

Petição:	Colectiva
Nome do 1º Peticionante ou de Pessoa Colectiva:	Nuno Alexandre Pinto Ribeiro
Morada:	
Local:	
Código Postal:	
Endereço Electrónico:	
Documento de identificação:	BI Nº                      válido até:
Identificação de outros peticionantes:	Solange Sofia Justino Miranda, BI n.º Nazaré Alcobia Roberto, BI n.º Cristina Maria Rosária da Silva Vicente, BI n.º
Objecto sucinto da sua Petição:	Limitação do número de gramas nas embalagens individuais de açúcar, para o café
Texto da sua Petição:	<p>Senhora Presidente da Assembleia da República, Dr.ª Maria da Assunção Andrade Esteves Excelência, Vimos pelo presente solicitar a Vossa Excelência que submeta a avaliação da Assembleia da República, Governo, Comissão Parlamentar da Saúde ou de outro organismo competente a possibilidade de alteração do Decreto-Lei n.º 290/2003 de 15 de Novembro, introduzindo um articulado que limite a gramagem de açúcar nas embalagens individuais comumente utilizadas para adoçar o café, para um máximo de 6 gramas, ou outra aceitável. O Decreto-Lei em questão revogara o antigo Decreto-Lei n.º 302/85 de 29 de Julho que no n.º5 do seu Artigo 7.º limitava as embalagens a uma gramagem máxima de 12 gramas. O nosso requerimento é suportado por um trabalho académico, desenvolvido pelos requerentes no âmbito da unidade curricular de Gestão e Concepção de Políticas Hospitalares do curso de Gestão e Administração de Serviços de Saúde da Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar. Com o tema “A participação do cidadão na Agenda Política”, estudámos um pouco os mecanismos e ferramentas disponibilizadas à população portuguesa que lhe permite aproximar-se dos assuntos da comunidade na procura de uma melhor qualidade de vida. Enquadrando legalmente o direito que nos assiste destacamos a alínea a), do n.º 2 do artigo 53.º do Código do Procedimento Administrativo; o artigo 52.º da Constituição da República Portuguesa e a Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto. A nossa pretensão de solicitar a legislação da quantidade de açúcar nas embalagens individuais foi apresentada publicamente no sítio da internet <a href="http://www.peticaopublica.com">www.peticaopublica.com</a>, uma petição on-line com o intuito de divulgar este problema de saúde pública e angariar apoiantes à nossa proposta. Os subscritores da proposta seguem em anexo. Gostaríamos que este nosso pedido fosse analisado de forma semelhante ao caso da redução dos gramas de sal na panificação, formalizado na Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto que estabelece normas com vista à redução do teor de</p>

sal no pão. Vários especialistas da saúde consideraram esta medida muito importante tendo em conta o seu impacto no estado de saúde da população portuguesa e um exemplo para políticas em saúde. Acreditamos que a redução do consumo de açúcar, por meio da diminuição da quantidade deste alimento nas embalagens individuais para o café seja uma forma de combater alguns problemas de saúde, nomeadamente a diabetes, a obesidade, doenças cardiovasculares e doenças cerebrovasculares, cujos tratamentos têm um peso significativo nos orçamentos para a saúde. Apresentamos de seguida alguns dados que suportam a necessidade de controlar o consumo deste alimento, recolhidos de fontes que consideramos fidedignas: • 80% dos portugueses bebem café diariamente. Fonte: <http://www.blogkrups.com>; • Cerca de 96 gramas são a média de consumo anual de açúcar por português, em 2005 (A OMS recomenda cerca de 50 gramas). Fonte: Jornal de Notícias 2005-11-11; • 6,5% da população portuguesa tem diabetes. Estima-se que nos dias de hoje já ultrapasse 1 milhão de pessoas. Fonte: INS 2005/06; • Os custos associados à diabetes são, em Portugal, de, pelo menos, mil milhões de euros, o equivalente a 7% da despesa em saúde. Fonte: 2011-02-02, Jornal de Notícias; • Em 2009, 4.603 mortes foram causadas pela diabetes. Fonte: [www.tribunamedicapress.pt](http://www.tribunamedicapress.pt); • 15,2% dos adultos portugueses sofriam de obesidade, em 2005/2006. Fonte: INS 2005/06; • 33.811 - Mortes por doenças cerebrovasculares e cardiopatia isquémica em 2008. Fonte: INE; • Custo médio anual por cada diabético: 2000€. Fonte: <http://www.idf.org/> (International Diabetes Federation); • Custo médio anual por cada obeso: 400€. Fonte: <http://www.idf.org/> (International Diabetes Federation). É visível o estado grave em que se encontra a saúde dos portugueses, bem como os custos associados ao combate das doenças relacionadas com o consumo excessivo de açúcar. Para além disso, existem outros custos indirectos, como por exemplo participações em medicamentos, benefícios fiscais, absentismo e perda de capacidade produtiva, mortes e anos de vida perdidos e um custo de oportunidade para canalizar esses gastos para outras áreas. Como contribuintes, é uma situação que nos leva a exigir políticas de intervenção que combatam os maus comportamentos alimentares e assim diminuir encargos para o Orçamento de Estado. A proposta que aqui apresentamos não acarreta custos para o Estado, pois é uma medida que não exige qualquer tipo de investimento público. Certos da melhor compreensão de Vossa Excelência e da sua melhor atenção para o assunto exposto. Respeitosamente, Cristina Vicente Nazaré Roberto Nuno Ribeiro Solange Miranda

**Caso não seja possível contactar o 1º Peticionante, indique outro contacto:**

Nome: Solange Sofia Justino Miranda

Morada:

Local:

Código Postal:

Endereço  
Electrónico:

**Instituto Politécnico de Tomar**  
Escola Superior de Gestão de Tomar  
Gestão e Concepção de Políticas Hospitalares

# *Participação do Cidadão na Agenda Política*

*Meta-análise*



***Docente Coordenador:***

- ✓ Doutor Luís Morais

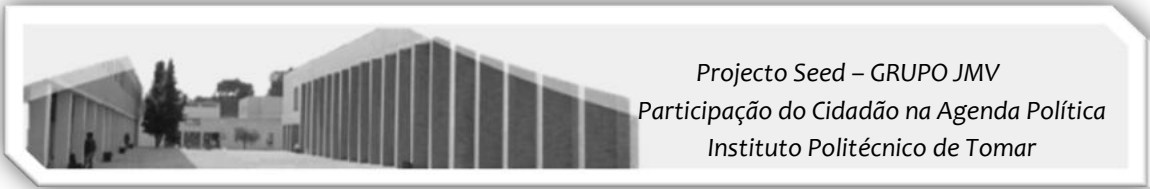
***Discentes:***

- ✓ Cristina Vicente
- ✓ Nazaré Roberto
- ✓ Nuno Ribeiro
- ✓ Solange Miranda



“A penalização por não participares na política,  
é acabares a ser governado pelos teus inferiores”

**Platão**



**Por detrás das nossas realizações pessoais, para além de um considerável esforço, esconde-se um número muito grande de contribuições, apoios, sugestões ou críticas vindas de muitas pessoas. A sua importância foi tal que sem elas teria sido difícil desenvolver o tema a que nos propusemos.**

**Mencionar aqui o nome dessas pessoas constitui uma homenagem sentida por parte dos autores deste trabalho.**

Professor Manuel Baeta Neves, docente da ESGT-IPT,  
Ana Lopes Pereira, da Associação Portuguesa de Diabéticos de Portugal,  
Nestlé Portugal, SA,  
Adriana Cardoso, Grupo JMV, Torrier,  
Delta Cafés,  
Segafredo,  
Valdemar Freitas, Coleccionador de Pacotes de Açúcar,  
Professor Pedro Pita Barros,  
Instituto Nacional de Estatística,  
Adexo - Associação de Obesos e Ex-Obesos de Portugal,  
Rádio Hertz, Tomar,  
Maria Almeida, da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade  
do Porto,  
Tânia Cordeiro, Nutricionista da Associação Portuguesa dos Nutricionistas.

**Por último, mas não em último, à nossa família e amigos pelo seu apoio permanente, expresso ou silencioso, materializado em três meses de paciência e sacrifício pela nossa ausência quase real, pelas más disposições e nervosismos.**

**Por tudo o que esse apoio representa e que não precisa de traduzir-se em palavras.**

***Tomar, 24 de Maio de 2011***



## Índice

---

Índice.....	4
Índice de Gráficos.....	6
Índice de Tabelas.....	7
Introdução.....	9
Evolução da Democracia ao Longo do Tempo .....	10
Evolução da Democracia em Portugal .....	10
A integração do cidadão na Agenda Política.....	11
Assembleia da República .....	12
Governo .....	12
Tribunais .....	12
Formas de Democracia e o enquadramento das ferramentas de participação na vida pública e política.....	20
O direito ao Voto .....	21
Sistema Partidário Português.....	26
Esquerda: .....	27
Bloco de Esquerda .....	27
Partido Comunista Português.....	27
Partido Socialista .....	27
Direita: .....	27
Partido Social-Democrata.....	27
Centro Democrático Social – Partido Popular .....	27
Análise dos Programas Eleitorais – Legislativas 2011 .....	28
CDS.....	28
PS .....	29
PSD .....	29
Bloco de Esquerda .....	30
Partido Comunista Português.....	31
Referendo .....	22
Plebiscito.....	22
Iniciativa popular .....	22
Tratado de Lisboa.....	25
Iniciativa Legislativa Popular.....	22
Organizações Não Governamentais.....	23
Proposition (Estados Unidos da América) .....	24



Participação do cidadão na Agenda Política – Meta-análise .....	26
Em que medida o cidadão influencia a decisão política?.....	34
A participação do cidadão no sector da saúde .....	46
A influência da saúde nas intenções de voto .....	49
Processo de Petição .....	51
Conceito .....	51
Forma de Petição .....	52
Componente Prática .....	53
A nossa participação .....	54
O que está a ser feito (Nacional e Internacional) – Alguns exemplos .....	56
Nacional .....	56
E.U.A. - The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages - publicado no THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE.....	57
O açúcar .....	58
História .....	59
Tipos de açúcar.....	61
Tomar o controlo da saúde .....	65
Dieta e Saúde .....	66
O Mercado do Açúcar.....	62
Regulamento (UE) n.º 1100/2010 da Comissão de 26 de Novembro de 2010 .....	63
Regulamento da Execução (UE) n.º 302/2011 da Comissão de 28 de Março de 2011 .....	63
Os gramas nos pacotes de açúcar – Portugal e no Estrangeiro .....	65
O Doce Amargo das Sociedades Abastadas .....	69
O Doce Amargo e as suas Consequências.....	71
Cáries .....	71
Obesidade .....	72
Tipos de obesidade .....	72
A Hiperglicemia Intermédia .....	77
Diabetes Mellitus .....	77
Diabetes do Tipo I .....	78
A Diabetes do Tipo II .....	79
A Hipoglicemia .....	80
A Retinopatia Diabética .....	85
Perda de peso súbito .....	85
Neuropatia Diabética .....	86
A Gangrena .....	87
Doenças Vasculares Diabéticas.....	87



