controlo mais flexíveis. Já nos países do sul emergem sistemas mistos. Países como a Suécia, a Espanha, a Finlândia, a Itália e o Reino Unido também apresentam experiências de descentralização.

Por outro lado e analisando em termos de financiamento, são estabelecidos limites globais nos orçamentos de despesas com prestadores de serviços, como é o caso de países como a Bélgica, Alemanha, Irlanda, Itália, Portugal, Espanha e Reino Unido. Dinamarca e Suécia destacam-se por terem limites negociados ao nível regional.

Carvalho (2009) refere que os recursos humanos acabam por ser condicionados pelas restantes medidas tomadas para contenção de gastos. E é nestes que se concentra a maior parte dos recursos financeiros. Alguns países adoptaram medidas para controlar a oferta de médicos e o

seu sobredimensionamento, limitando dessa forma os custos com os mesmos. Outra medida relaciona-se com a avaliação de desempenho para dessa forma se premiar de acordo com a produtividade dos profissionais.

A tendência na evolução das reformas aponta para um aumento da precariedade que se tem demonstrado mais evidente no Reino Unido. Muda-se portanto o paradigma da gestão de recursos humanos no sector público. O Estado deixa de ter um papel de “empregador modelo” e aproxima-se à gestão que ocorre no privado. (Carvalho,2009)

Outro aspecto importante nas reformas dos sistemas de saúde relaciona-se com os doentes e com o poder que lhes é atribuído, “*patient empowerment*”. Preconiza-se um aumento de participação dos doentes na sua saúde, quer seja pelo poder decisório em questões clínicas quer em questões logísticas como a selecção de médicos e hospitais. A participação dos doentes é defendida para políticas que consideram a saúde como um bem social, como para aqueles que defendem o princípio da livre escolha e vêem a saúde um bem comercializável.

O papel da União Europeia passa por dar o seu contributo através do financiamento e de legislação que se relacione com a saúde pública. Consiste em apoiar e complementar a saúde dos Estados membros, com base na redução das desigualdades sociais. (Parlamento Europeu, 2019)

A livre circulação e as novidades existentes em termos de mercado de trabalho implicam que sejam devidamente coordenadas políticas no âmbito da saúde pública. Portanto urge a necessidade de proteger os cidadãos de ameaças sanitárias transfronteiriças, assegurar cuidados de saúde de qualidade, promover estilos de vida saudáveis e desta forma contribuir para sistemas de saúde sustentáveis. (Parlamento Europeu, 2019)

No presente Capítulo foram abordadas as Principais Reformas em Saúde ao longo da série temporal 1978-2019. Verificou-se que houve diferentes políticas emanadas pelos Governos e os quais os principais aspetos introduzidos ou modificados. Fez-se ainda uma breve análise ao que se passou paralelamente na Europa e desta forma foi possível aprofundar a temática de forma mais consistente.

No Capítulo seguinte serão identificadas as Dimensões da Saúde no Serviço Nacional de Saúde.

CAPÍTULO II: A SAÚDE E AS SUAS DIMENSÕES NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A World Health Organization (1947) define pela primeira vez saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Contudo em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reforça esse conceito, apontando quatro condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde ao seu povo: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país.

No presente Capítulo, apresentar-se-ão as diferentes dimensões da Saúde identificadas no Sistema Nacional de Saúde Português, nomeadamente aquelas com maior impacto no que diz respeito à promoção, prevenção e vigilância. Desta forma, serão abordadas doze dimensões, a saber:

- a) Saúde Mental
- b) Toxicodependência,
- c) Tabagismo,
- d) Diabetes,
- e) Saúde Materno- Infantil,
- f) Envelhecimento Ativo,
- g) SIDA,
- h) Doenças Cérebro-Cardiovasculares,
- i) Plano Nacional de Vacinação
- j) Saúde Sexual e Reprodutiva
- k) Doenças Oncológicas
- l) Cuidados Paliativos.

2.1. Saúde Mental

A saúde mental é a base para o bem-estar geral do indivíduo. O sofrimento emocional que afeta os indivíduos e que não pode ser resolvido apenas por eles, torna necessária a ajuda de profissionais que definirão as melhores abordagens para lidar com o problema.

Em termos de prevalência de doença psiquiátrica, Portugal é o segundo país com mais casos na Europa, apenas sendo ultrapassado pela Irlanda do Norte. Pode-se afirmar que um quinto dos portugueses sofre de perturbações psiquiátricas. (Domingues,2019)

Ainda de acordo com a mesma fonte, a ansiedade e as perturbações de humor são aquelas que ocupam o topo da lista, com prevalência de 16,5% e 7,9% respectivamente.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2020), também existem doenças mentais graves (cerca de 4%), que podem exigir cuidados especializados médicos (psiquiatria), com eventual recurso a internamento e comum evolução crónica.

Se forem analisadas, em termos de incidência, comparativamente a outras doenças, verifica-se quem em primeiro lugar surgem as doenças cérebro-vasculares com 13,7%, seguidas das perturbações mentais e de comportamento com 11,8%, ultrapassando as doenças do foro oncológico, 10,4%.

A Direção Geral de Saúde afirma que:

Em Portugal as perturbações mentais comuns são uma das principais causas de incapacidade para a atividade produtiva, expressa, por exemplo, pelo elevado número de baixas e de reformas para a atividade profissional. Simultaneamente somos, há anos, o maior consumidor europeu de benzodiazepinas (os tranquilizantes mais frequentes ou ansiolíticos), com valores também relevantes nos antidepressivos e nas bebidas alcoólicas. Quer as benzodiazepinas quer o álcool induzem dependência e tolerância, tendo, entre outros, um efeito meramente sintomático: não interferem na origem do sofrimento psíquico, apenas na expressão dos seus sintomas, com várias ações adversas possíveis: défice cognitivo (memória, quiçá indução de quadros demenciais) nas benzodiazepinas em toma prolongada; comportamentos de risco e indução de depressão nas bebidas alcoólicas. (DGS,2020:s/p.)

Estes números convergem com a realidade verificada a nível mundial, nomeadamente dos países desenvolvidos. No entanto o investimento em saúde mental fica aquém do que seria desejado e esperado. Segundo o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) divulgado em Julho de 2019, nunca houve um compromisso sério do Estado para investir neste setor, dotando-o de recursos que permitam melhorar a qualidade de vida do portador de perturbação mental.

Para Xavier citado por Domingues:

A saúde mental nunca foi uma prioridade no nosso país! Na melhor das hipóteses, estamos a gastar, com a saúde mental, 4% a 5% do orçamento da saúde; só para dar uma ideia, o Reino Unido, por exemplo, gasta 14%, ou seja, gasta o triplo. (Domingues, 2019:247)

A promoção da saúde mental está presente desde o início da vida, refletindo-se na adaptação e na satisfação com que se cresce e na capacidade de resolver adversidades. A saúde mental não é estanque nem estática, podendo haver desequilíbrios ao longo da vida. A intervenção precoce, em certos casos, previne complicações futuras e, noutros, facilita a recuperação e a reinserção social nas situações mais crónicas. (Direção Geral de Saúde,2020)

Neste sentido, têm vindo a ser desenvolvidos projectos no âmbito da saúde mental e da sua promoção. Entre 1985 e 1989 foram aprovados dois Planos Nacionais de Saúde Mental com o objectivo de interligar o trabalho das equipas de saúde mental e de médicos de família. Os avanços foram interrompidos em 1990 com os drásticos cortes para a saúde mental. Mais tarde, em 1998, ao abrigo do Programa *Horizon*, da Comunidade Europeia (CE), foram criados Programas e estruturas de reabilitação psicossocial. E em 2004 a saúde mental foi incluída no Plano Nacional de Saúde, constituindo um dos Programas prioritários da DGS.

Atualmente existem Programas implementados na promoção da saúde mental e prevenção da doença, dos quais destacamos:

-Projeto Saúde Mental e Arte, promove a saúde mental e combate o estigma em pessoas adultas com doença mental grave, através da integração em programas de reabilitação psicossocial;

-Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, em uso nos CSP (Cuidados de Saúde Primários) e integrado no contexto da promoção da Saúde Mental da gravidez e puerpério: usa indicadores sobre o estado da Saúde Mental na grávida, puérpera e recém-nascido;

-Saúde Mental em Saúde Escolar: formação e promoção de competências sócio emocionais de docentes e profissionais de educação, com a capacitação de profissionais dos CSP na avaliação do desenvolvimento e do risco emocional na infância/adolescência.

2.1.1. Demências

Como se poderá verificar mais adiante durante a abordagem ao envelhecimento ativo, Portugal é um país envelhecido, que segue a tendência verificada também noutros países europeus. O

envelhecimento da população tem como (uma) consequência o aumento claro da demência, duplicando aproximadamente a cada 5 anos depois dos 65 anos, sendo que um valor de 0,8% no grupo etário dos 65 aos 69 anos passa para 28,5% acima dos 90 anos de idade (Pinho, 2008)

A demência segundo Lopes, Martins e Ribeiro:

traduz um distúrbio complexo, crónico e progressivo que se caracteriza por um défice cognitivo que envolve uma ou várias funções (aprendizagem, memória, linguagem, competências visuo-espaciais e função executiva), alterações da personalidade e diminuição do funcionamento global. (Lopes, Martins e Ribeiro, 2017:39)

Os estudos feitos em Portugal sobre esta temática são relativamente escassos, sendo que o primeiro estudo de base populacional em Portugal apurou uma prevalência global de demência na população entre os 55 e os 79 anos de idade de 2,7%, no espaço temporal de 2003 e 2008. (Nunes *et al.*, 2010)

Já mais recentemente foi realizado um estudo por Santana *et al.* (2015) com o objetivo de estimar a prevalência de demência (Doença de Alzheimer) em Portugal e inferir, a partir da prescrição, o número de diagnósticos efetivos e os encargos financeiros com a medicação. Estimou-se uma prevalência de demência de 5,91% nos indivíduos com mais de 60 anos com um encargo financeiro de 37 milhões de euros por ano. (Lopes *et al.*, 2017)

Torna-se importante perceber a sua importância e impacto na vida das pessoas, com a adopção de estratégias que permitam melhorar a qualidade de vida quer dos doentes, quer dos seus familiares.

Lopes *et al.* (2017) refere que segundo a Associação Americana de Neurologia e o *U.S Preventive Services Task Force* (USPSTF), não existe, de momento, evidência científica para recomendar o rastreio de demência em idosos assintomáticos. Contudo, o despiste do declínio cognitivo, deve ser efetuado em doentes com factores de risco cardiovascular, os que apresentam alterações de comportamento ou cognitivas mesmo que sejam mínimas e subjectivas e ainda aqueles que tiveram alta após um AVC (Acidente Vascular Cerebral).

Não sendo uma doença de fácil diagnóstico, este por vezes também se torna tardio. Aspectos ligados, por um lado, ao próprio doente que não percebe as alterações que está a sofrer, e, por outro, os próprios profissionais tendem a não discernir entre o que é normal para a idade e o que é patológico. Refira-se, ainda, que o próprio SNS não proporciona o tempo e os recursos necessários na primeira linha de contacto (CSP) com a doença.

Apesar de em Portugal as demências não serem historicamente reconhecidas e de lhes ser atribuída pouca importância, recentemente têm vindo a ser encetados esforços no sentido de contrariar essa tendência.

Em 2010, foram aprovadas as Resoluções da Assembleia da República n.os 133 (9) e 134 (10), convidando o Governo a considerar as demências como prioridade nacional e a criar um Programa ou Plano a elas dirigido. E no ano seguinte saiu a norma 053/2011 para a Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas.

Em 2013 foram levados a cabo vários seminários onde se juntaram peritos nacionais e se promoveu a discussão de estratégias.

Em 2015 foi lançado um Inquérito Nacional sobre a consciencialização e a percepção pública relativas à demência promovido pela Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI) do ICBAS-UP, em articulação com o Programa Nacional para a Saúde Mental (Direção-Geral da Saúde); O principal objectivo é melhorar a compreensão sobre as experiências, as preocupações e as expectativas da sociedade sobre a demência, bem como o conhecimento, a atitude e as crenças da população portuguesa relativamente aos valores de diagnóstico e tratamento. Este inquérito ainda se encontra disponível para a recolha de dados.

Já em 2018 é aprovada a Estratégia da Saúde na Área das Demências que determina a constituição e a composição da Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências:

Define os princípios a que devem obedecer os cuidados a pessoas com demência, os critérios a utilizar na intervenção preventiva, as medidas a adotar relativamente à deteção precoce, as medidas de acesso ao diagnóstico médico bem como ao diagnóstico compreensivo, e o escalonamento das respostas terapêuticas nos três níveis de cuidados de saúde, clarificando-se um percurso de cuidados para as pessoas com demência, assente nos princípios da ética, proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade. (Despacho n.º 5988/2018)

2.2. Toxicodependência

Depois de anos de repressão durante a ditadura em Portugal, o 25 de Abril trouxe uma explosão no consumo de estupefacientes, um dos negócios mais lucrativos do mundo e que nos anos 80 do século passado se tornou num sério e grave problema. Segundo Domingues (2019), números oficiais apontavam para que 1% da população consumia drogas sendo a droga de eleição a heroína, com consequências nefastas.

Perante tal flagelo, o Estado procurou dar resposta através de projectos e Programas de combate ao consumo de droga. O Projeto Vida foi criado em 1987 e teve como objetivos a divulgação dos perigos para o consumo recreativo bem como a abertura do Centro das Taipas, para tratamento e recuperação de toxicodependentes. (Domingues,2019)

Já em 1990 foi criado o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, passando da alçada do Ministério da Justiça para o Ministério da Saúde aumentando a oferta do tratamento e consequente aumento de procura a nível nacional. Por outro lado, segundo Domingues (2019), o consumo de drogas em locais públicos, em particular em Lisboa, aumentou e necessitou de uma intervenção conjunta do Ministério da Saúde e da Câmara Municipal de Lisboa.

Mais tarde, em 1999, é aprovada a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga e em 2001 foi aprovada a Lei de Descriminalização do Consumo⁵, evitando a prisão daqueles que tivessem na sua posse substâncias ilícitas para consumo próprio.

Finalmente em 2002 foi criado o Instituto da Droga e das Toxicodependências (IDT) sendo substituído em 2011 pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Considera-se que o modelo português que está a ser seguido tem tido sucesso. Contudo há novas variáveis e novos padrões que necessitam de ser atentamente seguidos para uma resposta atempada e efectiva, nomeadamente o consumo de substâncias ilegais em idades cada vez mais jovens; o consumo de álcool largamente generalizado e amplamente divulgado pela publicidade das empresas comerciais interessadas na sua venda; o consumo de drogas sintéticas que durante anos foram vendidas de forma livre nas *smart shops* e que de alguma forma transmitiu a ideia de que isso seria legal, tornando muitos jovens dependentes; e finalmente o fácil acesso às drogas pela internet.

⁵ Lei nº 30/2000

2.3. Tabagismo

Um dos programas implementados pela DGS é o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT)⁶, o qual segue referenciais europeus e mundiais.

Segundo dados divulgados em Julho de 2019 pela WHO o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas por ano em todo o mundo e mais de 7 milhões desses óbitos são resultado do consumo direto de tabaco, enquanto cerca de 1,2 milhões é o resultado do fumo passivo.

Para o mesmo organismo, em Portugal, o consumo de tabaco atingiu em 2018 cerca 27,9% da população (33,3% entre os homens, 32,4% entre as mulheres). (Lusa,2019)

O tabagismo causa um grande prejuízo à saúde pública, já que é responsável pela diminuição da qualidade e duração de vida. Tem, ainda, a agravante de ser um fator de risco não apenas para o fumador, mas para todos aqueles que se encontram frequentemente expostos ao fumo passivo.

De acordo com Domingues:

Fumar diminui a imunidade, aumenta o risco de infecções respiratórias e de morte por tuberculose; fumar durante a gravidez é lesivo para o desenvolvimento do feto e agrava o risco de complicações perinatais; diminui a fertilidade e provoca o envelhecimento prematuro. A simples exposição ao fumo, por sua vez, é factor de agravamento da asma e aumenta o risco de cancro do pulmão; aumenta o risco de doenças cardiovasculares (Domingues, 2019:61)

Segundo o Relatório “Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017”, morreu uma pessoa a cada 50 minutos, em Portugal, em 2016, por doenças atribuíveis ao tabaco. Dos 11.843 óbitos causados pelo tabaco ocorridos em 2016 (10,6 % do total de mortes no país), 9.263 eram homens (16,4 % do total dos que morreram) e 2.581 eram mulheres (4,7 %).

Ainda assim a prevalência de consumidores diários ou quase diários de tabaco, entre 2012 e 2017, registou uma ligeira redução, passando de 95,2 % para 94,0 %.

Em 1982 foi aprovada a primeira Lei abrangente de prevenção do tabagismo - Lei nº 22/82, regulamentada pelo Decreto –Lei nº 226/83, que introduziu a proibição total de publicidade ao tabaco e em 2007⁷ foi revista, apesar de ter excepções, a proibição de fumar em locais públicos

⁶ Criado por Despacho n.º 404/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 3 de Janeiro.

⁷ Lei nº 37/2007

fechados, meios de transporte, locais de trabalho e serviços de hotelaria e restauração. Em 2017⁸ foi novamente revista para abranger novos produtos de tabaco nas suas proibições.

Várias campanhas de informação antitabaco têm vindo a ser realizadas e mais recentemente a comparticipação de medicamentos para auxiliar aqueles que pretendem deixar de fumar, aumentou em 68% para um dos medicamentos mais usados. De referir também a melhoria na acessibilidade às consultas de cessação tabágica.

⁸ Lei nº 63/2017

2.4. Diabetes

Desde o início da década de 80 do século passado que a prevalência da Diabetes ao nível mundial, quase duplicou na população adulta. Segundo dados da WHO (2016) Portugal não foge à regra, encontrando-se entre os países com taxa de prevalência da Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (DM2) mais alta da Europa. Quase um milhão de portugueses com mais de 30 anos sofre de diabetes, doença que mata mais de 12 pessoas por dia em Portugal.

Segundo a MerckSharp & Dohme:

a característica mais importante e que define a Diabetes *mellitus* é a subida anormal e descontrolada da glicemia ou "açúcar no sangue". Isto é causado por problemas com a produção de insulina ou com a sua atuação nas células (a chamada "resistência à insulina"). (MSD, 2019)

Considera-se que na origem deste aumento possa estar a obesidade, resultado das profundas modificações no estilo de vida mais sedentário e aumento do consumo de alimentos processados. (Domingues, 2019)

Segundos dados disponibilizados pela Lusa (2016) sobre um comunicado da WHO “*Global Report on diabetes 2016*”, o sedentarismo, ou falta de atividade física, tem uma prevalência de 37,3% em Portugal, com 33,5% de homens e 40,8% de mulheres fisicamente inativos.

Ainda de acordo com o mesmo Relatório, em Portugal 6,18 milhões de pessoas (59,8%) têm excesso de peso, mais de metade da população, sendo que esta prevalência é mais evidente nos homens (65%) do que nas mulheres (55%).

Esta doença crónica e progressiva que pode trazer graves consequências ao bem-estar individual, está associada a elevados custos de saúde. A prevenção e o diagnóstico precoce são uma das prioridades do Programa Nacional para a Diabetes.

E se em termos de prevalência esta continua elevada, no que concerne ao diagnóstico podemos concluir que o Plano tem dado os seus frutos, pois segundo um inquérito de 2009, 44,4% de pessoas diabéticas desconheciam a sua condição; esse valor desceu para 12,9% em 2019. (Domingues,2019)

Por outro lado, o pé diabético que é uma das complicações mais comuns e que acarreta elevados custos, nomeadamente amputações, desde 2010 que os valores associados têm vindo a diminuir.

No que diz respeito à diabetes em crianças e jovens a sua prevalência tem-se mantido estável. Doentes elegíveis para sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI) têm acesso ao mesmo de forma gratuita através do SNS.

2.5. Saúde Materno-Infantil

Nas últimas décadas é possível verificar ganhos em saúde no nosso país. Um dos indicadores que melhor reflecte esses ganhos é a franca diminuição da mortalidade infantil. Passámos de uma taxa de mortalidade de 55,5%, em 1970, para 3,3% em 2018. A evolução da saúde infantil é uma história de sucesso, resultado da melhoria das condições socioeconómicas, das reformas e intervenções específicas na saúde. (PORDATA, 2017)

Para Correia de Campos,

A descida da mortalidade infantil anda normalmente associada à melhoria das condições de vida exteriores ao próprio sistema: saneamento do meio, melhor alimentação e melhores condições habitacionais; a esperança de vida à nascença está muito dependente dos ganhos conseguidos no primeiro ano de vida, isto é, da referida mortalidade infantil, enquanto a esperança de vida numa idade já avançada é muito menos sensível a modificações exteriores, aumentando com grande lentidão; a mortalidade perinatal é de todos os indicadores o que melhor pode traduzir resultados da acção dos serviços de saúde, nomeadamente no acompanhamento da grávida, na assistência ao parto e nos cuidados dispensados nos primeiros dias de vida. (Campos, 1986:6)

Outro fator que assumiu relevância nesta descida da taxa de mortalidade infantil foi também o PNV, já anteriormente descrito como grande responsável pelo controlo e erradicação de doenças.

Por outro lado, foi feita uma forte aposta na Saúde Materno-Infantil e criada a Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil (CNSMI) a 26 de Fevereiro de 1989. No âmbito do programa implementado e segundo Cunha, citado por Domingues:

Estabeleceram-se diversas metas a atingir, das quais se salientam: promover a qualidade no acesso à vigilância da grávida e do recém-nascido, da criança e do adolescente; assegurar e garantir a segurança e a qualidade nos partos, rentabilizar recursos, reorganizando-se os Hospitais de Apoio Perinatal e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado; implementar as Redes de Referência Materno-Infantil; implementar progressivamente uma cultura de cooperação e complementaridade dos diferentes serviços, e implementar as Unidades Coordenadoras Funcionais, com intuito de monitorizar, avaliar e formar os intervenientes na Rede de Referência Materno-infantil. (Domingues, 2019:134)

A criação do Planeamento Familiar, depois do 25 de Abril também contribuiu para a melhoria dos números uma vez que evitou abortos clandestinos, pois a interrupção da gravidez era contra a moral corrente da época que o antecedeu.

2.6. Envelhecimento Ativo

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir a alterações profundas em termos demográficos, reflexo do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública, que se caracteriza entre outras, pelo aumento da longevidade. O impacto desta alteração vai exigir respostas adequadas através de políticas e programas orientados para o envelhecimento.

Portugal é actualmente um país envelhecido, onde a redução da natalidade e da população jovem aliada ao aumento da esperança média de vida, o colocam no 4º lugar do ranking da EU (União Europeia) com a maior percentagem de pessoas idosas⁹. (Eurostat,2015)

Segundo dados do PORDATA (2017), em 2015 20,5% da população tinha 65 anos ou mais enquanto apenas 14,2% tinha menos de 15 anos. A esperança média de vida aumentou para 78,4 anos nos homens e 84,6 anos nas mulheres.

Para a *World Health Organization* o envelhecimento individual:

é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (WHO, 1999: 2015).

Por este motivo o envelhecimento saudável é uma preocupação crescente e que carece de atenção. Não só deve existir empenho do individuo para que possa envelhecer bem e de forma ativa, como deve haver por parte da sociedade a garantia de oportunidades e de condições para que este se dê de forma sustentada. O termo envelhecimento “ativo” refere-se ao processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2002).

Portugal encontra-se orientado de acordo com os valores e objectivos fundamentais da UE e está comprometido com a Estratégia e Plano de Acção Global para o Envelhecimento Activo preconizado pela WHO.

A DGS tem vindo a desenvolver, neste âmbito, diversos Projetos e Programas, como por exemplo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004).

Na “Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025” elaborada por Costa et al, pode ler-se:

⁹ Assume-se neste trabalho a faixa etária para idoso aceite pela WHO (1999), isto é, individuos com mais de 65 anos

Aumentar a capacidade funcional das pessoas idosas é um ponto de referência para a formulação de um modelo orientador de intervenção que defina prioridades, parâmetros de monitorização e avaliação, e imprima dinâmicas e sinergias de cooperação entre interventores e instituições no âmbito dos diversos Programas Prioritários e outros Programas e projetos da saúde e vários parceiros empenhados na melhoria dos padrões de saúde, de participação, de segurança e de investigação. (Costa et al, 2017:6)

A promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal regista várias iniciativas, como por exemplo o Projecto “Vencer o Tempo nas Sete Cidades” onde 7 autarquias portuguesas no âmbito de candidaturas, visam implementar equipamentos e acções, nas mais variadas áreas, de apoio aos mais velhos, desenvolvendo políticas mais próximas ao cidadão idoso, capacitadoras de autonomia e humanização. Contudo há ainda um caminho a percorrer para que essa abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas, garantindo a realização plena da sua dignidade.

2.7. SIDA

Reportada pela primeira vez em 1981 nos Estados Unidos da América e identificado o seu vírus causador em 1983, é na década de oitenta que se identifica o primeiro caso em Portugal. A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) não é mais do que um conjunto de manifestações clínicas associadas ao Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida (VIH), e cujo crescente impacto do número de doentes diagnosticados com esta enfermidade, fez com que o Ministério da Saúde criasse em 1985 um grupo de trabalho para lidar com o problema.

Foram feitos alertas para mudanças de comportamentos e combate ao preconceito, nomeadamente em grupos de risco como os homossexuais e consumidores de drogas injetáveis.

Em 1992 este grupo de trabalho passa a ser presidido por Odete Ferreira, cujo trabalho desenvolvido é notoriamente reconhecido nos dias de hoje, e muda a sua denominação para Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

Num momento em que Portugal ocupava o 10º lugar entre os países europeus no que diz respeito à prevalência da doença e que se completavam dez anos sobre o aparecimento do primeiro caso de SIDA em Portugal, investe-se numa nova dinâmica para a prevenção. Implementa-se um Programa de Troca de Seringas (PTS) em Outubro de 1993, onde através da colaboração com a rede nacional de farmácias e com equipas de distribuição de *kits* em locais estratégicos (locais onde existia consumo).

Este Programa que se mantém até aos dias de hoje, foi um sucesso. Até 2018 tinham sido distribuídas 50 milhões de seringas e 30 milhões de preservativos. Estima-se que tenham sido evitadas 7000 novas infecções por cada 10.000 utilizadores de drogas injectáveis e uma poupança para o Estado entre os 400 e 2000 milhões de euros. (Domingues,2019)

De acordo com Domingues (2019), o PTS decorreu de forma gratuita até 2012, ano em que devido à crise, deixou de contar com a colaboração das farmácias aderentes e foram os CSP (Cuidados de Saúde Primários) que passaram a assegurar essa distribuição. A reorganização necessária fez com que no primeiro ano o número de seringas distribuídas diminuísse e mais tarde em 2015 as farmácias reentrassem no programa.

Ainda para o autor acima citado, o PTS conta atualmente com a colaboração de 1691 farmácias, 252 Unidades de Saúde e de 52 equipas de redução do risco. A par da descriminalização de drogas para consumo próprio e de Programas para substituição opiácea, os ganhos em saúde foram tremendos e Portugal é reconhecido como exemplo de boas práticas.

Segundo Martins e Aldir (2018), a análise das tendências temporais da epidemia nacional de VIH e SIDA revela que na última década se verificou uma descida de 40% no número de novos diagnósticos de infeção por VIH e de 60% nos novos diagnósticos de SIDA. Foram notificados 1.068 casos em 2017, o que corresponde a uma taxa de 10,4 novos casos por 100 mil habitantes.

O objectivo para 2020 pela ONUSIDA (Organização das Nações Unidas para a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida) passa por conseguir o diagnóstico de 90% dos casos por VIH e garantir que 90% desses casos sejam tratados com controlo da infeção.

O diagnóstico é hoje em dia simples e pode ser feito nas farmácias, com a obtenção de resultados em minutos. Para Aldir citada por Domingues, as farmácias podem ajudar na introdução do teste como um exame de rotina:

Uma grande parte dos diagnósticos tardios está entre a população heterossexual, que tem à volta de 50 anos: nessa idade, é quase inevitável que as pessoas vão à farmácia com alguma regularidade, quase toda a gente tem algum problema, seja de tensão alta ou colesterol elevado. É portanto uma ótima ocasião. (Domingues,2019: 155)

Por outro lado os CSP e Organizações Não Governamentais (ONG), são também financiadas para a realização de testes.

2.8. Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Segundo dados da OCDE disponíveis no “Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares de 2017”, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos Estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes na região em 2010. Elas abrangem um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo a Doença Isquémica Cardíaca e as Doenças Cérebro Vasculares.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) acontece quando o fornecimento de sangue para uma parte do cérebro é impedido, devido a um bloqueio ou derrame. O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) ocorre quando se dá uma interrupção súbita da perfusão sanguínea coronária, prolongada e total ou quase total.

A continuada adopção de estratégias preventivas e melhoria nos diagnósticos tem vindo a diminuir a mortalidade por doenças vasculares; nas áreas do EAM e do AVC, atingiu-se em 2015 uma proporção de óbitos de doenças cardiovasculares de 29,7%, um dos melhores valores das últimas décadas. (INE, 2017)

Para Domingues (2019), numerosas acções e campanhas desenvolvidas permitiram uma redução de 39% de óbitos por AVC entre 2011 e 2015 e uma redução de 4,1% no global das doenças circulatórias. Apenas se manteve inalterada a mortalidade pelo EAM e deu-se um agravamento na mortalidade abaixo dos 70 anos.

Morre-se cada vez menos por doenças do aparelho circulatório e consomem-se mais medicamentos mas os encargos financeiros globais do SNS são menores.

O correto encaminhamento dos casos de AVC e de EAM através do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) traduz-se num ganho de tempo fundamental para a eficácia terapêutica. Este constitui o propósito do conceito de Via Verde¹⁰ e justifica todos os esforços organizativos.

O INEM criado em 1981 foi uma importante conquista para o SNS. Em 2018 o INEM ganhou o prémio *Healthcare Excellence* com o projecto “Via Verde Reanimação”. Segundo Domingues:

dados disponíveis até 2017 indicam que em 75,9% dos casos decorreram menos de duas horas entre a identificação dos sinais e sintomas de AVC e o encaminhamento da Via Verde respectiva. (Domingues, 2019:76)

¹⁰ A “Via Verde Coronária” e a “Via Verde do AVC” surgem em 2007 como a principal estratégia da Coordenação Nacional com ganhos em saúde inequívocos demonstrados pela publicação “Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral” em 2010

Segundo o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares pretende-se atingir em 2020:

- A redução do número de mortes antes dos 70 anos por doença do cérebro e do coração;
- A redução para 7% as mortes por enfarte nos hospitais;
- O aumento, para 470 por milhão de habitantes, o número de tratamentos por angioplastia a pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio;
- O aumento para 1800 o número de pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC) que têm acesso a tratamento específico;
- A redução do consumo de sal entre 3 a 4% ao ano na população. (DGS, 2017:4)

2.9. Plano Nacional de Vacinação

A Saúde em Portugal teve na sua evolução contextos sanitários vários, sendo que a preocupação com a Saúde Pública já se verificava mesmo antes de ser implementado o SNS.

Para dar resposta a problemas de saúde relacionados com o contágio de bactérias e vírus, têm vindo a ser desenvolvidos Programas onde se incluem para além da investigação, a implementação de Planos de vacinação.

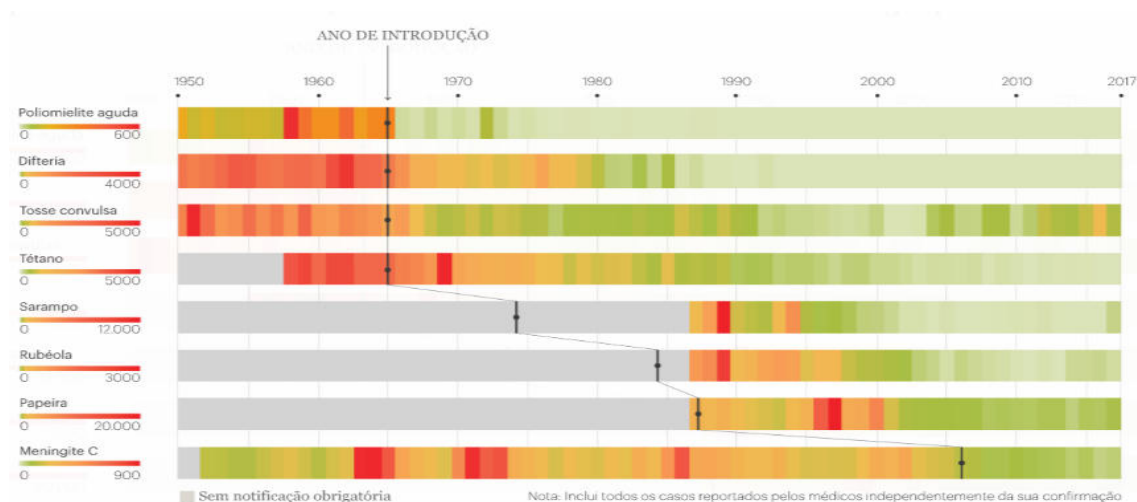
Uma vacina, consiste num medicamento composto por uma substância quimicamente semelhante ou derivada de um agente infeccioso, produzido com a finalidade de prevenir doenças infecciosas provocadas por vírus e bactérias. (Cabral e Pita, 2015)

Foi em Novembro de 1965 que foi implementado pela primeira vez o Plano Nacional de Vacinação (PNV), consistindo na distribuição de vacinas de forma organizada e abrangendo a totalidade da população portuguesa, de acordo com um calendário de administração. Este processo foi iniciado com a vacina contra a poliomielite, doença, à época, considerada muito importante.