Doença Renal .....	89
Hipertensão.....	90
Alternativas ao açúcar.....	65
Adoçantes Naturais.....	65
Adoçantes Artificiais .....	65
Algo semelhante: diminuição das gramas de sal na panificação .....	93
A fiscalização.....	94
Artigo 8.º da Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto.....	95
A perspectiva da indústria da panificação e o projecto “pão.come” .....	95
WorkMedia .....	99
Jornal Expresso .....	99
Consumo de Açúcar .....	99
OCDE .....	100
Anuário Estatístico de Portugal - 2009 .....	80
Inquérito Nacional de Saúde – 2005.....	81
Notícia: Diário de Notícias – 24/03/2009 Diabetes já afecta um milhão de portugueses .	82
INS.....	74
Jornal SOL: 30 de Março, 2011 .....	92
Os custos .....	101
Custos com a Prestação de Cuidados.....	103
2011-02-02, Jornal de Notícias .....	103
A obesidade .....	107
Programa de prevenção com um custo de cerca de 7€ por pessoa para poupar mais de 10 bilhões por ano .....	109
Conclusão .....	111
Bibliografia .....	112
Documentos On-line .....	112

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Estrutura da capitação diária de produtos estimulantes.....	98
Gráfico 2 – Prevalência de doenças crónicas referidas com maior frequência, Portugal, 2005.	81
Gráfico 3 – Prevalência padronizada da Diabetes na população portuguesa por grupos etários de 20 anos .....	83
Gráfico 4 – Prevalência de Obesidade Auto-Referida por Grupo Etário, Portugal, 2005 .....	74
Gráfico 5 – Valor percentual de indivíduos com IMC $\geq$ 30 (18-24 anos).....	75



Gráfico 6 –Prevalência de pré-obesidade e obesidade na população adulta, segundo o grupo etário e sexo ..... 76

## Índice de Tabelas

---

Tabela 1 – População residente com 18 ou mais anos segundo as classes de IMC..... 74  
 Tabela 2 – População residente segundo a existência dos principais tipos de doença crónica, por sexo e grupo etário..... 81  
 Tabela 3- População residente que referiu ter tomado medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista, receitados pelo médico e comprados. .... 82  
 Tabela 4 – Doenças por grupo etário e género ..... 91  
 Tabela 5 – Causas de morte – Portugal, 2008 ..... 91  
 Tabela 6 – Despesa total anual média do agregado familiar ..... 98  
 Tabela 7 – Principais causas de morte em 2004 e perspectivas para 2030 ..... 106  
 Tabela 8 - Anos potências de vida perdidos por doenças cerebrovasculares (anos).. 107  
 Tabela 9 – Anos potenciais de vida perdidos por doenças isquémicas do coração (anos) ..... 107



## Siglas

---

- AP** | Administração Pública
- ACES** | Agrupamento de Centros de Saúde
- APDP** | Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
- AVC** | Acidente Vascular Cerebral
- BE** | Bloco de Esquerda
- CDS-PP** | Centro Democrático e Social – Partido Popular
- DAI** | Sociedade de Desenvolvimento Agro-Industrial
- DCI** | Denominação Comum Internacional
- IMC** | Índice de Massa Corporal
- INE** | Instituto Nacional de Estatística
- INS** | Inquérito Nacional de Saúde
- OE** | Orçamento de Estado
- OCDE** | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- ONG** | Organização Não Governamental
- ONU** | Organização das Nações Unidas
- OMAIAA** | Observatório dos Mercados Agrícolas e das Importações Agro-Alimentares
- OMS** | Organização Mundial de Saúde
- PAC** | Política Agrícola Comum
- PS** | Partido Socialista
- PCP** | Partido Comunista Português
- PSD** | Partido Social-Democrata
- SIDA** | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- SNS** | Serviço Nacional de Saúde
- TIC** | Tecnologias de Informação e Comunicação
- UMIC** | Unidade de Missão, Inovação e Conhecimento
- USF** | Unidade de Saúde Familiar



## Introdução

---

Para avaliação da unidade curricular de Gestão e Concessão de Políticas Hospitalares, do 3.º ano do curso de Gestão e Administração de Serviços de Saúde, ESGT – IPT, foi proposto ao grupo de trabalho o desenvolvimento do tema “A participação do cidadão na Agenda Política”, baseado num estudo de meta-análise.

Com isto, pretende-se explorar quais as ferramentas existentes no nosso país, que vive um regime democrático desde 1974 e que garante a possibilidade de cada cidadão expressar livremente a sua opinião e participar na governação do seu país. Iniciamos o nosso trabalho com um enquadramento histórico da democracia e da participação do cidadão na governação, mesmo em tempos monárquico.

Procuramos posteriormente descrever algumas ferramentas que os cidadãos têm a sua disposição para fazer valer os seus direitos de intervenção política, como seja o referendo e o direito ao voto.

Procurando abordar vários autores, apresentamos várias opiniões sobre diversos autores que se pronunciam quanto ao funcionamento democrático do nosso país e principalmente as tendências futuras, cuja utilização das TIC terá um papel fundamental.

Fizemos ainda uma breve alusão à intervenção democrática no âmbito da nossa área de estudos, a saúde.

Como componente prática do nosso trabalho e para que o mesmo tenha alguma utilidade enquanto estudo académico, decidimos desenvolver uma Petição Pública, ferramenta esta de participação democrática, para mobilizar os cidadãos e consciencializá-los da importância da manifestação das suas ideias na governação do país. Decidimos por isso iniciar uma Petição, a ser posteriormente entregue na Assembleia da República, a solicitar a regulamentação da gramagem de açúcar nos pacotes para o café.

Deste modo, procuramos ao máximo obter diversos documentos de suporte estatístico, quanto aos comportamentos de consumo de açúcar e das consequências pelo seu consumo exagerado, destacando a importância de medidas que devem ser tomadas hoje, na expectativa de um investimento em saúde e na poupança dos gastos com a saúde.



## Evolução da Democracia ao Longo do Tempo

---

- ✓ Séc. V. a.C. - Atenas, o governo do Demos (povo).
- ✓ Igualdade de direitos e poder de decidir entre uma elite de cidadãos (excluíam-se os escravos e as mulheres, por exemplo);
- ✓ Idade Média (séc. V ao séc. XV) - Poder concentrado numa só pessoa ou numa elite aristocrata.
- ✓ Séc. XVIII (1776) Independência dos Estados Unidos da América do Norte - Nos Estados Unidos forma-se um país livre, liberto das tradições absolutistas e feudais da Europa, em cuja "Declaração da Independência" se reconhece a igualdade de todos os cidadãos e os inalienáveis direitos "à vida, à liberdade e à felicidade".
- ✓ Séc. XVIII (1789) - Revolução Francesa - Princípios: "Igualdade, Liberdade e Fraternidade" Início da queda do Absolutismo na Europa.
- ✓ Proclama uma "Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão" (17 artigos) onde se lê que os "homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos..."
- ✓ Séc. XIX (1830) - Revoluções Liberais/Burguesas na Europa (revolução de Paris).
- ✓ Independência da América do Sul - Movimentos libertários.
- ✓ Séc. XX (1945,28 de Junho) - Carta das Nações Unidas, aprovada em S. Francisco, refere-se "à dignidade e valor da pessoa humana, à igualdade de direitos de homens e mulheres", em que os povos das Nações Unidas reafirmam o propósito de "realizar a cooperação internacional (...) no respeito dos direitos do homem e das liberdades fundamentais de todos, sem distinção de raça, sexo, idioma ou religião".
- ✓ Séc. XX (1948) - "Declaração Universal dos Direitos do Homem".

### ***Evolução da Democracia em Portugal***

- ✓ Séc. XIX (1820) - Revolução Liberal Portuguesa/iniciativa de um grupo de burgueses portuenses - 24 de Agosto de 1820.
- ✓ (1822) - Primeira constituição política portuguesa (1826) - Carta Constitucional, reposta em vigor em 1842; sofre actos adicionais em 52, 55 e 96.
- ✓ Séc. XX (1910) – 1ª República em Portugal: extensão de alguns direitos (de voto e o direito ao ensino).
- ✓ (1911) - Constituição Política da 1ª República
- ✓ (1933) - Constituição Política do Estado Novo.
- ✓ Séc. XX (1974) - "25 de Abril" - Revolução dos Cravos
- ✓ (1976) - Constituição da República Portuguesa.



## A integração do cidadão na Agenda Política

“A República Portuguesa é um Estado de direito<sup>1</sup> democrático, baseado na soberania<sup>2</sup> popular, no pluralismo<sup>3</sup> de expressão e organização de políticas democráticas, no respeito e na garantia de efectivação dos direitos e liberdades fundamentais e na separação e interdependência de poderes, visando a realização da democracia económica, social e cultural e o aprofundamento da democracia participativa”<sup>4</sup>.

A República Portuguesa é uma Democracia<sup>5</sup> que proclama a liberdade como valor dominante envolvendo neste conceito (de liberdade) o conjunto de "liberdades" - expressão, reunião, associação - que dá conteúdo à soberania popular (poder do povo no seu conjunto e onde todos os cidadãos são reconhecidos como iguais). Nas regras da vivência democrática temos:

**A liberdade de expressão**<sup>6</sup> - Capacidade de todos os cidadãos usufruírem "do direito de exprimir e divulgar livremente o seu pensamento (pela palavra ou por outros meios), do direito de informar e ser informado, sem impedimentos nem discriminações de qualquer espécie”.

**A representatividade** - processo político em que os interesses e convicções de uma comunidade de cidadãos são assumidos por alguns indivíduos que irão exercer a sua acção em nome de todos.

**As liberdades individuais** - Capacidades individuais garantidas pelo estado, como direitos fundamentais do cidadão desse estado.

**A igualdade de direitos dos cidadãos**<sup>7</sup> - Todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na constituição.

A soberania popular<sup>8</sup> exprime-se de duas maneiras:

- ✓ Na opinião e de maneira permanente;
- ✓ Nos momentos determinados para a eleição através do voto livre e secreto.

O povo exerce a soberania através dos órgãos de soberania, mas é a Constituição<sup>9</sup> Portuguesa que define os órgãos de soberania:

### ***Presidente da República***

<sup>1</sup> O conceito de Estado de Direito surgiu como resultado de várias técnicas jurídicas de limitação do poder político que apareceram com o constitucionalismo.

<sup>2</sup> Soberania - Poder político que determina a plenitude da capacidade de direito do Estado moderno. A soberania é um poder superior a qualquer outro na ordem interna de um país ou igual a qualquer outro na ordem internacional.

<sup>3</sup> Pluralismo - é uma atitude ou forma de pensamento que recusa conferir seja a que indivíduo for o privilégio do critério único; que procura adoptar, na resolução dos conflitos, o princípio da razoabilidade. Este princípio foi a essência do despertar do homem para a Democracia na polis grega, onde democracia era "o governo dos e pelos cidadãos".

<sup>4</sup> Artigo 2º da CRP

<sup>5</sup> Democracia é o regime da livre expressão de opiniões, da participação no processo de decisão política quer porque se vota e aceita o princípio maioritário quer porque se escolhem os representantes com autonomia para colaborar nos actos políticos de legislação e governação.

<sup>6</sup> A liberdade de expressão - na definição da política comum da "polis" (cidade/estado) o uso da argumentação desenvolve o respeito pela opinião dos outros;

O reconhecimento da cidadania no princípio da igualdade de direitos a cada cidadão - No exercício de cidadania, cada cidadão tem o poder de decidir e participar nas decisões sobre a vida política colectiva.

<sup>7</sup> Os direitos definem uma das capacidades jurídicas dos cidadãos em ordem a alcançar uma sociedade justa.

<sup>8</sup> Soberania popular não queria dizer democracia nem sufrágio universal, significou apenas durante décadas voto restrito a certas camadas sociais.

<sup>9</sup> A Constituição - É a fonte suprema de autoridade numa comunidade de cidadãos que regula as relações económicas, sociais e culturais de uma sociedade. É a magna carta (emergente da vontade do povo - em democracia) que tem por finalidade dar fundamento a uma vida pública pacífica, justa e de qualidade.



- ✓ Forma de eleição - Eleito pelos cidadãos por sufrágio secreto directo e universal.
- ✓ Duração do mandato - Cinco anos;
- ✓ Competências - Representa a República Portuguesa, garante a independência Nacional, a unidade do Estado e o regular funcionamento das instituições democráticas.

### ***Assembleia da República***

- ✓ A Assembleia da República é a assembleia representativa de todos os portugueses.
- ✓ Forma de eleição dos deputados: Eleitos directamente pelos cidadãos por sufrágio secreto, directo e universal.
- ✓ Duração do mandato: quatro anos;
- ✓ Competências: tem as competências estipuladas nos art.ºs 161º (competências política e legislativa), 162º (competências de fiscalização) 163º (competências quanto aos outros órgãos).

### ***Governo***

- ✓ Forma de eleição: resulta das eleições para a assembleia da república depois de o Presidente da República ouvir todos os partidos com assento parlamentar e nomear o Primeiro-ministro.
- ✓ Duração do mandato: quatro anos.
- ✓ Competências: É o órgão de soberania responsável pela condução da política geral do país e o órgão superior da administração pública.

### ***Tribunais***

- ✓ São órgãos de soberania com competência para administrar a justiça, em nome do povo.
- ✓ Competências: Incumbe aos tribunais, na administração da justiça, assegurar os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, reprimir a violação da legalidade democrática e dirimir os conflitos de interesses públicos e privados.
- ✓ Independência: No exercício das suas funções os tribunais são independentes e apenas estão sujeitos à lei.

Os órgãos de soberania são pois os centros de formação e de manifestação da vontade soberana do povo. A comunidade delega nesses órgãos a sua soberania e através da eleição confere representação a algum ou alguns cidadãos que irão nos diferentes órgãos exercer os cargos.



A Constituição consagra ainda, um conjunto vasto de princípios do Estado de Direito<sup>10</sup>:

- ✓ Grande lista de Direitos, Liberdades e Garantias;
  - ✓ O princípio da separação e interdependência dos Órgãos de Soberania;
  - ✓ A reserva aos Tribunais da função jurisdicional;
  - ✓ O Princípio da Constitucionalidade das Leis e dos demais actos do Estado;
- A subordinação dos órgãos e agentes administrativos à Constituição e à Lei<sup>11</sup>.

Os princípios que regem a prática democrática:

**O princípio da maioria:** numa sociedade interclassista, onde os interesses divergentes surgem, tem de existir uma regra razoável para decidir e ter alguma credibilidade. Esta regra é a regra das maiorias.

**O princípio da igualdade:** princípio que estabelece a relação de igualdade de direitos e de oportunidades a todos os indivíduos da sociedade democrática.

**O princípio da representatividade de todos:** nas sociedades modernas aceita-se que os cidadãos (eleitores) se façam representar por outros cidadãos (deputados) a quem cedem parte da sua soberania para, em seu nome, exercerem o acto de governação - democracia representativa.

“O povo exerce o poder político através do sufrágio universal, igual, directo, secreto e periódico, do **Referendo** e das demais formas previstas na Constituição”<sup>12</sup>  
Mas nem sempre foi assim...

O fenómeno social e político das eleições legislativas e autárquicas surge com o liberalismo<sup>13</sup>. Com efeito, é com a implementação do sistema liberal em cada país, e obviamente também em Portugal, que começam a efectuar-se eleições para o parlamento e também para os municípios ou outros órgãos a que hoje chamamos de poder local. Esta situação surge devido ao concelho basilar, na articulação da vida política liberal da soberania popular.

O liberalismo não era democrático, mas antes oligárquico<sup>14</sup>, pretendendo afirmar o papel da burguesia, em vez das antigas camadas privilegiadas (monarquia). Só a partir de 1848 se estendeu o direito ao voto e conseqüentemente a democracia na vida política, com a chamada das camadas populares a uma participação activa nas eleições. Depressa houve um refluxo por toda a Europa e na segunda metade do séc. XIX o liberalismo foi evoluindo progressivamente no sentido democratizante.

<sup>10</sup> **Estado Social de Direito** - esta concepção de Estado pressupõe um executivo forte e uma política intervencionista por parte do Estado de modo a garantir a manutenção do capitalismo como sistema económico e o bem-estar geral dos cidadãos.

É um Estado que evita as características individualistas e abstencionistas do Estado liberal de direito e procura evidenciar antes o carácter social.

<sup>11</sup> **O primado da lei** - A organização da sociedade política em democracia, tem como fonte da ordem a lei criada pelo cidadão.

<sup>12</sup> Artigo 10º nº1 da CRP.

<sup>13</sup> **Liberalismo** pode ser definido como um conjunto de princípios e teorias políticas, que apresentam como ponto principal a defesa da liberdade política e económica. Neste sentido, os liberais são contrários ao forte controle do Estado na economia e na vida das pessoas.

<sup>14</sup> Governado por uma oligarquia, ou seja, governo político em que o poder está concentrado nas mãos de um pequeno número de indivíduos ou de poucas famílias.



O nosso país começou por um curto período de liberalismo democratizante de 1820 a 1823, durante o qual se registaram duas eleições legislativas, Dezembro de 1820 e Outubro de 1822, regidas por legislação avançada, que definia um sufrágio universal, mas indirecto. Quando se voltou ao liberalismo, depois de uma interrupção de três anos, a realidade política era diferente. À sombra da Carta Constitucional, diploma muito mais moderado do que a constituição de 1822, o decreto eleitoral de 7 de Agosto de 1826 instituiu o voto censitário e indirecto. O segundo período Liberal foi contudo ainda mais fugaz do que o primeiro, durou apenas até 1828.

Só voltou a haver eleições após o final da Guerra Civil, 1834. Desde então, e até ao final da monarquia, em 1910, embora a Carta Constitucional estabelecesse uma periodicidade de quatro anos para as eleições legislativas, elas foram muito mais frequentes, pois a Câmara dos Deputados era dissolvida amiúdo antes do termo da legislatura. A legislação eleitoral foi também abundante, com aprovação de cerca de vinte diplomas diferentes, que podemos classificar em dois tipos:

- Uns abertos, progressivos, com pendor democratizante, alargando a capacidade eleitoral e reduzindo as dimensões dos círculos;
- Outros fechados, conservadores ou mesmo reaccionários, restringindo a capacidade eleitoral e aumentando as dimensões dos círculos.

O número de deputados era quase sempre superior a uma centena e sempre inferior a duas, pertencendo eles, invariavelmente, às classes média alta, com elevada percentagem de Bacharéis e Doutores, que aspiravam, ao fim de um tempo, a transitar para a Câmara Alta por nomeação. No entanto, houve dois curtos períodos em que se verificaram eleições para a referida Câmara Alta:

- Primeiro, entre 1838 e 1842, para o Senado, instituído pela efémera Constituição de 1838;
- Depois, entre 1885 e 1895, quando o 2º Acto adicional à Carta Constitucional esteve em vigor, determinando que cinquenta membros da Câmara dos Pares fossem escolhidos por via electiva.

O Decreto de 3 de Junho de 1834 era claramente conservador, afirmando o critério censitário e definindo círculos eleitorais correspondentes às províncias. Depois da revolução de Setembro de 1836, a 8 Outubro, o novo Governo promulgou um decreto que era quase uma cópia da Lei de 11 de Julho de 1822, com sufrágio, eleições directas e vinte e sete círculos eleitorais no continente. No entanto, o número de votantes foi reduzido.

Voltamos ao regime censitário pela Lei de 9 de Abril de 1838, transigindo-se com a Doutrina da Carta Constitucional e pelo Decreto de 5 de Março de 1842 regressou-se ao cartismo eleitoral<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Partido político dos que acompanham a carta constitucional que D. Pedro outorgou em 1826 na sua luta contra os Miguelistas.





Após o momento de Regeneração, o I Acto adicional à Carta, em 5 de Junho de 1852, e o decreto eleitoral de 30 de Setembro desse ano, deram um passo para a democratização do sistema eleitoral, definindo o sufrágio directo, que ficou definitivamente institucionalizado. Foi também definida a maioria aos vinte e um anos, em vez de os vinte cinco, e a capacidade eleitoral em função sobretudo do que se pagasse de imposto<sup>16</sup>.

A Lei de 23 de Novembro de 1859 seguia o Decreto de 30 de Setembro de 1852, mas definia círculos uninominais, sendo essa uma inovação da maior importância e uma orientação que perdurou até 1884. A Lei de 8 de Maio de 1878 foi muito avançada, aumentando a capacidade eleitoral, que passou a ser definida por saber ler e escrever ou ser chefe de família, acresceu ainda o número de círculos, que quase correspondiam ao Concelho<sup>17</sup>.

Com a Lei de 21 de Maio de 1884 voltámos aos círculos plurinominais, com representação de minorias nas capitais de distrito e constituindo Lisboa e o Porto círculos independentes.

O Decreto de 28 Março de 1895 era francamente reaccionário, pois definia plurinominais coincidindo com os distritos e sem representação de minorias. Lisboa e Porto estavam incluídos em círculos mais vastos, com outros concelhos, vizinhos e rurais. Restringia ainda a capacidade eleitoral, atribuindo apenas direito a voto a quem pagasse um mínimo de 500 réis<sup>18</sup> anuais de contribuições directas<sup>19</sup> ou soubesse ler ou escrever<sup>20</sup>.

A Lei de 21 de Maio de 1896 estabeleceu os círculos uninominais, mas Lisboa e o Porto ficaram plurinominais e sem representação de minorias.