Depois foram-se sucedendo introduções e alterações ao PNV que permitiram a erradicação da varíola, eliminação da poliomielite, difteria, sarampo, rubéola e tétano neonatal e controlo de tétano, meningite C, hepatite B, papeira, tosse convulsa, tuberculose e *H. influenzae b* (bactéria responsável por infecções como a meningite e pneumonia em crianças pequenas e adultos imunodeprimidos). (Maia e Costa, 2019)

A expectativa é que o HPV, vírus que provoca o cancro do colo do útero (cuja vacina foi introduzida em 2008), e a *S. pneumoniae* (que provoca alguns tipos de meningite e de pneumonia em crianças e adultos) passem a estar controladas.

Figura 1: Impacto das Vacinas na redução do número de casos notificados



Fonte: <https://www.publico.pt/2019/02/23/sociedade/noticia/vacinar-prevenir-ve-se-numeros-1862830>

Segundo a DGS, o Plano Nacional de Vacinação (PNV) contempla:

(...) a vacinação do maior número de pessoas com as vacinas mais adequadas, o mais precocemente possível, de forma duradoura, promovendo a protecção individual e com uma mais valia para a saúde pública. (DGS, 2020)

O PNV é universal, gratuito, e acessível a todas as pessoas residentes em Portugal. Tem como objetivo a proteção de indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação. (SNS24, 2020)

Ainda para a mesma fonte, de salientar que as vacinas do PNV são seleccionadas de acordo com a epidemiologia das doenças, na evidência científica do seu impacto e na relação custo-benefício, contemplando ainda a sua disponibilidade no mercado.

2.9.1. Tuberculose

Ao longo da história a população portuguesa foi vítima de vários surtos de doenças das quais se destaca a tuberculose, que mereceu especial atenção por ser um dos grandes flagelos e que no final do século XIX era principal causa de morte pela facilidade da ocorrência de contágio.

De acordo com Cabral e Pita (2015), uma pessoa liberta bacilos através da tosse, da fala, que poderão ser inalados pelas pessoas que contactarem com quem se encontra infectado. Uma pessoa saudável que respire o ar de determinado ambiente onde permaneceu um tuberculoso pode infectar-se.

Domingues (2019) salienta que apesar de apenas 10% das pessoas infectadas correrem o risco de desenvolverem a doença, o risco aumenta para as populações imunocomprometidas.

A implementação do PNV através da administração da vacina *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG), permitiu uma diminuição da taxa de incidência de cerca de 40% (reportando a números verificados entre 2000 e 2017). (Programa Nacional para a Tuberculose, 2018)

Como a tuberculose tem sido cada vez menos frequente no nosso país, a vacina com BCG deixou de ser universal. Desde 2016 que se faz BCG apenas em grupos de risco.

Assim e como estratégias para adoptar no futuro a DGS (2019) segundo Domingues identificou:

- Manutenção do sistema de alerta para o PNV, que permita identificar falhas na aplicação da estratégia de vacinação com BCG;

- Desenvolvimento de informação dirigida aos médicos de Saúde Pública e Pediatria, no sentido de otimizar o rastreio de tuberculose em população infantil, assim como a identificação das crianças expostas a doentes com tuberculose que beneficiam de tratamento preventivo;

- Prosseguir as acções iniciadas relativas à população migrante, reclusa e aos consumidores de substâncias psicoactivas;

- Aumentar a literacia sobre tuberculose dos profissionais que trabalham em saúde. (Domingues,2019:82)

2.10. Saúde Sexual e Reprodutiva

De acordo com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento que decorreu no Cairo em 1994, resultou um importante marco na evolução dos direitos das mulheres e no que diz respeito à sua saúde. Representantes de todas as regiões e culturas concordaram que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de género.

Para a DGS:

Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. (DGS,2008:5)

O Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento definiu que o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência têm filhos.

A WHO estabeleceu até 2015 metas no sentido de todos os Estados membros assegurarem compromissos e implementarem medidas para melhorarem o acesso à saúde, incluindo o acesso à saúde sexual e reprodutiva.

Portugal tem apresentado números que se destacam pela positiva. A mortalidade perinatal desceu de 6.9 por 1000 nascimentos em 2000 para 3.7 óbitos em 2013; A mortalidade materna ainda que tenha tido um aumento entre 2000 e 2013, manteve-se sempre abaixo das 10 mortes por 100.000 nascimentos. (PORDATA,2017)

De acordo com Águas et al (2016), o uso de contraceptivos subiu de 79% em 2005 para 94% em 2015.

Já a incidência de infecção pelo HIV entre 2000 e 2015 tem decrescido: 30 casos por 10.000 habitantes em 2000 e 10,7 casos em 2014. (INSA, 2016)

2.10.1. Procriação medicamente assistida

A infertilidade é uma doença que afeta milhões de casais em todo o mundo, de tal forma que as estimativas sugerem que entre 10 a 15 % dos casais em idade reprodutiva sejam inférteis (WHO, 2010).

Desde 1986, data em que nasceu o primeiro bebé em Portugal resultado da Procriação Medicamente Assistida (PMA), têm vindo a ser usadas técnicas e tratamentos para favorecer a reprodução humana quando existem problemas de fertilidade. A PMA é usada em problemas de fertilidade, seja ela feminina ou masculina.

Existem várias técnicas usadas neste âmbito e de acordo com o Conselho Nacional para a PMA, em Portugal usam-se as seguintes:

- Inseminação artificial;
- Fertilização *in vitro* (FIV);
- Injecção intracitoplasmática de espermatozóides;
- Transferência de embriões, gâmetas ou zigotos;
- Diagnóstico genético pré-implantação e “outras técnicas laboratoriais de manipulação gamética ou embrionárias equivalentes ou subsidiárias”.

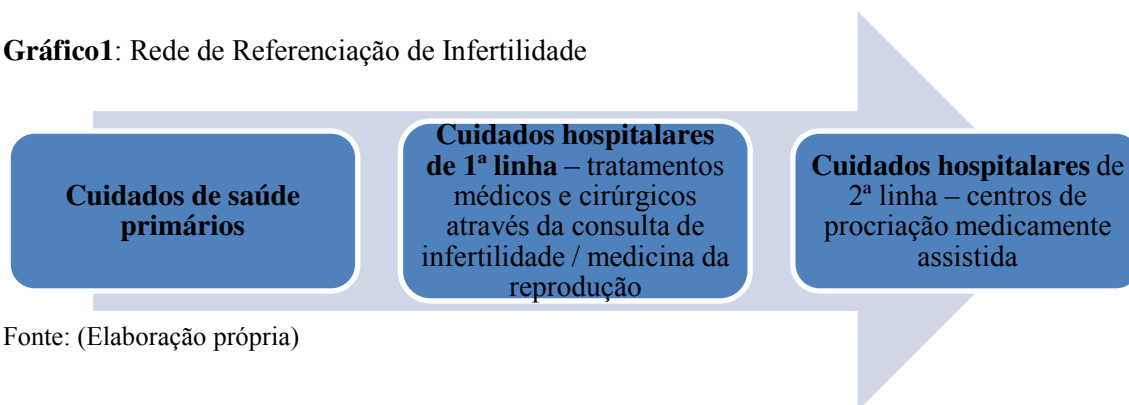
A utilização clínica destas metodologias sofreu grande expansão em todo o mundo, estimando-se que já tenham nascido mais de 3 milhões de crianças como resultado do seu uso. Há mesmo países europeus em que 5% ou mais das crianças nascidas resultam de PMA. (CNPMA,2020)

De acordo com os últimos dados disponíveis o Conselho Nacional para a PMA afirma que em 2016 o número de crianças nascidas através de tratamentos com PMA representou cerca de 3% do total de crianças nascidas em Portugal.

A Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho veio regular a PMA em Portugal criando o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida como entidade reguladora da prática desta actividade. Em Junho de 2016 foi aprovado o alargamento dos beneficiários, garantindo o acesso de todas as mulheres a técnicas de PMA.

Os médicos de medicina geral e familiar são frequentemente o primeiro contacto do casal com dificuldade em engravidar. Segundo a Norma da DGS 003/2011 para a Conduta em Infertilidade, tal como para outras áreas da saúde reprodutiva, a referenciação dos casais para diagnóstico e tratamento da infertilidade faz-se de acordo com a Rede de Referenciação de Infertilidade. Para melhor compreensão deste processo destaca-se o gráfico seguinte:

Gráfico1: Rede de Referenciação de Infertilidade



Fonte: (Elaboração própria)

Segundo o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, existem 11 centros públicos e 17 privados autorizados a ministrar técnicas de PMA.

Existem critérios bem definidos para quem irá ser referenciado, destacando-se:

-O limite mínimo legal é 18 anos. O limite máximo é, para a mulher, 50 anos. Não existe limite máximo para o parceiro masculino. No entanto, estes tratamentos só têm financiamento público se concretizados antes dos 40 anos da mulher (para as técnicas de fertilização *in vitro* (FIV) e microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides ICSI) ou antes dos 42 anos da mulher (no caso da inseminação artificial);

-Não existe um limite definido para os tratamentos. Contudo nos centros públicos cada casal (ou mulher sem parceiro/a) tem direito a efetuar 3 inseminações artificiais e 3 ciclos de fertilização *in vitro* (FIV) / microinjeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) com transferência de embriões desde que não seja ultrapassado o limite de idade da beneficiária. (CNPMA,2020)

De referir a ilicitude da inseminação *post-mortem*, apesar de já ter dado entrada no parlamento uma proposta para a alteração da Lei n.º 32/2006 de 26 de Julho, onde se irá discutir a possibilidade de permitir, em Portugal, a inseminação artificial com sémen de cônjuge já falecido.

2.10.2. Interrupção voluntária da gravidez

A primeira proposta de Lei no sentido de liberalização da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) aconteceu em 1983 e foi aprovada em 1984. No entanto esta mostrou-se limitada pois a sua despenalização apenas contemplava razões de ordem médica, quando tivesse resultado de uma violação ou comprovada a existência de malformações fetais. Em 1997 sofreu ligeiras alterações e em 1998 foi realizado um referendo a nível nacional sobre o tema. Mesmo não sendo vinculativo porque apenas cerca de 40% dos eleitores votaram, o resultado final foi respeitado. O “Não” com 51% acabou por se sobrepor ao “Sim” com 49% dos votos.

Só em 2007 e depois de novo referendo (também este não vinculativo mas com o “Sim” a obter maior percentagem e por isso aceite pelos deputados), este abriu caminho à alteração na Lei, onde foi incluída a possibilidade de a IVG ser realizada a pedido da mulher. Esta abertura ao SNS contribuiu para combater a clandestinidade e dar garantias de segurança à saúde das mulheres.

Com a Lei nº 16/2007 a IVG pode ser realizada em estabelecimentos oficiais de saúde desde que cumpra os seguintes requisitos legais:

- Constitua o único meio de remover o perigo de morte ou grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- Se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física e psíquica da mulher grávida, e seja realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- Haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção pode ser praticada a todo o tempo;
- A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez;
- Por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas da gravidez. (Artigos 1º a 8º)

Nos anos seguintes à aprovação da Lei, verificou-se um aumento significativo de IVG's, mas a partir de 2012 têm se verificado uma diminuição desta tendência.

2.11. Doenças Oncológicas

De acordo com a Agência Internacional para a Investigação do Cancro, um quarto da população portuguesa está em risco de desenvolver cancro até aos 75 anos e 10% corre risco de morrer de doença oncológica. (Lusa, 2018)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano passado, registaram-se, em todo o mundo, 18 milhões de novos casos, sendo 23,4% na Europa. Morreram 10 milhões de pessoas no planeta, vítimas desta patologia. A incidência do cancro tem tido um aumento regular de aproximadamente 3% ao ano, quer em Portugal, quer na Europa.

É a segunda causa de morte em Portugal. A DGS estima que em Portugal surjam cerca de 50.000 novos casos todos os anos e apesar dos esforços incessantes na prevenção, na detecção precoce e no tratamento do cancro, esta doença continua a constituir um problema de saúde pública.

O aumento da esperança média de vida que tem vindo a acontecer também se traduz na probabilidade de surgirem novas neoplasias. (Fontelonga, 2002)

A mortalidade por cancro desceu ligeiramente em 2015, quando avaliada a mortalidade padronizada, ou seja, descontando o efeito de envelhecimento da população, revela o relatório “Portugal – Doenças Oncológicas em Números 2015”. No entanto, o mesmo documento sublinha o peso das doenças oncológicas tanto em carga de doença como nos encargos dos cuidados associados. Em 2017, verificou-se uma subida de 14% das despesas hospitalares quando comparado com 2016.

O acesso aos cuidados relativos a tratamentos oncológicos e respectivas cirurgias coloca Portugal abaixo da média Europeia no que diz respeito à mortalidade por doença oncológica. Segundo dados do Relatório *Health at a Glance 2017* a média europeia fixou-se nos 203,7 por cada 100.000 pessoas enquanto em Portugal se ficou nos 196,9 por cada 100.000. (OECD,2017)

A comparação dos números com outros países também beneficia dos estilos de vida adoptados, nomeadamente os relacionados com o consumo de tabaco, álcool, exposição solar, alimentação e de infeções por certos vírus. Um histórico de menor consumo de tabaco, corresponde a uma menor taxa de cancro do pulmão e da mortalidade associada. Ainda assim, o cancro do Pulmão é o mais letal em Portugal, sendo responsável por 3 927 óbitos verificados em 2014. (DGS, 2015)

Segundo Domingues (2019), o cancro da mama em Portugal apresenta uma incidência mais baixa quando comparado aos valores médios da União Europeia; já o cancro do estômago

apresenta-se como tradicionalmente elevado, denotando as assimetrias regionais com maior expressão no norte do país e que está, naturalmente, relacionado com os hábitos alimentares.

A DGS promove medidas preventivas como a adopção de estilos de vida saudáveis ou a vacinação e ainda promove o diagnóstico precoce através de rastreios oncológicos. Estão implementados três rastreios: rastreio da mama, rastreio do colo do útero e rastreio do cancro do cólon e do reto.

Desta forma o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas estabelece para 2020 as seguintes metas:

- Expandir a cobertura dos rastreios oncológicos de base populacional, a todo o território nacional e aumentar as taxas de cobertura populacional até 2020: rastreio do cancro da mama 90%, rastreio do cancro do colo do útero 75% e rastreio do cancro do colon e reto 50%;
- Reduzir percentagem de cirurgias oncológicas que ultrapassa o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) para menos de 10% até 2020;
- Promover a integração de cuidados entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares em três patologias oncológicas;
- Garantir que 75% das patologias do reto, pâncreas e testículo são tratados em centro de referência. (Ministério da Saúde, 2017)

2.12. Cuidados Paliativos

O aumento da longevidade e das doenças crónicas progressivas têm vindo a modificar o paradigma da doença e a sua abordagem, carecendo de uma reestruturação e reorganização dos cuidados prestados. Portanto os Cuidados Paliativos apresentam-se como um imperativo cada vez mais consensualmente reconhecido.

A WHO definiu em 2002 Cuidados Paliativos como sendo:

Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e as suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. (WHO,2002)

Naturalmente que os Cuidados Paliativos surgem associados às Unidades de Dor, as quais se debruçam sobre uma vertente tão presente em doentes terminais e que carecem de controlo, assumindo desta forma uma posição central no tratamento paliativo de doentes.

Contudo os Cuidados Paliativos não devem ser associados aos doentes em “fim de linha”, mas sim assumir uma intervenção estruturada e rigorosa nas doenças crónicas e progressivas susceptíveis de causar dor e sofrimento, podendo iniciar intervenção desde o seu diagnóstico e assumindo uma maior dimensão com o evoluir do quadro clínico. A oferta de Cuidados Paliativos é feita numa perspectiva que assenta nas necessidades e não apenas no diagnóstico. (ANCP, 2006)

Para Lourenço Marques citado por Domingues, um dos aspectos fundamentais da actuação das equipas é a relação com a família do doente:

Os membros da família precisam de ser tão cuidados como os próprios doentes, porque o doente e a família são uma unidade; o trabalho da equipa multidisciplinar tem de ser com essa unidade e constitui a verdadeira essência dos cuidados paliativos. (Domingues,2019:299)

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos fez parte integrante da RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) aquando da sua criação em 2006, associada ao conceito de continuidade. Mais tarde percebeu-se a importância da sua separação. Em 2012 a Lei de Bases

dos Cuidados Paliativos¹¹ determinou este distanciamento. Contudo só recentemente esta rede entrou em funcionamento.

Domingues (2019) enfatiza o incremento de formação nos futuros profissionais de saúde durante o seu percurso escolar e ainda alude para o protocolo assinado entre o Ministério da Saúde e a Fundação *La Caixa* para o desenvolvimento do Programa Humaniza implementado em Espanha em 2009 e aprovado pela WHO. Este baseia-se num programa de atenção integral a pessoas com doenças avançadas e pretende a sua adaptação à realidade Portuguesa, para apoiar os Cuidados Paliativos em Portugal: na prestação de cuidados, na formação de profissionais de saúde e na investigação.

Neste Capítulo foram tratadas as dimensões mais pertinentes relativas à saúde em Portugal. Mostram-se as grandes conquistas e os grandes projetos previstos para a sua implementação a longo prazo.

No próximo Capítulo abordar-se-á a metodologia que vai servir de base para o estudo empírico.

¹¹ Lei nº 52/2012

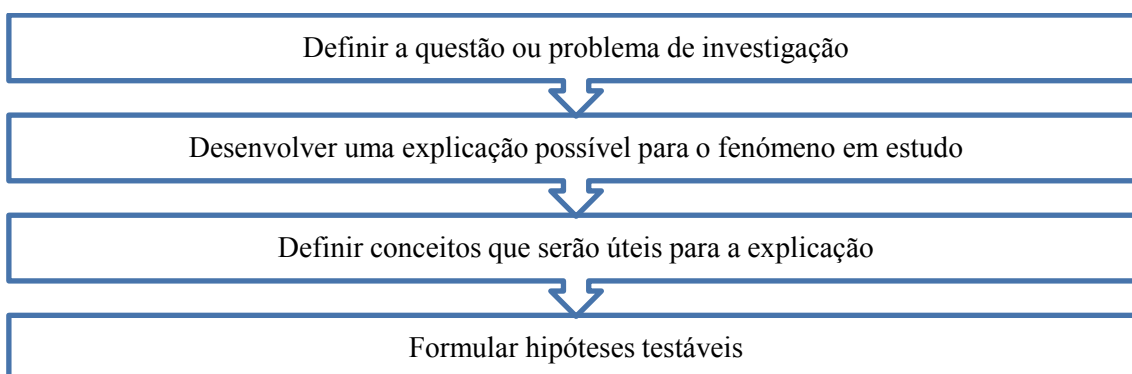
CAPÍTULO III: GUIA PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS PROGRAMAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS: OPÇÕES METODOLÓGICAS

A investigação científica e a ciência procuram investigar partes ou aspetos da realidade analisando-a através de um sistema abstrato de pensamento que lhe permita interpretar os fenómenos em estudo. A investigação procura encontrar explicações científicas para os fenómenos, resultando desta análise afirmações desenvolvidas no âmbito de cada uma das ciências, através de teorias que recorrem a termos ou conceitos próprios.

Para Ramos e Naranjo:

A investigação científica é o processo de aproximação sucessiva, de carácter criativo e inovador que pretende encontrar resposta para problemas transcendentais e com isso lograr descobertas significativas que aumentem o conhecimento humano e o enriqueçam. (Ramos e Naranjo, 2014:13)

O trabalho científico realizado através de um trabalho empírico de investigação (como é o caso), exige que o investigador desenvolva um conjunto de etapas. A figura seguinte, apresenta, de forma resumida, as etapas iniciais de um processo de investigação.



Ora para que todo este processo se desenvolva, é necessário apresentar uma metodologia adequada, que permita garantir a qualidade do trabalho, a validade do conteúdo e a fidelidade dos resultados. O presente Capítulo pretende descrever de forma sistematizada e precisa os meios utilizados e as etapas a percorrer no desenvolvimento desta investigação.

3.1. Construção da Pesquisa: Metodologia

Para desenvolver o processo de Investigação Científica pode-se recorrer a diversos caminhos metodológicos que se empregam em função do objecto da investigação, o qual condiciona o tipo de estudo que se exige para alcançar os objectivos propostos.

A metodologia constitui a doutrina do método científico e uma reconfiguração sucessiva de procedimentos de investigação que se empregam numa ciência. Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação. Por métodos, Louis Cohen e Lawrence Manion (1990:71) entendem:

(...) esa gama de aproximaciones empleadas en la investigación para reunir los datos que van emplearse como base para la inferência y la interpretación, para la explicación y para la predicción.

Segundo Fortin, Côté e Fillion, (2009), a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. A natureza do desenho varia segundo o objetivo do estudo. Consiste em descrever um fenómeno ou em explorar ou verificar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos. As decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo.

Em suma, o objetivo da metodologia é ajudar-nos a entender, não os resultados da investigação científica, mas o processo como ela é construída.

Para Coutinho (2015) existem duas grandes opções metodológicas: a perspectiva quantitativa e a perspectiva qualitativa. De uma forma geral, a perspectiva quantitativa caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações e contextos. Faz apelo a explicações, a predições e ao estabelecimento de relações de causa-efeito. (Fortin, Côté e Fillion, 2009)

Já a investigação qualitativa, não sendo de fácil definição, apresenta como características gerais, de acordo com Ramos e Naranjo:

- (...) centra-se na descrição e compreensão do indivíduo, do único, do particular, do singular dos fenómenos, mais do que do generalizável;
- Dirige a sua atenção para aspetos não observáveis nem susceptíveis de quantificação (crenças, intenções, motivações, interpretações e significados);
- A tendência interpretativa olvida as condições externas que distorcem e constroem a compreensão dos agentes;
- Pretende substituir as acções científicas de explicação, previsão e controlo pelas noções de compreensão e significado;
- Utiliza procedimentos predominantemente qualitativos para a análise da informação (...). (Ramos e Naranjo, 2014:37)

Para dar resposta às questões a seguir identificadas e tendo em conta que as análises qualitativas se têm demonstrado muito ricas em temas com contornos ainda pouco definidos, a investigação a ser desenvolvida sustenta-se na perspetiva qualitativa. Pretende-se fazer a análise dos Programas dos Partidos Políticos com assento Parlamentar aquando das legislativas de 2019 em Portugal no que diz respeito às propostas para a Saúde.

Apesar da base da investigação ser qualitativa, a Análise de Conteúdo será feita em duas vertentes: qualitativa, através da análise de características, ou conjunto de características, presentes nos Programas eleitorais e quantitativa através da operacionalização das diferentes categorias (dimensões) definidas para a área da saúde. (Bardin, 2015).

De salientar que a metodologia usada toda ela se baseia em Mendes (2020), numa adaptação ao estudo em causa.

3.2. Construção da Pesquisa: Questões de Investigação

Neste trabalho de investigação pretende-se analisar as propostas sobre a Saúde presentes nos Programas Eleitorais dos partidos políticos que concorreram às eleições legislativas de 2019 e que, à data, tinham assento parlamentar. São eles: Partido Socialista (PS), Partido Social Democrata/Partido Popular Democrata (PSD/PPD), Centro Democrático Social/Partido Popular (CDS/PP), Partido Comunista Português (PCP), Bloco de Esquerda (BE) e Partido das Pessoas, Animais e Natureza (PAN).

Tendo por base as definições trabalhadas no Capítulo II, a primeira questão de investigação é:

Questão 1: Que políticas e/ou medidas foram formuladas por cada um dos partidos nas 12 dimensões da saúde em análise?¹²

Tendo em conta a evolução histórica da Saúde em Portugal, que acompanhou as tendências verificadas a nível europeu e mundial, espera-se que as políticas da saúde propostas pelos Partidos traduzam essa evolução nas dimensões anteriormente identificadas. Por outro lado, será também expectável que possam existir diferenças nos Programas de cada partido de acordo com a sua orientação política. Surge desta forma a segunda questão de pesquisa.

Questão 2: Nas propostas eleitorais, qual a importância das Políticas de Saúde?

De seguida ir-se-á apresentar a forma como operacionalizámos a Análise de Conteúdo nos Programas dos Partidos Políticos.

As Componentes Principais variam em cada uma das doze dimensões em análise (máximo de cinco), sendo os respectivos temas construídos a partir da articulação das noções teóricas apresentadas no trabalho com os dados empíricos fornecidos pelos programas eleitorais.

¹² Saúde Mental, Toxicodependência, SIDA, Tabagismo, Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Diabetes, Plano Nacional de Vacinação (incluindo a Tuberculose neste item), Saúde Materno- Infantil, Saúde Sexual e Reprodutiva (incluindo a Reprodução Medicamente Assistida e a IVG), Envelhecimento Ativo, Doenças Oncológicas e Cuidados Paliativos

3.3. Operacionalização do Guia para a Análise de Conteúdo dos Programas dos Partidos Políticos

As **doze** dimensões de análise e codificação podem ser observadas na seguinte tabela:

Tabela 15: Dimensões de análise a sua codificação

Dimensões de análise	Codificação	
	Saúde Mental	cod. 1
	Toxicodependência	cod. 2
	Tabagismo	cod. 3
	Diabetes	cod. 4
	Saúde Materno- Infantil	cod. 5
	Envelhecimento Ativo	cod. 6
	SIDA	cod. 7
	Doenças Cérebro-Cardiovasculares	cod. 8
	Plano Nacional de Vacinação	cod. 9
	Saúde Sexual e Reprodutiva	cod. 10
	Doenças Oncológicas	cod. 11
	Cuidados Paliativos	cod. 12

Cada dimensão em análise será trabalhada por Componentes Principais que a caracterizam e a cada Componente irá corresponder-lhe um código e um *score*, calculado de acordo com os valores apurados nas subcomponentes.

Por sua vez cada Componente Principal terá subcomponentes, com critérios definidos para a sua medição, que poderá ser o *score* de 2,1 ou 0.

Os critérios usados são os seguintes:

- 2, se houver propostas explícitas formuladas sobre o assunto de análise;
- 1, se houver propostas implícitas ou formuladas de uma forma vaga;
- 0, se houver ausência de propostas no item/assunto/tema.

O resultado de cada subcomponente será o somatório do *score* atribuído a dividir pelo número dessas mesmas subcomponentes em cada Componente Principal.

Uma vez obtidos os scores das doze dimensões em análise, obtemos o valor final sobre a medição das diferenças nos Programas dos Partidos políticos (PPP).

PPP= SM+TX+TB+D+SMI+EA+SIDA+DCV+PNV+SSR+DO+CP

Tabela 16: Legenda das Siglas utilizadas para as Dimensões analisadas

SIGLAS	DESIGNAÇÃO
SM	Saúde Mental
TX	Toxicodependência
TB	Tabagismo
D	Diabetes
SMI	Saúde Materno-Infantil
EA	Envelhecimento Ativo
SIDA	SIDA
DCV	Doenças Cérebro-Cardiovasculares
PNV	Plano Nacional de Vacinação
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
DO	Doenças Oncológicas
CP	Cuidados Paliativos

3.3.1. Dimensão de Análise: Saúde Mental

Esta primeira dimensão será trabalhada segundo quatro Componentes Principais, apresentadas na tabela seguinte. A cada Componente corresponde-lhe um código e um *score* que na investigação empírica terá um valor distinto para cada partido.

Tabela 17: Dimensão de análise Saúde Mental (cod. 1)

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	1.1	SM1
Equipamentos e Infra-estruturas	1.2	SM2
Incentivos Financeiros	1.3	SM3
Programas de Apoio e Informação	1.4	SM4
$SM=(SM1+SM2+SM3+SM4)/4$		SM

De seguida apresenta-se nas quatro tabelas seguintes as *subcomponentes* desta dimensão. Apresentar-se-ão exemplos constantes nos Programas eleitorais.

Tabela18: Saúde Mental e Recursos Humanos (Cod.1.1)

	Recursos Humanos (código 1.1)	Scores de 0 a 2
1.11	Reforço dos recursos humanos	
1.12	Envolvimento de especialistas na concretização de medidas políticas	
1.13	Aumento do número de psicólogos	
$SM1= (1.11+1.12+1.13) / 3$		

Exemplifique-se a atribuição de *scores* nos Programas do PCP e do PSD na subcomponente “Reforço dos Recursos Humanos”.

O PCP descreve na página 72 “aumento da dotação financeira para a Saúde Mental e o reforço dos recursos humanos que lhe estão dedicados (...)”. Atribui-se portanto *score* de 2 para este item.

Já ao percorrer o Programa do PSD verifica-se que não há qualquer alusão ao reforço de recursos humanos, pelo que o *score* atribuído é 0.00. Nos pontos seguintes, seguimos esta mesma metodologia.

Tabela19: Saúde Mental e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.1.2)

	Equipamentos e Infra-estruturas (código 1.2)	Scores de 0 a 2
1.21	Investir na requalificação e modernização das infraestruturas prisionais e de reinserção social	
1.22	Plano de investimentos de renovação de infraestruturas e equipamentos	
1.23	Reforço do número de camas públicas existentes no país e de tipologias ainda inexistentes, como é o caso dos cuidados continuados de saúde mental	
1.24	Capacitação e integração social dos doentes através da reabilitação e apoio residencial na comunidade.	
1.25	Criação de unidades de atendimento e intervenção em saúde mental nos CSP	
SM2= (1.21+1.22+1.23+1.24+1.25) /5		

Tabela 20: Saúde Mental e Incentivos Financeiros (Cod.1.3)

	Incentivos Financeiros (código 1.3)	Scores de 0 a 2
1.31	Aumento da dotação financeira para a Saúde Mental	
1.32	Estratégia Nacional de combate à Pobreza Energética	
1.33	Financiamento do reforço dos instrumentos e recursos da área da Psicologia	
SM3= (1.31+1.32+1.33) /3		

Tabela 21: Saúde Mental e Programas de Apoio e Informação (Cod.1.4)

	Programas de Apoio e Informação (código 1.4)	Scores de 0 a 2
1.41	Desenvolvimento de programas de Promoção e sensibilização da Saúde Mental	
1.42	Criação de uma agenda nacional para a prevenção e desenvolvimento das pessoas e coesão social	
1.43	Plano Nacional de Intervenção para as Demências	
1.44	Investir no acesso a cuidados de saúde da população reclusa	
1.45	Criar um programa de estágios profissionais de Psicologia	
SM4= (1.41+1.42+1.43+1.44+1.45) / 5		

3.3.2. Dimensão de análise: Toxicodependência

Nesta segunda Dimensão, identificaram-se cinco Componentes principais como se pode ver na tabela seguinte.

Tabela 22: Dimensão de análise Toxicodependência (cod. 2)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	2.1	TX1
Equipamentos e Infra-estruturas	2.2	TX2
Incentivos Financeiros	2.3	TX3
Programas de Apoio e Informação	2.4	TX4
Leis e Regulamentos	2.5	TX5
$TX=(TX1+TX2+TX3+TX4+TX5)/5$		TX

A decomposição das Componentes é a que consta nas cinco tabelas seguintes.

Tabela 23: Toxicodependência e Recursos Humanos (Cod.2.1)

	Recursos Humanos (código 2.1)	Scores de 0 a 2
2.11	Rede de mediadores para o consumo	
2.12	Formação às equipas/sensibilização	
2.13	Recursos para adaptação das equipas de tratamento a novos públicos e novos consumos	
$TX1=(2.11+2.12+2.13)/3$		

Tabela 24: Toxicodependência e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.2.2)

	Equipamentos e Infra-estruturas (código 2.2)	Scores de 0 a 2
2.21	Programa nacional de salas de consumo assistido	
$TX2= 2.21$		

Tabela 25: Toxicodependência e Incentivos Financeiros (Cod.2.3)

	Incentivos Financeiros (código 2.3)	Scores de 0 a 2
2.31	Reformular as condições de atribuição de apoio financeiro	
$TX3= 2.31$		

Tabela 26: Toxicodependência e Programas de Apoio e Informação (Cod.2.4)

	Programas de Apoio e Informação (código 2.4)	Scores de 0 a 2
2.41	Programas de inserção profissional para pessoas com percursos de dependência	
2.42	Programas de promoção de competências	
2.43	Criação de uma entidade alternativa ao SICAD	
TX4= (2.41+2.42+2.43)/ 3		

Analisando a subcomponente “Criar uma entidade alternativa ao SICAD”, o PAN refere expressamente na página 105 do seu Programa “Criar uma entidade alternativa ao SICAD”. Neste item foi atribuído o *score* 2.

Por outro lado, se se observar o Programa do PCP este enfatiza na página 73 que “É necessário reactivar e reforçar e dinamizar uma estrutura nacional com as condições indispensáveis para uma resposta integrada aos problemas da toxicodependência e do alcoolismo, com a garantia de autonomia técnica e de gestão e a dotação com os meios necessários às suas responsabilidades” em clara alusão à criação de uma alternativa ao SICAD. Portanto nesta situação atribui-se 1 ponto pois há uma proposta implícita sobre o assunto em análise.

Tabela 27: Toxicodependência e Leis e Regulamentos (Cod.2.5)

	Leis e Regulamentos (código 2.5)	Scores de 0 a 2
2.51	Regulação legal da cannabis	
2.52	Limitação ao <i>marketing</i>	
2.53	Dinâmica de esclarecimento e resposta	
TX= (2.51+2.52+2.53)/ 3		

3.3.3. Dimensão de Análise: Tabagismo

Nesta dimensão identificam-se três Componentes principais para a sua análise.

Tabela 28: Dimensão de análise Tabagismo (cod. 3)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	3.1	TB1
Programas de Apoio e Informação	3.2	TB2
Leis e Regulamentos	3.3	TB3
$TB=(TB1+TB2+TB3)/3$		TB

Por sua vez, cada uma das três Componentes Principais foi estudada através das suas subcomponentes como se pode ver nas tabelas 29, 30 e 31.