O Decreto de 8 de Agosto de 1901, também conhecido por “A ignóbil porcaria”, que esteve em vigor até à República, definiu trinta e três círculos, com as maiores cidades submergidas nos concelhos rurais circundantes, e estabeleceu o regime da lista incompleta ou da representação de minorias. Vemos pois, que alguma legislação pretendeu aumentar a genuinidade do sufrágio e a sua validade como expressão de vontade da população adulta masculina adoptando os seguintes pontos:

- ✓ Ao tornar as eleições directas;
- ✓ Ao baixar a maioria para 21 anos;
- ✓ Ao definir os círculos uninominais;
- ✓ Ao conceder o voto aos chefes de família mesmo iletrados;
- ✓ Ao isolar Lisboa e Porto como círculos autónomos.

<sup>16</sup> Impostos directos (décima): a contribuição predial, contribuição de maneiio (contribuição industrial sobre o rendimento de trabalho e da indústria) e a contribuição pessoal.

<sup>17</sup> Comunidade vicinal constituída em território de expansão muito variável, cujos moradores (vizinhos) são dotados de maior ou menor autonomia administrativa.

<sup>18</sup> O vencimento diário de um pedreiro nessa época era de 352,19 réis, de um trabalhador de enxada era de 239,24 réis.

<sup>20</sup> A pobreza e o subdesenvolvimento foram as principais causas do analfabetismo em Portugal. A população feminina para além dos dois factores anteriores ainda foi atingida por um conceito sociopedagógico que se traduziu no receio das populações em permitir que as filhas acessem à cultura escrita. Na transição para o século XX, a taxa de analfabetos era cerca de 70%.



No período monárquico constitucional também houve legislação, que sofismou o direito de voto, limitou a sua genuinidade, favoreceu as distorções provocadas pelo caciquismo<sup>21</sup> e pela fraude. O corpo eleitoral variou, embora sendo sempre relativamente pequeno, este teria sempre que evoluir numa época de crescimento populacional.

Analisando os dados dos últimos cinquenta anos de monarquia, podemos constatar que em 1890 o corpo eleitoral atingiu o valor máximo de 950 000 recenseados, o que não se deveu apenas aos efeitos positivos das leis eleitorais de 1878 e 1884, conjugados com o surto demográfico, mas também ao ultimato inglês<sup>22</sup> e à vaga de patriotismo e republicanismo que este despertou.

De 1820 a 1910 o quociente de representação de cada deputado, ou seja a relação entre o número de deputados e o de cidadãos, variou entre 1 deputado por 25 000 habitantes e 1 deputado por 47 000 habitantes. Mais importante do que isto, é verificarmos que de um modo geral, a prática eleitoral sofismava o princípio da soberania popular:

- O país era analfabeto indiferente à política, votava em quem os caciques<sup>23</sup> mandavam ou então não votavam.

- As eleições não eram realmente livres nem genuínas devido à pressão dos caciques e outras autoridades e às fraudes (chapeladas de votos, falsificação dos cadernos de recenseamento e outras irregularidades). Daí que a câmara dos deputados não reflectisse uma opinião pública, que aliás não existia, mas que fosse só formada por uma maioria dócil e submissa ao governo, que a tinha feito eleger e por uma minoria oposicionista, cuja eleição o governo não tinha conseguido evitar.

- Os candidatos não se apresentavam geralmente como sendo do partido X ou do partido Y, mas mais comumente como governamentais e oposicionistas. Em algumas cidades, nomeadamente Lisboa e Porto, havia maior liberdade e genuinidade de sufrágio, pois a consciência política dos leitores era de facto bastante mais desenvolvida.

Com a república, surgiu nova legislação eleitoral, mas, na sequência do anterior, o Decreto de 14 Março de 1911, modificado a 5 de Abril, nem instituiu o sufrágio universal nem estabeleceu os círculos uninominais, concedeu direito de voto a quem soubesse ler e escrever ou fosse chefe de família, definiu círculos plurinominais, com representação de minorias, como já era a realidade (que persistiu até 1926), fazendo de Lisboa e do Porto círculos autónomos e ensaiando aí o método de Hondt.

O Código Eleitoral de 3 de Junho de 1913, que foi a base da legislação até ao final da I República, restringiu direito de voto, retirando-o aos analfabetos e aos militares no activo e excluindo explicitamente as mulheres. No *intermezzo sidonista*

<sup>21</sup> O caciquismo é a manipulação do poder político através do cacique, sendo o cacique um trunfo político que dispõe dos eleitores de uma localidade.

<sup>22</sup> O ultimato consistiu num lacónico telegrama enviado, em 11 de Janeiro de 1890, pelo governo inglês às autoridades Nacionais, exigindo a imediata retirada das forças militares portuguesas estacionadas em territórios hoje correspondentes ao Zimbabwe e ao Malawi. Ameaçando com uma intervenção militar, na ausência de resposta satisfatória por parte de Portugal.

<sup>23</sup> Chefe



estabeleceu-se o sufrágio universal, por decreto de 11 de Março de 1918, devido a razões que eram contrárias às que levavam os adeptos da “República velha” a manter o voto restrito. De facto, o republicanismo era sobretudo um fenómeno urbano e ligado às maiores cidades, tendo também expressão em concelhos próximos de Lisboa, Porto e Setúbal. A concessão de direito de voto às massas iletradas de todo o país era um grande risco para o regime, devido à sua hostilidade perante a igreja católica e o perigo que os monárquicos representavam. Em 1911 o corpo eleitoral aumentou, com o entusiasmo dos prosélitos do novo regime, para cerca de 850.000 pessoas com uma relação de 1 deputado por cada 27000 recenseados (o governo tinha cerca de 31 deputados). A Lei de 1918 concedeu direito de voto aos analfabetos, mas não fez crescer o corpo eleitoral. Em 1925 estavam recenseados cerca de 575 000 eleitores. As eleições realizavam-se tanto para a Câmara dos Deputados como para o senado e os círculos tinham uma dimensão média, entre o concelho e o distrito. Neste sufrágio da I República registaram-se ilegalidades e violência, mas, de um modo geral, houve mais liberdade do que nos da monarquia. Uma das restrições à legitimidade destas eleições estava no alto grau de absentismo, que mostrava o desinteresse do eleitorado, sobretudo em Lisboa, onde o voto era bastante livre. Confirmando a permanência do caciquismo, vemos que as percentagens de votação no resto do país são bem mais altas do que as da capital e até subiram ao longo da I República.

No Estado Novo, as eleições tiveram muito menos importância, não havendo oposição até 1945. Depois dessa data, a oposição nunca esta teve condições para se organizar e desenvolver a sua actividade de modo a conseguir eleger candidatos, devido à viciação completa do processo eleitoral, a começar pela determinação da lei eleitoral de que em cada círculo fossem eleitos todos os candidatos da lista mais votada. Era lógico, aliás, que num regime antidemocrático as eleições não passassem de um sofisma.

O eleitorado pouco cresceu, passando de cerca de 1 300 000 pessoas nos anos 30 para cerca de 1 500 000 nos anos 60. Portanto, muitos eleitores potenciais nunca estiveram inscritos nos cadernos e outros viram os seus nomes riscados. As mulheres diplomadas ou chefes de família obtiveram o direito de voto nos anos 30 mas o voto feminino generalizado só foi reconhecido em 1969. Houve sempre grande percentagem de abstenções, embora os números oficiais nunca fossem inferiores a 80% de votos.

Nas primeiras eleições, de 1934 a 1942, só houve candidaturas do regime. Depois de 1945, com o final da Segunda Grande Guerra, houve um simulacro de abertura política e organizou-se uma oposição democrática. Essa oposição passou a apresentar candidaturas a deputados e presidentes da República que, de um modo geral, desistiam nas vésperas do acto eleitoral, por falta de condições para concorrer. De facto, não chegou a haver modificações da lei eleitoral, não havendo liberdade de voto (com a excepção das eleições de 1969, no início do período marcelista).



Nas eleições para o Presidente da República, depois do perigo para o regime que representou a candidatura do general Humberto Delgado, em 1958, Salazar mandou alterar a constituição e elas passaram a efectuar-se através de um colégio restrito.

Nas eleições para os deputados, os círculos correspondiam aos distritos, sendo desse modo muito vastos, o que era agravado por se negar completamente o princípio da proporcionalidade.

Após o 25 de Abril de 1974 e com a instauração de uma democracia moderna<sup>24</sup>, as condições em que se passou a desenrolar o processo eleitoral tornaram-se completamente diferentes.

A nova lei eleitoral tornou obrigatório o recenseamento de todos os maiores de ambos os sexos, alargando assim o corpo eleitoral para cerca de 6 milhões de pessoas (durante um período passageiro definiam-se algumas incapacidades de voto). Mantiveram-se os círculos correspondentes aos distritos, mas subiu muito o número de deputados a eleger e utilizou-se o método de Hondt. Facilitou-se a apresentação de candidaturas, que passou a ser numerosa. As limitações à liberdade e à genuinidade do sufrágio passaram a ser apenas as decorrentes das estruturas sociais de um país subdesenvolvido, onde o analfabetismo ainda está presente e o caciquismo também.

Foi conferida nova importância às eleições autárquicas, que se tinham eclipsado durante o Estado Novo e estabeleceu-se o sufrágio universal para a escolha do presidente da República. Criou-se um órgão novo para superintender em todo o processo eleitoral “A Comissão Nacional de Eleições<sup>25</sup>”. Conseguiu-se, pela primeira vez no nosso país, criar um sistema que impedia, ou pelo menos dificultava muito, pressões e interferência do poder executivo no processo eleitoral. Os candidatos deixaram de ser governamentais ou oposicionistas para serem pertencentes a um partido. “Os partidos políticos<sup>26</sup> concorrem para a organização e para a expressão da vontade popular, no respeito pelos princípios da independência nacional, da unidade do Estado e da democracia política”<sup>27</sup>.

**“A Assembleia Constituinte afirma a decisão do povo português de defender a independência nacional, de garantir os direitos fundamentais dos cidadãos, de estabelecer os princípios basilares da democracia, de assegurar o primado do Estado de Direito democrático e de abrir caminho para uma sociedade socialista, no respeito da vontade do povo português, tendo em vista a construção de um país mais livre, mais justo e mais fraterno”<sup>28</sup>.**

<sup>24</sup> **As democracias modernas** - são democracias indirectas ou representativas, isto é, aos cidadãos é dado o poder de discutir e de manifestar livremente as suas opiniões, mas nem todos têm o poder de decidir.

Este poder é dado hoje a “elites”, com capacidade cívica e técnica, que designamos de “políticos” a quem o cidadão transmite parte da sua soberania individual para o representar na elaboração das leis, na administração dessas leis e na gestão do bem público. Estamos pois perante a separação da capacidade de decisão e de discussão.

<sup>25</sup> A Comissão Nacional de Eleições (CNE) - é o órgão superior da administração eleitoral com competência para disciplinar e fiscalizar, naquele âmbito, todos os actos de recenseamento e operações eleitorais para órgãos electivos de soberania, das regiões autónomas e do poder local e para o Parlamento Europeu bem como no âmbito do instituto do referendo.

<sup>26</sup> **Os Partidos Políticos** - São formas organizadas de cidadãos com diferente opinião. São a expressão do pluralismo ideológico.