Tabela 29: Tabagismo e Recursos Humanos (Cod.3.1)

	Recursos Humanos (código 3.1)	Scores de 0 a 2
3.11	Formação de profissionais de saúde para a intervenção precoce	
TB= 3.11		

Tabela 30: Tabagismo e Programas de Apoio e Informação (Cod.3.2)

	Programas de Apoio e Informação (código 3.2)	Scores de 0 a 2
3.21	Prevenção da doença	
3.22	Promoção da Saúde	
3.23	Alargar o acesso a linhas de apoio e de consulta	
TB= (3.21+3.22+3.23)/ 3		

Tabela 31: Tabagismo e Leis e Regulamentos (Cod.3.3)

	Leis e Regulamentos (código 3.3)	Scores de 0 a 2
3.31	Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do tabaco	
TB= 3.31		

Relativamente a esta dimensão escolhendo a subcomponente “Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do tabaco”, percebe-se que o PAN é o único partido que tem a preocupação de apresentar no seu Programa eleitoral o reforço das proibições e fiscalização do

marketing do tabaco: “Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do álcool e tabaco, especialmente em eventos desportivos, musicais, ou culturais com menores”. (Programa Eleitoral do PAN,105).

3.3.4. Dimensão de Análise: Diabetes

A Dimensão Diabetes, foi analisada segundo cinco Componentes Principais.

Tabela 32: Dimensão de análise Diabetes (cod. 4)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	4.1	D1
Incentivos Financeiros	4.2	D3
Programas de Apoio e Informação	4.3	D4
Leis e Regulamentos	4.4	D5
$D=(D1+D2+D3+D4)/4$		D

Por sua vez, cada uma destas Componentes Principais foi decomposta em subcomponentes como é mostrado nas tabelas 33,34,35 e 36.

Tabela 33: Diabetes e Recursos Humanos (Cod.4.1)

	Recursos Humanos (código 4.1)	Scores de 0 a 2
4.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários	
D1=4.11		

Tabela 34: Diabetes e Incentivos Financeiros (Cod.4.2)

	Incentivos Financeiros (código 4.2)	Scores de 0 a 2
4.21	Atribuição gratuita de bombas de insulina	
4.22	Reforçar financeiramente, o Programa Nacional da Diabetes	
D2= (4.21+4.22)/ 2		

Tabela 35: Diabetes e Programas de Apoio e Informação (Cod.4.3)

	Programas de Apoio e Informação (código 4.3)	Scores de 0 a 2
4.31	Prevenção de diabetes	
4.32	Promover ambientes alimentares salutogénicos	
D3= (4.31+4.32)/2		

Analisando os programas do PCP e do PAN percebe-se que ambos fazem referência à subcomponente “Prevenção da Diabetes”, direta ou indirectamente.

O PCP refere no seu programa página 72 “O desenvolvimento de Programas de Promoção da Saúde no âmbito (...) prevenção da diabetes (...)”. Logo deve atribuir-se um *score* de 2.

Já o PAN não é direto nesta afirmação, mas subentende-se um programa de prevenção pela afirmação que consta na página 104, “Reforçar, institucional (...) o Programa Nacional da Diabetes, permitindo (...) a implementação deste programa, bem como medidas, nesta área, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação” pelo que se atribui um *score* de 1.

Tabela 36: Diabetes e Leis e Regulamentos (Cod.4.4)

	Leis e Regulamentos (código 4.4)	Scores de 0 a 2
4.41	Elaborar uma lei de bases garantindo o direito humano a uma alimentação adequada	
4.42	Determinar condições para a limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática nas escolas	
4.43	Elaborar orientações, com carácter vinculativo, sobre o modo de organização e funcionamento dos bufetes escolares	
D= (4.41+4.42+4.43)/ 3		

3.3.5. Dimensão da análise: Saúde Materno-Infantil

Para a dimensão Saúde Materno-Infantil utilizam-se cinco Componentes Principais.

Tabela 37: Dimensão de análise Saúde Materno-infantil (cod. 5)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	5.1	SMI1
Equipamentos e Infra-estruturas	5.2	SMI2
Incentivos Financeiros	5.3	SMI3
Programas de Apoio e Informação	5.4	SMI4
Leis e Regulamentos	5.5	SMI5
$SMI=(SMI1+SMI2+SMI3+SMI4+SMI5)/5$		SMI

Cada uma das Componentes Principais foi trabalhada através de subcomponentes conforme se mostra de seguida.

Tabela 38: Saúde Materno-infantil e Recursos Humanos (Cod.5.1)

	Recursos Humanos (código 5.1)	Scores de 0 a 2
5.11	Reforço da resposta dos cuidados de saúde primários na saúde infantil	
5.12	Assegurar o acesso a consultas de pediatria, psicologia e nutrição	
5.13	Permitir que as mulheres com gravidez de baixo risco possam receber cuidados pré-natais, parto e puerpério especializados, por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	
$SMI1=(5.11+5.12+5.13)/3$		

Tabela 39: Saúde Materno-infantil e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.5.2)

	Equipamentos e Infra-Estruturas (Código 5.2)	Scores de 0 a 2
5.2	Disponibilizar a opção de parto na água em todos os hospitais do SNS com serviço de maternidade	
$SMI2= 5.2$		

Tabela 40: Saúde Materno-infantil e Incentivos Financeiros (Cod.5.3)

	Incentivos Financeiros (código 5.3)	Scores de 0 a 2
5.31	Reformular o abono de família pré-natal, alargando a base de beneficiários e sua majoração	
5.32	Alargar a cobertura do cheque dentista a todas as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade	
5.33	Permitir que as mulheres possam deixar de trabalhar a partir da 32. ^a semana de gestação, sem qualquer prejuízo remuneratório	
SMI3= (5.31+5.32+5.33)/ 3		

Como exemplo de atribuição de pontuação, analisando o Programa do PSD, atribui-se um *score* de 1 na subcomponente “Reformular o abono de família pré-natal, alargando a base de beneficiários e sua majoração”. Tal é perceptível na página 89 onde se refere que “ Os apoios dados à maternidade/paternidade e a gratuitidade das 90 creches constituirão as medidas com maior impacto a médio e longo prazo”.

Por sua vez o BE tem neste subcompoente um *score* de 0 por não mencionar quaisquer medidas.

Tabela 41: Saúde Materno-infantil e Programas de Apoio e Informação (Cod.5.4)

	Programas de Apoio e Informação (código 5.4)	Scores de 0 a 2
5.41	Desenvolver uma campanha nacional de sensibilização relativamente à violência obstétrica	
5.42	Adoptar medidas de redução da taxa de episiotomia	
5.43	Implementar em Portugal a certificação de Hospital Amigo das Mães e dos Bebés	
5.44	Integrar o despiste de Síndrome de Stress Pós-traumático na consulta do puerpério,	
5.45	Implementar um sistema universal de auscultação da satisfação das utentes em todas as maternidades	
5.46	Promover, no âmbito do SNS, cuidados pós-parto domiciliários	
5.47	Implementar um Plano de rastreio da acuidade visual, auditiva e de saúde oral para todas as crianças até aos 5 anos	
5.48	Literacia em saúde nas escolas	
SMI4= (5.41+5.42+5.43+5.44+5.45+5.46+5.47+5.48)/ 8		

Tabela 42: Saúde Materno-infantil e Leis e Regulamentos (Cod.5.5)

	Leis e Regulamentos (código 5.5)	Scores de 0 a 2
5.51	Alargar a licença parental de 20 para 26 semanas a partir do segundo filho	
5.52	Assegurar a presença do responsável parental durante o trabalho de parto e no parto	
5.53	Partilha das licenças de parentalidade	
5.54	Reforçar as licenças complementares de apoio familiar	
SMI5= (5.51+5.52+5.53+5.54)/4		

3.3.6. Dimensão de Análise: Envelhecimento Ativo

Esta nova Dimensão foi analisada segundo cinco Componentes principais.

Tabela 43: Envelhecimento Ativo (cod. 6)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	6.1	EA1
Equipamentos e Infra-estruturas	6.2	EA2
Incentivos Financeiros	6.3	EA3
Programas de Apoio e Informação	6.4	EA4
Leis e Regulamentos	6.5	EA5
$EA=(EA1+EA2+EA3+EA4+EA5)/5$		EA

Tabela 44: Envelhecimento Ativo e Recursos Humanos (Cod.6.1)

	Recursos Humanos (código 6.1)	Scores de 0 a 2
6.11	Definir áreas específicas para contratação de cidadãos seniores na Administração Pública	
EA1=6.11		

De seguida mostra-se a forma como se trabalhou cada uma das subcomponentes apresentando, também, um exemplo de pontuação na subcomponente “Alargamento do acesso ao complemento solidário para idosos”.

Tabela 45: Envelhecimento Ativo e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.6.2)

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 6.2)	Scores de 0 a 2
6.21	Criar uma rede pública de equipamentos e serviços de apoio nas diversas valências	
6.22	Novas formas de habitação	
6.23	Criação de Gabinetes de Apoio aos Seniores em todas as freguesias	
EA2= (6.21+6.22+6.23)/3		

Tabela 46: Envelhecimento Ativo e Incentivos Financeiros (Cod.6.3)

	Incentivos Financeiros (código 6.3)	Scores de 0 a 2
6.31	Assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.	
6.32	Alargamento dos passes sociais	
6.33	Apoio financeiro do Estado às actividades de âmbito cultural e desportivas	
6.34	Medidas de flexibilização da transição da idade ativa para a aposentação, criando incentivos para soluções de trabalho em tempo parcial e prolongamento da atividade para além da idade de reforma.	
6.35	Alargamento do acesso ao Complemento Solidário para Idosos	
6.36	Convergência progressiva das pensões mínimas para valor equivalente ao Salário Mínimo Nacional	
EA3= (6.31+6.32+6.33+6.34+6.35+6.36)/ 6		

Como exemplo de atribuição de *score* veja-se a seguinte *subcomponente* “Alargamento do acesso ao Complemento Solidário para Idosos”.

Ao analisar o Programa do BE verifica-se que no seu Programa aparece:” Alargamento do acesso ao Complemento Solidário para Idosos, alterando os valores do cálculo do rendimento anual máximo para o requerer” (página 117). Perante isto atribui-se um *score* de 2.

Já analisando o Programa do CDS esta *subcomponente* não vem mencionada, pelo que atribuição de *score* é 0.

Tabela 47: Envelhecimento Ativo e Programas de Apoio e Informação (Cod.6.4)

	Programas de Apoio e Informação (código 6.4)	Scores de 0 a 2
6.41	Implementação de um programa de apoio ambulatorio aos idosos dependentes	
6.42	Estimular a adesão a certificados de reforma e a outras poupanças de natureza idêntica	
6.43	Plano de ação para o envelhecimento	
6.44	Programas de dinamização para cidadãos sénior	
6.45	Criar formas de atendimento personalizado para cidadãos sénior	
6.46	Aprovar uma estratégia nacional de combate à solidão	
EA4= (6.41+6.42+6.43+6.44+6.45+6.46)/ 6		

Tabela 48: Envelhecimento Ativo e Leis e Regulamentos (Cod.6.5)

	Leis e Regulamentos (código 6.5)	Scores de 0 a 2
6.51	Consagrar e valorizar o Estatuto dos Cuidadores Informais, com apoio instituições de retaguarda	
6.52	Inspeção regular de lares e centros de dia	
6.53	Criminalizar o abandono intencional e doloso de idosos e o aproveitamento de vantagem económica sobre o idoso	
EA5= (6.51+6.52+6.53)/ 3		

3.3.7. Dimensão de Análise: SIDA

Esta dimensão foi trabalhada através de três Componentes principais.

Tabela 49: Dimensão de Saúde SIDA (Cod.7)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	7.1	SIDA1
Incentivos Financeiros	7.2	SIDA3
Programas de Apoio e Informação	7.3	SIDA4
$SIDA = (SIDA1 + SIDA2 + SIDA3 + SIDA4) / 3$		SIDA

Tabela 50: SIDA e Recursos Humanos (Cod.7.1)

	Recursos Financeiros (código 7.1)	Scores de 0 a 2
7.11	Reforço nas escolas de psicólogos, técnicos de educação sexual	
SIDA1 = 7.11		

Cada uma das três Componentes foi vista através de subcomponentes como a seguir se mostra.

Tabela 51: SIDA e Incentivos Financeiros (Cod.7.2)

	Incentivos financeiros (código 7.2)	Scores de 0 a 2
7.21	Assegurar o financiamento a 100% dos serviços de redução de riscos	
SIDA2 = 7.21		

Tabela 52: SIDA e Programas de Apoio e Informação (Cod.7.3)

	Programas de Apoio e Informação (código 7.3)	Scores de 0 a 2
7.31	Reforçar a relação de parceria entre o SNS e a rede de farmácias	
7.32	Promover a dispensa na farmácia de medicamentos para o VIH-SIDA	
7.33	Programas de avaliação e controlo e de combate das doenças infecciosas	
$SIDA3 = (7.31 + 7.32 + 7.33) / 3$		

Para exemplo de atribuição de *score* na subcomponente “Programas de avaliação e controlo e de combate das doenças infecciosas”, analise-se o Programa do PCP na página 72. “O desenvolvimento de Programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das

doenças infecciosas (...)". Dado aparecer de uma forma clara e explícita a proposta, atribui-se, neste caso, a pontuação de 2.

3.3.8. Dimensão de Análise: Doenças Cérebro-Cardiovasculares

A dimensão Doenças Cérebro-Cardiovasculares será analisada de acordo com três Componentes principais identificadas.

Tabela 53: Dimensão Doenças Cérebro-Cardiovasculares (Cod.8)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos Humanos	8.1	DCV1
Incentivos Financeiros	8.2	DCV2
Programas de Apoio e Informação	8.3	DCV3
$DCV=(DCV1+DCV2+DCV3)/3$		DCV

A Componente “Recursos Humanos” e “Incentivos Financeiros” são avaliados por um único item enquanto que os “Programas de Apoio e Informação” são trabalhadas através de quatro subcomponentes.

Tabela 54: Doenças Cérebro-Cardiovasculares e Recursos Humanos (Cod.8.1)

	Recursos Humanos (código 8.1)	Scores de 0 a 2
8.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados através do apoio de nutricionistas	
DCV1= 8.11		

No que diz respeito à subcomponente “Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados através do apoio de nutricionistas”, o PSD e o CDS, por exemplo, primam pela ausência de medidas.

Tabela 55: Doenças Cérebro-Cardiovasculares e Incentivos Financeiros (Cod.8.2)

	Incentivos Financeiros (código 8.2)	Scores de 0 a 2
8.21	Agravamento fiscal dos produtos nocivos à saúde	
DCV2= 8.21		

Tabela 56: Doenças Cérebro-Cardiovasculares e Programas de Apoio e Informação (Cod.)

	Programas de Apoio e Informação (código 8.3)	Scores de 0 a 2
8.31	Investir no rastreio das doenças	
8.32	Promover estilos de vida saudáveis	
8.33	Promover uma política de promoção da saúde através da alimentação	
8.34	Impedir a disponibilização de refeições que contenham carnes processadas nas cantinas públicas	
DCV3= (8.31+8.32+8.33+8.34)/ 4		

3.3.9. Dimensão de Análise: Plano Nacional de Vacinação

À semelhança das Dimensões anteriores, também o “Plano Nacional de Vacinação” foi trabalhado através de três Componentes principais. De igual modo cada uma das Componentes Principais foi dividida em subcomponentes. As tabelas seguintes mostram esse processo.

Tabela 57: Dimensão Plano Nacional de Vacinação (Cod.9)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	9.1	PNV1
Equipamentos e Infra-estruturas	9.2	PNV2
Programas de Apoio e Informação	9.3	PNV3
$PNV = (PNV1 + PNV2 + PNV3) / 3$		PNV

Tabela 58: Plano Nacional de Vacinação e Recursos Humanos (Cod.9.1)

	Recursos humanos (código 9.1)	Scores de 0 a 2
9.11	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos humanos	
PNV1=9.11		

Tabela 59: Plano Nacional de Vacinação e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.9.2)

	Equipamentos e Infra-estruturas (código 9.2)	Scores de 0 a 2
9.21	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos materiais	
PNV2=9.21		

Tabela 60: Plano Nacional de Vacinação e Programas de Apoio e Informação (Cod.9.3)

	Programas de Apoio e Informação (código 9.3)	Scores de 0 a 2
9.31	Vacinação contra a gripe	
9.32	Desenvolvimento de programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das doenças infecciosas	
9.33	Alargamento de novas vacinas no Plano Nacional de Vacinação	
$PNV3 = (9.31 + 9.32 + 9.33) / 3$		

A subcomponente “Vacinação contra a gripe” permite a atribuição de *score* 2 ao PAN, pois este é explícito ao referir no seu Programa na página 106 “Aproximar os medicamentos das pessoas, promovendo a dispensa na farmácia de medicamentos (...) a vacinação contra a gripe e outras intervenções em saúde pública, com particular atenção aos doentes crónicos”.

Já o PCP não apresenta medidas na subcomponente.

3.3.10. Dimensão de Análise: Saúde Sexual e Reprodutiva

Nesta dimensão de saúde identificam-se cinco Componentes Principais.

Tabela 61: Saúde Sexual e Reprodutiva (Cod.10)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	10.1	SSR1
Equipamentos e Infra-estruturas	10.2	SSR2
Incentivos Financeiros	10.3	SSR3
Programas de Apoio e Informação	10.4	SSR4
Leis e Regulamentos	10.5	SSR5
SSR= (SSR1+SSR2+SSR 3+ SSR4+ SSR5)/5		SSR

Nesta Dimensão, três das Componentes foram bastante decompostas, conforme se pode conferir nas cinco tabelas que se seguem.

Tabela 62: Saúde Sexual e Reprodutiva e Recursos Humanos (Cod.10.1)

	Recursos Humanos (código 10.1)	Scores de 0 a 2
10.11	Reforçar os recursos humanos da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género	
SSR1= 10.11		

Tabela 63: Saúde Sexual e Reprodutiva e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.10.2)

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 10.2)	Scores de 0 a 2
10.21	Instalação de um ponto focal sobre IVG e planeamento familiar em cada agrupamento de centros de saúde	
SSR2= 10.21		

Tabela 64: Saúde Sexual e Reprodutiva e Incentivos Financeiros (Cod.10.3)

	Incentivos Financeiros (código 10.3)	Scores de 0 a 2
10.31	Investir na saúde, bem como direitos sexuais e reprodutivos	
10.32	Promover cirurgias reconstrutivas gratuitas para a mutilação genital	
SSR3= (10.31+10.32)/2		

Tabela 65: Saúde Sexual e Reprodutiva e Programas de Apoio e Informação (Cod.10.4)

	Programas de Apoio e Informação (código 10.4)	Scores de 0 a 2
10.41	Acompanhamento na saúde sexual e reprodutiva para e durante a saída do sistema da prostituição	
10.42	Reforçar o combate à mutilação genital feminina, excisão e outras práticas nocivas	
10.43	Garantir as condições de acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva em condições iguais para toda a população	
10.45	Criação de uma rede de cuidados contraceptivos nas escolas, em parceria com associações e centros de saúde, incluindo a distribuição de preservativos e produtos de higiene feminina	
10.46	Melhorar o acesso à procriação medicamente assistida	
SSR4= (10.41+10.42+10.43+10.44+10.45+10.46)/6		

Tabela 66: Saúde Sexual e Reprodutiva e Leis e Regulamentos (Cod.10.5)

	Leis e Regulamentos (código 10.5)	Scores de 0 a 2
10.51	Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida	
10.52	Garantir o acesso à gestação de substituição a mulheres sem útero ou em caso de lesão ou de doença impeditiva da gravidez	
10.53	Alargamento do acesso a homens solteiros e casais de homens	
10.54	Reforçar as políticas de não-discriminação em função da orientação sexual	
	Integrar a educação sexual como componente obrigatória da disciplina de formação cívica	
SSR5= (10.51+10.52+10.53+10.54)/4		

Para a atribuição de *score* na subcomponente “Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida” apresenta-se o exemplo do Programa do CDS. Este refere-se implicitamente ao alargamento dos Programas Públicos de acesso á Procriação Medicamente Assistida na página 147 do seu Programa: “Vamos aumentar de três para cinco os ciclos de tratamentos de Procriação Medicamente Assistida comparticipados pelo SNS, dando mais oportunidades aos casais desejam ter filhos”.

Já o PS é explícito na página 128 através da proposta” Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida”, pelo que se atribui um *score* de 2.

3.3.11. Dimensão de Análise: Doenças Oncológicas

Na seguinte tabela encontram-se as três Componentes Principais identificadas para a dimensão Doenças Oncológicas. De igual modo se mostra todo o processo de decomposição por subcomponentes bem como se apresenta um exemplo de atribuição de pontuação numa das subcomponentes.

Tabela 67: Dimensão Doenças Oncológicas (Cod.11)

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Equipamentos e Infra-estruturas	11.1	DO1
Programas de Apoio e Informação	11.2	DO2
Leis e Regulamentos	11.3	DO3
$DO=(DO1+DO2+DO3)/3$		DO

Tabela 68: Doenças Oncológicas e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.11.2)

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Garantir que, antes da implementação da rede 5G em Portugal, sejam elaborados estudos sobre a segurança da sua utilização na saúde humana.	
DO= 11.11		

Tabela 69: Doenças Oncológicas e Programas de Apoio e Informação (Cod.11.2)

	Programas de Apoio e Informação (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Promover um maior acesso a medicamentos na área oncológica	
11.22	Promoção da saúde através de programas preventivos de processos oncológicos	
11.23	Promover na farmácia a dispensa de medicamentos oncológicos	
$DO= (11.21+11.22+11.23)/3$		

Atente-se ao exemplo do PCP e do CDS para a atribuição de *score* nos “Programas de Apoio e Informação”. Ambos conseguem a atribuição de 2 pontos na Componente mas cada um em sua subcomponente.

Veja-se o exemplo do CDS para a *subcomponente* “Promover um maior acesso a medicamentos na área oncológica”. Este refere no seu Programa na página 154 que “Queremos promover um

maior acesso a estes medicamentos, criar um fundo (gerido de forma autónoma) para inovação que responda às grandes tendências, nomeadamente na área oncológica (...)

No Programa do PCP na página 72, “O desenvolvimento de programas de Promoção da Saúde no âmbito (...) dos processos de envelhecimento e de prevenção da diabetes, das doenças Cardio-Cerebrovasculares e oncológicas”, como pode ver-se trata-se de uma proposta explícita.

Tabela 70: Doenças Oncológicas e Leis e Regulamentos (Cod.11.3)

	Leis e Regulamentos (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Reforçar as medidas de apoio a pais trabalhadores com filhos doença oncológica	
DO=11.31		

3.3.12. Dimensão de Análise: Cuidados Paliativos

Para esta última dimensão são identificadas quatro Componentes Principais.

Tabela 71: Dimensão Cuidados Paliativos (Cod.12)

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	12.1	P1
Equipamentos e Infra-estruturas	12.2	P2
Programas de Apoio e Informação	12.3	P3
Leis e Regulamentos	12.4	P4
$P=(P1+P2+P3+P4)/4$		P

Por sua vez, e seguindo o mesmo processo metodológico, a subdivisão dos Componentes Principais é a que consta nas tabelas seguintes.

Tabela 72: Cuidados Paliativos e Recursos Humanos (Cod.12.1)

	Recursos Humanos (código 12.1)	Scores de 0 a 2
12.11	Assegurar que os profissionais de saúde beneficiem de suporte emocional	
12.12	Treino de competências na área da relação de ajuda	
12.13	Reforçar os recursos humanos nas Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares e Equipas Comunitárias	
$P1= (P12.11+12.12+12.13)/ 3$		

Segue-se agora o exemplo da atribuição de score para a *subcomponente* “Reforçar os recursos humanos nas Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares e Equipas Comunitárias”. No Programa do PCP na página 71 pode ler-se “efectiva cobertura nacional sem custo para os doentes, com o aumento do número e capacidade de resposta das equipas de cuidados continuados integrados que asseguram o apoio domiciliário e o reforço dos apoios aos cuidadores informais, assegurando a sua articulação com a área da saúde, formação e Segurança Social.” Tal permite-lhe a atribuição de um *score* de 2.

Já o PAN consegue os mesmos 2 pontos através da sua proposta constante na página 97 “Reforçar diversas especialidades, nomeadamente psicologia, nutrição, oftalmologia, obstetrícia, pediatria, pedopsiquiatria e a medicina física e de reabilitação”.

Tabela 73: Cuidados Paliativos e Equipamentos e Infra-estruturas (Cod.12.2)

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 12.2)	Scores de 0 a 2
12.21	Reforçar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos numa lógica de cobertura territorial e de necessidade	
12.22	Criação de serviços de Cuidados Paliativos pediátricos com forte apoio domiciliário	
12.23	Gabinetes de apoio no luto	
P2= (12.21+12.22+12.23)/3		

Tabela 74: Cuidados Paliativos e Programas de Apoio e Informação (Cod.12.3)

	Programas de Apoio e Informação (código 12.3)	Scores de 0 a 2
12.31	Campanhas de informação sobre as directivas antecipadas de vontade	
12.32	Reforçar os Cuidados Paliativos Domiciliários,	
P3= (12.31+12.32)/2		

Tabela 75: Cuidados Paliativos e Leis e Regulamentos (Cod.12.4)

	Leis e Regulamentos (código 11.4)	Scores de 0 a 2
12.41	Despenalizar a morte medicamente assistida	
P4= 12.41		

Desta forma dá-se por encerrado o Capítulo 3, onde foi possível perceber quais as opções metodológicas para o estudo e a operacionalização para a análise de conteúdo dos Programas dos Partidos.

Segue-se agora no próximo Capítulo o estudo empírico e a aplicação da operacionalização apresentada neste Capítulo.

CAPITULO IV: ESTUDO EMPÍRICO: ANÁLISE DOS PROGRAMAS DOS PARTIDOS POLÍTICOS

Tendo como ponto de partida as questões elaboradas no Capítulo anterior e a definição da metodologia, procede-se agora à análise do conteúdo dos Programas dos Partidos Políticos.

Como já referido anteriormente, os Programas analisados são seis: PPD/PSD, PS, PCP, PAN, BE e CDS/PP, partidos com assento parlamentar nas eleições de 2019, sendo que o foco da análise passa pelos seus programas eleitorais no que diz respeito à Saúde.

Para uma melhor análise e compreensão da obtenção de *scores*, proceder-se-á à divisão de acordo com as doze dimensões da saúde identificadas e dentro de cada uma delas o enquadramento de cada Partido Político.

4.1. Saúde Mental

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da Dimensão de Saúde Mental, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 1).

PS

Tabela 76: *Score* final da Saúde Mental no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	1.1	0.33
Equipamentos e Infra-estruturas	1.2	0.40
Incentivos Financeiros	1.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	1.4	0.40
$SM=(SM1+SM2+SM3+SM4)/4$		0.28

Em termos gerais, os resultados obtidos para o Partido Socialista são fracos e nota-se uma total ausência no que diz respeito a medidas relacionadas com Incentivos Financeiros.

No que diz respeito aos “Equipamentos e Infra-Estruturas” e aos “Programas de Apoio e Informação” ambos os Componentes têm medidas concretas apresentadas no seu Programa:

“Investir na requalificação e modernização das infra-estruturas prisionais e de reinserção social, bem como no acesso a cuidados de saúde da população reclusa” (PS 2019:67).

CDS

Tabela 77: *Score* final da Saúde Mental no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	1.1	1.00
Equipamentos e Infra-estruturas	1.2	0.00
Incentivos Financeiros	1.3	0.33
Programas de Apoio e Informação	1.4	0.40
$SM=(SM1+SM2+SM3+SM4)/4$		0.43

Aqui verifica-se uma ligeira subida comparativamente aos valores apresentados pelo Programa do Partido anterior (PS) o que significa que o CDS apresentou mais medidas relativas à Saúde

Mental. No entanto nota-se a ausência de medidas que envolvam Equipamentos e Infra-estruturas. O ponto forte é nas medidas no âmbito dos Recursos Humanos:

“Elaboraremos e implementaremos um Plano Nacional de Intervenção para as Demências (...) e (...) queremos envolver especialistas na concretização de medidas políticas concretas para a saúde mental dos portugueses (...)”(CDS 2019:146)

BE

Tabela 78: *Score* final da Saúde Mental no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	1.1	1.33
Equipamentos e Infra-estruturas	1.2	1.00
Incentivos Financeiros	1.3	0.67
Programas de Apoio e Informação	1.4	0.20
$SM=(SM1+SM2+SM3+SM4)/4$		0.80

Os resultados obtidos pelo BE indicam claramente que este tem um Programa preocupado sobre esta Dimensão da Saúde Mental. Ainda assim percebe-se que relativamente aos Programas de Apoio e Incentivos este obtém o valor mais baixo no conjunto (0.20) pois apenas encontramos uma referência vaga e implícita acerca de “Desenvolvimento de programas de Promoção e sensibilização da Saúde Mental” que consta no Programa da seguinte forma:

“cumprir o Plano Nacional de Saúde Mental, (...) destacando-se a implementação urgente das equipas de saúde mental na comunidade, bem como os cuidados no domicílio que envolvam as e os utente, cuidadores e a sua família” (BE 2019:89)

PSD

Tabela 79: *Score* final da Saúde Mental no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	1.1	0
Equipamentos e Infra-estruturas	1.2	0
Incentivos Financeiros	1.3	0.67
Programas de Apoio e Informação	1.4	0
$SM=(SM1+SM2+SM3+SM4)/4$		0.17

Se no Programa analisado anteriormente tínhamos um *score* de 0.80 e que remetia para a identificação de várias medidas presentes no Programa do BE em prol da Saúde Mental, ao analisar o valor de 0.17 do Programa eleitoral do PSD, verifica-se que existe um fraco resultado e que escasseiam medidas nesta dimensão de análise.

A única referência encontrada é relativa à “Estratégia Nacional de combate à Pobreza Energética”, que segundo a sua leitura, se esta for combatida, a Saúde Mental dos Portugueses sairá beneficiada:

“Portugal aparece sistematicamente mal colocado nos indicadores de pobreza energética (...) pobreza associada a uma série de consequências adversas para(...) a saúde saúde mental. (...) Abordar a pobreza energética tem o potencial de trazer múltiplos benefícios, incluindo menos dinheiro gasto pelos governos em saúde (...).” (PSD 2019:89)

PCP

Tabela 80: *Score* final da Saúde Mental no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	1.1	0.67
Equipamentos e Infra-estruturas	1.2	0.80
Incentivos Financeiros	1.3	0.67
Programas de Apoio e Informação	1.4	0.40
$SM=(SM1+SM2+SM3+SM4)/4$		0.64

Como se pode observar pelo *score* obtido, existem medidas que constam do seu Programa eleitoral em todos os Componentes gerais identificados para a dimensão em análise, Saúde Mental. Contudo o valor mais alto registado enquadra-se nos Equipamentos e Infra-estruturas. Pode observar-se que encaixa 2 pontos em 2 das suas subcomponentes, tal como se exemplifica a seguir:

“A criação de unidades de atendimento e intervenção em saúde mental nos CSP e a capacitação e integração social dos doentes através da reabilitação e apoio residencial na comunidade.” (PCP 2019:72)

PAN

Tabela 81: *Score* final da Saúde Mental no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	1.1	1.00
Equipamentos e Infra-estruturas	1.2	0.20
Incentivos Financeiros	1.3	1.33
Programas de Apoio e Informação	1.4	1.20
$SM=(SM1+SM2+SM3+SM4)/4$		0.93

Tal como foi observado na tabela anterior (do PCP), este Partido também apresenta no seu Programa medidas em todas as Componentes identificadas para a dimensão. Nota-se que existe preocupação com a Saúde Mental. O *score* mais alto registado relaciona-se com os Incentivos Financeiros e pode aferir-se que a atribuição de 2 pontos num dos seus subcomponentes está retratada na afirmação a seguir que consta do Programa:

“Garantir um programa de financiamento do reforço dos instrumentos, incluindo provas e testes, e recursos da área da Psicologia disponíveis nas entidades do SNS” (PAN 2019:102)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Saúde Mental.

Quadro 2: Saúde Mental, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.28	0.43	0.80	0.17	0.64	0.93

Após a análise da dimensão Saúde Mental de acordo com registado nos Programas eleitorais dos seis partidos, verifica-se que os primeiros três partidos com maior *score* ficam acima dos 0.50, e os restantes três abaixo. O maior destaque vai para o PAN, com 0.93 e que apresenta medidas em todas as Componentes analisadas. Por outro lado, o PSD é o Partido que menos propostas apresenta em prol da Saúde Mental e fica com um *score* pouco expressivo de 0.17.

4.2. Toxicodependência

Os resultados encontrados nas Componentes principais da dimensão de Toxicodependência, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 2).

PS

Tabela 82: *Score* final da Toxicodependência no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	2.1	0.33
Equipamentos e Infra-estruturas	2.2	0.00
Incentivos Financeiros	2.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	2.4	0.00
Leis e Regulamentos	2.5	0.00
$TX=(TX1+TX2+TX3+TX4+TX5)/5$		0.07

A análise ao Programa do PS nesta dimensão permite aferir que as propostas são praticamente nulas. Apenas apresenta uma medida implícita nas Leis e Regulamentos, na subcomponente “Dinâmica de Esclarecimento e Resposta”, deixando as restantes Componentes sem qualquer observação. Assim sendo, a única referência feita traduz-se a seguir:

“Responsabilizar os agrupamentos de centros de saúde pela articulação com as escolas na (...) prevenção do consumo de substâncias (...) capacitando as crianças e jovens para fazerem escolhas informadas e gerirem a sua saúde, com qualidade” (PS 2019:28)

CDS

Tabela 83: *Score* final da Toxicodependência no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	2.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	2.2	0.00
Incentivos Financeiros	2.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	2.4	0.00
Leis e Regulamentos	2.5	0.00
$TX=(TX1+TX2+TX3+TX4+TX5)/5$		0.00

A análise ao Programa deste Partido revela um total ausência de propostas ou medidas no âmbito da toxicodependência.

BE

Tabela 84: *Score* final da Toxicodependência no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	2.1	2.00
Equipamentos e Infra-estruturas	2.2	2.00
Incentivos Financeiros	2.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	2.4	1.33
Leis e Regulamentos	2.5	1.33
$TX=(TX1+TX2+TX3+TX4+TX5)/5$		1.33

Relativamente aos valores obtidos para o total das Componentes desta dimensão pode afirmar-se que o BE apresenta muitas propostas relativas à toxicodependência no seu Programa eleitoral. Apresenta um *score* máximo nas duas primeiras Componentes e um bom resultado nas duas últimas. Apenas se destaca pela negativa o *score* dos Incentivos Financeiros, onde não há qualquer referência a este aspeto.

Veja-se agora um exemplo do que consta no Programa:

“Criar um programa nacional de salas de consumo assistido nos territórios onde se justifique” e “Apostar numa rede de mediadores e mediadoras e promover a capacidade de resposta de quem Consome” (BE 2019:105)

PSD

Tabela 85: *Score* final da Toxicodependência no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	2.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	2.2	0.00
Incentivos Financeiros	2.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	2.4	0.33
Leis e Regulamentos	2.5	0.00
$TX=(TX1+TX2+TX3+TX4+TX5)/5$		0.07

O Programa eleitoral do PSD no que diz respeito à análise da dimensão “Toxicodependência” revela-se fraco, com quase a total ausência de referência a este assunto. Implicitamente encontramos uma referência ao subcomponente “Programas de promoção de competências” com a seguinte declaração:

“ (...) adotando políticas ativas de saúde na prevenção para combater (...) o alcoolismo” (PSD 2019:58)

PCP

Tabela 86: *Score* final da Toxicodependência no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	2.1	0.33
Equipamentos e Infra-estruturas	2.2	0.00
Incentivos Financeiros	2.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	2.4	1.33
Leis e Regulamentos	2.5	0.67
$TX=(TX1+TX2+TX3+TX4+TX5)/5$		0.46

Apesar de existirem no Programa referências a medidas e propostas no âmbito da dimensão em análise, existem Componentes que não apresentam qualquer valor de *score*. Tal facto remete para um *score* total inferior a 0.50, o que não é considerado alto.

Contudo na Componente Programas de Apoio e Informação apenas numa subcomponente não é atribuído qualquer valor. As restantes duas aparecem com um *score* máximo, traduzido no programa por:

“ (...) É necessário reactivar e reforçar e dinamizar uma estrutura nacional com as condições indispensáveis para uma resposta integrada aos problemas da toxicodependência e do alcoolismo (...) dinamização da reinserção social, com oportunidades de formação profissional e emprego (...).” (PCP 2019:74)

PAN

Tabela 87: Score final da Toxicodependência no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (score)
Recursos humanos	2.1	0.66
Equipamentos e Infra-estruturas	2.2	0.00
Incentivos Financeiros	2.3	2.00
Programas de Apoio e Informação	2.4	0.66
Leis e Regulamentos	2.5	1.33
$TX=(TX1+TX2+TX3+TX4+TX5)/5$		0.93

Pelo *score* encontrado (0.93) é possível entender que existem várias propostas para esta dimensão. Exceptuando-se medidas relativas a Equipamentos e Infra-estruturas, as outras Componentes apresentam *scores* positivos e atinge-se o pleno em Incentivos Financeiros. Transcrevendo do Programa eleitoral o que o traduz:

“Reformular as condições de atribuição de apoio financeiro a entidades promotoras de projectos de redução de riscos e minimização de danos” (PAN 2019:105)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Toxicodependência.

Quadro 3: Toxicodependência, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.07	0.00	1.33	0.07	0.46	0.93

Esta dimensão de análise fica marcada pelos fracos resultados atingidos no que diz respeito à maior parte dos Programas dos Partidos Políticos. O CDS destaca-se de forma negativa com uma total ausência de propostas para a Toxicodependência. Com resultados a rondarem o 0, encontramos o PSD e o PS. Por outro lado e com um valor significativo de 1.33, destaca-se o BE. Este contempla no seu Programa várias medidas e é portanto aquele partido que mais se preocupa com esta dimensão da Saúde.

4.3. Tabagismo

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da dimensão de Tabagismo, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 3).

PS

Tabela 88: *Score* final do Tabagismo no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido PS (<i>score</i>)
Recursos humanos	3.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	3.2	0.00
Leis e Regulamentos	3.3	0.00
TB=(TB1+TB2+TB3)/3		0.00

Pelo valor de 0.00, facilmente se conclui que o PS não teve qualquer preocupação com a temática Tabagismo no seu Programa eleitoral e portanto esta dimensão da saúde foi totalmente menosprezada.

CDS

Tabela 89: *Score* final do Tabagismo no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	3.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	3.2	0.00
Leis e Regulamentos	3.3	0.00
TB=(TB1+TB2+TB3)/3		0.00

Tal como verificado no Programa eleitoral do Partido anterior, o *score* foi nulo, o que significa ausência de medidas ou propostas relativas ao Tabagismo.

BE

Tabela 90: *Score* final do Tabagismo no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	3.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	3.2	0.00
Leis e Regulamentos	3.3	0.00
$TB=(TB1+TB2+TB3)/3$		0.00

Ao analisar o Programa eleitoral dos Partidos, também o BE revela ausência de preocupação com o Tabagismo e de propostas nesse âmbito. O *score* final é 0.00.

PSD

Tabela 91: *Score* final do Tabagismo no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	3.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	3.2	0.67
Leis e Regulamentos	3.3	0.00
$TB=(TB1+TB2+TB3)/3$		0.22

Pela primeira vez na análise a esta dimensão, é possível encontrar um resultado positivo, ainda que fraco. O PSD apresenta uma referência no seu Programa eleitoral para o Tabagismo relacionado com os Programas de Apoio e Informação:

“Investir na prevenção das doenças crónicas, adotando políticas ativas de saúde na prevenção para combater o (...) tabagismo (...).” (PSD 2019:58)

PCP

Tabela 92: *Score* final do Tabagismo no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	3.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	3.2	0.00
Leis e Regulamentos	3.3	0.00
$TB=(TB1+TB2+TB3)/3$		0.00

A análise a esta dimensão permite aferir que se mantém a tendência para a ausência de propostas dos Partidos para o Tabagismo. O PCP apresenta o *score* de 0.

PAN

Tabela 93: *Score* final do Tabagismo no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	3.1	2.00
Programas de Apoio e Informação	3.2	0.67
Leis e Regulamentos	3.3	2
$TB=(TB1+TB2+TB3)/3$		1.56

Este Partido Político destaca-se pelo elevado *score* obtido na dimensão, pois apresenta no seu Programa eleitoral um conjunto de medidas direccionadas para o “Tabagismo”. Obtém deste modo um *score* máximo em duas das três Componentes Principais, apenas ficando aquém nos Programas de Apoio e Informação com um valor de 0.67.

Veja-se agora um exemplo de atribuição máxima de *score*:

“Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do álcool e tabaco, especialmente em eventos desportivos, musicais, ou culturais com menores” (PAN 2019:105)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Tabagismo.

Quadro 4: Tabagismo, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.00	0.00	0.00	0.22	0.00	1.56

Os resultados da análise à dimensão do Tabagismo revelam que apenas dois Partidos Políticos apresentam nos seus Programas eleitorais propostas neste âmbito. O PAN destaca-se com várias propostas e apresenta um bom *score* final. Por sua vez e apesar de contemplar alguma preocupação com o tabagismo, o PSD apresenta um fraco resultado.

4.4. Diabetes

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da dimensão de Diabetes, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 4).

PS

Tabela 94: *Score* final da Diabetes no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	4.1	0.00
Incentivos Financeiros	4.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	4.3	0.00
Leis e Regulamentos	4.4	0.00
$D=(D1+D2+D3+D4)/4$		0.00

À semelhança da análise feita na dimensão anterior, Tabagismo, o Programa do PS não menciona nenhuma proposta no que à Diabetes diz respeito.

CDS

Tabela 95: *Score* final da Diabetes no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	4.1	0.00
Incentivos Financeiros	4.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	4.3	0.00
Leis e Regulamentos	4.4	0.00
$D=(D1+D2+D3+D4)/4$		0.00

Também o CDS apresenta um valor de *score* igual a 0.00, ou seja, não há referências nesta dimensão em análise no seu Programa eleitoral.

BE

Tabela 96: *Score* final da Diabetes no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	4.1	0.00
Incentivos Financeiros	4.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	4.3	0.00
Leis e Regulamentos	4.4	0.00
$D=(D1+D2+D3+D4)/4$		0.00

Ao percorrer o Programa eleitoral do BE é possível perceber que este Partido Político teve em conta a Diabetes durante o ciclo político iniciado em 2015, mas neste Programa eleitoral não apresenta medidas que lhe permitam obter um *score* diferente de 0.00.

PSD

Tabela 97: *Score* final da Diabetes no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	4.1	0.00
Incentivos Financeiros	4.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	4.3	0.00
Leis e Regulamentos	4.4	0.00
$D=(D1+D2+D3+D4)/4$		0.00

Também o PSD não apresenta propostas no âmbito da Diabetes pelo que o *score* é 0.

PCP

Tabela 98: *Score* final da Diabetes no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	4.1	1.00
Incentivos Financeiros	4.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	4.3	1.00
Leis e Regulamentos	4.4	0.00
$D=(D1+D2+D3+D4)/4$		0.50

Através do *score* obtido percebe-se que o PCP apresenta alguma preocupação com a Diabetes e que no seu Programa eleitoral tem medidas nesse sentido. Pontua em duas das Componentes Principais e mantém o nulo em outras duas. O *score* final fica-se no 0.50:

“ (...) desenvolvimento de programas de Promoção da Saúde no âmbito da actividade física, alimentação saudável, saúde mental, dos processos de envelhecimento e de prevenção da diabetes, das doenças cardiocerebrovasculares e oncológicas (...)” (PCP 2019:73)

PAN

Tabela 99: *Score* final da Diabetes no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	4.1	2.00
Incentivos Financeiros	4.2	1.00
Programas de Apoio e Informação	4.3	2.00
Leis e Regulamentos	4.4	2.00
$D=(D1+D2+D3+D4)/4$		1.75

Este Partido apresenta um excelente resultado para a dimensão em análise. Atingiu quase a totalidade do *score*, o que permite inferir que o seu Programa eleitoral é rico em propostas no âmbito da “Diabetes”.

“Reforçar, institucional e financeiramente, o Programa Nacional da Diabetes, permitindo a existência de mais um sub-diretor na Direcção- Geral de Saúde, com a exclusiva competência de coordenar e monitorizar a implementação deste programa,

bem como medidas, nesta área, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação”
(PAN 2019:104)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Diabetes.

Quadro 5: Diabetes, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.00	0.00	0.00	0.00	0.5	1.75

Ao analisar a dimensão Diabetes no seu conjunto dos seis Partidos Políticos percebe-se que apenas dois revelam preocupação com esta dimensão de Saúde (PCP e PAN).

Por sua vez o PAN além de ser o que maior *score* atingiu, é também um *score* muito bom que indica que este partido tem no seu Programa muitas propostas neste âmbito.

4.5. Saúde Materno-Infantil

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da dimensão de Saúde Materno-Infantil, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 5).

PS

Tabela 100: *Score* final da Saúde Materno-Infantil no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos Humanos	5.1	0.33
Equipamentos e Infra-Estruturas	5.2	1.00
Incentivos Financeiros	5.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	5.4	0.25
Leis e Regulamentos	5.5	0.00
$SMI=(SMI1+SMI2+SMI3+SMI4+SMI5)/5$		0.32

Os *scores* obtidos na análise da dimensão em questão remetem para a existência de algumas propostas no âmbito da Saúde Materno-Infantil; contudo o valor apurado é baixo. Existem de facto medidas no Programa eleitoral mas estas são vagas e diminutas.

Veja-se o exemplo a seguir:

“Facultar maior informação e liberdade de escolha do método de parto, assumindo desde logo como objetivo a redução da incidência de cesarianas;” (PS 2019:130)

CDS

Tabela 101: *Score* final da Saúde Materno-Infantil no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	5.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	5.2	0.00
Incentivos Financeiros	5.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	5.4	0.00
Leis e Regulamentos	5.5	0.00
$SMI=(SMI1+SMI2+SMI3+SMI4+SMI5)/5$		0.00

Apesar de no seu Programa o CDS apresentar referências daquilo que não pretende para o próximo Governo relativamente à dimensão em análise, este acaba por não referir qualquer proposta neste âmbito

BE

Tabela 102: *Score* final da Saúde Materno-Infantil no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	5.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	5.2	0.00
Incentivos Financeiros	5.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	5.4	0.38
Leis e Regulamentos	5.5	0.25
$SMI=(SMI1+SMI2+SMI3+SMI4+SMI5)/5$		0.13

O BE apresenta no seu Programa algumas propostas na dimensão de Saúde analisada. Contudo como se verá mais adiante, o foco da sua atenção direcciona-se para a “Saúde Sexual e Reprodutiva”, dividindo assim a atenção entre duas temáticas com conceitos em comum. Apresenta valores de *score* positivos nas Componentes “Programas de Apoio e Informação” e em “Leis e Regulamentos”. Mas ainda a propósito de medidas presentes no seu Programa eleitoral, pode verificar-se:

“Promoção do parto respeitado, através de legislação que enquadre a violência obstétrica e da criação de uma Comissão Nacional para a Promoção do Parto Respeitado.” (BE 2019:70)

PSD

Tabela 103: *Score* final da Saúde Materno-Infantil no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	5.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	5.2	0.00
Incentivos Financeiros	5.3	0.67
Programas de Apoio e Informação	5.4	0.25
Leis e Regulamentos	5.5	0.50
$SMI=(SMI1+SMI2+SMI3+SMI4+SMI5)/5$		0.28

A análise feita ao Programa eleitoral do PSD revela propostas relativas à Saúde Materno-Infantil. Contudo os resultados finais para as Componentes Principais são fracos, notando-se a necessidade de medidas nesta dimensão. Para isso contribuíram a ausência de medidas em Recursos Humanos e Equipamentos e Infra-estruturas.

Segue-se a transcrição de uma das suas medidas propostas e a qual recebeu 2 pontos de *score* na subcomponente que lhe diz respeito:

“Implementar um Plano de rastreio da acuidade visual, auditiva e de saúde oral para todas as crianças até aos 5 anos, utilizando os meios já disponíveis na Administração Pública.” (PSD 2019:30)

PCP

Tabela 104: *Score* final da Saúde Materno-Infantil no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	5.1	0.67
Equipamentos e Infra-estruturas	5.2	0.00
Incentivos Financeiros	5.3	0.67
Programas de Apoio e Informação	5.4	0.00
Leis e Regulamentos	5.5	0.75
$SMI=(SMI1+SMI2+SMI3+SMI4+SMI5)/5$		0.42

O PCP apresenta no seu Programa eleitoral, medidas no âmbito da dimensão em análise. Os valores de *score* não são muito elevados, mas são melhores comparativamente aos Partidos analisados anteriormente.

“alargar os critérios de atribuição do abono pré-natal visando a sua universalização(...) e (...)alargar o tempo de licença obrigatória de maternidade. Alargar o período de licença de paternidade” (PCP 2019:76)

PAN

Tabela 105: *Score* final da Saúde Materno-Infantil no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	5.1	0.67
Equipamentos e Infra-estruturas	5.2	2.00
Incentivos Financeiros	5.3	0.67
Programas de Apoio e Informação	5.4	1.50
Leis e Regulamentos	5.5	0.50
SMI=(SMI1+SMI2+SMI3+SMI4+SMI5)/5		1.10

Esta dimensão analisada reflecte um bom resultado. Fica visível que o PAN se preocupa com as questões de “Saúde Materno-Infantil” (1.10).

Várias são as medidas que se podem observar no Programa do Partido, fica como exemplo:

“Permitir que as mulheres possam deixar de trabalhar a partir da 32.ª semana de gestação, sem qualquer prejuízo remuneratório, para preparar a chegada do seu filho e se preparar para o seu papel de mãe.” (PAN 2019:100)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Saúde Materno-Infantil.

Quadro 6: Saúde Materno-Infantil, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.32	0.00	0.13	0.28	0.42	1.10

Os *scores* obtidos no geral, são fracos. O CDS não contemplou qualquer proposta neste âmbito. Mais uma vez se destaca o resultado do PAN com um *score* final de 1.10.

4.6. Envelhecimento Ativo

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da dimensão de Envelhecimento Ativo, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 6).

PS

Tabela 106: *Score* final do Envelhecimento Ativo no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	6.1	2.00
Equipamentos e Infra-estruturas	6.2	1.00
Incentivos Financeiros	6.3	0.83
Programas de Apoio e Informação	6.4	1.83
Leis e Regulamentos	6.5	0.33
$EA=(EA1+EA2+EA3+EA4+EA5)/5$		1.20

O valor de 1.20 reflete a forte aposta do PS no Envelhecimento Ativo. Pela análise ao seu programa é possível perceber que existem muitas propostas nesta dimensão, eis um exemplo:

“ (...) Reposição do valor de referência do Complemento Solidário para Idosos acima do limiar de pobreza (...) Definir um plano de ação para o envelhecimento populacional, com um leque estruturado de respostas para as transformações que ocorrem nesta fase da vida” (PS 2019:168)

CDS

Tabela 107: *Score* final do Envelhecimento Ativo no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	6.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	6.2	1.00
Incentivos Financeiros	6.3	0.33
Programas de Apoio e Informação	6.4	0.17
Leis e Regulamentos	6.5	1.00
$EA=(EA1+EA2+EA3+EA4+EA5)/5$		0.50

O resultado obtido permite inferir que existem medidas expressas no Programa Eleitoral do CDS no âmbito do Envelhecimento Ativo. Com um valor de *score* inferior ao registado para o PS, segue-se o exemplo de uma medida plasmada no seu Programa:

“Em cooperação com as autarquias, dinamizaremos, com os organismos públicos e privados que já atuam no apoio aos idosos, a criação de uma rede de cuidadores por todo o território, com um objetivo comum – o de que não haja em Portugal um idoso isolado ou sem apoio.” (CDS 2019:55)

BE

Tabela 108: *Score* final do Envelhecimento Ativo no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	6.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	6.2	1.33
Incentivos Financeiros	6.3	1.00
Programas de Apoio e Informação	6.4	0.33
Leis e Regulamentos	6.5	1.33
$EA=(EA1+EA2+EA3+EA4+EA5)/5$		0.80

Percebe-se que o BE tem várias propostas nesta dimensão. Contudo o valor obtido para a Componente Principal Recursos Humanos condiciona o *score* final que fica em 0.80.

Veja-se o exemplo de uma medida constante no Programa do BE para as Eleições.

“Inspeção regular de lares e centros de dia (...) Convergência progressiva das pensões mínimas para valor equivalente ao Salário Mínimo Nacional (...). (BE 2019:117)

PSD

Tabela 109: *Score* final do Envelhecimento Ativo no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	6.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	6.2	0.67
Incentivos Financeiros	6.3	0.33
Programas de Apoio e Informação	6.4	0.33
Leis e Regulamentos	6.5	0.67
$EA=(EA1+EA2+EA3+EA4+EA5)/5$		0.40

O somatório obtido reflecte preocupação com o Envelhecimento Ativo no seu Programa Eleitoral. Contudo fica aquém dos resultados obtidos noutros partidos já analisados, apesar de pontuar em quatro das suas Componentes Principais.

Segue-se o exemplo de uma medida que consta do Programa:

“Deve ser privilegiado um novo tipo de serviço de apoio domiciliário que vá além das componentes básicas de apoio e que possa incluir serviços básicos de saúde com apoio tecnológico.” (PSD 2019:58)

PCP

Tabela 110: *Score* final do Envelhecimento Ativo no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	6.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	6.2	0.67
Incentivos Financeiros	6.3	1.17
Programas de Apoio e Informação	6.4	0.50
Leis e Regulamentos	6.5	0.33
$EA=(EA1+EA2+EA3+EA4+EA5)/5$		0.53

O PCP segue a tendência dos Partidos analisados até ao momento com a existência de medidas que constam no seu Programa. Pontua em todos os Componentes à excepção dos Recursos Humanos. Com um *score* final de 0.53, segue-se um exemplo de uma proposta:

“Criar uma rede pública de equipamentos e serviços de apoio nas diversas valências e o apoio financeiro do Estado às actividades de âmbito cultural e desportivas. “(PCP 2019:78)

PAN

Tabela 111: *Score* final do Envelhecimento Ativo no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	6.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	6.2	0.33
Incentivos Financeiros	6.3	0.50
Programas de Apoio e Informação	6.4	0.50
Leis e Regulamentos	6.5	0.67
$EA=(EA1+EA2+EA3+EA4+EA5)/5$		0.40

Os valores verificados permitem dizer que o PAN apesar de apresentar algumas medidas sobre a dimensão em análise, não é dos Partidos que mais se preocupou com a mesma.

Segue-se o exemplo de uma proposta presente no seu Programa:

“Valorizar as reformas e pensões como condição necessária ao combate à pobreza entre idosos” (PAN 2019:63)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Envelhecimento Ativo.

Quadro 7: Envelhecimento Ativo, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
1.20	0.5	0.80	0.40	0.53	0.40

Após a cuidada análise ao Programa eleitoral dos seis Partidos no que concerne ao Envelhecimento Ativo, chega-se aos *scores* supra-apresentados e as conclusões são as seguintes:

O PS destaca-se no conjunto com o maior *score* e portanto maior número de propostas nesta dimensão. O valor mais baixo fica pelos Partidos PSD e PAN com 0.40. Contudo, todos os Partidos analisados fazem várias referências ao envelhecimento e esta temática está muito presente nos seus Programas, de uma forma geral.

4.7. SIDA

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da dimensão de SIDA, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 7).

PS

Tabela 112: *Score* final da SIDA no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	7.1	0.00
Incentivos Financeiros	7.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	7.3	0.00
SIDA=(SIDA1+SIDA2+SIDA3+SIDA4)/3		0.00

Verifica-se que o PS apresenta um valor nulo, pelo que não tem no seu Programa eleitoral qualquer medida ou proposta relativa à dimensão analisada.

CDS

Tabela 113: *Score* final da SIDA no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	7.1	0.00
Incentivos Financeiros	7.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	7.3	0.00
SIDA=(SIDA1+SIDA2+SIDA3+SIDA4)/3		0.00

Este Partido segue a mesma tendência do PS, não apresenta qualquer proposta no âmbito da SIDA e por isso, o *score* obtido é 0.00.

BE

Tabela 114: *Score* final da SIDA no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	7.1	0.00
Incentivos Financeiros	7.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	7.3	0.00
$SIDA=(SIDA1+SIDA2+SIDA3+SIDA4)/3$		0.00

Mais uma vez vemos um Partido que não apresenta qualquer proposta no seu Programa eleitoral acerca da dimensão analisada, SIDA, pelo que o *score* obtido pelo BE é 0.00.

PSD

Tabela 115: *Score* final da SIDA no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	7.1	0.00
Incentivos Financeiros	7.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	7.3	0.00
$SIDA=(SIDA1+SIDA2+SIDA3+SIDA4)/3$		0.00

O PSD apresenta um *score* de 0 pela ausência de medidas ou propostas.

PCP

Tabela 116: *Score* final da SIDA no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	7.1	0.00
Incentivos Financeiros	7.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	7.3	0.67
$SIDA=(SIDA1+SIDA2+SIDA3+SIDA4)/3$		0.22

Pela primeira vez na análise da dimensão SIDA encontramos um valor diferente de 0.00. O PCP apesar de um fraco *score* (0.22), inclui no seu Programa Eleitoral propostas, nomeadamente no que diz respeito aos Programas de Apoio e Informação.

Segue-se um exemplo do que consta no seu Programa:

“(…) O desenvolvimento de programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das doenças infecciosas.” (PCP 2019:107)

PAN

Tabela 117: *Score* final da SIDA no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	7.1	0.00
Incentivos Financeiros	7.2	2.00
Programas de Apoio e Informação	7.3	1.33
$SIDA=(SIDA1+SIDA2+SIDA3+SIDA4)/3$		1.11

Com um *score* de 1.11, o PAN destaca-se pelas francas medidas presentes no seu Programa Eleitoral no que diz respeito à dimensão em análise, SIDA. Apenas fica aquém no *score* obtido relativo aos Recursos Humanos, onde não foi além de 0.00.

Segue-se agora o exemplo de uma proposta constante no seu Programa referente a esta Dimensão:

“Reformular as condições de atribuição de apoio financeiro a entidades promotoras de projectos de redução de riscos e minimização de danos” (PAN 2019:105)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: SIDA.

Quadro 8: SIDA, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.00	0.00	0.00	0.00	0.22	1.11

De forma resumida, a dimensão analisada SIDA não reuniu grandes *scores*, tendo apresentado o nulo na grande maioria dos Partidos Políticos, pois apenas dois conseguiram resultados positivos: PCP e PAN. Desta forma apenas os dois últimos citados apresentaram propostas e o PAN destaca-se largamente do PCP com um *score* de 1.11 contra o 0.22.

Percebe-se assim o desinteresse nesta temática da saúde para a maioria dos Partidos Políticos.

4.8. Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Os resultados encontrados nas Componentes principais da dimensão de Doenças Cérebro-Cardiovasculares, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 8).

PS

Tabela 118: *Score* final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	8.1	0.00
Incentivos Financeiros	8.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	8.3	0.00
$DCV=(DVC1+DCV2+DCV3)/3$		0.00

Com um valor igual a 0.00, o PS não manifesta propostas ou medidas no âmbito das Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

CDS

Tabela 119: *Score* final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	8.1	0.00
Incentivos Financeiros	8.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	8.3	0.00
$DCV=(DVC1+DCV2+DCV3)/3$		0.00

O CDS não revelou medidas da dimensão em análise pelo que o seu *score* final é de 0.00.

BE

Tabela 120: *Score* final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	8.1	0.00
Incentivos Financeiros	8.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	8.3	0.00
$DCV=(DVC1+DCV2+DCV3)/3$		0.00

O BE, tal como os anteriormente analisados, PS e CDS, também se fica por um *score* nulo, com ausência de medidas no seu Programa Eleitoral.

PSD

Tabela 121: *Score* final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	8.1	0.00
Incentivos Financeiros	8.2	2.00
Programas de Apoio e Informação	8.3	1.50
$DCV=(DVC1+DCV2+DCV3)/3$		1.17

O PSD apresenta um bom resultado de *score* (1.17) o que significa que existem propostas fortes no seu Programa Eleitoral. Apenas se verifica uma total ausência de medidas no que diz respeito aos Recursos Humanos. Ainda assim os resultados são bons.

PCP

Tabela 122: *Score* final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	8.1	0.00
Incentivos Financeiros	8.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	8.3	0.50
$DCV=(DVC1+DCV2+DCV3)/3$		0.17

Ao analisar o Programa Eleitoral do PCP percebem-se algumas propostas relativas à dimensão analisada, contudo o valor é fraco (0.17).

PAN

Tabela 123: *Score* final das Doenças Cérebro-Cardiovasculares no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	8.1	2.00
Incentivos Financeiros	8.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	8.3	1.50
$DCV=(DVC1+DCV2+DCV3)/3$		1.17

Após a análise ao Programa Eleitoral do PAN no que diz respeito à dimensão da saúde em análise Doenças Cérebro-Cardiovasculares, identificam-se várias medidas ou propostas neste âmbito. Apesar de não ter qualquer proposta relativa aos Incentivos Financeiros, o *score* final das três Componentes Principais é bastante positivo (1.17).

Veja-se o exemplo de uma medida constante no seu Programa:

“Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados através do apoio de nutricionistas” (PAN 2019:103)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

Quadro 9: Doenças Cérebro-Cardiovasculares., Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.00	0.00	0.00	1.17	0.17	1.17

A análise geral feita aos scores obtidos para a dimensão da saúde Doenças Cérebro-Cardiovasculares revela que esta temática é completamente indiferente aos partidos PS, CDS e BE, sem qualquer menção de propostas no seu Programa. Por outro lado, o PCP também não apresenta um grande *score*, com fraca atenção a esta temática no seu Programa. O PSD e o PAN destacam-se de todos os outros com um expressivo 1.17 de *score*, dada a importância que revelam sobre medidas ou propostas no âmbito da temática.

4.9. Plano Nacional de Vacinação

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da dimensão de Plano Nacional de Vacinação, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 9).

PS

Tabela 124: *Score* final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	9.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	9.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	9.3	0.00
$PNV=(PNV1+PNV2+PNV3)/3$		0.00

Com um *score* igual a 0.00, o PS não contempla propostas para a dimensão em análise.

CDS

Tabela 125: *Score* final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	9.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	9.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	9.3	0.00
$PNV=(PNV1+PNV2+PNV3)/3$		0.00

O CDS não apresenta propostas no seu Programa eleitoral relativas ao PNV, pelo que o seu *score* final é 0.00

BE

Tabela 126: *Score* final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	9.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	9.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	9.3	0.00
$PNV=(PNV1+PNV2+PNV3)/3$		0.00

Após a análise ao Programa Eleitoral do BE percebe-se que não existem propostas neste âmbito e segue a tendência dos Partidos analisados anteriormente, PS e CDS.

PSD

Tabela 127: *Score* final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	9.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	9.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	9.3	0.00
$PNV=(PNV1+PNV2+PNV3)/3$		0.00

A ausência de medidas ou propostas constantes no Programa do PSD retratam os *scores* obtidos.

PCP

Tabela 128: *Score* final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	9.1	2.00
Equipamentos e Infra-estruturas	9.2	2.00
Programas de Apoio e Informação	9.3	1.33
$PNV=(PNV1+PNV2+PNV3)/3$		1.78

O PCP apresenta no seu Programa Eleitoral grande preocupação com a temática e o *score* de 1.78 ilustra bem esse facto. Apenas os Programas de Apoio e Informação não obtiveram a totalidade dos pontos que podiam ter sido obtidos.

Veja-se agora um exemplo dessas propostas:

“O reforço do Programa Nacional de Vacinação. O desenvolvimento de programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das doenças infecciosas.”
(PCP 2019:72)

PAN

Tabela 129: *Score* final do Plano Nacional de Vacinação no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	9.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	9.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	9.3	0.67
$PNV=(PNV1+PNV2+PNV3)/3$		0.22

Nesta dimensão, as propostas do PAN são pouco expressivas, pelo que o seu *score* se fica nos 0.22.

Veja-se a única proposta do PAN:

“(…)Vacinação contra a gripe (…)” (PAN 2019:106)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Plano Nacional de Vacinação.

Quadro 10: Plano Nacional de Vacinação, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.00	0.00	0.00	0.00	1.78	0.22

Os resultados obtidos são de uma forma geral fracos, com quatro partidos PS, CDS, BE e PSD sem medidas na dimensão em análise. O PAN apesar de não apresentar um valor nulo, pouco se distancia e fica pelos 0.22. Já o PCP apresenta um valor completamente contrastante com os demais Partidos e por isso é aquele que mais valoriza o PNV.

4.10. Saúde Sexual e Reprodutiva

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da dimensão de Saúde Sexual e Reprodutiva, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 10).

PS

Tabela 130: *Score* final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	10.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	10.2	0.00
Incentivos Financeiros	10.3	1.00
Programas de Apoio e Informação	10.4	0.67
Leis e Regulamentos	10.5	1.00
SSR= (SSR1+SSR2+SSR 3+ SSR4+ SSR5)/5		0.53

A análise ao Programa Eleitoral do PS permite perceber que existem várias propostas sobre a dimensão analisada e fica com um *score* final de 0.53.

Exemplo de uma proposta do PS:

“Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida, de modo a reforçar o acesso a estas práticas, diminuindo as barreiras actualmente existentes em termos etários, de número de ciclos de tratamento e de estado civil de quem acede” (PS 2019:128)

CDS

Tabela 131: *Score* final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	10.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	10.2	0.00
Incentivos Financeiros	10.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	10.4	0.00
Leis e Regulamentos	10.5	0.75
SSR= (SSR1+SSR2+SSR 3+ SSR4+SSR5)/5		0.15

O CDS apresenta no seu Programa poucas medidas no que diz respeito à Saúde Sexual e Reprodutiva e por isso o *score* final de 0.15 . Para isso contribuíram as propostas presentes em Leis e Regulamentos.

Segue-se o exemplo do que consta no seu Programa:

“Vamos aumentar de três para cinco os ciclos de tratamentos de Procriação Medicamente Assistida comparticipados pelo SNS, dando mais oportunidades aos casais desejam ter filhos.” (CDS 2019:147)

BE

Tabela 132: *Score* final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	10.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	10.2	2.00
Incentivos Financeiros	10.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	10.4	0.83
Leis e Regulamentos	10.5	1.25
SSR= (SSR1+SSR2+SSR 3+ SSR4+ SSR5)/5		0.82

O BE demonstra preocupação com a dimensão em análise com algumas propostas presentes no seu Programa Eleitoral. Fica assim com um *score* final de 0.82.

Segue em baixo um exemplo que consta do seu Programa:

“Instalação de um ponto focal sobre IVG e planeamento familiar em cada agrupamento de centros de saúde, como forma de aumentar o acesso à informação” (BE 2019:70)

PSD

Tabela 133: *Score* final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	10.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	10.2	0.00
Incentivos Financeiros	10.3	0.00
Programas de Apoio e Informação	10.4	0.00
Leis e Regulamentos	10.5	0.00
$SSR = (SSR1 + SSR2 + SSR3 + SSR4 + SSR5) / 5$		0.00

O PSD não apresenta propostas no seu programa pelo que o resultado final é 0.00.

PCP

Tabela 134: *Score* final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	10.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	10.2	0.00
Incentivos Financeiros	10.3	0.50
Programas de Apoio e Informação	10.4	0.00
Leis e Regulamentos	10.5	0.75
$SSR = (SSR1 + SSR2 + SSR3 + SSR4 + SSR5) / 5$		0.25

O PCP apresenta um fraco resultado de 0.25 que traduz algumas medidas presentes no seu Programa. Veja-se um exemplo:

“O apoio a todas as expressões do Movimento Juvenil, incluindo os movimentos informais, desburocratizando os processos de acesso; o reforço do Estado nas escolas (psicólogos, técnicos de educação sexual e de orientação vocacional), nos Centros de Saúde e Hospitais, (área do planeamento familiar e do tratamento de dependências) e nas estruturas para o Movimento Juvenil.” (PCP 2019:97)

PAN

Tabela 135: *Score* final da Saúde Sexual e Reprodutiva no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	10.1	2.00
Equipamentos e Infra-estruturas	10.2	0.00
Incentivos Financeiros	10.3	2.00
Programas de Apoio e Informação	10.4	0.83
Leis e Regulamentos	10.5	1.75
$SSR = (SSR1 + SSR2 + SSR3 + SSR4 + SSR5) / 5$		1.32

Mais uma vez se percebe que o PAN apresenta um bom resultado, desta vez para a Saúde Sexual e Reprodutiva. O valor 1.32 revela preocupação com o tema no seu Programa Eleitoral.