<sup>27</sup> Artigo 10º nº2 da CRP

<sup>28</sup> Preâmbulo da CRP (de 1976)



“Os Deputados são eleitos por círculos eleitorais geograficamente definidos na lei, a qual pode determinar a existência de círculos plurinominais e uninominais, bem como a respectiva natureza e complementaridade, por forma a assegurar o sistema de representação proporcional e o método da média mais alta de Hondt na conversão dos votos em número de mandatos. O número de Deputados por cada círculo plurinomial do território nacional, exceptuando o círculo nacional, quando exista, é proporcional ao número de cidadãos eleitores neles inscritos”<sup>29</sup>.

“As candidaturas são apresentadas, nos termos da lei, pelos partidos políticos, isoladamente ou em coligação, podendo as listas integrar cidadãos não inscritos nos respectivos partidos”<sup>30</sup>.

“O mandato dos Deputados inicia-se com a primeira reunião da Assembleia da República<sup>31</sup> após eleições e cessa com a primeira reunião após as eleições subsequentes, sem prejuízo da suspensão ou da cessação individual do mandato. O preenchimento das vagas que ocorrerem na Assembleia, bem como a substituição temporária de Deputados por motivo relevante, são regulados pela lei eleitoral”<sup>32</sup>.

“A Assembleia da República tem o mínimo de cento e oitenta e o máximo de duzentos e trinta Deputados, nos termos da lei eleitoral”<sup>33</sup>. “A Assembleia da República é a assembleia representativa de todos os cidadãos portugueses”<sup>34</sup>.

“Têm direito de sufrágio todos os cidadãos maiores de dezoito anos, ressalvadas as incapacidades previstas na lei geral. O exercício do direito de sufrágio é pessoal e constitui um dever cívico”<sup>35</sup>.

“Todos os cidadãos têm o direito de tomar parte na vida política e na direcção dos assuntos públicos do país, directamente ou por intermédio de representantes livremente eleitos”<sup>36</sup>.

“Todos os cidadãos têm o direito de apresentar, individual ou colectivamente, aos órgãos de soberania, aos órgãos de governo próprio das regiões autónomas ou a quaisquer autoridades petições, representações, reclamações ou queixas para defesa dos seus direitos, da Constituição, das leis ou do interesse geral e, bem assim, o direito de serem informados, em prazo razoável, sobre o resultado da respectiva apreciação. A lei fixa as condições em que as petições apresentadas colectivamente à Assembleia da República e às Assembleias Legislativas das regiões autónomas são apreciadas em reunião plenária”<sup>37</sup>.

### ***Método de Hondt***

<sup>29</sup> Artigo 149º da CRP

<sup>30</sup> Artigo 151º n.º1 da CRP

<sup>31</sup> **O Parlamento ou Assembleia** - É uma estrutura colegial organizada, formada por representantes eleitos, com funções essencialmente legislativas e autonomia para tomar decisões.

<sup>32</sup> Artigo 153º da CRP

<sup>33</sup> Artigo 148º da CRP

<sup>34</sup> Artigo 147º da CRP

<sup>35</sup> Artigo 49º da CRP

<sup>36</sup> Artigo 48º n.º 1 da CRP

<sup>37</sup> Artigo 52º da CRP

Este é o método utilizado para apurar o número de deputados de cada partido com representatividade na Assembleia da República. Converte assim os votos em mandatos para composição da Assembleia da República.

Com a utilização deste método, assegura-se uma representatividade geográfica, considerando todos os distritos de Portugal e a magnitude populacional de cada distrito.

Este método assegura a distribuição proporcional dos votos de acordo com a população eleitora (são eleitos os seus representantes) mas por outro lado são-lhe atribuídas críticas em relação ao favorecimento dos maiores partidos.

Recentemente tem sido discutida a possibilidade de reduzir o n.º máximo de deputados de 230 para 180. Esta proposta veio fazer com que se questionasse a lógica da aplicação do Método de Hondt e a garantia de representatividade, já que cada deputado representaria um maior número de eleitores. A revista *Visão* na sua edição n.º 937 (2011) aborda esta temática e destaca a quota de Hare, utilizada em alguns países como a Irlanda e Alemanha, para determinar o n.º de representantes de cada partido os devidos órgãos soberanos. Este novo método eliminaria o desaproveitamento de votos que existe no método de Hondt.



## Formas de Democracia e o enquadramento das ferramentas de participação na vida pública e política

---

Como a própria derivação etimológica nos indica, a democracia pressupõe uma participação de todos os cidadãos nas decisões de esfera pública, o que implica uma forma de se expressar, relativamente a esses assuntos. Por isso, a democracia pode ser definida em diferentes tipos, embora sejam utilizados vários instrumentos de uma democracia participativa. Mesmo em alguns estados do mundo onde a aproximação desta última classificação é maior, por vezes esta torna-se pouco exequível, devido à dificuldade de fazer valer a opinião de cada cidadão. Exemplo disso é o recurso ao referendo, ou seja, a consulta popular sobre determinada questão.

Existem assim, algumas formas de participação activa na vida pública e política, por parte de todos nós, e que de certo modo nos incumbe de contribuir para uma sociedade com as características comuns, que todos desejamos.

Pretendemos agora desenvolver alguns dos instrumentos de participação na vida pública e política e dos quais somos detentores para fazer valer os nossos poderes, enquanto cidadãos de uma democracia:

### ***O direito ao Voto***

Este direito consiste numa forma de expressão (anónima) de eleição ou nomeação dos órgãos de soberania que ocuparão os cargos a que se candidatam (Presidente da República, Assembleia da República, Parlamento Europeu e Autarquias). Embora muitos digam que é um dever, votar não é obrigatório embora seja considerado um dever cívico e de cidadania.

Actualmente, o direito ao voto abrange toda a população, sem exclusão de nenhum cidadão (desde que com idade não inferior a 18 anos e não esteja com as suas capacidades de exercício interditas).

Hoje em dia, a abstenção tem sido um indicador preocupante, uma vez que tem alcançado valores bastante elevados, o que mostra algum desinteresse ou descontentamento por parte do eleitorado, relativamente às questões políticas do nosso país. No entanto, existem outros dados que podem anular o anteriormente dito. É o caso dos “eleitores fantasma” e respectivos votos indevidamente esperados.

Para melhor compreensão do sentido de voto dos cidadãos, e de que forma os cidadãos podem ver os seus ideais representados democraticamente, apresentamos de seguida a estrutura do Sistema Partidário Português, quais os seus principais princípios e, destacando a nossa área de estudos, quais as suas principais pretensões para o futuro do sector da saúde em Portugal.



## ***Referendo***

Este é um instrumento de democracia semi-directa, em que os cidadãos são chamados a pronunciarem-se por sufrágio directo e secreto. No nosso país, este mecanismo é aberto pelo Presidente da República, pela Assembleia da República ou pelo Governo e consiste numa consulta popular, para que os cidadãos se pronunciem sobre a legislação de determinado assunto, de interesse nacional, cabendo-lhe assim a ratificação do mesmo (está restrito à população residente, não sendo portanto consultados os emigrantes).

Em Portugal, apenas se realizaram 3 referendos (um sobre a regionalização e dois sobre o aborto), mas nenhum atingiu condições suficientes para que o resultado final fosse vinculativo (obrigatoriedade de participação igual ou superior a 50%). No entanto, no último referendo relativo à despenalização da interrupção voluntária da gravidez, o Governo indicou que, independentemente de ser atingido o mínimo de votos para que a diploma se tornar-se vinculativo, o mesmo seria aplicado consoante a vitória do SIM ou do NÃO.

## ***Plebiscito***

Esta é uma outra ferramenta que os estados democráticos têm à disposição que permite uma participação activa do cidadão nos assuntos nacionais. O Plebiscito é muitas vezes confundido com o referendo, pois aqui também é consultada a população que, através do voto, vai auxiliar na decisão de implementação de um diploma. Ou seja, ao contrário do referendo, em que os cidadãos são consultados para ratificar um diploma, no plebiscito os cidadãos são consultados antes do mesmo ser elaborado participando assim num acto legislativo e administrativo da criação de um diploma, entre vários que lhe são propostos.

Até ao momento, a única consulta popular realizada nestes moldes foi em 1933, sobre a Constituição da República Portuguesa. Nesta altura, o voto era obrigatório e considerado tacitamente concordante, caso o eleitorado não se manifestasse através do acto eleitoral. A Constituição de 1933 entrou em vigor a 11 de Abril de 1933 (Plebiscito Constitucional realizado a 19 de Março do mesmo ano).

## ***Iniciativa popular***

Este tipo de participação na vida pública e política e baseia-se na utilização de alguns meios para apresentar propostas de legislação de alguns assuntos, ou a resolução de algum problema que afecte os cidadãos, quer na forma individual ou colectiva. Exemplos disso são as Petições Públicas.

## ***Iniciativa Legislativa Popular***





Está regulamentada na Lei n.º 17/2003, de 4 de Junho, e rege a forma como um grupo de cidadãos poderá apresentar na Assembleia da República um projecto-lei, relativamente a determinado assunto, salvo os limitados pelo diploma. Para que o projecto-lei possa ser apresentado, é obrigatória a subscrição de 35000 cidadãos eleitores (um número bastante elevado, comparando com os 7500 exigidos para inscrever um partido político).

### **Organizações Não Governamentais**

As Organizações Não Governamentais surgiram nos pós 2.ª guerra mundial, com o objectivo de actuar em várias partes do mundo, sem qualquer influência de organismos estatais. São associações da sociedade civil, sem fins lucrativos, de direito privado e que divergem das instituições públicas e das organizações privadas.

O âmbito de actuação das ONG é bastante heterogéneo (no nosso âmbito de estudos, destacamos as ONG com actuação na área da saúde, incluindo assistência técnica, medicamentosa e alimentar), e reflectem as diversas áreas em que a acção da sociedade é mais necessária. São usualmente classificadas consoante a actividade que desenvolvem e a sua amplitude geográfica de actuação.

A lei n.º 66/98 de 14 de Outubro aprova o estatuto das organizações não-governamentais de cooperação para o desenvolvimento. Este diploma destaca alguns pontos quanto à actuação destas Organizações e regulamenta a sua relação com o Estado (por exemplo, uma ONG não pode ver limitada a sua intervenção no nosso país – direito de livre actuação e são automaticamente consideradas organismos de Utilidade Pública).

As ONG de Desenvolvimento têm como áreas fundamentais de intervenção: a Cooperação para o Desenvolvimento, a Educação para o Desenvolvimento e a Ajuda Humanitária e de Emergência e importante é a procura pela sensibilização da opinião pública.

Procuram culminar com os princípios de respeito pelos Direitos Humanos e promovem a participação da sociedade civil na Cooperação para o Desenvolvimento. Estas organizações têm tido uma forte presença nas relações entre o Estado e a sociedade civil e o fenómeno da globalização tem levado os conceitos democráticos para países onde o regime é pouco liberal.