Em baixo um exemplo do que consta no Programa:

“Reforçar os recursos humanos da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG)” (PAN 2019:56)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Saúde Sexual e Reprodutiva.

Quadro 11: Saúde Sexual e Reprodutiva, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.53	0.15	0.82	0.00	0.25	1.32

Nesta dimensão em análise percebe-se que todos os Partidos, à excepção do PSD, revelam propostas nos seus Programas Eleitorais e portanto uma preocupação com a temática. Contudo o CDS e o PCP revelam os resultados mais fracos, contrastando com o BE que arrecadou 0.82 e mais ainda com o PAN que mais se volta a destacar com os seus 1.32.

4.11. Doenças Oncológicas

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da dimensão de Doenças Oncológicas, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 11).

PS

Tabela 136: *Score* final das Doenças Oncológicas no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Equipamentos e Infra-estruturas	11.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	11.2	0.00
Leis e Regulamentos	11.3	0.00
$DO=(DO1+DO2+DO3)/3$		0.00

O PS apresenta um *score* de 0.00 que significa ausência de propostas no seu Programa Eleitoral.

CDS

Tabela 137: *Score* final das Doenças Oncológicas no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Equipamentos e Infra-estruturas	11.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	11.2	0.67
Leis e Regulamentos	11.3	0.00
$DO=(DO1+DO2+DO3)/3$		0.22

Apesar do fraco valor registado, o CDS apresenta propostas dentro da dimensão em análise. Veja-se abaixo um exemplo:

“Queremos promover um maior acesso a estes medicamentos, criar um fundo (gerido de forma autónoma) para inovação que responda às grandes tendências, nomeadamente na área oncológica” (CDS 2019:154)

BE

Tabela 138: *Score* final das Doenças Oncológicas no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Equipamentos e Infra-estruturas	11.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	11.2	0.00
Leis e Regulamentos	11.3	2.00
$DO=(DO1+DO2+DO3)/3$		0.67

O BE apresenta propostas no âmbito da dimensão em análise, nomeadamente no que diz respeito às Leis e Regulamentos. Eis um exemplo do que consta no seu Programa:

“Alargar os direitos de parentalidade (licença inicial do pai, aumento da licença partilhada, redução de horário nos primeiros 3 anos de vida da criança), e dos direitos de pais e mães de filhos com deficiência, doença crónica ou oncológica, bem como dos direitos em situação de doença” (BE 2019:60)

PSD

Tabela 139: *Score* final das Doenças Oncológicas no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Equipamentos e Infra-estruturas	11.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	11.2	0.00
Leis e Regulamentos	11.3	0.00
$DO=(DO1+DO2+DO3)/3$		0.00

O PSD não referiu qualquer medida no seu Programa Eleitoral pelo que o *score* final atribuído é 0.00.

PCP

Tabela 140: *Score* final das Doenças Oncológicas no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Equipamentos e Infra-estruturas	11.1	0.00
Programas de Apoio e Informação	11.2	0.67
Leis e Regulamentos	11.3	0.00
$DO=(DO1+DO2+DO3)/3$		0.22

O PCP revela alguma atenção no seu Programa Eleitoral acerca da dimensão em análise. Contudo o resultado de *score* é fraco, traduzindo poucas medidas expressas.

Segue-se um exemplo plasmado no seu Programa Eleitoral:

“O desenvolvimento de programas de Promoção da Saúde no âmbito da actividade física, alimentação saudável, saúde mental, dos processos de envelhecimento e de prevenção da diabetes, das doenças cardiocerebrovasculares e oncológicas “(PCP 2019:72)

PAN

Tabela 141: *Score* final das Doenças Oncológicas no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Equipamentos e Infra-estruturas	11.1	2.00
Programas de Apoio e Informação	11.2	0.67
Leis e Regulamentos	11.3	0.00
$DO=(DO1+DO2+DO3)/3$		0.89

O PAN mais uma vez apresenta várias propostas relativas à saúde, neste caso relativamente às Doenças Oncológicas. Apresenta um *score* de 0.89.

Segue em baixo o exemplo:

“Garantir que, antes da implementação da rede 5G em Portugal, sejam elaborados estudos sobre a segurança da sua utilização na saúde humana. Segundo a Agência Internacional de Investigação sobre o Cancro (IARC) da Organização Mundial de Saúde, a radiação de radiofrequência utilizada pela rede 5G é considerada potencialmente cancerígena” (PAN 2019:25)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Doenças Oncológicas.

Quadro 12: Doenças Oncológicas, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.00	0.22	0.67	0.00	0.22	0.89

Depois de analisados os Programas dos Partidos nesta dimensão percebe-se que tanto o PS como o PSD não fazem qualquer referência às Doenças Oncológicas. CDS e PCP revelam alguma preocupação, ainda assim com um fraco score de 0.22. Por sua vez o BE e o PAN conseguem um score de 0.67 e de 0.89 respectivamente, sendo estes os Partidos com Programas onde constam mais medidas acerca da dimensão agora analisada.

4.12. Cuidados Paliativos

Os resultados encontrados nas Componentes Principais da dimensão de Cuidados Paliativos, derivam dos resultados obtidos nas subcomponentes (Cf Anexo 12).

PS

Tabela 142: *Score* final dos Cuidados Paliativos no Programa do PS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	11.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	11.2	0.00
Programas de Apoio e Informação	11.3	0.00
Leis e Regulamentos	11.4	0.00
$P=(P1+P2+P3+P4)/4$		0.00

Não existe menção sobre a temática no Programa do PS, pelo que o resultado final é 0.00.

CDS

Tabela 143: *Score* final dos Cuidados Paliativos no Programa do CDS

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	11.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	11.2	0.67
Programas de Apoio e Informação	11.3	1.00
Leis e Regulamentos	11.4	0.00
$P=(P1+P2+P3+P4)/4$		0.42

O CDS apresenta um Programa Eleitoral onde é feita a referência à dimensão em análise, através de várias medidas. O valor apurado de *score* fica nos 0.42.

Eis um exemplo que pode ser observado no Programa:

“Queremos aumentar o número de camas nas regiões com maiores necessidades, bem como reforçar os Cuidados Paliativos Domiciliários, com parcerias entre os Cuidados de Saúde Primários, hospitais, as autarquias e o setor social e solidário, atualizando ainda os preços da Rede Nacional de Cuidados Paliativos.” (CDS 2019:148)

BE

Tabela 144: *Score* final dos Cuidados Paliativos no Programa do BE

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	11.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	11.2	0.67
Programas de Apoio e Informação	11.3	0.00
Leis e Regulamentos	11.4	2.00
$P=(P1+P2+P3+P4)/4$		0.67

Com um valor de *score* de 0.67, o BE supera o valor obtido pelo CDS e permite dizer que o seu Programa encerra medidas no âmbito da dimensão em análise.

Pode agora ver-se um exemplo:

“Reforço das redes de Cuidados Continuados e de Cuidados Paliativos, reforçando o número de camas públicas existentes no país e reforçando tipologias ainda inexistentes, como é o caso dos cuidados continuados de saúde mental.” (BE 2019:90)

PSD

Tabela 145: *Score* final dos Cuidados Paliativos no Programa do PSD

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	11.1	0.00
Equipamentos e Infra-estruturas	11.2	0.67
Programas de Apoio e Informação	11.3	0.00
Leis e Regulamentos	11.4	0.00
$P=(P1+P2+P3+P4)/4$		0.17

O PSD no seu Programa apenas se refere aos Equipamentos e Infra-Estruturas e apresenta um fraco resultado de 0.17.

O exemplo que consta no seu Programa é:

“Em parceria com as instituições do setor social, pretende-se alargar a rede de cuidados continuados e paliativos em 25%” (PSD 2019:58)

PCP

Tabela 146: *Score* final dos Cuidados Paliativos no Programa do PCP

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	11.1	0.67
Equipamentos e Infra-estruturas	11.2	0.67
Programas de Apoio e Informação	11.3	1.00
Leis e Regulamentos	11.4	0.00
$P=(P1+P2+P3+P4)/4$		0.59

A análise a esta dimensão no que diz respeito ao Programa do PCP permite afirmar que este tem várias medidas no âmbito dos Cuidados Paliativos. Abaixo um exemplo do que se pode encontrar:

“Reforçar o numero de Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, articuladas com as equipas da RNCP pela prestação de consultoria, assegurando assim a prestação de Cuidados Paliativos no domicílio.” (PCP 2019:71)

PAN

Tabela 147: *Score* final dos Cuidados Paliativos no Programa do PAN

Componentes Principais	Código	Partido X (<i>score</i>)
Recursos humanos	11.1	2.00
Equipamentos e Infra-estruturas	11.2	2.00
Programas de Apoio e Informação	11.3	1.00
Leis e Regulamentos	11.4	2.00
$P=(P1+P2+P3+P4)/4$		1.75

O PAN com um *score* de 1.75 encerra no seu Programa diversas medidas para a dimensão em análise e quase atinge a totalidade dos pontos possíveis.

Segue um exemplo do que se pode encontrar no seu Programa Eleitoral:

“Assegurar que os profissionais de saúde que trabalham nas áreas de cuidados paliativos, continuados, ou outras situações em que são regularmente confrontados com a morte e o sofrimento, beneficiem de suporte emocional e treino de competências na

área da relação de ajuda, a fim de evitar o esgotamento e melhorar a sua capacidade de dar um apoio emocional às pessoas que cuidam” (PAN 2019:99)

Apresenta-se de seguida um quadro síntese sobre a dimensão analisada: Cuidados Paliativos.

Quadro 13: Cuidados Paliativos, Quadro Síntese

PS	CDS	BE	PSD	PCP	PAN
0.00	0.42	0.67	0.17	0.59	1.75

A análise a esta última dimensão não é totalmente satisfatória, pois o PS não fez qualquer menção aos Cuidados Paliativos no seu Programa e o PSD com um *score* de 0.17 aproxima-se muito do nulo. Mais uma vez os Partidos com um *score* mais elevado são o BE e o PAN com 0.67 e 1.75 respetivamente. O PAN volta a destacar-se pelo seu conjunto de medidas e com um forte resultado de *score*.

Assim se dá por finalizado o Estudo Empírico onde foi possível obter os *scores* para as diferentes dimensões em saúde e perceber quais os partidos que mais pontuaram, de acordo com as medidas expressas nos seus Programas.

Segue-se a Discussão dos Resultados e as Conclusões no Capítulo seguinte.

CAPITULO V: DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES

Discutem-se agora os resultados obtidos da investigação assim como as conclusões da mesma.

5.1. Discussão de Resultados

Uma vez obtidos os *scores* das doze dimensões em análise, é possível através da fórmula anteriormente identificada (Cf. Capítulo 3),

$$PPP = SM + TX + TB + D + SMI + EA + SIDA + DCV + PNV + SSR + DO + CP$$

obter o valor final sobre a medição das diferenças nos Programas dos Partidos Políticos.

Assim sendo, a seguinte tabela compila os resultados obtidos de acordo com os somatórios da fórmula e também os somatórios para cada dimensão analisada.

Tabela 148: Resultados finais de *Scores*

Partido Político	SM	TX	TB	D	SMI	EA	SIDA	DCV	PNV	SSR	DO	CP	PPP
PS	0.28	0.07	0.00	0.00	0.32	1.20	0.00	0.00	0.00	0.53	0.00	0.00	2.40
CDS	0.43	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50	0.00	0.00	0.00	0.15	0.22	0.42	1.72
BE	0.80	1.33	0.00	0.00	0.13	0.80	0.00	0.00	0.00	0.82	0.67	0.67	5.22
PSD	0.17	0.07	0.22	0.00	0.28	0.40	0.00	1.17	0.00	0.00	0.00	0.17	2.48
PCP	0.64	0.46	0.00	0.50	0.42	0.53	0.22	0.17	1.78	0.25	0.22	0.59	5.78
PAN	0.93	0.93	1.56	1.75	1.10	0.40	1.11	1.17	0.22	1.32	0.89	1.75	<u>13.13</u>
Total Dimensão	3.25	2.86	1.78	2.25	2.25	<u>3.83</u>	1.33	2.51	2.00	3.07	2.00	3.60	

Fonte: Elaboração Própria

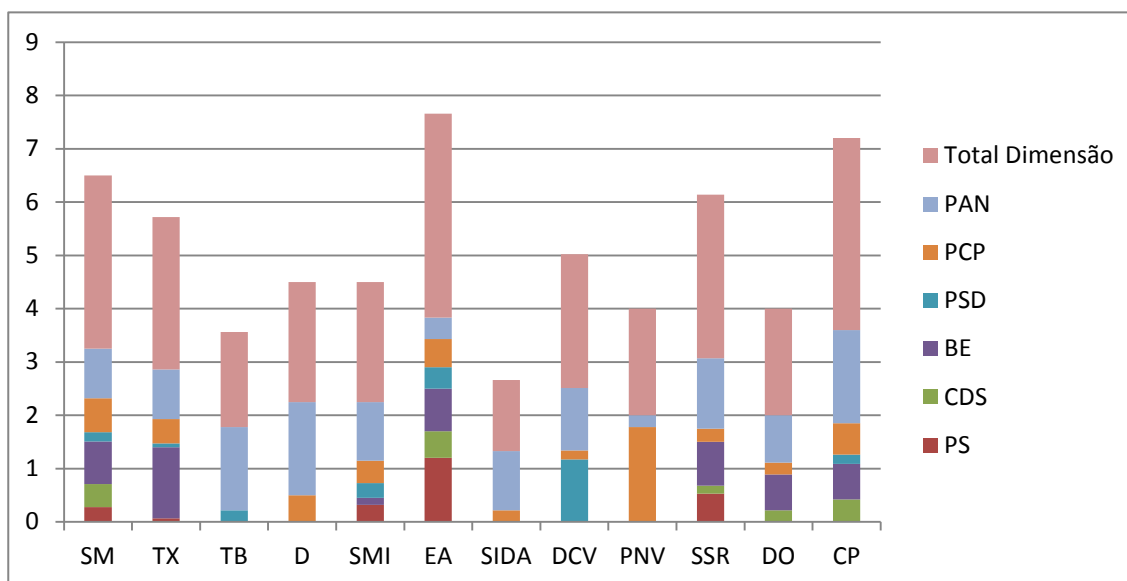
Legenda: PPP: Total dos Programas dos Partidos Políticos; SM: Saúde Mental; TX: Toxicodependência; TB: Tabagismo; D: Diabetes; SMI: Saúde Materno-Infantil; EA: Envelhecimento Ativo; SIDA: SIDA; DCV: Doenças Cérebro-Cardiovasculares; PNV: Plano Nacional de Vacinação; SSR: Saúde Sexual e Reprodutiva; DO: Doenças Oncológicas; CP: Cuidados Paliativos.

Torna-se então pertinente responder às questões de investigação anteriormente formuladas:

Questão 1: Que políticas e/ou medidas foram formuladas por cada um dos partidos nas 12 dimensões da saúde em análise?¹³

¹³ Saúde Mental, Toxicodependência, SIDA, Tabagismo, Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Diabetes, Plano Nacional de Vacinação (incluindo a Tuberculose neste item), Saúde Materno- Infantil, Saúde

Gráfico 2: *Score das Dimensões de Saúde*



Fonte: Elaboração Própria

Atendendo aos valores obtidos em cada dimensão, percebe-se facilmente que o Envelhecimento Ativo (3.83) se destaca por ser a dimensão mais valorizada no conjunto dos Programas dos seis Partidos. Em segundo lugar surgem os Cuidados Paliativos (3.60) e em terceiro a Saúde Mental (3.25). Por sua vez, a dimensão que menos *score* obteve foi a SIDA (1.33).

O envelhecimento em Portugal parece ter sido um foco de atenção na elaboração das propostas presentes nos Programas Eleitorais, dando continuidade a várias iniciativas já existentes a nível nacional. Existe uma clara preocupação relacionada com as alterações profundas em termos demográficos, onde a redução da natalidade e da população jovem aliada ao aumento da esperança média de vida fazem com que Portugal seja um País envelhecido.

Dentro dos valores que compõem esta dimensão destaca-se o PS com 1.20 contra o PSD e PAN ambos com o valor mais baixo correspondente a 0.40.

O *score* obtido pelo PS para esta dimensão foi resultado das várias medidas presentes no seu Programa. Pode ver-se na página 152 “*Definir áreas específicas para contratação de cidadãos seniores na Administração Pública*” ou na página 154 “*Assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.*”

Por sua vez, o *score* obtido para os Cuidados Paliativos, poderá estar também relacionado com o aumento da longevidade referido anteriormente, apresentando-se como um imperativo cada vez

Sexual e Reprodutiva (incluindo a Reprodução Medicamente Assistida e a IVG), Envelhecimento Ativo, Doenças Oncológicas e Cuidados Paliativos

mais consensualmente reconhecido. De salientar o facto que nesta dimensão o PS não obteve qualquer pontuação, contrastando com o score obtido para o Envelhecimento Ativo.

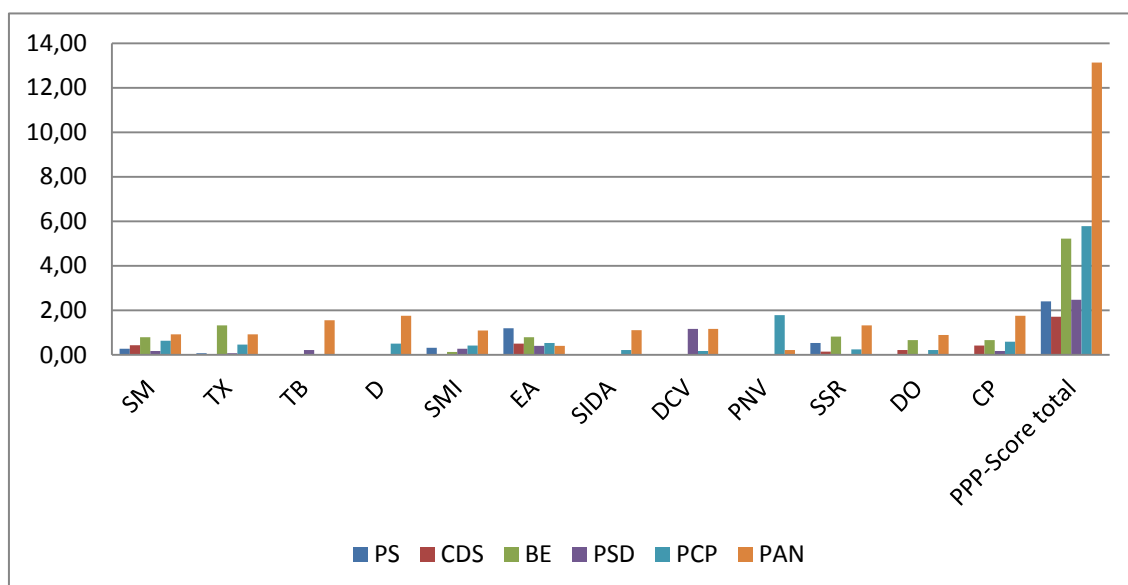
Relativamente à Saúde Mental e pela sua posição na importância dada no conjunto das dimensões analisadas, poder-se-á relacionar com a prevalência de doença psiquiátrica em Portugal, que é o segundo país com mais casos na Europa.

Quanto ao valor mais baixo apurado ser para a dimensão da SIDA, tal facto poderá estar relacionado com o actual controlo da doença que, pelas várias acções realizadas durante anos, permitiram uma certa relativização desta, quer em deteção, quer em novos casos.

Analise-se de seguida a questão 2 anteriormente colocada:

Questão 2: Nas propostas eleitorais, qual a importância das Políticas de Saúde?

Gráfico 3: Scores dos Partidos para cada dimensão e Score total



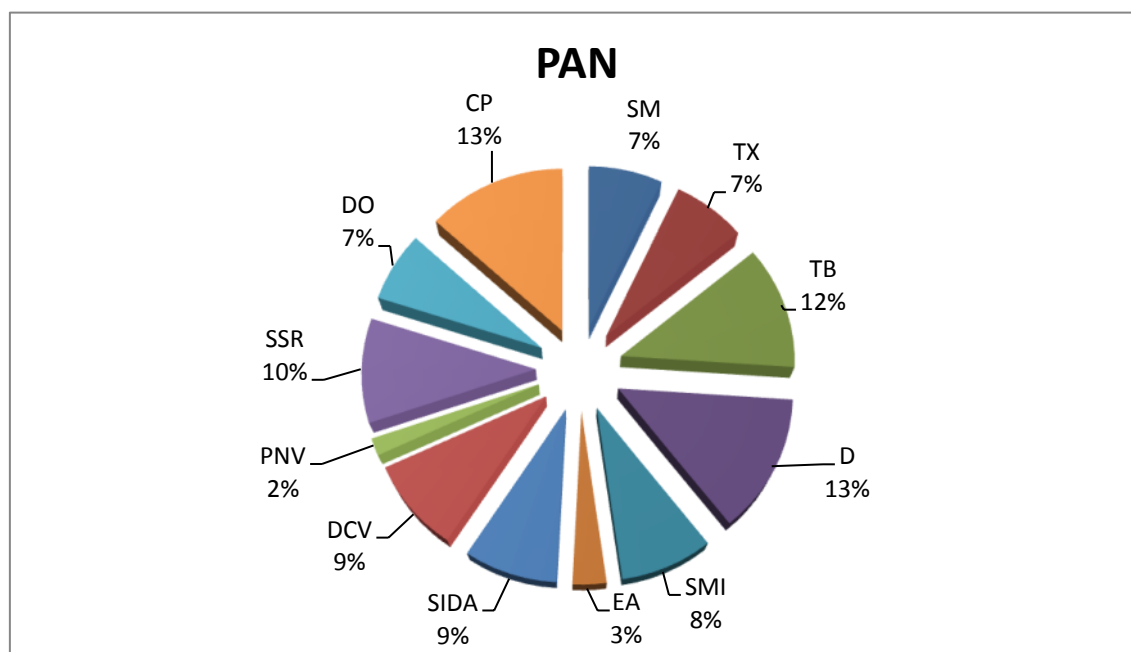
Fonte: Elaboração Própria

Através da leitura do gráfico facilmente se percebe que o PAN se destaca no *score* final das várias medidas em saúde, resultado da presença de medidas em todas as dimensões analisadas no seu Programa.

O PAN apresenta o melhor *score* do conjunto (13.13), onde se destaca por ter um valor superior ao dobro do segundo, que é o PCP (5.78). Segue-se o BE com uma curta distância do segundo, com 5.22. Em quarto lugar encontramos o PSD (2.48), em quinto o PS (2.40) e em último, o CDS com 1.72.

Analisem-se agora os resultados dos Partidos mais pormenorizadamente.

Gráfico 4: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do PAN



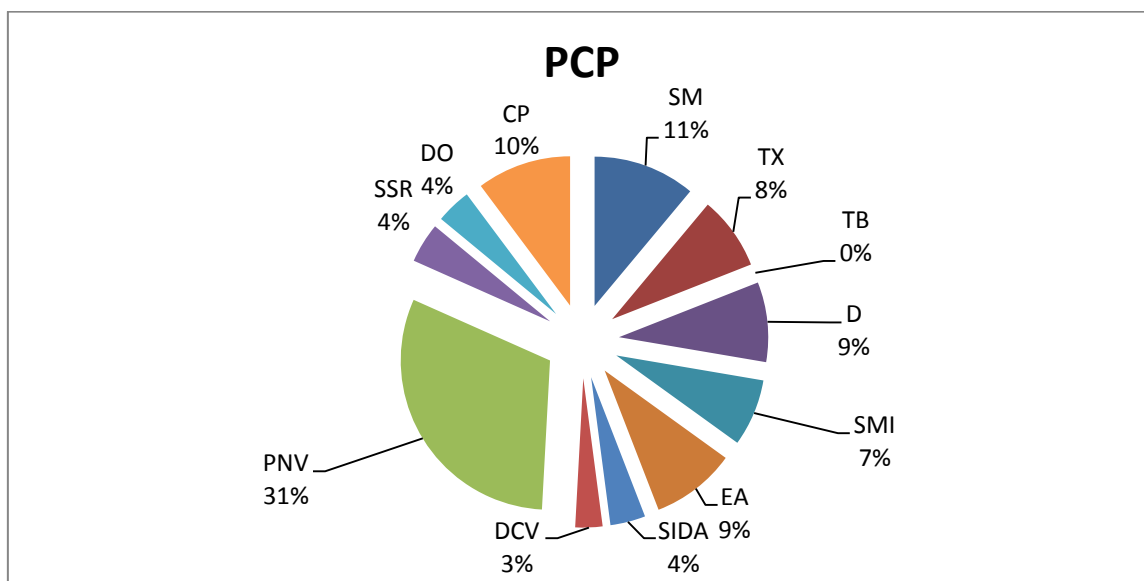
Fonte: Elaboração Própria

Tal como já foi referido, o PAN apresentou propostas em todas as dimensões analisadas, mas o maior destaque vai para as dimensões dos Cuidados Paliativos e da Diabetes, com a mesma pontuação (1.75).

São exemplos de medidas as que constam no seu Programa na página 99 “*Reforçar os recursos humanos na área dos Cuidados Paliativos, designadamente nas Unidades de Cuidados Paliativos, nas Equipas Intra-hospitalares de Cuidados Paliativos e nas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos*”; ou ainda na página 103 “*Promover ambientes alimentares salutogénicos*”

Com menor expressividade em termos de *score*, surge o Plano Nacional de Vacinação, resultado da medida presente na página 106 “*Aproximar os medicamentos das pessoas, promovendo a dispensa na farmácia de medicamentos oncológicos e para o VIH-SIDA, a vacinação contra a gripe e outras intervenções em saúde pública, com particular atenção aos doentes crónicos*”.

Gráfico 5: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do PCP



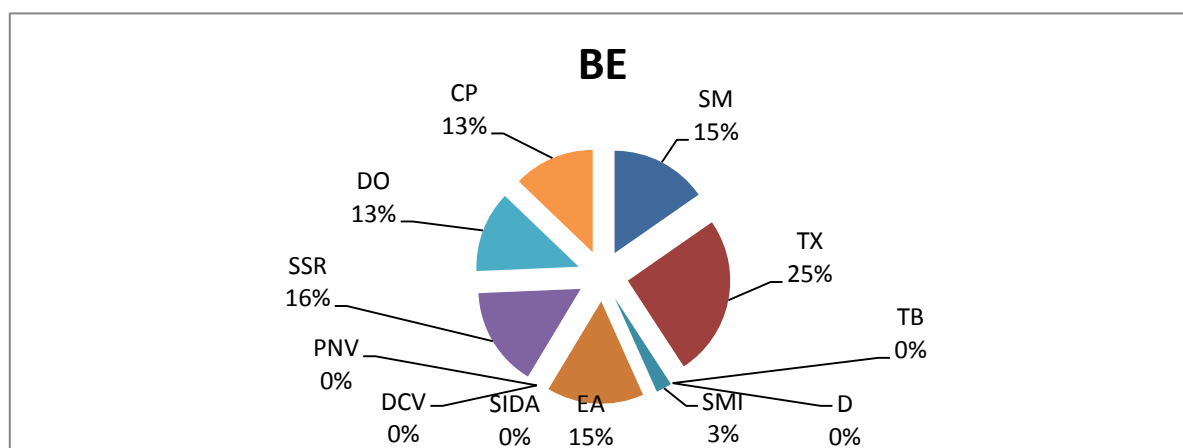
Fonte: Elaboração própria

Já o PCP que surge com o segundo maior *score* final dos Partidos, tem uma maior pontuação no Plano Nacional de Vacinação (1.78).

Tal expressividade é representada no seu Programa por várias medidas, das quais se destaca na página 72 “*criação em todos os concelhos de Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos humanos e materiais. O reforço do Programa Nacional de Vacinação.*”

Destaca-se ainda a ausência de medidas para a Tuberculose.

Gráfico 6: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do BE



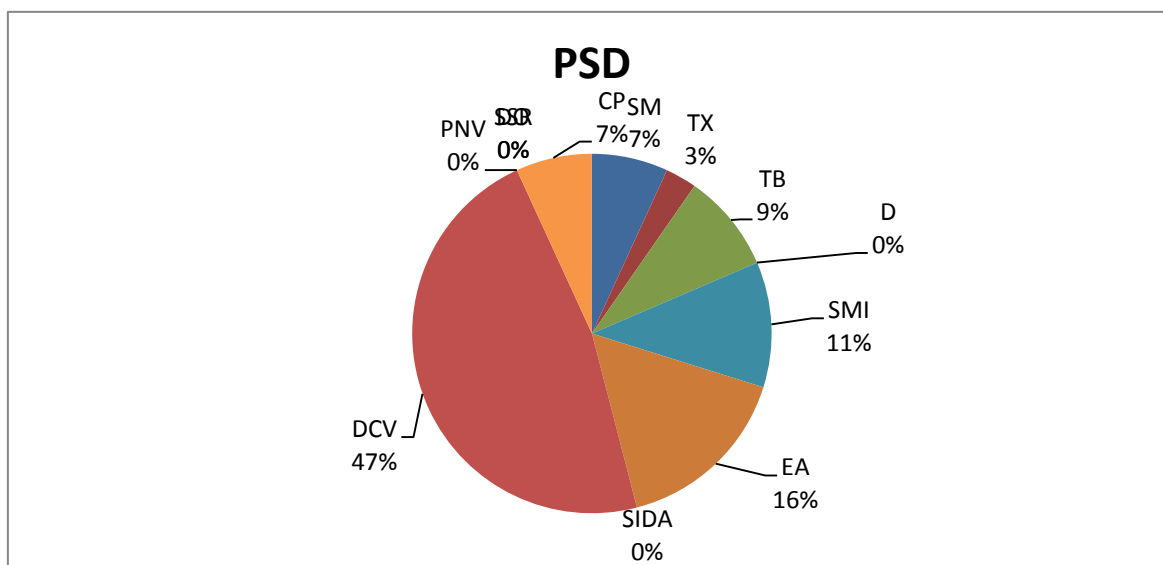
Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao BE, que surge em terceiro lugar como o Partido com maior *score* final (5.22). Percebe-se que a Toxicod dependência foi a dimensão da saúde que mais atenção mereceu no seu Programa.

Na página 105 podem ver-se vários exemplos. Destes apresentamos o seguinte “*Criar um programa nacional de salas de consumo assistido nos territórios onde se justifique*”.

Dimensões como a Tuberculose, Diabetes, SIDA, Doenças Cérebro-cardiovasculares e o Plano Nacional de Vacinação não foram contempladas no Programa Eleitoral.

Gráfico 7: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do PSD



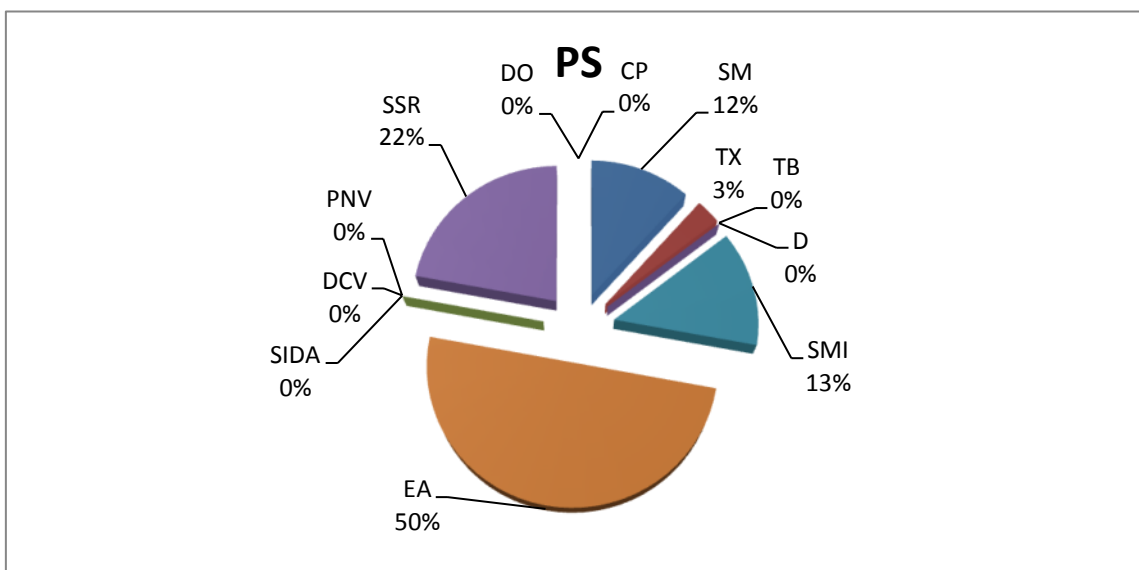
Fonte: Elaboração Própria

Em quarto lugar encontramos o PSD com o *score* de 2.48. A análise aos resultados permite perceber que a prioridade foram as Doenças Cérebro-cardiovasculares, sendo estas as responsáveis por quase metade do *score* final obtido para o Partido.

Na página 55 encontram-se várias medidas das quais se destaca a seguinte “*Agravamento fiscal dos produtos nocivos à saúde como, por exemplo, o açúcar ou o sal refinado (cloreto de sódio)*”.

Dimensões da saúde como o Plano Nacional de Vacinação, Saúde Sexual e Reprodutiva, Doença Oncológica, Diabetes e SIDA não foram alvo de propostas.

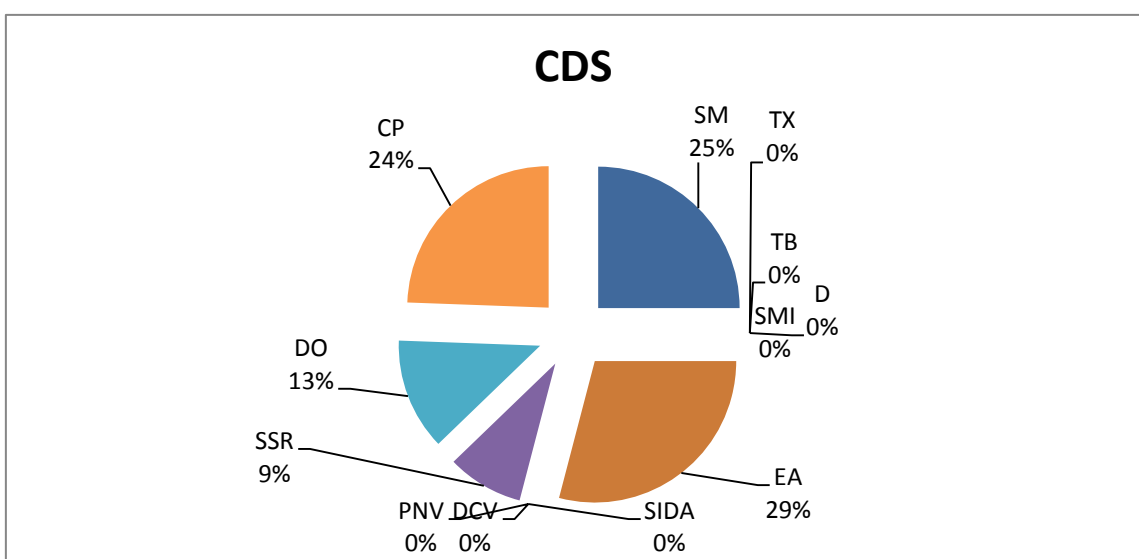
Gráfico 8: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do PS



Fonte: Elaboração Própria

O PS obteve um *score* final de 2.40, dando maior destaque no seu Programa ao Envelhecimento Ativo. Este por sua vez foi aquele que mais contribuiu no seu *score* final, com 50% do valor. Quanto às dimensões SIDA, Plano Nacional de Vacinação, Doença Oncológica, Diabetes, Cuidados Paliativos, Tuberculose e Doenças Cérebro-cardiovasculares não obtiveram pontuação e portanto não mereceram atenção no seu Programa Eleitoral.

Gráfico 9: Percentagem de cada dimensão analisada no Programa Eleitoral do CDS



Fonte: Elaboração Própria

Por último, surge o CDS com um *score* final de 1.72. Destaque positivo, ainda que fraco, para a Saúde Mental, que foi a dimensão que mais pontuou (0.43).

É possível ver no seu Programa na página 146 “*De acordo com vários estudos internacionais, um investimento nesta área traduz-se num retorno social significativo pelo que queremos envolver especialistas na concretização de medidas políticas concretas para a saúde mental dos portugueses.*”

O Plano Nacional de Vacinação, SIDA, a Tuberculose, a Diabetes, a Saúde Materna-Infantil, as Doenças cérebro-cardiovasculares e a Toxicodependência não foram mencionadas no seu Programa.

5.2. Conclusões

O Serviço Nacional de Saúde em Portugal tem sido alvo de reformas pelos sucessivos Governos e estas não deixam de estar refletidas nos Programas Eleitorais dos Partidos.

De uma forma geral, durante o presente estudo, foram identificadas as dimensões de Saúde mais pertinentes no SNS Português e as mesmas foram analisadas dentro de cada Programa Eleitoral de cada um dos Partidos com assento parlamentar nas legislativas de 2019. Tal permitiu responder às questões colocadas como ponto de partida do estudo e perceber qual o contributo para o atual estado das Políticas da Saúde em Portugal.

Assim sendo, e através de um Guia elaborado para o efeito, foi possível concluir o que de seguida se refere:

- O Envelhecimento Ativo destaca-se por ser a dimensão mais valorizada no conjunto dos Programas dos seis Partidos.
- Dentro dos valores que compõem o Envelhecimento Ativo destaca-se o PS que obteve o valor mais elevado seguido pelo PSD e PAN ambos com o valor mais baixos.
- A dimensão que menos *score* obteve foi a SIDA.
- O PAN destaca-se no *score* final das várias medidas em saúde, com a pontuação mais elevada do conjunto.

- O PAN apresentou propostas em todas as dimensões analisadas, mas o maior destaque vai para as dimensões dos Cuidados Paliativos e da Diabetes, não coincidindo com a dimensão mais valorizada do conjunto (Envelhecimento Ativo).

-O CDS foi o que apresentou um *score* final total mais baixo.

Este trabalho teve limitações, resultado das opções tomadas. Por um lado, e tendo em conta a diversidade de questões pertinentes e relacionadas com a saúde, seria possível identificar mais dimensões (ou pelo menos desagregar as dimensões identificadas) e dessa forma aumentar a análise e minúcia na avaliação dos Programas Eleitorais; por outro lado, poder-se-ia também fazer uma análise a todos os Partidos Políticos que concorreram nas legislativas de 2019 e dessa forma perceber de forma mais profunda a importância que cada Partido dá à saúde e a sua contribuição no atual estado da saúde em Portugal; também se poderia ter optado por utilizar uma metodologia diferente, construindo um Guia com diferentes opções de aplicação de *score* (admitindo valores diferentes de 0,1 e 2) e dessa forma perceber com maior acurácia a existência de medidas nos Programas.

Finalizando, em estudos futuros nesta área considera-se pertinente melhorar o Guia metodológico e replicar o estudo em novas eleições legislativas e com a generalização a outros Partidos Políticos.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, S. (2003). *Políticas e Sistemas de Saúde*. Textos Académicos I. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga

Águas, F., Bombas, T., Silva, D. (2016). *Avaliação das Práticas Contracetivas das mulheres em Portugal*. Lisboa: Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa.

Almeida (2011). *A crise económica que levou Portugal a provar pela primeira vez a receita do FMI*. Acedido em <https://www.publico.pt/2011/04/07/jornal/a-crise-economica-que-levou-portugal-a-provar-pela-primeira-vez-a-receita-do-fmi-21786788>, em 12 de Dezembro de 2019.

Arnaut, A., Semedo, J. (2017). *Salvar O SNS: Uma Nova Lei de Bases da Saúde para defender a Democracia*. Porto: Porto Editora.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Associação Nacional de Cuidados Paliativos.

Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições70,Lda.

Cabral, C., Pita, J. (2015). *Ciclo de Exposições: Temas de Saúde, Farmácia e Sociedade. Catálogo 3: Cinquenta anos do programa nacional de vacinação em Portugal (1965-2015)*.Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS 20) – Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia.

Campos, A. E Simões, J. (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Edições Almedina.

Campos, C. (1986). *Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: Aparência e Realidade*. Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 18/19/20.

Carvalho, J. (2010). *Percursos e Evolução da Enfermagem em Portugal*. Projeto de Graduação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária. Porto: Universidade Fernando Pessoa

Cohen, L. Manion, L. (1980). *Métodos de Investigación Educativa*. Madrid: Editorial La Muralla.

Carvalho, M. (2007). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde.- O Profissionalismo Numa Encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo

Conselho Nacional para a Procriação Medicamente Assistida (2020). PMA em Portugal. Acedido em <http://www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/pma-em-portugal.aspx> em 20 de Fevereiro de 2020.

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2010): *Vias Verdes Coronária e do Acidente Vascular Cerebral: Indicadores de Actividade*. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.

Costa, A., Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E., Regateiro, F., Elias, I., Porfírio A., Miguel, J., Lopes, M., Oliveira, M., Festas, N., Ferreira, P. (2017) *Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)

Coutinho, C. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.

Diário da República Electrónico (2020). *Despacho n.º 5988/2018*. Acedido em https://dre.pt/home/-/dre/115533450/details/2/maximized?serie=II&parte_filter=31&dreId=115533417 em 20 de Fevereiro de 2020.

Diário da República Electrónico (2020). *Lei n.º 16/2007* Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/519464/details/maximized> em 20 de Fevereiro de 2020.

Direção Geral de Saúde (2011). *Norma 003/2011 para a Conduta em Infertilidade*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Cem Palavras, Lda.

Direção Geral de Saúde (2015). *Portugal – Doenças Oncológicas em números – 2015: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2020). *Perguntas e respostas sobre saúde mental*. Acedido em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx> em 5 de Fevereiro de 2020,

Direção Geral de Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Acedido em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>. em 31 de Janeiro de 2020

Domingues, M. (2019). *40 Anos do SNS*. Lisboa: Edições Saída de Emergência

Entidade Reguladora da Saúde (2019). *Entidade Reguladora da Saúde: Quem somos, Quem regulamos, O que fazemos, Como o fazemos*. Acedido em <https://www.ers.pt/pt/quem-somos/> em 10 de Janeiro de 2020.

Eurostat (2015) *Estrutura populacional e envelhecimento*, Acedido em https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt&oldid=364975, em 31 de Janeiro de 2020.

Fontelonga (2012). *Estatísticas do Cancro*. Artigo. Acedido em <http://www.alert-online.com/pt/medical-guide/estatisticas-do-cancro> em 5 de Fevereiro de 2020.

Fortin, M., Côté, J., Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares*. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003785&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt em 5 de Fevereiro de 2020.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2016). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2015*. Lisboa: Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, Departamento de Doenças Infeciosas.

Isidro, I. (2012). *As reformas da Saúde sob a Influência do Modelo Gestionário: O Caso do Hospital Sousa Martins da Guarda*. Projeto Aplicado do Mestrado em Gestão. Especialização em Administração Pública. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda.

Lakatos e Marconi (2004), *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo: Editora Atlas.

Leal da Costa (2017). *Suicídios*. Acedido em <https://observador.pt/opiniao/suicidios/> em 2 de Janeiro de 2020

Lopes, A., Martins, V., Ribeiro, J. (2017): *Abordagem e seguimento da demência nos cuidados de saúde primários*. Ciências da Vida e da Saúde: Millenium.

Lusa (2016). *Morrem 12 portugueses por dia com diabetes*. Acedido em <https://observador.pt/2016/04/06/morrem-12-portugueses-dia-diabetes/> em 20 de Fevereiro de 2020.

Lusa (2018). *Novos casos de cancro em Portugal podem ultrapassar os 58 mil este ano*. Acedido em <https://www.publico.pt/2018/09/12/sociedade/noticia/mais-de-58-mil-novos-casos-de-cancro-este-ano-em-portugal-e-quase-29-mil-mortes-1843880> em 4 de Fevereiro de 2020.

Lusa (2019). *Número de fumadores continua a descer, destaca OMS em relatório*. Acedido em <https://observador.pt/2019/12/19/numero-de-fumadores-continua-a-descer-destaca-oms-em-relatorio/> em 20 de Fevereiro de 2020.

Maia, A., Costa, R. (2019). *Há um antes e um depois das vacinas. E isso vê-se nos números*. Acedido em <https://www.publico.pt/2019/02/23/sociedade/noticia/vacinar-prevenir-tese-numeros-1862830> em 31 de Janeiro de 2020.

Martins, H., Aldir, I. (2018). *Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Mendes, J. (2020). *Da População às Políticas: a ajuda dos Governos Constitucionais em Portugal*. Tese de Doutoramento em Políticas Públicas. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Merck Sharp&Dhome (2019). *Entender a Diabetes*. Acedido em <https://controlardiabetes.pt/entender-a-diabetes/acerca-da-diabetes-mellitus> em 04 de Fevereiro de 2020.

Ministério da Saúde (2017). *Enfarte Agudo do Miocárdio*. Acedido em <https://www.inem.pt/2017/05/29/enfarte-agudo-do-miocardio/> em 4 de Fevereiro de 2020.

Ministério da Saúde (2017). *Programa Nacional para as doenças oncológicas*. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas/> em 4 de Fevereiro de 2020.

Ministério da Saúde (2019). *História do Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/ms/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>. em 12 de Dezembro de 2019.

Mourato, J. (2013). *As Reformas do Setor Público na Saúde em Portugal: Duas Décadas de Mudanças (1995-2011)*. Projeto Aplicado do Mestrado em Gestão. Especialização em Administração Pública. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda.

Nunes, B., Silva, D., Cruz, T., Roriz, M., Pais, J., Silva, C. (2010). *Research article Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal*. BMC Neurology.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007). *Relatório Primavera 2007: Luzes e Sombras- A Governação da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Oliveira, M. (2009). *A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão Pública. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Organization for Economic Co-operation and Development (2002). *OECD Health Data 2002: A Comparative Analysis of 30 Countries*. Paris: Credes.

Parlamento Europeu (2019). *Como a União Europeia melhora a Saúde Pública*. Acedido em <https://www.europarl.europa.eu/news/pt/headlines/society/20190705STO56307/como-a-ue-melhora-a-saude-publica>. em 27 de Dezembro de 2019.

PORDATA (2017). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. Acedido em [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418) em 01 de Março de 2020.

PORDATA (2017). *Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil*. Acedido em <https://www.pordata.pt/Portugal/taxa-bruta-de-mortalidade-e-taxa-de-mortalidade-infantil-528> em 01 de Março de 2020.

Procuradoria Geral Distrital de Lisboa (2019). *DL n.º 97/98, de 18 de Abril*. Acedido em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1673&tabela=leis&nversao=&so_miolo= em 20 de Dezembro de 2019.

Programa Nacional para a Tuberculose (2018): *Tuberculose em Portugal, desafios e estratégias 2018*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Rádio e Televisão de Portugal (2019). *As Intervenções do FMI em Portugal*. Acedido em <http://ensina.rtp.pt/artigo/as-intervencoes-do-fmi-em-portugal/> em 20 de Dezembro de 2019.

Ramos, S., Naranjo, E. (2014). *Metodologia da Investigação Científica*. Lobito: Escolar Editora-Angola.

Santos (2017). *SNS: mais dívidas, mais demissões e menos medicamentos*. Acedido em <https://www.psd.pt/noticia-1570/> em 27 de Dezembro de 2019

Serviço Nacional de Saúde (2018). *História do SNS*. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/> em 2 de Janeiro de 2020.

Serviço Nacional de Saúde 24 (2020). *Guias da Saúde: Vacinas*. Acedido em <https://www.sns24.gov.pt/guia/vacinas/> em 31 de Janeiro de 2020.

Simões, J. (2003). *Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho. Lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço nacional de Saúde*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro

Simões, J. e Lourenço, O. (1999). *As Políticas Públicas de Saúde em Portugal nos últimos 25 anos*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia.

World Health Organization (1947). *Definição de saúde*. Acedido em https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt em 31 de Janeiro de 2020.

World Health Organization (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1999). *Men Ageing And Health Achieving health across the life span*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000- Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2010). *WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen*. Geneva: World Health Organization press.

World Health Organization (2016). *Global Report on Diabetes*. France: World Health Organization.

World Health Organization (2019). Tobacco. Acedido em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> em 20 de Fevereiro de 2020.

ANEXOS

ANEXO 1

Resultado das subcomponentes: Saúde Mental

Saúde Mental

PS

Recursos Humanos (código 1.1)		Scores de 0 a 2
1.11	Reforço dos recursos humanos que lhe estão dedicados	1
1.12	Envolver especialistas na concretização de medidas políticas	0
1.13	Aumento significativo do número de psicólogos, ajustado às necessidades dos utentes	0
SM1= (1.11+1.12+1.13) / 3		

Equipamentos e Infra-estruturas (código 1.2)		Scores de 0 a 2
1.21	Investir na requalificação e modernização das infraestruturas prisionais e de reinserção social	2
1.22	Plano de investimentos que renove infraestruturas e reponha a tecnologia e os equipamentos necessários nos estabelecimentos do SNS	0
1.23	Reforço do número de camas públicas existentes no país e reforçando tipologias ainda inexistentes, como é o caso dos cuidados continuados de saúde mental	0
1.24	Capacitação e integração social dos doentes através da reabilitação e apoio residencial na comunidade.	0
1.25	Criação de unidades de atendimento e intervenção em saúde mental nos CSP	0
SM2= (1.21+1.22+1.23+1.24+1.25) / 5		

Incentivos Financeiros (código 1.3)		Scores de 0 a 2
1.31	Aumento da dotação financeira para a Saúde Mental	0
1.32	Estratégia Nacional de combate à Pobreza Energética	0
1.33	Garantir um programa de financiamento do reforço dos instrumentos e recursos da área da Psicologia	0
SM3= (1.31+1.32+1.33) / 3		

Programas de Apoio e Informação (código 1.4)		Scores de 0 a 2
1.41	Desenvolvimento de programas de Promoção e sensibilização da Saúde Mental	0
1.42	Criar uma agenda nacional para a prevenção e desenvolvimento das pessoas e coesão social	0
1.43	Plano Nacional de Intervenção para as Demências	0
1.44	Investir no acesso a cuidados de saúde da população reclusa	2
1.45	Criar um programa de estágios profissionais de Psicologia	0
SM4= (1.41+1.42+1.43+1.44+1.45) / 5		

CDS

Recursos Humanos (código 1.1)		Scores de 0 a 2
1.11	Reforço dos recursos humanos que lhe estão dedicados	1
1.12	Envolver especialistas na concretização de medidas políticas	2
1.13	Aumento significativo do número de psicólogos, ajustado às necessidades dos utentes	0
SM1= (1.11+1.12+1.13) / 3		

Equipamentos e Infra-estruturas (código 1.2)		Scores de 0 a 2
1.21	Investir na requalificação e modernização das infraestruturas prisionais e de reinserção social	0
1.22	Plano de investimentos que renove infraestruturas e reponha a tecnologia e os equipamentos necessários nos estabelecimentos do SNS	0
1.23	Reforço do número de camas públicas existentes no país e reforçando tipologias ainda inexistentes, como é o caso dos cuidados continuados de saúde mental	0
1.24	Capacitação e integração social dos doentes através da reabilitação e apoio residencial na comunidade.	0
1.25	Criação de unidades de atendimento e intervenção em saúde mental nos CSP	0
SM2= (1.21+1.22+1.23+1.24+1.25) / 5		

Incentivos Financeiros (código 1.3)		Scores de 0 a 2
1.31	Aumento da dotação financeira para a Saúde Mental	1
1.32	Estratégia Nacional de combate à Pobreza Energética	0
1.33	Garantir um programa de financiamento do reforço dos instrumentos e recursos da área da Psicologia	0
SM3= (1.31+1.32+1.33) / 3		

Programas de Apoio e Informação (código 1.4)		Scores de 0 a 2
1.41	Desenvolvimento de programas de Promoção e sensibilização da Saúde Mental	0
1.42	Criar uma agenda nacional para a prevenção e desenvolvimento das pessoas e coesão social	0
1.43	Plano Nacional de Intervenção para as Demências	2
1.44	Investir no acesso a cuidados de saúde da população reclusa	0
1.45	Criar um programa de estágios profissionais de Psicologia	0
SM4= (1.41+1.42+1.43+1.44+1.45) / 5		

BE

Recursos Humanos (código 1.1)		Scores de 0 a 2
1.11	Reforço dos recursos humanos que lhe estão dedicados	2
1.12	Envolver especialistas na concretização de medidas políticas	0
1.13	Aumento significativo do número de psicólogos, ajustado às necessidades dos utentes	2
SM1= (1.11+1.12+1.13) / 3		

Equipamentos e Infra-estruturas (código 1.2)		Scores de 0 a 2
1.21	Investir na requalificação e modernização das infraestruturas prisionais e de reinserção social	0
1.22	Plano de investimentos que renove infraestruturas e reponha a tecnologia e os equipamentos necessários nos estabelecimentos do SNS	2
1.23	Reforço do número de camas públicas existentes no país e reforçando tipologias ainda inexistentes, como é o caso dos cuidados continuados de saúde mental	2
1.24	Capacitação e integração social dos doentes através da reabilitação e apoio residencial na comunidade.	0
1.25	Criação de unidades de atendimento e intervenção em saúde mental nos CSP	1
SM2= (1.21+1.22+1.23+1.24+1.25) / 5		

Incentivos Financeiros (código 1.3)		Scores de 0 a 2
1.31	Aumento da dotação financeira para a Saúde Mental	2
1.32	Estratégia Nacional de combate à Pobreza Energética	0
1.33	Garantir um programa de financiamento do reforço dos instrumentos e recursos da área da Psicologia	0
SM3= (1.31+1.32+1.33) / 3		

Programas de Apoio e Informação (código 1.4)		Scores de 0 a 2
1.41	Desenvolvimento de programas de Promoção e sensibilização da Saúde Mental	1
1.42	Criar uma agenda nacional para a prevenção e desenvolvimento das pessoas e coesão social	0
1.43	Plano Nacional de Intervenção para as Demências	0
1.44	Investir no acesso a cuidados de saúde da população reclusa	0
1.45	Criar um programa de estágios profissionais de Psicologia	0
SM4= (1.41+1.42+1.43+1.44+1.45) / 5		

PSD

Recursos Humanos (código 1.1)		Scores de 0 a 2
1.11	Reforço dos recursos humanos que lhe estão dedicados	0
1.12	Envolver especialistas na concretização de medidas políticas	0
1.13	Aumento significativo do número de psicólogos, ajustado às necessidades dos utentes	0
SM1= (1.11+1.12+1.13) / 3		

Equipamentos e Infra-estruturas (código 1.2)		Scores de 0 a 2
1.21	Investir na requalificação e modernização das infraestruturas prisionais e de reinserção social	0
1.22	Plano de investimentos que renove infraestruturas e reponha a tecnologia e os equipamentos necessários nos estabelecimentos do SNS	0
1.23	Reforço do número de camas públicas existentes no país e reforçando tipologias ainda inexistentes, como é o caso dos cuidados continuados de saúde mental	0
1.24	Capacitação e integração social dos doentes através da reabilitação e apoio residencial na comunidade.	0
1.25	Criação de unidades de atendimento e intervenção em saúde mental nos CSP	0
SM2= (1.21+1.22+1.23+1.24+1.25) / 5		

Incentivos Financeiros (código 1.3)		Scores de 0 a 2
1.31	Aumento da dotação financeira para a Saúde Mental	0
1.32	Estratégia Nacional de combate à Pobreza Energética	2
1.33	Garantir um programa de financiamento do reforço dos instrumentos e recursos da área da Psicologia	0
SM3= (1.31+1.32+1.33) / 3		

Programas de Apoio e Informação (código 1.4)		Scores de 0 a 2
1.41	Desenvolvimento de programas de Promoção e sensibilização da Saúde Mental	0
1.42	Criar uma agenda nacional para a prevenção e desenvolvimento das pessoas e coesão social	0
1.43	Plano Nacional de Intervenção para as Demências	0
1.44	Investir no acesso a cuidados de saúde da população reclusa	0
1.45	Criar um programa de estágios profissionais de Psicologia	0
SM4= (1.41+1.42+1.43+1.44+1.45) / 5		

PCP

Recursos Humanos (código 1.1)		Scores de 0 a 2
1.11	Reforço dos recursos humanos que lhe estão dedicados	2
1.12	Envolver especialistas na concretização de medidas políticas	0
1.13	Aumento significativo do número de psicólogos, ajustado às necessidades dos utentes	0
SM1= (1.11+1.12+1.13) / 3		

Equipamentos e Infra-estruturas (código 1.2)		Scores de 0 a 2
1.21	Investir na requalificação e modernização das infraestruturas prisionais e de reinserção social	0
1.22	Plano de investimentos que renove infraestruturas e reponha a tecnologia e os equipamentos necessários nos estabelecimentos do SNS	0
1.23	Reforço do número de camas públicas existentes no país e reforçando tipologias ainda inexistentes, como é o caso dos cuidados continuados de saúde mental	0
1.24	Capacitação e integração social dos doentes através da reabilitação e apoio residencial na comunidade.	2
1.25	Criação de unidades de atendimento e intervenção em saúde mental nos CSP	2
SM2= (1.21+1.22+1.23+1.24+1.25) / 5		

Incentivos Financeiros (código 1.3)		Scores de 0 a 2
1.31	Aumento da dotação financeira para a Saúde Mental	2
1.32	Estratégia Nacional de combate à Pobreza Energética	0
1.33	Garantir um programa de financiamento do reforço dos instrumentos e recursos da área da Psicologia	0
SM3= (1.31+1.32+1.33) / 3		

Programas de Apoio e Informação (código 1.4)		Scores de 0 a 2
1.41	Desenvolvimento de programas de Promoção e sensibilização da Saúde Mental	2
1.42	Criar uma agenda nacional para a prevenção e desenvolvimento das pessoas e coesão social	0
1.43	Plano Nacional de Intervenção para as Demências	0
1.44	Investir no acesso a cuidados de saúde da população reclusa	0
1.45	Criar um programa de estágios profissionais de Psicologia	0
SM4= (1.41+1.42+1.43+1.44+1.45) / 5		

PAN

	Recursos Humanos (código 1.1)	Scores de 0 a 2
1.11	Reforço dos recursos humanos que lhe estão dedicados	1
1.12	Envolver especialistas na concretização de medidas políticas	0
1.13	Aumento significativo do número de psicólogos, ajustado às necessidades dos utentes	2
SM1= (1.11+1.12+1.13) / 3		

	Equipamentos e Infra-estruturas (código 1.2)	Scores de 0 a 2
1.21	Investir na requalificação e modernização das infraestruturas prisionais e de reinserção social	1
1.22	Plano de investimentos que renove infraestruturas e reponha a tecnologia e os equipamentos necessários nos estabelecimentos do SNS	0
1.23	Reforço do número de camas públicas existentes no país e reforçando tipologias ainda inexistentes, como é o caso dos cuidados continuados de saúde mental	0
1.24	Capacitação e integração social dos doentes através da reabilitação e apoio residencial na comunidade.	0
1.25	Criação de unidades de atendimento e intervenção em saúde mental nos CSP	0
SM2= (1.21+1.22+1.23+1.24+1.25) / 5		

	Incentivos Financeiros (código 1.3)	Scores de 0 a 2
1.31	Aumento da dotação financeira para a Saúde Mental	2
1.32	Estratégia Nacional de combate à Pobreza Energética	0
1.33	Garantir um programa de financiamento do reforço dos instrumentos e recursos da área da Psicologia	2
SM3= (1.31+1.32+1.33) / 3		

	Programas de Apoio e Informação (código 1.4)	Scores de 0 a 2
1.41	Desenvolvimento de programas de Promoção e sensibilização da Saúde Mental	2
1.42	Criar uma agenda nacional para a prevenção e desenvolvimento das pessoas e coesão social	2
1.43	Plano Nacional de Intervenção para as Demências	0
1.44	Investir no acesso a cuidados de saúde da população reclusa	0
1.45	Criar um programa de estágios profissionais de Psicologia	2
SM4= (1.41+1.42+1.43+1.44+1.45) / 5		

ANEXO 2

Resultado das subcomponentes: Toxicodependência

Toxicodependência

PS

	Recursos Humanos (código 2.1)	Scores de 0 a 2
2.11	Rede de mediadores para o consumo	0
2.12	Formação às equipas/sensibilização	0
2.13	Recursos para adaptação das equipas de tratamento a novos públicos e novos consumos	0
TX1= (2.11+2.12+2.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-estruturas (código 2.2)	Scores de 0 a 2
2.21	Programa nacional de salas de consumo assistido	0
TX2= 2.21		

	Incentivos Financeiros (código 2.3)	Scores de 0 a 2
2.31	Reformular as condições de atribuição de apoio financeiro	0
TX3= 2.31		

	Programas de Apoio e Informação (código 2.4)	Scores de 0 a 2
2.41	Programas de inserção profissional para pessoas com percursos de dependência	0
2.42	Programas de promoção de competências	0
2.43	Criar uma entidade alternativa ao SICAD	0
TX4= (2.41+2.42+2.43)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 2.5)	Scores de 0 a 2
2.51	Regulação legal da canábis	0
2.52	Limitação ao <i>marketing</i>	0
2.53	Dinâmica de esclarecimento e resposta	1
TX= (2.51+2.52+2.53)/ 3		

CDS

	Recursos Humanos (código 2.1)	Scores de 0 a 2
2.11	Rede de mediadores para o consumo	0
2.12	Formação às equipas/sensibilização	0
2.13	Recursos para adaptação das equipas de tratamento a novos públicos e novos consumos	0
TX1= (2.11+2.12+2.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-estruturas (código 2.2)	Scores de 0 a 2
2.21	Programa nacional de salas de consumo assistido	0
TX2= 2.21		

	Incentivos Financeiros (código 2.3)	Scores de 0 a 2
2.31	Reformular as condições de atribuição de apoio financeiro	0
TX3= 2.31		

	Programas de Apoio e Informação (código 2.4)	Scores de 0 a 2
2.41	Programas de inserção profissional para pessoas com percursos de dependência	0
2.42	Programas de promoção de competências	0
2.43	Criar uma entidade alternativa ao SICAD	0
TX4= (2.41+2.42+2.43)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 2.5)	Scores de 0 a 2
2.51	Regulação legal da canábis	0
2.52	Limitação ao <i>marketing</i>	0
2.53	Dinâmica de esclarecimento e resposta	0
TX= (2.51+2.52+2.53)/ 3		

BE

	Recursos Humanos (código 2.1)	Scores de 0 a 2
2.11	Rede de mediadores para o consumo	2
2.12	Formação às equipas/sensibilização	2
2.13	Recursos para adaptação das equipas de tratamento a novos públicos e novos consumos	2
TX1= (2.11+2.12+2.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-estruturas (código 2.2)	Scores de 0 a 2
2.21	Programa nacional de salas de consumo assistido	2
TX2= 2.21		

	Incentivos Financeiros (código 2.3)	Scores de 0 a 2
2.31	Reformular as condições de atribuição de apoio financeiro	0
TX3= 2.31		

	Programas de Apoio e Informação (código 2.4)	Scores de 0 a 2
2.41	Programas de inserção profissional para pessoas com percursos de dependência	2
2.42	Programas de promoção de competências	2
2.43	Criar uma entidade alternativa ao SICAD	0
TX4= (2.41+2.42+2.43)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 2.5)	Scores de 0 a 2
2.51	Regulação legal da canábis	2
2.52	Limitação ao <i>marketing</i>	2
2.53	Dinâmica de esclarecimento e resposta	0
TX= (2.51+2.52+2.53)/ 3		

PSD

Recursos Humanos (código 2.1)		Scores de 0 a 2
2.11	Rede de mediadores para o consumo	0
2.12	Formação às equipas/sensibilização	0
2.13	Recursos para adaptação das equipas de tratamento a novos públicos e novos consumos	0
TX1= (2.11+2.12+2.13)/ 3		

Equipamentos e Infra-estruturas (código 2.2)		Scores de 0 a 2
2.21	Programa nacional de salas de consumo assistido	0
TX2= 2.21		

Incentivos Financeiros (código 2.3)		Scores de 0 a 2
2.31	Reformular as condições de atribuição de apoio financeiro	0
TX3= 2.31		

Programas de Apoio e Informação (código 2.4)		Scores de 0 a 2
2.41	Programas de inserção profissional para pessoas com percursos de dependência	0
2.42	Programas de promoção de competências	1
2.43	Criar uma entidade alternativa ao SICAD	0
TX4= (2.41+2.42+2.43)/ 3		

Leis e Regulamentos (código 2.5)		Scores de 0 a 2
2.51	Regulação legal da canábis	0
2.52	Limitação ao <i>marketing</i>	0
2.53	Dinâmica de esclarecimento e resposta	0
TX= (2.51+2.52+2.53)/ 3		

PCP

Recursos Humanos (código 2.1)		Scores de 0 a 2
2.11	Rede de mediadores para o consumo	0
2.12	Formação às equipas/sensibilização	0
2.13	Recursos para adaptação das equipas de tratamento a novos públicos e novos consumos	1
TX1= (2.11+2.12+2.13)/ 3		

Equipamentos e Infra-estruturas (código 2.2)		Scores de 0 a 2
2.21	Programa nacional de salas de consumo assistido	0
TX2= 2.21		

Incentivos Financeiros (código 2.3)		Scores de 0 a 2
2.31	Reformular as condições de atribuição de apoio financeiro	0
TX3= 2.31		

Programas de Apoio e Informação (código 2.4)		Scores de 0 a 2
2.41	Programas de inserção profissional para pessoas com percursos de dependência	2
2.42	Programas de promoção de competências	0
2.43	Criar uma entidade alternativa ao SICAD	2
TX4= (2.41+2.42+2.43)/ 3		

Leis e Regulamentos (código 2.5)		Scores de 0 a 2
2.51	Regulação legal da canábis	0
2.52	Limitação ao <i>marketing</i>	0
2.53	Dinâmica de esclarecimento e resposta	2
TX= (2.51+2.52+2.53)/ 3		

PAN

	Recursos Humanos (código 2.1)	Scores de 0 a 2
2.11	Rede de mediadores para o consumo	0
2.12	Formação às equipas/sensibilização	2
2.13	Recursos para adaptação das equipas de tratamento a novos públicos e novos consumos	0
TX1= (2.11+2.12+2.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-estruturas (código 2.2)	Scores de 0 a 2
2.21	Programa nacional de salas de consumo assistido	0
TX2= 2.21		

	Incentivos Financeiros (código 2.3)	Scores de 0 a 2
2.31	Reformular as condições de atribuição de apoio financeiro	2
TX3= 2.31		

	Programas de Apoio e Informação (código 2.4)	Scores de 0 a 2
2.41	Programas de inserção profissional para pessoas com percursos de dependência	0
2.42	Programas de promoção de competências	0
2.43	Criar uma entidade alternativa ao SICAD	2
TX4= (2.41+2.42+2.43)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 2.5)	Scores de 0 a 2
2.51	Regulação legal da canábis	2
2.52	Limitação ao <i>marketing</i>	2
2.53	Dinâmica de esclarecimento e resposta	0
TX= (2.51+2.52+2.53)/ 3		