Com remissão a um artigo publicado pelo Professor António Mendes Lopes do Instituto Politécnico de Setúbal, “A Conferência da Organização Mundial de Comércio”, recentemente celebrada em *Seattle*, evidenciou o relevo do papel das Organizações Não Governamentais como agentes da decisão política:

“O mundo das ONG é complexo e abarca muitas frentes, pairando sobre elas as mais diversas perspectivas, não deixando mesmo de estarem sujeitas a manifestações



de alguma desconfiança. Uma das frequentes acusações que lhes é feita é de se constituírem em poder não democrático nem fiscalizado, uma vez que a sua principal força lhe advém, de um maior ou menor grau, do apoio da opinião pública democrática.

Para que as ONG's sejam organizações de pressão política pede-se, para começar, que as mesmas se organizem com sentido de nítida independência dos poderes políticos e económicos. Em segundo lugar, há que obter um forte apoio da sociedade civil, (de onde lhes vem o apoio e a quem devem dar a conhecer as suas actividades) (...). Em terceiro lugar, há que constituir-se em organizações não tanto de recursos mas de *conhecimentos*.

(...)

Passam por valores universalmente aceites e que provocam socialmente o sistema estabelecido. Parte do que aconteceu em Seattle foi pois um repto ao actual posicionamento das novas Organizações Não Governamentais que, de uma forma ou de outra, podem estar, paralelamente ao desenvolvimento da crise do Estado do bem estar e face ao marasmo da situação política e partidária vigente, a contribuir para uma transformação das sensibilidades sociais com eventual e desejável repercussão na mudança de actuação das opiniões públicas colectivas.”

### ***Proposition (Estados Unidos da América)***

Os Estados Unidos da América orgulham-se bastante do regime democrático vigente no seu país mesmo tendo cada Estado um elevado grau de autonomia (o conjunto de territórios soberanos contribuem entre si para uma força comum). Os EUA foram a primeira nação a implementar um sistema democrático moderno, que se consolidou após a sua vitória na guerra da independência, em que se libertou da monarquia britânica. No entanto, a Constituição deste país mostra-se um pouco ambígua devido ao equilíbrio entre a Maioria dos Estados e a Maioria do Povo. Como República Federal, o sistema eleitoral rege-se pela maioria dos estados, independentemente do número de votos absoluto. É a maioria dos Estados que é importante para a eleição do Presidente deste país.

Nesse novo Estado Federal foi criado um poder central (com poder político e executivo), com dominância em todos os Estados e que se preocupa com um plano nacional e federal. Simultaneamente existe um patamar de poder, cuja natureza visa responder às necessidades locais de cada Estado.

As Proposition, são também uma forma de intervenção da população, formalizada numa sentença declarativa, em que um grupo significativo de cidadãos expressa um ponto de vista, vontade de defender ou destruir alguma ideia ou proposta.



As Proposition devem ser discutíveis e bem argumentadas, pois para serem levadas a sério devem ser bem fundamentadas e serem consistentes em termos dos seus atributos. Devem ainda ser passíveis de provar a verdade, caso vise uma interpelação de outras propostas.

Destacam-se três tipos de Proposition: Proposition de facto (concentração da crença do público quanto à sua verdade ou falsidade); Proposition de valor (o público defende uma declaração de valor, atribuindo um juízo certo ou errado, moralmente bom ou mau); Propostion Política (o público aprova uma política ou compromete-se a uma acção específica).

### ***Petição Pública (ao nível comunitário - Tratado de Lisboa)***

Em 2009, com a aprovação do Tratado de Lisboa, os cidadãos europeus viram um reforço da democracia na União Europeia. No seu artigo 24.º o Tratado de Lisboa evidencia a possibilidade dos cidadãos poderem apresentar assuntos para discussão, à Comissão Europeia, através do desenvolvimento de petições que, ao atingirem 1.000.000 de assinaturas, são obrigatoriamente analisadas por esta instituição.

Qualquer cidadão da União goza do direito de petição ao Parlamento Europeu, nos termos do disposto no artigo 227.º do referido Tratado.

### ***Petição Pública (a nível nacional)***

A nível nacional, a petição é também uma ferramenta que permite aos cidadãos tomarem a iniciativa de proporem à Assembleia da República ou ao Presidente da República, a discussão ou legislação de alguma situação que julguem pertinente para a melhoria da vivência em sociedade.

Mesmo ao nível individual, o cidadão tem o direito de apresentar junto dos órgãos de soberania uma proposta em defesa dos seus interesses. O Código do Procedimento Administrativo, no n.º2, alínea a) do artigo 53.º refere o seguinte:

2- Consideram-se, ainda, dotados de legitimidade para a protecção de interesses difusos:

- a) Os cidadãos a quem a actuação administrativa provoque ou possa previsivelmente provocar prejuízos relevantes em bens fundamentais como a saúde pública, a habitação, a educação, o património cultural, o ambiente, o ordenamento do território e a qualidade de vida;

Desenvolveremos este tema mais adiante, no nosso trabalho.



## Sistema Partidário Português

---

Em Portugal, existem actualmente 18 partidos políticos reconhecidos pelo Tribunal Constitucional e que têm participação activa na vida política do país. No entanto, apenas 6 têm representação na Assembleia da República e são estes 6 que têm poder de voto e poder legislativo.

Entende-se por partido político um grupo organizado formalmente, de direito privado e surge da união voluntária de cidadãos com afinidades ideológicas e políticas, sob uma disciplina própria e que disputa o poder político.

Todos estes partidos seguem ideologias diferentes, sendo normalmente diferenciadas entre ESQUERDA e DIREITA, posicionando-se mais ao CENTRO (quando assimilam ideais do lado contrário) ou no EXTREMO (quando divergem totalmente das políticas do lado contrário).

A dicotomia ESQUERDA / DIREITA, surgiu durante as negociações da Revolução Francesa em 1789, na Câmara Francesa, onde foram chamadas as várias Ordens (povo, nobreza e clero) para se discutirem os princípios constitucionais<sup>38</sup>. A Assembleia dividiu-se em 2 grupos: os que se sentavam à Direita do Presidente da Assembleia Nacional, que defendiam o Rei, e os que se sentavam à esquerda, que defendiam a mudança social e a igualdade. De imediato surge a cultura política base para cada um dos lados, relativamente à capacidade de o Estado e os políticos mudarem o mundo para melhor, dimensionando a necessidade de intervenção do Estado na Economia. Confrontando estas diferenças com as várias correntes económicas, salientamos o conceito “laissez-faire” e a “mão invisível” de Adam Smith que se tornou o suporte para que o mercado produzisse melhores resultados e favorecesse o capitalismo, defendido pelos conservadores e liberais de direita. Por outro lado, os de Esquerda, defendiam Marx e Engels, procurando atingir a igualdade para todos os estratos sociais e essa igualdade era medida nos resultados obtidos, já que os recursos para os atingir eram objecto de desigualdades. Só a intervenção do Estado poderia minimizar essas diferenças. (em 1789 Marx não existia.)

Actualmente, esta bifurcação de ideias está menos heterogénea e existe um consenso maior entre os partidos que operam na sociedade Portuguesa. Enquanto que, anteriormente, eram completamente incompatíveis, hoje são complementares e a intervenção do Estado na economia é defendida por ambos os lados. As suas diferenças acentuam-se mais nas prioridades, pois ambos procuram atingir elevados níveis de bem-estar e uma redução das desigualdades.

No entanto, as características e valores de carácter social continuam a diferenciá-los (aborto, divórcio, casamento homossexual, testamento vital). Assim, é importante reter que as analogias que fazemos às correntes económicas são meramente um ponto de partida para compreender a ideologia dos partidos e que hoje em dia, os partidos não são tão rígidos e defendem outras concepções. Deste modo, não podemos dizer que um partido de Direita exclui a intervenção do Estado da Economia (a teoria de Adam Smith cai por terra, após a 1.ª Guerra Mundial e da crise

---

<sup>38</sup> Existe ainda a ideia de que esta denominação Esquerda / Direita, está associada à posição do coração no corpo humano, sendo a Esquerda o lado que “pensa com o coração” (associação ao conceito de igualdade).



de 29 de Outubro, nos EUA) e que os partidos de Esquerda não adoptem políticas de privatização e de liberdade do mercado económico.

Ao nível económico e de intervenção do Estado como prestador de serviços, os partidos também se encontram divididos. Analisaremos este assunto mais à frente, evidenciando o sector da saúde e a conjuntura política actual, ao nível constitucional.

### ***Esquerda:***

#### Bloco de Esquerda

Foi fundado em 1999 e tem como base ideologias de socialismo democrático e anti-capitalismo. Surgiu da fusão de 3 forças políticas que assentavam em princípios marxistas e trotskistas. Está representado na Assembleia da República com 8 deputados eleitos e é a 5.ª força política do país, liderada por Francisco Louçã.

#### Partido Comunista Português

É o mais antigo partido, ainda em actividade, tendo sido fundado em 1921. Associada aos ideais do comunismo, marxismo-leninismo, teve um papel importante na oposição ao regime ditatorial. Está muito associado aos operários e trabalhadores em geral e aparece também muito ligado aos sindicatos. Actualmente é liderado por Jerónimo de Sousa e está representado por 16 deputados na Assembleia da República.

#### Partido Socialista

Foi o partido que formou o Governo anterior após vitória nas eleições legislativas de 2009, momento em que elegeu 97 representantes na Assembleia da República. A sua principal ideologia é a social-democracia e enquadra-se na posição centro-esquerda. Neste momento, o número de deputados com representação na Assembleia da República é de 74.

### ***Direita:***

#### Partido Social-Democrata

Foi fundado em 1974 e é actualmente o partido do Governo, presidido por Pedro Passos Coelho. Nas eleições legislativas de 2011 elegeu 108 deputados. Baseia-se em ideais de Liberalismo e Social-Democracia. Apesar de se posicionar à Direita (centro), tem carácter laico.

#### Centro Democrático Social – Partido Popular

É um partido cuja fundação também tem origem em 1974, e assenta em princípios de Democracia-Cristã e de Conservadorismo. Nas últimas legislativas elegeu 24 deputados para a Assembleia da República e é presidido por Paulo Portas, sendo a 3.ª força política do momento. Desde 1974 até a actualidade, tem participado em algumas coligações para formação de Governos sendo o caso do Governo actual.



## Análise dos Programas Eleitorais – Legislativas 2011

---

Com base na introdução dada relativamente ao Sistema Partidário Português, vamos agora aprofundar o estudo da relação de cada partido com a área da Saúde. Sendo assim, analisando a perspectiva de todos os partidos e a sua posição relativamente às políticas de saúde, decidimos recorrer aos vários programas políticos dos 5 principais partidos e evidenciar qual o seu posicionamento e respectivas propostas políticas (programas políticos relativos às últimas Legislativas – 2011).

Iremos assim, apresentar uma breve síntese de cada um dos partidos, a fim de destacar as principais diferenças e os argumentos de confronto para com os restantes partidos.

### **CDS**

O CDS-PP destaca a necessidade de combater o desperdício e racionalizar os recursos alocados ao sector da saúde. De entre várias críticas à última governação, propõem algumas medidas para melhorar o Serviço Nacional de Saúde:

- ✓ Garantir cuidados de saúde primários 24h/dia para pequenos incidentes e libertar as urgências para os casos que justifiquem a sua utilização;
- ✓ Promover um efectivo funcionamento da central de compras;
- ✓ Desenvolvimento de mecanismos de avaliação clínica e económica de todas as tecnologias de saúde e de medicamentos;
- ✓ Desenvolvimento de novas práticas de gestão e instituir padrões através do *benchmarking*;
- ✓ Investir na prestação de cuidados em regime de ambulatório;
- ✓ Desenvolver a circulação da informação clínica por via electrónica;
- ✓ Disponibilizar para cada utente o custo com a prestação do seu serviço ao mesmo;
- ✓ Prescrição de medicamentos por Denominação Comum Internacional (DCI) e por unidose;
- ✓ Serviços e profissionais direccionados para o utente numa lógica multi e interdisciplinar.
- ✓ Combate às doenças oncológicas, doenças crónicas e doenças raras;
- ✓ Criação de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos;
- ✓ Formar equipas especializadas em medicina geral e aumentar uma política de rastreios sistemáticos;
- ✓ Investir na Qualidade dos serviços prestados;





## **PS**

O Partido Socialista destaca os ganhos em saúde conseguidos nestes mais de 30 anos do SNS e garante uma aposta contínua nestes organismos, promovendo a sua reorganização, requalificação e o financiamento maioritário por parte do Orçamento de Estado.



Dá especial destaque a promoção e educação para a saúde e uma prioridade à luta contra a obesidade e ao estímulo da actividade física.

Pretende ainda desenvolver algumas iniciativas preventivas relativamente ao consumo de tabaco, álcool, drogas ilícitas e comportamentos de risco para doenças infecciosas.

À semelhança dos restantes partidos políticos, defende a continuação do investimento em cuidados de saúde primários e de novas unidades funcionais nos Centros de Saúde. Pretende assim um acesso generalizado a médicos de família.

Nos Hospitais, é objectivo a complementaridade das diversas valências e a optimização do funcionamento da rede.

Destaca a necessidade de combater as doenças mais prevalentes, principalmente as doenças cardiovasculares, as patologias oncológicas, a diabetes, perturbações de saúde mental, entre outras doenças.

O Partido Socialista propõe ainda continuar com as contratualizações, autonomia e responsabilização, como tem vindo a ser feito até ao momento. A contratualização externa, principalmente com o sector social.

Como os restantes partidos, dá também ênfase à introdução de novas tecnologias, a formação de profissionais de saúde nas áreas mais carenciadas, a prescrição por DCI e impulsionamento dos genéricos.

## **PSD**

O PSD inicia o seu destaque para a saúde tecendo algumas críticas à sustentabilidade financeira do SNS e do descontrolo dos gastos públicos neste sector, bem como da iniquidade da distribuição dos recursos e de acesso aos serviços. Censura ainda a articulação dos diversos serviços e a inexistência de responsabilização dos resultados. Defende algumas medidas como:





- ✓ Reorganizar a rede hospitalar, desenvolvendo uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação;
- ✓ Intensificar programas integrados de promoção da saúde e de prevenção da doença;
- ✓ Combate as principais patologias (SIDA, diabetes, obesidade);
- ✓ Desenvolver programas de gestão de doenças crónicas no sentido de melhorar a qualidade de vida aos cidadãos;
- ✓ Promover uma melhor articulação entre os sectores público, privado e social;
- ✓ Gerir a saúde dos cidadãos e os fundos disponíveis através de uma contratualização/pagamento de serviços aos prestadores que garanta uma correcta intermediação entre a oferta e a procura dos serviços e produtos de saúde;
- ✓ Eliminar sobreposições na responsabilidade da prestação de cuidados, nomeadamente cuidados primários e cuidados hospitalares;
- ✓ Reforçar a capacidade de controlo da facturação;
- ✓ Criar um organismo responsável pela gestão da rede hospitalar pública que centralize a responsabilidade pelo desempenho da gestão dos Hospitais Públicos;
- ✓ Sensibilizar o utente através da entrega de uma factura com informação do total de custos prestados;
- ✓ Prescrição por denominação comum internacional (DCI);
- ✓ Aumentar o consumo de medicamentos genéricos;
- ✓ Efectivar a desmaterialização da receita médica;

Sabe-se ainda que defende o conceito do “opting-out” para o financiamento da saúde, conceito apoiado também pelo CDS-PP.

### ***Bloco de Esquerda***

Nas legislativas de 2011, o Bloco de Esquerda apresentou um Programa Eleitoral muito sintético, com ênfase nos problemas económicos e financeiros do país, não destacando portanto cada uma das principais áreas de intervenção do Governo. Vamos por isso centrar-nos nas propostas das legislativas de 2009, cujas propostas enunciadas devem manter-se actuais.

Em 2009, o BE apresenta fortes críticas à actuação do Governo nos últimos anos, no que respeita à gestão e organização do Sistema de Saúde Português. Salaria a intervenção de interesses particulares e os resultados financeiros como medida de actuação. Concorda com o financiamento do SNS através do OE, assim como o PS, embora







pretenda a abolição total das taxas moderadoras e a impossibilidade de dedução nos escalões mais altos de IRS.

Destaca-se ainda:

- ✓ A criação de programas de formação a fim de eliminar financiamentos indirectos por parte da indústria farmacêutica, com vista a interesses dos privados;
- ✓ Proibir donativos ou financiamentos directos por parte da indústria farmacêutica a profissionais do SNS;
- ✓ Negociação de incentivos à deslocalização para áreas mais carentes e criação de um sistema de carreiras, em regime de exclusividade ao SNS;
- ✓ Aumentar o número de vagas no Ensino Superior, de modo a garantir a formação de 2000 médicos por ano;
- ✓ Garantir vagas no internato a estudantes de medicina (portugueses), no estrangeiro;
- ✓ A proibição da prática de medicina privada nos hospitais e centros de saúde do SNS;
- ✓ Eliminação das Parcerias Público-Privadas;
- ✓ Da criação de uma Central de Compras do Ministério da Saúde, de modo a garantir baixos preços na sua aquisição, na compra a grandes quantidades;
- ✓ A obrigatoriedade de referência exclusiva, na prescrição de medicamentos, tanto no público, como no privado;
- ✓ A criação do fornecimento em uni-dose.

### ***Partido Comunista Português***

À semelhança do BE, o PCP não destaca objectivos para a área da saúde no seu programa eleitoral para 2011. Sendo assim, faremos o mesmo que na análise anterior e centrar-nos-emos no programa eleitoral de 2009.

O PCP ataca também as políticas de governação até ao momento e do benefício para os grandes grupos económicos, em detrimento do SNS. Destaca a importância do serviço público e da igualdade e universalidade no acesso.

Sugerem o alargamento da capacidade de prestação de serviços, nomeadamente:

- ✓ Aos cuidados de medicina dentária;
- ✓ À avaliação das perturbações de visão e audição com dispensa comparticipada de próteses sempre que necessário;





- ✓ Ao desenvolvimento de um programa de saúde mental, dotado de adequadas medidas de prevenção, tratamento e reinserção;
- ✓ Reabilitação médico-funcional e reabilitação psico-social;
- ✓ Um programa articulado de prevenção de doenças cardiovasculares, oncológicas e músculo-esqueléticas através da eliminação dos factores de risco;
- ✓ O PCP, juntamente com o BE, defende o fim das Parcerias Público Privadas (PPP) e diverge da ideia dos Hospitais EPE, defendendo a sua reintegração no Sistema Público Administrativo, pois considera existir uma gestão economicista nos Hospitais EPE.
- ✓ No que respeita aos medicamentos, o PCP pretende uma alteração completa da estrutura da política de fornecimento, sendo as suas principais sugestões: a criação de um Laboratório Nacional do Medicamento, sob produção nacional; assim como o BE, pretende também a prescrição por DCI; a revogação do Decreto-Lei que estabelece preços de referência no sector; a abertura de farmácias públicas nos hospitais e nos centros de saúde de maior dimensão; a comparticipação de 100% nos medicamentos para doenças crónicas; rever o Formulário Nacional do Medicamento e criar o Formulário Nacional de Medicamento de Ambulatório;

Analisando as diversas propostas dos partidos, podemos ver que ao nível da saúde, há muitos consensos e objectivos comuns tanto nos partidos de esquerda como nos partidos de direita. É o caso dos cuidados continuados e da DCI para os medicamentos. As suas principais divergências centram-se no financiamento e na gratuidade dos serviços, assim como na estrutura da organização hospitalar e modelos de gestão, onde discordam quanto aos sujeitos prestadores de cuidados.



## Participação do cidadão na Agenda Política – Meta-análise

---

A **meta-análise** (do grego μετα, "depois de/além", e ανάλυση, "análise") é um tipo de análise de dados, em que os resultados de vários estudos - sem que necessariamente algum deles tenha encontrado algo de significância estatística - são agrupados e analisados como se fossem o resultado de um único grande estudo.

A meta-análise teve a sua origem no século XVII, na astronomia, onde se estabeleceu que a combinação dos dados de diferentes estudos poderia ser mais apropriada que a observação de alguns trabalhos. No século XX, o estatístico Karl Pearson foi provavelmente o primeiro investigador a usar técnicas formais para combinar dados de diferentes estudos. Actualmente, a meta-análise é uma ferramenta amplamente aceite e utilizada em várias áreas do conhecimento, como pesquisa de ciências sociais, educação, medicina etc.

Este método não constitui uma técnica específica de decomposição de dados, mas sim um paradigma a partir do qual o pesquisador adopta um novo enfoque ao reunir resultados e conclusões alheias. Desta forma são apresentadas as fontes de dados sobre as quais a meta-análise se fundamentou. Esses dados são geralmente provenientes de trabalhos publicados, mas podem ser obtidos de registos de diversas instituições, ou serem uma mistura desses dois tipos com dados novos, colectados pelo próprio executor da meta-análise. Apresenta como vantagens a produção de informação sob diversos pontos de vista, convergentes ou não, para determinado tema.



## Em que medida o cidadão influencia a decisão política?

---

Conhecendo a democracia e os seus valores sociais estamos em condições de iniciar a meta-análise acerca da participação do cidadão na agenda política.

Serão apresentados os pontos de vista mais proeminentes, de vários autores que perspectivam a temática sob diversos prismas. A questão actual mais discutida prende-se à difusão das TIC's e sua relação com as formas de participação electrónica do cidadão. Contudo, esta meta-análise não recai, exclusivamente, sobre a utilização de recursos electrónicos para a participação eleitoral. Tal como a democracia não se esgota com o direito de voto, a democracia electrónica também não se limita ao voto electrónico.

**Liszt Vieira em, “Cidadania e sociedade civil no espaço público democrático”** defende que o liberalismo contribuiu de forma significativa para a formulação da ideia de uma cidadania universal, assente na concepção de que todos os indivíduos nascem livres e iguais.