ANEXO 3

Resultado das subcomponentes: Tabagismo

Tabagismo

PS

	Recursos Humanos (código 3.1)	Scores de 0 a 2
3.11	Formação de profissionais de saúde para a intervenção precoce	0
TB= 3.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 3.2)	Scores de 0 a 2
3.21	Prevenção da doença	0
3.22	Promoção da Saúde	0
3.23	Alargar o acesso a linhas de apoio e de consulta	0
TB= (3.21+3.22+3.23)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 3.3)	Scores de 0 a 2
3.31	Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do tabaco	0
TB= 3.31		

CDS

	Recursos Humanos (código 3.1)	Scores de 0 a 2
3.11	Formação de profissionais de saúde para a intervenção precoce	0
TB= 3.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 3.2)	Scores de 0 a 2
3.21	Prevenção da doença	0
3.22	Promoção da Saúde	0
3.23	Alargar o acesso a linhas de apoio e de consulta	0
TB= (3.21+3.22+3.23)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 3.3)	Scores de 0 a 2
3.31	Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do tabaco	0
TB= 3.31		

BE

	Recursos Humanos (código 3.1)	Scores de 0 a 2
3.11	Formação de profissionais de saúde para a intervenção precoce	0
TB= 3.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 3.2)	Scores de 0 a 2
3.21	Prevenção da doença	0
3.22	Promoção da Saúde	0
3.23	Alargar o acesso a linhas de apoio e de consulta	0
TB= (3.21+3.22+3.23)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 3.3)	Scores de 0 a 2
3.31	Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do tabaco	0
TB= 3.31		

PSD

	Recursos Humanos (código 3.1)	Scores de 0 a 2
3.11	Formação de profissionais de saúde para a intervenção precoce	0
TB= 3.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 3.2)	Scores de 0 a 2
3.21	Prevenção da doença	2
3.22	Promoção da Saúde	0
3.23	Alargar o acesso a linhas de apoio e de consulta	0
TB= (3.21+3.22+3.23)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 3.3)	Scores de 0 a 2
3.31	Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do tabaco	0
TB= 3.31		

PCP

	Recursos Humanos (código 3.1)	Scores de 0 a 2
3.11	Formação de profissionais de saúde para a intervenção precoce	0
TB= 3.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 3.2)	Scores de 0 a 2
3.21	Prevenção da doença	0
3.22	Promoção da Saúde	0
3.23	Alargar o acesso a linhas de apoio e de consulta	0
TB= (3.21+3.22+3.23)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 3.3)	Scores de 0 a 2
3.31	Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do tabaco	0
TB= 3.31		

PAN

	Recursos Humanos (código 3.1)	Scores de 0 a 2
3.11	Formação de profissionais de saúde para a intervenção precoce	2
TB= 3.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 3.2)	Scores de 0 a 2
3.21	Prevenção da doença	0
3.22	Promoção da Saúde	0
3.23	Alargar o acesso a linhas de apoio e de consulta	2
TB= (3.21+3.22+3.23)/ 3		

	Leis e Regulamentos (código 3.3)	Scores de 0 a 2
3.31	Reforçar a fiscalização das proibições de marketing do tabaco	2
TB= 3.31		

ANEXO 4

Resultado das subcomponentes: Diabetes

Diabetes

PS

	Recursos Humanos (código 4.1)	Scores de 0 a 2
4.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários	0
D1=4.11		

	Incentivos Financeiros (código 4.2)	Scores de 0 a 2
4.21	Atribuição gratuita de bombas de insulina	0
4.22	Reforçar financeiramente, o Programa Nacional da Diabetes	0
D2= (4.21+4.22)/ 2		

	Programas de Apoio e Informação (código 4.3)	Scores de 0 a 2
4.31	Prevenção de diabetes	0
4.32	Promover ambientes alimentares salutogénicos	0
D3= (4.31+4.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 4.4)	Scores de 0 a 2
4.41	Elaborar uma lei de bases garantindo o direito humano a uma alimentação adequada	0
4.42	Determinar condições para a limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática nas escolas	0
4.43	Elaborar orientações, com carácter vinculativo, sobre o modo de organização e funcionamento dos bufetes escolares	0
D= (4.41+4.42+4.43)/ 3		

CDS

	Recursos Humanos (código 4.1)	Scores de 0 a 2
4.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários	0
D1=4.11		

	Incentivos Financeiros (código 4.2)	Scores de 0 a 2
4.21	Atribuição gratuita de bombas de insulina	0
4.22	Reforçar financeiramente, o Programa Nacional da Diabetes	0
D2= (4.21+4.22)/ 2		

	Programas de Apoio e Informação (código 4.3)	Scores de 0 a 2
4.31	Prevenção de diabetes	0
4.32	Promover ambientes alimentares salutogénicos	0
D3= (4.31+4.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 4.4)	Scores de 0 a 2
4.41	Elaborar uma lei de bases garantindo o direito humano a uma alimentação adequada	0
4.42	Determinar condições para a limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática nas escolas	0
4.43	Elaborar orientações, com carácter vinculativo, sobre o modo de organização e funcionamento dos bufetes escolares	0
D= (4.41+4.42+4.43)/ 3		

BE

Recursos Humanos (código 4.1)		Scores de 0 a 2
4.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários	0
D1=4.11		

Incentivos Financeiros (código 4.2)		Scores de 0 a 2
4.21	Atribuição gratuita de bombas de insulina	0
4.22	Reforçar financeiramente, o Programa Nacional da Diabetes	0
D2= (4.21+4.22)/ 2		

Programas de Apoio e Informação (código 4.3)		Scores de 0 a 2
4.31	Prevenção de diabetes	0
4.32	Promover ambientes alimentares salutogénicos	0
D3= (4.31+4.32)/2		

Leis e Regulamentos (código 4.4)		Scores de 0 a 2
4.41	Elaborar uma lei de bases garantindo o direito humano a uma alimentação adequada	0
4.42	Determinar condições para a limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática nas escolas	0
4.43	Elaborar orientações, com carácter vinculativo, sobre o modo de organização e funcionamento dos bufetes escolares	0
D= (4.41+4.42+4.43)/ 3		

PSD

	Recursos Humanos (código 4.1)	Scores de 0 a 2
4.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários	0
D1=4.11		

	Incentivos Financeiros (código 4.2)	Scores de 0 a 2
4.21	Atribuição gratuita de bombas de insulina	0
4.22	Reforçar financeiramente, o Programa Nacional da Diabetes	0
D2= (4.21+4.22)/ 2		

	Programas de Apoio e Informação (código 4.3)	Scores de 0 a 2
4.31	Prevenção de diabetes	0
4.32	Promover ambientes alimentares salutogénicos	0
D3= (4.31+4.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 4.4)	Scores de 0 a 2
4.41	Elaborar uma lei de bases garantindo o direito humano a uma alimentação adequada	0
4.42	Determinar condições para a limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática nas escolas	0
4.43	Elaborar orientações, com carácter vinculativo, sobre o modo de organização e funcionamento dos bufetes escolares	0
D= (4.41+4.42+4.43)/ 3		

PCP

Recursos Humanos (código 4.1)		Scores de 0 a 2
4.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários	1
D1=4.11		

Incentivos Financeiros (código 4.2)		Scores de 0 a 2
4.21	Atribuição gratuita de bombas de insulina	0
4.22	Reforçar financeiramente, o Programa Nacional da Diabetes	0
D2= (4.21+4.22)/ 2		

Programas de Apoio e Informação (código 4.3)		Scores de 0 a 2
4.31	Prevenção de diabetes	2
4.32	Promover ambientes alimentares salutogénicos	0
D3= (4.31+4.32)/2		

Leis e Regulamentos (código 4.4)		Scores de 0 a 2
4.41	Elaborar uma lei de bases garantindo o direito humano a uma alimentação adequada	0
4.42	Determinar condições para a limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática nas escolas	0
4.43	Elaborar orientações, com carácter vinculativo, sobre o modo de organização e funcionamento dos bufetes escolares	0
D= (4.41+4.42+4.43)/ 3		

PAN

	Recursos Humanos (código 4.1)	Scores de 0 a 2
4.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários	2
D1=4.11		

	Incentivos Financeiros (código 4.2)	Scores de 0 a 2
4.21	Atribuição gratuita de bombas de insulina	0
4.22	Reforçar financeiramente, o Programa Nacional da Diabetes	2
D2= (4.21+4.22)/ 2		

	Programas de Apoio e Informação (código 4.3)	Scores de 0 a 2
4.31	Prevenção de diabetes	2
4.32	Promover ambientes alimentares salutogénicos	2
D3= (4.31+4.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 4.4)	Scores de 0 a 2
4.41	Elaborar uma lei de bases garantindo o direito humano a uma alimentação adequada	2
4.42	Determinar condições para a limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática nas escolas	2
4.43	Elaborar orientações, com carácter vinculativo, sobre o modo de organização e funcionamento dos bufetes escolares	2
D= (4.41+4.42+4.43)/ 3		

ANEXO 5

Resultado das subcomponentes: Saúde Materno-infantil

Saúde Materno-infantil

PS

Recursos Humanos (código 5.1)		Scores de 0 a 2
5.11	Reforço da resposta dos cuidados de saúde primários na saúde infantil	0
5.12	Assegurar o acesso a consultas de pediatria, psicologia e nutrição	0
5.13	Permitir que as mulheres com gravidez de baixo risco possam receber cuidados pré-natais, parto e puerpério especializados, por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	1
SMI1= (5.11+5.12+5.13)/ 3		

Equipamentos e Infra-Estruturas (Código 5.2)		Scores de 0 a 2
5.2	Disponibilizar a opção de parto na água em todos os hospitais do SNS com serviço de maternidade	1
SMI2= 5.2		

Incentivos Financeiros (código 5.3)		Scores de 0 a 2
5.31	Reformular o abono de família pré-natal, alargando a base de beneficiários e sua majoração	0
5.32	Alargar a cobertura do cheque dentista a todas as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade	0
5.33	Permitir que as mulheres possam deixar de trabalhar a partir da 32. ^a semana de gestação, sem qualquer prejuízo remuneratório	0
SMI3= (5.31+5.32+5.33)/ 3		

Programas de Apoio e Informação (código 5.4)		Scores de 0 a 2
5.41	Desenvolver uma campanha nacional de sensibilização relativamente à violência obstétrica	0
5.42	Adoptar medidas de redução da taxa de episiotomia	0
5.43	Implementar em Portugal a certificação de Hospital Amigo das Mães e dos Bebés	0
5.44	Integrar o despiste de Síndrome de Stress Pós-traumático na consulta do puerpério,	0
5.45	Implementar um sistema universal de auscultação da satisfação das utentes em todas as maternidades	0
5.46	Promover, no âmbito do SNS, cuidados pós-parto domiciliários	1
5.47	Implementar um Plano de rastreio da acuidade visual, auditiva e de saúde oral para todas as crianças até aos 5 anos	0
5.48	Literacia em saúde nas escolas	1
SMI4= (5.41+5.42+5.43+5.44+5.45+5.46+5.47+5.48)/ 8		

Leis e Regulamentos (código 5.5)		Scores de 0 a 2
5.51	Alargar a licença parental de 20 para 26 semanas a partir do segundo filho	0
5.52	Assegurar a presença do responsável parental durante o trabalho de parto e no parto	0
5.53	Partilha das licenças de parentalidade	0
5.54	Reforçar as licenças complementares de apoio familiar	0

$$SMI5 = (5.51 + 5.52 + 5.53 + 5.54) / 4$$

CDS

Recursos Humanos (código 5.1)		Scores de 0 a 2
5.11	Reforço da resposta dos cuidados de saúde primários na saúde infantil	0
5.12	Assegurar o acesso a consultas de pediatria, psicologia e nutrição	0
5.13	Permitir que as mulheres com gravidez de baixo risco possam receber cuidados pré-natais, parto e puerpério especializados, por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	0
SMI1= (5.11+5.12+5.13)/ 3		

Equipamentos e Infra-Estruturas (Código 5.2)		Scores de 0 a 2
5.2	Disponibilizar a opção de parto na água em todos os hospitais do SNS com serviço de maternidade	0
SMI2= 5.2		

Incentivos Financeiros (código 5.3)		Scores de 0 a 2
5.31	Reformular o abono de família pré-natal, alargando a base de beneficiários e sua majoração	0
5.32	Alargar a cobertura do cheque dentista a todas as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade	0
5.33	Permitir que as mulheres possam deixar de trabalhar a partir da 32. ^a semana de gestação, sem qualquer prejuízo remuneratório	0
SMI3= (5.31+5.32+5.33)/ 3		

Programas de Apoio e Informação (código 5.4)		Scores de 0 a 2
5.41	Desenvolver uma campanha nacional de sensibilização relativamente à violência obstétrica	0
5.42	Adoptar medidas de redução da taxa de episiotomia	0
5.43	Implementar em Portugal a certificação de Hospital Amigo das Mães e dos Bebés	0
5.44	Integrar o despiste de Síndrome de Stress Pós-traumático na consulta do puerpério,	0
5.45	Implementar um sistema universal de auscultação da satisfação das utentes em todas as maternidades	0
5.46	Promover, no âmbito do SNS, cuidados pós-parto domiciliários	0
5.47	Implementar um Plano de rastreio da acuidade visual, auditiva e de saúde oral para todas as crianças até aos 5 anos	0
5.48	Literacia em saúde nas escolas	0
SMI4= (5.41+5.42+5.43+5.44+5.45+5.46+5.47+5.48)/ 8		

Leis e Regulamentos (código 5.5)		Scores de 0 a 2
5.51	Alargar a licença parental de 20 para 26 semanas a partir do segundo filho	0
5.52	Assegurar a presença do responsável parental durante o trabalho de parto e no parto	0
5.53	Partilha das licenças de parentalidade	0
5.54	Reforçar as licenças complementares de apoio familiar	0
SMI5= (5.51+5.52+5.53+5.54)/4		

BE

Recursos Humanos (código 5.1)		Scores de 0 a 2
5.11	Reforço da resposta dos cuidados de saúde primários na saúde infantil	0
5.12	Assegurar o acesso a consultas de pediatria, psicologia e nutrição	0
5.13	Permitir que as mulheres com gravidez de baixo risco possam receber cuidados pré-natais, parto e puerpério especializados, por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	0
SMI1= (5.11+5.12+5.13)/ 3		

Equipamentos e Infra-Estruturas (Código 5.2)		Scores de 0 a 2
5.2	Disponibilizar a opção de parto na água em todos os hospitais do SNS com serviço de maternidade	0
SMI2= 5.2		

Incentivos Financeiros (código 5.3)		Scores de 0 a 2
5.31	Reformular o abono de família pré-natal, alargando a base de beneficiários e sua majoração	0
5.32	Alargar a cobertura do cheque dentista a todas as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade	0
5.33	Permitir que as mulheres possam deixar de trabalhar a partir da 32. ^a semana de gestação, sem qualquer prejuízo remuneratório	0
SMI3= (5.31+5.32+5.33)/ 3		

Programas de Apoio e Informação (código 5.4)		Scores de 0 a 2
5.41	Desenvolver uma campanha nacional de sensibilização relativamente à violência obstétrica	2
5.42	Adoptar medidas de redução da taxa de episiotomia	1
5.43	Implementar em Portugal a certificação de Hospital Amigo das Mães e dos Bebés	0
5.44	Integrar o despiste de Síndrome de Stress Pós-traumático na consulta do puerpério,	0
5.45	Implementar um sistema universal de auscultação da satisfação das utentes em todas as maternidades	0
5.46	Promover, no âmbito do SNS, cuidados pós-parto domiciliários	0
5.47	Implementar um Plano de rastreio da acuidade visual, auditiva e de saúde oral para todas as crianças até aos 5 anos	0
5.48	Literacia em saúde nas escolas	0
SMI4= (5.41+5.42+5.43+5.44+5.45+5.46+5.47+5.48)/ 8		

Leis e Regulamentos (código 5.5)		Scores de 0 a 2
5.51	Alargar a licença parental de 20 para 26 semanas a partir do segundo filho	0
5.52	Assegurar a presença do responsável parental durante o trabalho de parto e no parto	1
5.53	Partilha das licenças de parentalidade	0
5.54	Reforçar as licenças complementares de apoio familiar	0
SMI5= (5.51+5.52+5.53+5.54)/4		

PSD

Recursos Humanos (código 5.1)		Scores de 0 a 2
5.11	Reforço da resposta dos cuidados de saúde primários na saúde infantil	0
5.12	Assegurar o acesso a consultas de pediatria, psicologia e nutrição	0
5.13	Permitir que as mulheres com gravidez de baixo risco possam receber cuidados pré-natais, parto e puerpério especializados, por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	0
SMI1= (5.11+5.12+5.13)/ 3		

Equipamentos e Infra-Estruturas (Código 5.2)		Scores de 0 a 2
5.2	Disponibilizar a opção de parto na água em todos os hospitais do SNS com serviço de maternidade	0
SMI2= 5.2		

Incentivos Financeiros (código 5.3)		Scores de 0 a 2
5.31	Reformular o abono de família pré-natal, alargando a base de beneficiários e sua majoração	2
5.32	Alargar a cobertura do cheque dentista a todas as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade	0
5.33	Permitir que as mulheres possam deixar de trabalhar a partir da 32. ^a semana de gestação, sem qualquer prejuízo remuneratório	0
SMI3= (5.31+5.32+5.33)/ 3		

Programas de Apoio e Informação (código 5.4)		Scores de 0 a 2
5.41	Desenvolver uma campanha nacional de sensibilização relativamente à violência obstétrica	0
5.42	Adoptar medidas de redução da taxa de episiotomia	0
5.43	Implementar em Portugal a certificação de Hospital Amigo das Mães e dos Bebés	0
5.44	Integrar o despiste de Síndrome de Stress Pós-traumático na consulta do puerpério,	0
5.45	Implementar um sistema universal de auscultação da satisfação das utentes em todas as maternidades	0
5.46	Promover, no âmbito do SNS, cuidados pós-parto domiciliários	0
5.47	Implementar um Plano de rastreio da acuidade visual, auditiva e de saúde oral para todas as crianças até aos 5 anos	2
5.48	Literacia em saúde nas escolas	0
SMI4= (5.41+5.42+5.43+5.44+5.45+5.46+5.47+5.48)/ 8		

Leis e Regulamentos (código 5.5)		Scores de 0 a 2
5.51	Alargar a licença parental de 20 para 26 semanas a partir do segundo filho	2
5.52	Assegurar a presença do responsável parental durante o trabalho de parto e no parto	0
5.53	Partilha das licenças de parentalidade	0
5.54	Reforçar as licenças complementares de apoio familiar	0
SMI5= (5.51+5.52+5.53+5.54)/4		

PCP

Recursos Humanos (código 5.1)		Scores de 0 a 2
5.11	Reforço da resposta dos cuidados de saúde primários na saúde infantil	0
5.12	Assegurar o acesso a consultas de pediatria, psicologia e nutrição	2
5.13	Permitir que as mulheres com gravidez de baixo risco possam receber cuidados pré-natais, parto e puerpério especializados, por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	0
SMI1= (5.11+5.12+5.13)/ 3		

Equipamentos e Infra-Estruturas (Código 5.2)		Scores de 0 a 2
5.2	Disponibilizar a opção de parto na água em todos os hospitais do SNS com serviço de maternidade	0
SMI2= 5.2		

Incentivos Financeiros (código 5.3)		Scores de 0 a 2
5.31	Reformular o abono de família pré-natal, alargando a base de beneficiários e sua majoração	2
5.32	Alargar a cobertura do cheque dentista a todas as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade	0
5.33	Permitir que as mulheres possam deixar de trabalhar a partir da 32. ^a semana de gestação, sem qualquer prejuízo remuneratório	0
SMI3= (5.31+5.32+5.33)/ 3		

Programas de Apoio e Informação (código 5.4)		Scores de 0 a 2
5.41	Desenvolver uma campanha nacional de sensibilização relativamente à violência obstétrica	0
5.42	Adoptar medidas de redução da taxa de episiotomia	0
5.43	Implementar em Portugal a certificação de Hospital Amigo das Mães e dos Bebés	0
5.44	Integrar o despiste de Síndrome de Stress Pós-traumático na consulta do puerpério,	0
5.45	Implementar um sistema universal de auscultação da satisfação das utentes em todas as maternidades	0
5.46	Promover, no âmbito do SNS, cuidados pós-parto domiciliários	0
5.47	Implementar um Plano de rastreio da acuidade visual, auditiva e de saúde oral para todas as crianças até aos 5 anos	0
5.48	Literacia em saúde nas escolas	0
SMI4= (5.41+5.42+5.43+5.44+5.45+5.46+5.47+5.48)/ 8		

Leis e Regulamentos (código 5.5)		Scores de 0 a 2
5.51	Alargar a licença parental de 20 para 26 semanas a partir do segundo filho	1
5.52	Assegurar a presença do responsável parental durante o trabalho de parto e no parto	0
5.53	Partilha das licenças de parentalidade	1
5.54	Reforçar as licenças complementares de apoio familiar	1

$$SMI5 = (5.51 + 5.52 + 5.53 + 5.54) / 4$$

PAN

Recursos Humanos (código 5.1)		Scores de 0 a 2
5.11	Reforço da resposta dos cuidados de saúde primários na saúde infantil	0
5.12	Assegurar o acesso a consultas de pediatria, psicologia e nutrição	0
5.13	Permitir que as mulheres com gravidez de baixo risco possam receber cuidados pré-natais, parto e puerpério especializados, por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	2
SMI1= (5.11+5.12+5.13)/ 3		

Equipamentos e Infra-Estruturas (Código 5.2)		Scores de 0 a 2
5.2	Disponibilizar a opção de parto na água em todos os hospitais do SNS com serviço de maternidade	2
SMI2= 5.2		

Incentivos Financeiros (código 5.3)		Scores de 0 a 2
5.31	Reformular o abono de família pré-natal, alargando a base de beneficiários e sua majoração	0
5.32	Alargar a cobertura do cheque dentista a todas as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade	0
5.33	Permitir que as mulheres possam deixar de trabalhar a partir da 32. ^a semana de gestação, sem qualquer prejuízo remuneratório	2
SMI3= (5.31+5.32+5.33)/ 3		

Programas de Apoio e Informação (código 5.4)		Scores de 0 a 2
5.41	Desenvolver uma campanha nacional de sensibilização relativamente à violência obstétrica	2
5.42	Adoptar medidas de redução da taxa de episiotomia	2
5.43	Implementar em Portugal a certificação de Hospital Amigo das Mães e dos Bebés	2
5.44	Integrar o despiste de Síndrome de Stress Pós-traumático na consulta do puerpério,	2
5.45	Implementar um sistema universal de auscultação da satisfação das utentes em todas as maternidades	2
5.46	Promover, no âmbito do SNS, cuidados pós-parto domiciliários	2
5.47	Implementar um Plano de rastreio da acuidade visual, auditiva e de saúde oral para todas as crianças até aos 5 anos	0
5.48	Literacia em saúde nas escolas	0
SMI4= (5.41+5.42+5.43+5.44+5.45+5.46+5.47+5.48)/ 8		

Leis e Regulamentos (código 5.5)		Scores de 0 a 2
5.51	Alargar a licença parental de 20 para 26 semanas a partir do segundo filho	0
5.52	Assegurar a presença do responsável parental durante o trabalho de parto e no parto	2
5.53	Partilha das licenças de parentalidade	0
5.54	Reforçar as licenças complementares de apoio familiar	0
SMI5= (5.51+5.52+5.53+5.54)/4		

ANEXO 6
Resultado das subcomponentes: Envelhecimento Ativo

Envelhecimento Ativo

PS

Recursos Humanos (código 6.1)		Scores de 0 a 2
6.11	Definir áreas específicas para contratação de cidadãos seniores na Administração Pública	2
EA1=6.11		

Equipamentos e Infra-Estruturas (código 6.2)		Scores de 0 a 2
6.21	Criar uma rede pública de equipamentos e serviços de apoio nas diversas valências	1
6.22	Novas formas de habitação	1
6.23	Criação de Gabinetes de Apoio aos Seniores em todas as freguesias	1
EA2= (6.21+6.22+6.23)/3		

Incentivos Financeiros (código 6.3)		Scores de 0 a 2
6.31	Assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.	2
6.32	Alargamento dos passes sociais	0
6.33	Apoio financeiro do Estado às actividades de âmbito cultural e desportivas	0
6.34	Medidas de flexibilização da transição da idade ativa para a aposentação, criando incentivos para soluções de trabalho em tempo parcial e prolongamento da atividade para além da idade de reforma.	2
6.35	Alargamento do acesso ao Complemento Solidário para Idosos	1
6.36	Convergência progressiva das pensões mínimas para valor equivalente ao Salário Mínimo Nacional	0
EA3= (6.31+6.32+6.33+6.34+6.35+6.36)/ 6		

Programas de Apoio e Informação (código 6.4)		Scores de 0 a 2
6.41	Implementação de um programa de apoio ambulatorio aos idosos dependentes	1
6.42	Estimular a adesão a certificados de reforma e a outras poupanças de natureza idêntica	2
6.43	Plano de ação para o envelhecimento	2
6.44	Programas de dinamização para cidadãos sénior	2
6.45	Criar formas de atendimento personalizado para cidadãos sénior	2
6.46	Aprovar uma estratégia nacional de combate à solidão	2
EA4= (6.41+6.42+6.43+6.44+6.45+6.46)/ 6		

Leis e Regulamentos (código 6.5)		Scores de 0 a 2
6.51	Consagrar e valorizar o Estatuto dos Cuidadores Informais, com apoio instituições de retaguarda	1
6.52	Inspeção regular de lares e centros de dia	0
6.53	Criminalizar o abandono intencional e doloso de idosos e o aproveitamento de vantagem económica sobre o idoso	0
EA5= (6.51+6.52+6.53)/ 3		

CDS

	Recursos Humanos (código 6.1)	Scores de 0 a 2
6.11	Definir áreas específicas para contratação de cidadãos seniores na Administração Pública	0
EA1=6.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 6.2)	Scores de 0 a 2
6.21	Criar uma rede pública de equipamentos e serviços de apoio nas diversas valências	2
6.22	Novas formas de habitação	1
6.23	Criação de Gabinetes de Apoio aos Seniores em todas as freguesias	0
EA2= (6.21+6.22+6.23)/3		

	Incentivos Financeiros (código 6.3)	Scores de 0 a 2
6.31	Assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.	1
6.32	Alargamento dos passes sociais	0
6.33	Apoio financeiro do Estado às actividades de âmbito cultural e desportivas	0
6.34	Medidas de flexibilização da transição da idade ativa para a aposentação, criando incentivos para soluções de trabalho em tempo parcial e prolongamento da atividade para além da idade de reforma.	1
6.35	Alargamento do acesso ao Complemento Solidário para Idosos	0
6.36	Convergência progressiva das pensões mínimas para valor equivalente ao Salário Mínimo Nacional	0
EA3= (6.31+6.32+6.33+6.34+6.35+6.36)/ 6		

	Programas de Apoio e Informação (código 6.4)	Scores de 0 a 2
6.41	Implementação de um programa de apoio ambulatorio aos idosos dependentes	0
6.42	Estimular a adesão a certificados de reforma e a outras poupanças de natureza idêntica	0
6.43	Plano de ação para o envelhecimento	0
6.44	Programas de dinamização para cidadãos sénior	0
6.45	Criar formas de atendimento personalizado para cidadãos sénior	0
6.46	Aprovar uma estratégia nacional de combate à solidão	1
EA4= (6.41+6.42+6.43+6.44+6.45+6.46)/ 6		

	Leis e Regulamentos (código 6.5)	Scores de 0 a 2
6.51	Consagrar e valorizar o Estatuto dos Cuidadores Informais, com apoio instituições de retaguarda	1
6.52	Inspeção regular de lares e centros de dia	0
6.53	Criminalizar o abandono intencional e doloso de idosos e o aproveitamento de vantagem económica sobre o idoso	2
EA5= (6.51+6.52+6.53)/ 3		

BE

Recursos Humanos (código 6.1)		Scores de 0 a 2
6.11	Definir áreas específicas para contratação de cidadãos seniores na Administração Pública	0
EA1=6.11		

Equipamentos e Infra-Estruturas (código 6.2)		Scores de 0 a 2
6.21	Criar uma rede pública de equipamentos e serviços de apoio nas diversas valências	2
6.22	Novas formas de habitação	0
6.23	Criação de Gabinetes de Apoio aos Seniores em todas as freguesias	2
EA2= (6.21+6.22+6.23)/3		

Incentivos Financeiros (código 6.3)		Scores de 0 a 2
6.31	Assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.	0
6.32	Alargamento dos passes sociais	2
6.33	Apoio financeiro do Estado às actividades de âmbito cultural e desportivas	0
6.34	Medidas de flexibilização da transição da idade ativa para a aposentação, criando incentivos para soluções de trabalho em tempo parcial e prolongamento da atividade para além da idade de reforma.	0
6.35	Alargamento do acesso ao Complemento Solidário para Idosos	2
6.36	Convergência progressiva das pensões mínimas para valor equivalente ao Salário Mínimo Nacional	2
EA3= (6.31+6.32+6.33+6.34+6.35+6.36)/ 6		

Programas de Apoio e Informação (código 6.4)		Scores de 0 a 2
6.41	Implementação de um programa de apoio ambulatorio aos idosos dependentes	1
6.42	Estimular a adesão a certificados de reforma e a outras poupanças de natureza idêntica	0
6.43	Plano de ação para o envelhecimento	0
6.44	Programas de dinamização para cidadãos sénior	0
6.45	Criar formas de atendimento personalizado para cidadãos sénior	1
6.46	Aprovar uma estratégia nacional de combate à solidão	0
EA4= (6.41+6.42+6.43+6.44+6.45+6.46)/ 6		

Leis e Regulamentos (código 6.5)		Scores de 0 a 2
6.51	Consagrar e valorizar o Estatuto dos Cuidadores Informais, com apoio instituições de retaguarda	2
6.52	Inspeção regular de lares e centros de dia	2
6.53	Criminalizar o abandono intencional e doloso de idosos e o aproveitamento de vantagem económica sobre o idoso	0
EA5= (6.51+6.52+6.53)/ 3		

PSD

Recursos Humanos (código 6.1)		Scores de 0 a 2
6.11	Definir áreas específicas para contratação de cidadãos seniores na Administração Pública	0
EA1=6.11		

Equipamentos e Infra-Estruturas (código 6.2)		Scores de 0 a 2
6.21	Criar uma rede pública de equipamentos e serviços de apoio nas diversas valências	0
6.22	Novas formas de habitação	2
6.23	Criação de Gabinetes de Apoio aos Seniores em todas as freguesias	0
EA2= (6.21+6.22+6.23)/3		

Incentivos Financeiros (código 6.3)		Scores de 0 a 2
6.31	Assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.	0
6.32	Alargamento dos passes sociais	0
6.33	Apoio financeiro do Estado às actividades de âmbito cultural e desportivas	0
6.34	Medidas de flexibilização da transição da idade ativa para a aposentação, criando incentivos para soluções de trabalho em tempo parcial e prolongamento da atividade para além da idade de reforma.	2
6.35	Alargamento do acesso ao Complemento Solidário para Idosos	0
6.36	Convergência progressiva das pensões mínimas para valor equivalente ao Salário Mínimo Nacional	0
EA3= (6.31+6.32+6.33+6.34+6.35+6.36)/ 6		

Programas de Apoio e Informação (código 6.4)		Scores de 0 a 2
6.41	Implementação de um programa de apoio ambulatorio aos idosos dependentes	2
6.42	Estimular a adesão a certificados de reforma e a outras poupanças de natureza idêntica	0
6.43	Plano de ação para o envelhecimento	0
6.44	Programas de dinamização para cidadãos sénior	0
6.45	Criar formas de atendimento personalizado para cidadãos sénior	0
6.46	Aprovar uma estratégia nacional de combate à solidão	0
EA4= (6.41+6.42+6.43+6.44+6.45+6.46)/ 6		

Leis e Regulamentos (código 6.5)		Scores de 0 a 2
6.51	Consagrar e valorizar o Estatuto dos Cuidadores Informais, com apoio instituições de retaguarda	2
6.52	Inspeção regular de lares e centros de dia	0
6.53	Criminalizar o abandono intencional e doloso de idosos e o aproveitamento de vantagem económica sobre o idoso	0
EA5= (6.51+6.52+6.53)/ 3		

PCP

Recursos Humanos (código 6.1)		Scores de 0 a 2
6.11	Definir áreas específicas para contratação de cidadãos seniores na Administração Pública	0
EA1=6.11		

Equipamentos e Infra-Estruturas (código 6.2)		Scores de 0 a 2
6.21	Criar uma rede pública de equipamentos e serviços de apoio nas diversas valências	2
6.22	Novas formas de habitação	0
6.23	Criação de Gabinetes de Apoio aos Seniores em todas as freguesias	0
EA2= (6.21+6.22+6.23)/3		

Incentivos Financeiros (código 6.3)		Scores de 0 a 2
6.31	Assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.	2
6.32	Alargamento dos passes sociais	1
6.33	Apoio financeiro do Estado às actividades de âmbito cultural e desportivas	0
6.34	Medidas de flexibilização da transição da idade ativa para a aposentação, criando incentivos para soluções de trabalho em tempo parcial e prolongamento da atividade para além da idade de reforma.	0
6.35	Alargamento do acesso ao Complemento Solidário para Idosos	2
6.36	Convergência progressiva das pensões mínimas para valor equivalente ao Salário Mínimo Nacional	2
EA3= (6.31+6.32+6.33+6.34+6.35+6.36)/ 6		

Programas de Apoio e Informação (código 6.4)		Scores de 0 a 2
6.41	Implementação de um programa de apoio ambulatorio aos idosos dependentes	1
6.42	Estimular a adesão a certificados de reforma e a outras poupanças de natureza idêntica	0
6.43	Plano de ação para o envelhecimento	2
6.44	Programas de dinamização para cidadãos sénior	0
6.45	Criar formas de atendimento personalizado para cidadãos sénior	0
6.46	Aprovar uma estratégia nacional de combate à solidão	0
EA4= (6.41+6.42+6.43+6.44+6.45+6.46)/ 6		

Leis e Regulamentos (código 6.5)		Scores de 0 a 2
6.51	Consagrar e valorizar o Estatuto dos Cuidadores Informais, com apoio instituições de retaguarda	1
6.52	Inspeção regular de lares e centros de dia	0
6.53	Criminalizar o abandono intencional e doloso de idosos e o aproveitamento de vantagem económica sobre o idoso	0
EA5= (6.51+6.52+6.53)/ 3		

PAN

	Recursos Humanos (código 6.1)	Scores de 0 a 2
6.11	Definir áreas específicas para contratação de cidadãos seniores na Administração Pública	0
EA1=6.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 6.2)	Scores de 0 a 2
6.21	Criar uma rede pública de equipamentos e serviços de apoio nas diversas valências	1
6.22	Novas formas de habitação	0
6.23	Criação de Gabinetes de Apoio aos Seniores em todas as freguesias	0
EA2= (6.21+6.22+6.23)/3		

	Incentivos Financeiros (código 6.3)	Scores de 0 a 2
6.31	Assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.	0
6.32	Alargamento dos passes sociais	0
6.33	Apoio financeiro do Estado às actividades de âmbito cultural e desportivas	1
6.34	Medidas de flexibilização da transição da idade ativa para a aposentação, criando incentivos para soluções de trabalho em tempo parcial e prolongamento da atividade para além da idade de reforma.	0
6.35	Alargamento do acesso ao Complemento Solidário para Idosos	0
6.36	Convergência progressiva das pensões mínimas para valor equivalente ao Salário Mínimo Nacional	2
EA3= (6.31+6.32+6.33+6.34+6.35+6.36)/ 6		

	Programas de Apoio e Informação (código 6.4)	Scores de 0 a 2
6.41	Implementação de um programa de apoio ambulatorio aos idosos dependentes	0
6.42	Estimular a adesão a certificados de reforma e a outras poupanças de natureza idêntica	0
6.43	Plano de ação para o envelhecimento	2
6.44	Programas de dinamização para cidadãos sénior	0
6.45	Criar formas de atendimento personalizado para cidadãos sénior	0
6.46	Aprovar uma estratégia nacional de combate à solidão	1
EA4= (6.41+6.42+6.43+6.44+6.45+6.46)/ 6		

	Leis e Regulamentos (código 6.5)	Scores de 0 a 2
6.51	Consagrar e valorizar o Estatuto dos Cuidadores Informais, com apoio instituições de retaguarda	0
6.52	Inspeção regular de lares e centros de dia	2
6.53	Criminalizar o abandono intencional e doloso de idosos e o aproveitamento de vantagem económica sobre o idoso	0
EA5= (6.51+6.52+6.53)/ 3		

ANEXO 7
Resultado das subcomponentes: SIDA

SIDA

PS

	Recursos Humanos (código 7.1)	Scores de 0 a 2
7.11	Reforço nas escolas de psicólogos, técnicos de educação sexual	0
SIDA1= 7.11		

	Incentivos Financeiros (código 7.2)	Scores de 0 a 2
7.21	Assegurar o financiamento a 100% dos serviços de redução de riscos	0
SIDA2= 7.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 7.3)	Scores de 0 a 2
7.31	Reforçar a relação de parceria entre o SNS e a rede de farmácias	0
7.32	Promover a dispensa na farmácia de medicamentos para o VIH-SIDA	0
7.33	Programas de avaliação e controlo e de combate das doenças infecciosas	0
SIDA3= (7.31+7.32+7.33)/ 3		

CDS

	Recursos Humanos (código 7.1)	Scores de 0 a 2
7.11	Reforço nas escolas de psicólogos, técnicos de educação sexual	0
SIDA1= 7.11		

	Incentivos Financeiros (código 7.2)	Scores de 0 a 2
7.21	Assegurar o financiamento a 100% dos serviços de redução de riscos	0
SIDA2= 7.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 7.3)	Scores de 0 a 2
7.31	Reforçar a relação de parceria entre o SNS e a rede de farmácias	0
7.32	Promover a dispensa na farmácia de medicamentos para o VIH-SIDA	0
7.33	Programas de avaliação e controlo e de combate das doenças infecciosas	0
SIDA3= (7.31+7.32+7.33)/ 3		

BE

	Recursos Humanos (código 7.1)	Scores de 0 a 2
7.11	Reforço nas escolas de psicólogos, técnicos de educação sexual	0
SIDA1= 7.11		

	Incentivos Financeiros (código 7.2)	Scores de 0 a 2
7.21	Assegurar o financiamento a 100% dos serviços de redução de riscos	0
SIDA2= 7.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 7.3)	Scores de 0 a 2
7.31	Reforçar a relação de parceria entre o SNS e a rede de farmácias	0
7.32	Promover a dispensa na farmácia de medicamentos para o VIH-SIDA	0
7.33	Programas de avaliação e controlo e de combate das doenças infecciosas	0
SIDA3= (7.31+7.32+7.33)/ 3		

PSD

	Recursos Humanos (código 7.1)	Scores de 0 a 2
7.11	Reforço nas escolas de psicólogos, técnicos de educação sexual	0
SIDA1= 7.11		

	Incentivos Financeiros (código 7.2)	Scores de 0 a 2
7.21	Assegurar o financiamento a 100% dos serviços de redução de riscos	0
SIDA2= 7.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 7.3)	Scores de 0 a 2
7.31	Reforçar a relação de parceria entre o SNS e a rede de farmácias	0
7.32	Promover a dispensa na farmácia de medicamentos para o VIH-SIDA	0
7.33	Programas de avaliação e controlo e de combate das doenças infecciosas	0
SIDA3= (7.31+7.32+7.33)/ 3		

PCP

	Recursos Humanos (código 7.1)	Scores de 0 a 2
7.11	Reforço nas escolas de psicólogos, técnicos de educação sexual	0
SIDA1= 7.11		

	Incentivos Financeiros (código 7.2)	Scores de 0 a 2
7.21	Assegurar o financiamento a 100% dos serviços de redução de riscos	0
SIDA2= 7.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 7.3)	Scores de 0 a 2
7.31	Reforçar a relação de parceria entre o SNS e a rede de farmácias	0
7.32	Promover a dispensa na farmácia de medicamentos para o VIH-SIDA	0
7.33	Programas de avaliação e controlo e de combate das doenças infecciosas	2
SIDA3= (7.31+7.32+7.33)/ 3		

PAN

	Recursos Humanos (código 7.1)	Scores de 0 a 2
7.11	Reforço nas escolas de psicólogos, técnicos de educação sexual	0
SIDA1= 7.11		

	Incentivos Financeiros (código 7.2)	Scores de 0 a 2
7.21	Assegurar o financiamento a 100% dos serviços de redução de riscos	2
SIDA2= 7.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 7.3)	Scores de 0 a 2
7.31	Reforçar a relação de parceria entre o SNS e a rede de farmácias	2
7.32	Promover a dispensa na farmácia de medicamentos para o VIH-SIDA	2
7.33	Programas de avaliação e controlo e de combate das doenças infecciosas	0
SIDA3= (7.31+7.32+7.33)/ 3		

ANEXO 8

Resultado das subcomponentes: Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Doenças Cérebro-Cardiovasculares

PS

	Recursos Humanos (código 8.1)	Scores de 0 a 2
8.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados através do apoio de nutricionistas	0
DCV1= 8.11		

	Incentivos Financeiros (código 8.2)	Scores de 0 a 2
8.21	Agravamento fiscal dos produtos nocivos à saúde	0
DCV2= 8.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 8.3)	Scores de 0 a 2
8.31	Investir no rastreio das doenças	0
8.32	Promover estilos de vida saudáveis	0
8.33	Promover uma política de promoção da saúde através da alimentação	0
8.34	Impedir a disponibilização de refeições que contenham carnes processadas nas cantinas públicas	0
DCV3= (8.31+8.32+8.33+8.34)/ 4		

CDS

	Recursos Humanos (código 8.1)	Scores de 0 a 2
8.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados através do apoio de nutricionistas	0
DCV1= 8.11		

	Incentivos Financeiros (código 8.2)	Scores de 0 a 2
8.21	Agravamento fiscal dos produtos nocivos à saúde	0
DCV2= 8.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 8.3)	Scores de 0 a 2
8.31	Investir no rastreio das doenças	0
8.32	Promover estilos de vida saudáveis	0
8.33	Promover uma política de promoção da saúde através da alimentação	0
8.34	Impedir a disponibilização de refeições que contenham carnes processadas nas cantinas públicas	0
DCV3= (8.31+8.32+8.33+8.34)/ 4		

BE

	Recursos Humanos (código 8.1)	Scores de 0 a 2
8.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados através do apoio de nutricionistas	0
DCV1= 8.11		

	Incentivos Financeiros (código 8.2)	Scores de 0 a 2
8.21	Agravamento fiscal dos produtos nocivos à saúde	0
DCV2= 8.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 8.3)	Scores de 0 a 2
8.31	Investir no rastreio das doenças	0
8.32	Promover estilos de vida saudáveis	0
8.33	Promover uma política de promoção da saúde através da alimentação	0
8.34	Impedir a disponibilização de refeições que contenham carnes processadas nas cantinas públicas	0
DCV3= (8.31+8.32+8.33+8.34)/ 4		

PSD

	Recursos Humanos (código 8.1)	Scores de 0 a 2
8.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados através do apoio de nutricionistas	0
DCV1= 8.11		

	Incentivos Financeiros (código 8.2)	Scores de 0 a 2
8.21	Agravamento fiscal dos produtos nocivos à saúde	2
DCV2= 8.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 8.3)	Scores de 0 a 2
8.31	Investir no rastreio das doenças	2
8.32	Promover estilos de vida saudáveis	2
8.33	Promover uma política de promoção da saúde através da alimentação	2
8.34	Impedir a disponibilização de refeições que contenham carnes processadas nas cantinas públicas	0
DCV3= (8.31+8.32+8.33+8.34)/ 4		

PCP

	Recursos Humanos (código 8.1)	Scores de 0 a 2
8.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados através do apoio de nutricionistas	0
DCV1= 8.11		

	Incentivos Financeiros (código 8.2)	Scores de 0 a 2
8.21	Agravamento fiscal dos produtos nocivos à saúde	0
DCV2= 8.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 8.3)	Scores de 0 a 2
8.31	Investir no rastreio das doenças	0
8.32	Promover estilos de vida saudáveis	2
8.33	Promover uma política de promoção da saúde através da alimentação	0
8.34	Impedir a disponibilização de refeições que contenham carnes processadas nas cantinas públicas	0
DCV3= $(8.31+8.32+8.33+8.34)/ 4$		

PAN

	Recursos Humanos (código 8.1)	Scores de 0 a 2
8.11	Reforçar a capacidade dos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados através do apoio de nutricionistas	2
DCV1= 8.11		

	Incentivos Financeiros (código 8.2)	Scores de 0 a 2
8.21	Agravamento fiscal dos produtos nocivos à saúde	0
DCV2= 8.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 8.3)	Scores de 0 a 2
8.31	Investir no rastreio das doenças	0
8.32	Promover estilos de vida saudáveis	2
8.33	Promover uma política de promoção da saúde através da alimentação	2
8.34	Impedir a disponibilização de refeições que contenham carnes processadas nas cantinas públicas	2
DCV3= (8.31+8.32+8.33+8.34)/ 4		

ANEXO 9
Resultado das subcomponentes: PNV

PNV

PS

	Recursos Humanos (código 9.1)	Scores de 0 a 2
9.11	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos humanos	0
PNV1=9.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 9.2)	Scores de 0 a 2
9.21	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos materiais	0
PNV2=9.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 9.3)	Scores de 0 a 2
9.31	Vacinação contra a gripe	0
9.32	Desenvolvimento de programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das doenças infecciosas	0
9.33	Alargamento de novas vacinas no Plano Nacional de Vacinação	0
PNV3= (9.31+9.32+9.33)/ 3		

CDS

	Recursos Humanos (código 9.1)	Scores de 0 a 2
9.11	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos humanos	0
PNV1=9.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 9.2)	Scores de 0 a 2
9.21	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos materiais	0
PNV2=9.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 9.3)	Scores de 0 a 2
9.31	Vacinação contra a gripe	0
9.32	Desenvolvimento de programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das doenças infecciosas	0
9.33	Alargamento de novas vacinas no Plano Nacional de Vacinação	0
PNV3= (9.31+9.32+9.33)/ 3		

BE

	Recursos Humanos (código 9.1)	Scores de 0 a 2
9.11	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos humanos	0
PNV1=9.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 9.2)	Scores de 0 a 2
9.21	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos materiais	0
PNV2=9.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 9.3)	Scores de 0 a 2
9.31	Vacinação contra a gripe	0
9.32	Desenvolvimento de programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das doenças infecciosas	0
9.33	Alargamento de novas vacinas no Plano Nacional de Vacinação	0
PNV3= (9.31+9.32+9.33)/ 3		

PSD

	Recursos Humanos (código 9.1)	Scores de 0 a 2
9.11	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos humanos	0
PNV1=9.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 9.2)	Scores de 0 a 2
9.21	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos materiais	0
PNV2=9.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 9.3)	Scores de 0 a 2
9.31	Vacinação contra a gripe	0
9.32	Desenvolvimento de programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das doenças infecciosas	0
9.33	Alargamento de novas vacinas no Plano Nacional de Vacinação	0
PNV3= (9.31+9.32+9.33)/ 3		

PCP

	Recursos Humanos (código 9.1)	Scores de 0 a 2
9.11	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos humanos	2
PNV1=9.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 9.2)	Scores de 0 a 2
9.21	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos materiais	2
PNV2=9.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 9.3)	Scores de 0 a 2
9.31	Vacinação contra a gripe	0
9.32	Desenvolvimento de programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das doenças infecciosas	2
9.33	Alargamento de novas vacinas no Plano Nacional de Vacinação	2
PNV3= (9.31+9.32+9.33)/ 3		

PAN

	Recursos Humanos (código 9.1)	Scores de 0 a 2
9.11	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos humanos	0
PNV1=9.11		

\	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 9.2)	Scores de 0 a 2
9.21	Unidades de Saúde Pública (USP) com recursos materiais	0
PNV2=9.21		

	Programas de Apoio e Informação (código 9.3)	Scores de 0 a 2
9.31	Vacinação contra a gripe	2
9.32	Desenvolvimento de programas de avaliação e controlo de doenças emergentes e de combate das doenças infecciosas	0
9.33	Alargamento de novas vacinas no Plano Nacional de Vacinação	0
PNV3= (9.31+9.32+9.33)/ 3		

ANEXO 10
Saúde Sexual e Reprodutiva

Saúde Sexual e Reprodutiva

PS

	Recursos Humanos (código 10.1)	Scores de 0 a 2
10.11	Reforçar os recursos humanos da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género	0
SSR1= 10.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 10.2)	Scores de 0 a 2
10.21	Instalação de um ponto focal sobre IVG e planeamento familiar em cada agrupamento de centros de saúde	0
SSR2= 10.21		

	Incentivos Financeiros (código 10.3)	Scores de 0 a 2
10.31	Investir na saúde, bem como direitos sexuais e reprodutivos	2
10.32	Promover cirurgias reconstrutivas gratuitas para a mutilação genital	0
SSR3= (10.31+10.32)/2		

	Programas de Apoio e Informação (código 10.4)	Scores de 0 a 2
10.41	Acompanhamento na saúde sexual e reprodutiva para e durante a saída do sistema da prostituição	0
10.42	Reforçar o combate à mutilação genital feminina, excisão e outras práticas nocivas	0
10.43	Garantir as condições de acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva em condições iguais para toda a população	2
10.45	Criação de uma rede de cuidados contraceptivos nas escolas, em parceria com associações e centros de saúde, incluindo a distribuição de preservativos e produtos de higiene feminina	0
10.46	Melhorar o acesso à procriação medicamente assistida	2
SSR4= (10.41+10.42+10.43+10.44+10.45+10.46)/6		

	Leis e Regulamentos (código 10.5)	Scores de 0 a 2
10.51	Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida	2
10.52	Garantir o acesso à gestação de substituição a mulheres sem útero ou em caso de lesão ou de doença impeditiva da gravidez	0
10.53	Alargamento do acesso a homens solteiros e casais de homens	0
10.54	Reforçar as políticas de não-discriminação em função da orientação sexual	2
	Integrar a educação sexual como componente obrigatória da disciplina de formação cívica	0
SSR5= (10.51+10.52+10.53+10.54)/4		

CDS

	Recursos Humanos (código 10.1)	Scores de 0 a 2
10.11	Reforçar os recursos humanos da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género	0
SSR1= 10.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 10.2)	Scores de 0 a 2
10.21	Instalação de um ponto focal sobre IVG e planeamento familiar em cada agrupamento de centros de saúde	0
SSR2= 10.21		

	Incentivos Financeiros (código 10.3)	Scores de 0 a 2
10.31	Investir na saúde, bem como direitos sexuais e reprodutivos	0
10.32	Promover cirurgias reconstrutivas gratuitas para a mutilação genital	0
SSR3= (10.31+10.32)/2		

	Programas de Apoio e Informação (código 10.4)	Scores de 0 a 2
10.41	Acompanhamento na saúde sexual e reprodutiva para e durante a saída do sistema da prostituição	0
10.42	Reforçar o combate à mutilação genital feminina, excisão e outras práticas nocivas	0
10.43	Garantir as condições de acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva em condições iguais para toda a população	0
10.45	Criação de uma rede de cuidados contraceptivos nas escolas, em parceria com associações e centros de saúde, incluindo a distribuição de preservativos e produtos de higiene feminina	0
10.46	Melhorar o acesso à procriação medicamente assistida	0
SSR4= (10.41+10.42+10.43+10.44+10.45+10.46)/6		

	Leis e Regulamentos (código 10.5)	Scores de 0 a 2
10.51	Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida	1
10.52	Garantir o acesso à gestação de substituição a mulheres sem útero ou em caso de lesão ou de doença impeditiva da gravidez	0
10.53	Alargamento do acesso a homens solteiros e casais de homens	0
10.54	Reforçar as políticas de não-discriminação em função da orientação sexual	2
	Integrar a educação sexual como componente obrigatória da disciplina de formação cívica	0
SSR5= (10.51+10.52+10.53+10.54)/4		

BE

	Recursos Humanos (código 10.1)	Scores de 0 a 2
10.11	Reforçar os recursos humanos da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género	0
SSR1= 10.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 10.2)	Scores de 0 a 2
10.21	Instalação de um ponto focal sobre IVG e planeamento familiar em cada agrupamento de centros de saúde	2
SSR2= 10.21		

	Incentivos Financeiros (código 10.3)	Scores de 0 a 2
10.31	Investir na saúde, bem como direitos sexuais e reprodutivos	0
10.32	Promover cirurgias reconstrutivas gratuitas para a mutilação genital	0
SSR3= (10.31+10.32)/2		

	Programas de Apoio e Informação (código 10.4)	Scores de 0 a 2
10.41	Acompanhamento na saúde sexual e reprodutiva para e durante a saída do sistema da prostituição	0
10.42	Reforçar o combate à mutilação genital feminina, excisão e outras práticas nocivas	0
10.43	Garantir as condições de acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva em condições iguais para toda a população	2
10.45	Criação de uma rede de cuidados contraceptivos nas escolas, em parceria com associações e centros de saúde, incluindo a distribuição de preservativos e produtos de higiene feminina	2
10.46	Melhorar o acesso à procriação medicamente assistida	1
SSR4= (10.41+10.42+10.43+10.44+10.45+10.46)/6		

	Leis e Regulamentos (código 10.5)	Scores de 0 a 2
10.51	Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida	1
10.52	Garantir o acesso à gestação de substituição a mulheres sem útero ou em caso de lesão ou de doença impeditiva da gravidez	1
10.53	Alargamento do acesso a homens solteiros e casais de homens	0
10.54	Reforçar as políticas de não-discriminação em função da orientação sexual	2
10.55	Integrar a educação sexual como componente obrigatória da disciplina de formação cívica	1
SSR5= (10.51+10.52+10.53+10.54)/4		

PSD

	Recursos Humanos (código 10.1)	Scores de 0 a 2
10.11	Reforçar os recursos humanos da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género	0
SSR1= 10.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 10.2)	Scores de 0 a 2
10.21	Instalação de um ponto focal sobre IVG e planeamento familiar em cada agrupamento de centros de saúde	0
SSR2= 10.21		

	Incentivos Financeiros (código 10.3)	Scores de 0 a 2
10.31	Investir na saúde, bem como direitos sexuais e reprodutivos	0
10.32	Promover cirurgias reconstrutivas gratuitas para a mutilação genital	0
SSR3= (10.31+10.32)/2		

	Programas de Apoio e Informação (código 10.4)	Scores de 0 a 2
10.41	Acompanhamento na saúde sexual e reprodutiva para e durante a saída do sistema da prostituição	0
10.42	Reforçar o combate à mutilação genital feminina, excisão e outras práticas nocivas	0
10.43	Garantir as condições de acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva em condições iguais para toda a população	0
10.45	Criação de uma rede de cuidados contraceptivos nas escolas, em parceria com associações e centros de saúde, incluindo a distribuição de preservativos e produtos de higiene feminina	0
10.46	Melhorar o acesso à procriação medicamente assistida	0
SSR4= (10.41+10.42+10.43+10.44+10.45+10.46)/6		

	Leis e Regulamentos (código 10.5)	Scores de 0 a 2
10.51	Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida	0
10.52	Garantir o acesso à gestação de substituição a mulheres sem útero ou em caso de lesão ou de doença impeditiva da gravidez	0
10.53	Alargamento do acesso a homens solteiros e casais de homens	0
10.54	Reforçar as políticas de não-discriminação em função da orientação sexual	0
	Integrar a educação sexual como componente obrigatória da disciplina de formação cívica	0
SSR5= (10.51+10.52+10.53+10.54)/4		

PCP

	Recursos Humanos (código 10.1)	Scores de 0 a 2
10.11	Reforçar os recursos humanos da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género	0
SSR1= 10.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 10.2)	Scores de 0 a 2
10.21	Instalação de um ponto focal sobre IVG e planeamento familiar em cada agrupamento de centros de saúde	0
SSR2= 10.21		

	Incentivos Financeiros (código 10.3)	Scores de 0 a 2
10.31	Investir na saúde, bem como direitos sexuais e reprodutivos	1
10.32	Promover cirurgias reconstrutivas gratuitas para a mutilação genital	0
SSR3= (10.31+10.32)/2		

	Programas de Apoio e Informação (código 10.4)	Scores de 0 a 2
10.41	Acompanhamento na saúde sexual e reprodutiva para e durante a saída do sistema da prostituição	0
10.42	Reforçar o combate à mutilação genital feminina, excisão e outras práticas nocivas	0
10.43	Garantir as condições de acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva em condições iguais para toda a população	0
10.45	Criação de uma rede de cuidados contraceptivos nas escolas, em parceria com associações e centros de saúde, incluindo a distribuição de preservativos e produtos de higiene feminina	0
10.46	Melhorar o acesso à procriação medicamente assistida	0
SSR4= (10.41+10.42+10.43+10.44+10.45+10.46)/6		

	Leis e Regulamentos (código 10.5)	Scores de 0 a 2
10.51	Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida	0
10.52	Garantir o acesso à gestação de substituição a mulheres sem útero ou em caso de lesão ou de doença impeditiva da gravidez	0
10.53	Alargamento do acesso a homens solteiros e casais de homens	0
10.54	Reforçar as políticas de não-discriminação em função da orientação sexual	2
	Integrar a educação sexual como componente obrigatória da disciplina de formação cívica	1
SSR5= (10.51+10.52+10.53+10.54)/4		

PAN

	Recursos Humanos (código 10.1)	Scores de 0 a 2
10.11	Reforçar os recursos humanos da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género	2
SSR1= 10.11		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 10.2)	Scores de 0 a 2
10.21	Instalação de um ponto focal sobre IVG e planeamento familiar em cada agrupamento de centros de saúde	0
SSR2= 10.21		

	Incentivos Financeiros (código 10.3)	Scores de 0 a 2
10.31	Investir na saúde, bem como direitos sexuais e reprodutivos	2
10.32	Promover cirurgias reconstrutivas gratuitas para a mutilação genital	2
SSR3= (10.31+10.32)/2		

	Programas de Apoio e Informação (código 10.4)	Scores de 0 a 2
10.41	Acompanhamento na saúde sexual e reprodutiva para e durante a saída do sistema da prostituição	2
10.42	Reforçar o combate à mutilação genital feminina, excisão e outras práticas nocivas	2
10.43	Garantir as condições de acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva em condições iguais para toda a população	1
10.45	Criação de uma rede de cuidados contraceptivos nas escolas, em parceria com associações e centros de saúde, incluindo a distribuição de preservativos e produtos de higiene feminina	0
10.46	Melhorar o acesso à procriação medicamente assistida	0
SSR4= (10.41+10.42+10.43+10.44+10.45+10.46)/6		

	Leis e Regulamentos (código 10.5)	Scores de 0 a 2
10.51	Alargar os programas públicos de acesso à procriação medicamente assistida	0
10.52	Garantir o acesso à gestação de substituição a mulheres sem útero ou em caso de lesão ou de doença impeditiva da gravidez	2
10.53	Alargamento do acesso a homens solteiros e casais de homens	1
10.54	Reforçar as políticas de não-discriminação em função da orientação sexual	2
	Integrar a educação sexual como componente obrigatória da disciplina de formação cívica	2
SSR5= (10.51+10.52+10.53+10.54)/4		

ANEXO 11
Resultado das subcomponentes: Doenças Oncológicas

Doenças Oncológicas

PS

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Garantir que, antes da implementação da rede 5G em Portugal, sejam elaborados estudos sobre a segurança da sua utilização na saúde humana.	0
DO= 11.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Promover um maior acesso a medicamentos na área oncológica	0
11.22	Promoção da saúde através de programas preventivos de processos oncológicos	0
11.23	Promover na farmácia a dispensa de medicamentos oncológicos	0
DO= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Leis e Regulamentos (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Reforçar as medidas de apoio a pais trabalhadores com filhos doença oncológica	0
DO=11.31		

CDS

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Garantir que, antes da implementação da rede 5G em Portugal, sejam elaborados estudos sobre a segurança da sua utilização na saúde humana.	0
DO= 11.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Promover um maior acesso a medicamentos na área oncológica	2
11.22	Promoção da saúde através de programas preventivos de processos oncológicos	0
11.23	Promover na farmácia a dispensa de medicamentos oncológicos	0
DO= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Leis e Regulamentos (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Reforçar as medidas de apoio a pais trabalhadores com filhos doença oncológica	0
DO=11.31		

BE

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Garantir que, antes da implementação da rede 5G em Portugal, sejam elaborados estudos sobre a segurança da sua utilização na saúde humana.	0
DO= 11.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Promover um maior acesso a medicamentos na área oncológica	0
11.22	Promoção da saúde através de programas preventivos de processos oncológicos	0
11.23	Promover na farmácia a dispensa de medicamentos oncológicos	0
DO= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Leis e Regulamentos (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Reforçar as medidas de apoio a pais trabalhadores com filhos doença oncológica	2
DO=11.31		

PSD

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Garantir que, antes da implementação da rede 5G em Portugal, sejam elaborados estudos sobre a segurança da sua utilização na saúde humana.	0
DO= 11.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Promover um maior acesso a medicamentos na área oncológica	0
11.22	Promoção da saúde através de programas preventivos de processos oncológicos	0
11.23	Promover na farmácia a dispensa de medicamentos oncológicos	0
DO= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Leis e Regulamentos (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Reforçar as medidas de apoio a pais trabalhadores com filhos doença oncológica	0
DO=11.31		

PCP

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Garantir que, antes da implementação da rede 5G em Portugal, sejam elaborados estudos sobre a segurança da sua utilização na saúde humana.	0
DO= 11.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Promover um maior acesso a medicamentos na área oncológica	0
11.22	Promoção da saúde através de programas preventivos de processos oncológicos	2
11.23	Promover na farmácia a dispensa de medicamentos oncológicos	0
DO= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Leis e Regulamentos (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Reforçar as medidas de apoio a pais trabalhadores com filhos doença oncológica	0
DO=11.31		

PAN

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Garantir que, antes da implementação da rede 5G em Portugal, sejam elaborados estudos sobre a segurança da sua utilização na saúde humana.	2
DO= 11.11		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Promover um maior acesso a medicamentos na área oncológica	0
11.22	Promoção da saúde através de programas preventivos de processos oncológicos	0
11.23	Promover na farmácia a dispensa de medicamentos oncológicos	2
DO= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Leis e Regulamentos (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Reforçar as medidas de apoio a pais trabalhadores com filhos doença oncológica	0
DO=11.31		

ANEXO 12
Resultado das subcomponentes: Cuidados Paliativos

Cuidados Paliativos

PS

	Recursos Humanos (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Assegurar que os profissionais de saúde beneficiem de suporte emocional	0
11.12	Treino de competências na área da relação de ajuda	0
11.13	Reforçar os recursos humanos nas Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares e Equipas Comunitárias	0
P1= (P11.11+11.12+11.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Reforçar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos numa lógica de cobertura territorial e de necessidade	0
11.22	Criação de serviços de Cuidados Paliativos pediátricos com forte apoio domiciliário	0
11.23	Gabinetes de apoio no luto	0
P2= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Campanhas de informação sobre as directivas antecipadas de vontade	0
11.32	Reforçar os Cuidados Paliativos Domiciliários,	0
P3= (11.31+11.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 11.4)	Scores de 0 a 2
11.41	Despenalizar a morte medicamente assistida	0
P4= 11.41		

CDS

	Recursos Humanos (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Assegurar que os profissionais de saúde beneficiem de suporte emocional	0
11.12	Treino de competências na área da relação de ajuda	0
11.13	Reforçar os recursos humanos nas Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares e Equipas Comunitárias	0
P1= (P11.11+11.12+11.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Reforçar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos numa lógica de cobertura territorial e de necessidade	2
11.22	Criação de serviços de Cuidados Paliativos pediátricos com forte apoio domiciliário	0
11.23	Gabinetes de apoio no luto	0
P2= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Campanhas de informação sobre as directivas antecipadas de vontade	0
11.32	Reforçar os Cuidados Paliativos Domiciliários	2
P3= (11.31+11.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 11.4)	Scores de 0 a 2
11.41	Despenalizar a morte medicamente assistida	0
P4= 11.41		

BE

	Recursos Humanos (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Assegurar que os profissionais de saúde beneficiem de suporte emocional	0
11.12	Treino de competências na área da relação de ajuda	0
11.13	Reforçar os recursos humanos nas Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares e Equipas Comunitárias	0
P1= (P11.11+11.12+11.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Reforçar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos numa lógica de cobertura territorial e de necessidade	2
11.22	Criação de serviços de Cuidados Paliativos pediátricos com forte apoio domiciliário	0
11.23	Gabinetes de apoio no luto	0
P2= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Campanhas de informação sobre as directivas antecipadas de vontade	0
11.32	Reforçar os Cuidados Paliativos Domiciliários	0
P3= (11.31+11.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 11.4)	Scores de 0 a 2
11.41	Despenalizar a morte medicamente assistida	2
P4= 11.41		

PSD

	Recursos Humanos (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Assegurar que os profissionais de saúde beneficiem de suporte emocional	0
11.12	Treino de competências na área da relação de ajuda	0
11.13	Reforçar os recursos humanos nas Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares e Equipas Comunitárias	0
P1= (P11.11+11.12+11.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Reforçar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos numa lógica de cobertura territorial e de necessidade	2
11.22	Criação de serviços de Cuidados Paliativos pediátricos com forte apoio domiciliário	0
11.23	Gabinetes de apoio no luto	0
P2= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Campanhas de informação sobre as directivas antecipadas de vontade	0
11.32	Reforçar os Cuidados Paliativos Domiciliários,	0
P3= (11.31+11.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 11.4)	Scores de 0 a 2
11.41	Despenalizar a morte medicamente assistida	0
P4= 11.41		

PCP

	Recursos Humanos (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Assegurar que os profissionais de saúde beneficiem de suporte emocional	0
11.12	Treino de competências na área da relação de ajuda	0
11.13	Reforçar os recursos humanos nas Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares e Equipas Comunitárias	2
P1= (P11.11+11.12+11.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Reforçar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos numa lógica de cobertura territorial e de necessidade	2
11.22	Criação de serviços de Cuidados Paliativos pediátricos com forte apoio domiciliário	0
11.23	Gabinetes de apoio no luto	0
P2= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Campanhas de informação sobre as directivas antecipadas de vontade	0
11.32	Reforçar os Cuidados Paliativos Domiciliários	2
P3= (11.31+11.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 11.4)	Scores de 0 a 2
11.41	Despenalizar a morte medicamente assistida	0
P4= 11.41		

PAN

	Recursos Humanos (código 11.1)	Scores de 0 a 2
11.11	Assegurar que os profissionais de saúde beneficiem de suporte emocional	2
11.12	Treino de competências na área da relação de ajuda	2
11.13	Reforçar os recursos humanos nas Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares e Equipas Comunitárias	2
P1= (P11.11+11.12+11.13)/ 3		

	Equipamentos e Infra-Estruturas (código 11.2)	Scores de 0 a 2
11.21	Reforçar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos numa lógica de cobertura territorial e de necessidade	2
11.22	Criação de serviços de Cuidados Paliativos pediátricos com forte apoio domiciliário	2
11.23	Gabinetes de apoio no luto	2
P2= (11.21+11.22+11.23)/3		

	Programas de Apoio e Informação (código 11.3)	Scores de 0 a 2
11.31	Campanhas de informação sobre as directivas antecipadas de vontade	2
11.32	Reforçar os Cuidados Paliativos Domiciliários	0
P3= (11.31+11.32)/2		

	Leis e Regulamentos (código 11.4)	Scores de 0 a 2
11.41	Despenalizar a morte medicamente assistida	2
P4= 11.41		