Porém, o autor defende que liberalismo reduziu a cidadania a um mero *status* legal, estabelecendo os direitos que os indivíduos possuem contra o Estado. É indiferente a forma do exercício desses direitos, desde que os indivíduos não violem a lei ou interfiram no direito dos outros. A cooperação social visa apenas facilitar a obtenção da prosperidade individual. Ideias como consciência pública, actividade cívica e participação política numa comunidade de iguais são estranhas ao pensamento liberal.

A visão republicana cívica, por outro lado, enfatiza o valor da participação política e atribui papel central à inserção do indivíduo numa comunidade política. O problema é como conceber comunidade política de forma compatível com a democracia moderna e com o pluralismo. Ou seja, como conciliar a liberdade dos antigos com a liberdade dos modernos.

Para os liberais, trata-se de objectivos incompatíveis, pois o “bem comum” só pode ter implicações totalitárias. Para estes, a participação política activa é incompatível com a ideia moderna de liberdade. A liberdade individual só pode ser compreendida de forma negativa, como ausência de coerção.

Diversos autores, entretanto, mostram que não há necessariamente incompatibilidade entre a concepção republicana clássica de cidadania e a democracia moderna. É possível conceber a liberdade que, embora negativa - e portanto moderna - inclua a participação política e a virtude cívica. A liberdade individual somente pode ser garantida numa comunidade cujos membros participam activamente no governo, como cidadãos de um estado livre. Além disso, o ponto de vista da visão republicana tem uma razão mais geral: política é uma profissão; a não ser que os políticos sejam



peças de excepcional altruísmo, eles sofrerão sempre a tentação de tomar decisões de acordo com seus próprios interesses e dos grupos de pressão poderosos, em vez de levarem em conta os interesses da comunidade mais ampla. Eis porque o argumento republicano transmite uma suscitação que não podemos ignorar: se não actuarmos para impedir este tipo de corrupção política, dando prioridade às nossas obrigações cívicas em relação aos nossos direitos individuais, não devemos surpreender-nos se encontrarmos os nossos direitos individuais assolapados.

A prática da cidadania depende então, da conjugação da esfera pública onde indivíduos podem agir colectivamente e se empenhar em resoluções comuns sobre todos os assuntos que afectam a comunidade política.

O primeiro elo comum das várias formas de participação diz respeito à capacidade de os cidadãos se envolverem no processo de tomada de decisões que afectam a comunidade. Mais precisamente, as diferentes formas de participação partilham um objectivo último: influenciar o sistema político, originando *inputs* que pretendem condicionar os seus *outputs* – as decisões políticas finais. A sua capacidade de influência sobre o sistema é, no entanto, muito variável.

A capacidade que as diferentes formas de participação revelam de influenciar as decisões políticas é, por este motivo, considerada como um critério essencial para a sua caracterização.

Um dos argumentos frequentemente introduzidos na discussão sobre a democracia electrónica consiste no facto de a participação se encontrar em declínio nas democracias contemporâneas. Existe uma tendência de decréscimo generalizado da participação dos cidadãos, nas últimas décadas, através das formas clássicas, como a participação eleitoral, a militância partidária ou a participação em sindicatos ou associações.

Esta tendência é, por vezes, invocada para justificar a falta de necessidade de uma reflexão sobre a democracia electrónica e, mais especificamente, sobre a participação dos cidadãos através de meios electrónicos. Se a participação política dos cidadãos é cada vez mais reduzida, se tem cada vez menos expressão nas nossas sociedades, tornar-se-á também, de acordo com este argumento, cada vez menos relevante reflectir sobre os canais de participação electrónica. *Se os cidadãos votam cada vez menos, se têm um descontentamento crescente pela vida política, que sentido fará investir em formas de participação electrónica? Não será um investimento sem sentido, votado ao fracasso?* – Questiona a Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade da Informação.

A existência de democracia depende, contudo, da verificação de outros pressupostos, para além da participação. A transparência na tomada de decisões, independentemente da influência que os cidadãos tenham sobre a decisão final, a possibilidade de acompanhar o processo e identificar o contributo dos seus diversos intervenientes, podendo reconstituir o seu percurso e a capacidade de os



responsabilizar pelas suas posições devem ser, também, considerados como elementos relevantes para o funcionamento do sistema democrático. A participação não constitui por si só, um pressuposto suficiente para a verificação da existência de democracia. A expectativa, por parte dos cidadãos, de aceder à participação na tomada de decisões políticas deve assentar, também ela, num conjunto de pressupostos. Isto é, a participação não é apenas um direito da democracia: ela comporta, de igual forma, deveres.

Para compreender a responsabilidade que daí advém, é importante identificar com precisão os contextos em que se enquadra. “Não é o mesmo falar da responsabilidade que uma pessoa tem na vida familiar, ou da responsabilidade inerente a um estudante no contexto escolar, ou da responsabilidade que um cidadão de um determinado Estado de direito democrático tem perante os seus concidadãos, ou ainda, da responsabilidade que todos temos enquanto cidadãos do mundo.” Neste sentido, a acção responsável é uma exigência da condição de cidadania para que se promova o bem comum.

Do ponto de vista da máquina do governo, o dossier da Democracia Electrónica, intitulado: “Cidadania e Governo na Sociedade da Informação” e elaborado pelo Observatório da Sociedade da Informação e do Conhecimento, inserido na Unidade de Missão, Inovação e Conhecimento (UMIC), mostra o que de melhor se tem feito para aproximar a relação entre governantes e governados, através das novas tecnologias de informação. O enquadramento inicial é feito apelando aos direitos de cidadania. Mais do que um direito, o exercício responsável da cidadania é uma exigência das sociedades democráticas actuais, pois se “a raiz etimológica do termo responsabilidade remete para o termo responder, os governantes têm que ser capazes de dar resposta”, de dar um contributo para a construção da sociedade.

Segundo o autor esta responsabilidade assume assim duas vertentes: por um lado, a responsabilidade individual que cada um assume ou lhe é conferida por outros, mediante atitudes, intenções ou comportamentos identificados e, por outro lado, a responsabilidade partilhada ou colectiva que decorre do enraizamento do indivíduo numa comunidade. Ao nível individual, na responsabilidade pela própria integridade da pessoa, pelo modo correcto de concretizar os seus objectivos e responder pelas suas acções. Ao nível colectivo, a responsabilidade partilhada é possível através da acção concertada das pessoas que compõem a sociedade.

Observe-se agora, o ponto de vista da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, (OCDE) acerca da participação dos cidadãos com o sector do governo.

Este tipo de participação é vista como *“uma relação baseada numa parceria com o governo, na qual os cidadãos se envolvem activamente na definição e conteúdo das políticas públicas”*.



Esta forma de envolvimento pretende ser uma nova fronteira nas relações entre governo e cidadãos para todos os países da OCDE, que tem exigências de comportamento do governo, mas que requer também uma aceitação por parte dos cidadãos de um nível elevado de responsabilidade pelo seu papel, implicados nos direitos de participação.

O problema das perdas de legitimidade do Estado, de confiança e interesse dos cidadãos é colocado com frequência, o que se reflecte no facto de ser foco constante de interesse dos *media*, da esfera universitária e do universo político.

Este assunto tem gerado ampla discussão no qual é muitas vezes questionado o modelo democrático no seu formato actual, sendo mais intenso sobretudo nos períodos que antecedem eleições ou imediatamente subsequentes. Igualmente comuns são os estudos, fóruns de discussão e debates, da responsabilidade de organizações mundiais, europeias, a nível nacional e dos *media*, sobre a eficiência da administração do Estado, sendo que alguns são organizados pelas próprias Administrações Públicas (AP). Apesar destas iniciativas, particularmente aquelas a cargo de organismos públicos ou instâncias governativas, procurarem em larga medida enfatizar uma tónica positiva, apresentando soluções que começam a ser utilizadas ou passíveis de o ser, o funcionamento dos organismos do Estado é amplamente descrito como sofrendo graves problemas.

Um dos factores que contribui para essa noção consiste na complexidade acrescida da tomada de decisão dos governos, que ocorre a vários níveis – desde o internacional ao local – e com a intervenção de inúmeros actores, aumentando deste modo o nível de informação e das competências necessárias para a sua interpretação. Perante tal complexidade e dada a sensação de perda de influência sobre as decisões de políticas locais e nacionais, os cidadãos consideram existir uma perda do carácter democrático no modo de operação das entidades governativas – o chamado défice democrático – e vêem a sua participação como menos relevante.

A questão das relações entre os governos e os cidadãos tem-se tornado alvo de interesse crescente. Este aspecto está patente em publicações como *Citizens as Partners: Information, Consultation and Participation in Policy Making* (2001) e *Promise and Problems of E-Democracy. Challenges of Online Citizen Engagement* (2004), documentos da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), que apresentam alguns estudos e diversas acções governamentais neste campo. Em *Citizens as Partners* é realçada a forma como os cidadãos e as organizações da sociedade civil têm adquirido maior protagonismo em termos de intervenção, protesto e adopção de novas ferramentas para promover as suas ideias, não só a nível nacional, mas também com vista a influenciar a elaboração de políticas internacionais.

No entanto, afirma-se que isto representa “apenas a ponta do icebergue na esfera mais alargada das relações governo-cidadãos” (OCDE, 2001: 20), referindo ainda o papel cada vez mais importante dos cidadãos no fornecimento de contributos para a



tomada de decisões, modelação de políticas para o futuro e prestação de serviços-chave. Com o amadurecimento deste modo de relacionamento, é dito que existe um reconhecimento cada vez maior dos governos da sua dependência da contribuição activa dos cidadãos para a tomada de melhores decisões e para atingir os objectivos das políticas.

O envolvimento dos cidadãos surge assim como um modo de reagir às perturbações e pressões contemporâneas. Este investimento nas relações governo/cidadãos conduziria a maior transparência na elaboração de políticas através de escrutínio e supervisão públicas, resultando numa legitimidade acrescida dos processos de tomada de decisão. Argumenta-se, assim, que *“os governos têm cada vez mais a convicção de que a eficácia e sucesso das políticas dependem da compreensão e do apoio dos cidadãos, independentemente da qualidade das mesmas.”* Quando os cidadãos não estão envolvidos no processo de elaboração de políticas e vêem o seu papel restringido aos actos eleitorais, a sua relação é tão fraca com a democracia que esta *“se torna simbólica em vez de participativa”*.

Através de que vias podem então os cidadãos ser envolvidos na prática? Nos documentos da OCDE são distinguidas três formas práticas de envolvimento dos cidadãos: a **informação**, a **consulta** e a **participação activa** dos cidadãos na elaboração de políticas, que pressupõem uma escala de intensidade crescente. Apesar destes três tipos de interacção governo/cidadão serem tratados como categorias analíticas distintas nestes documentos, é afirmado que eles fazem parte de um contínuo e podem ser encontrados de forma combinada.

- ✓ A **informação** é definida como uma relação de um sentido e engloba tanto o acesso “passivo” a ela, quando solicitada pelos cidadãos, quanto medidas “activas” do governo ao disseminar informação aos cidadãos.

Dada a diversidade do público potencial, pretende-se, sempre que possível, que o **conteúdo seja claro e simples com vista a ser compreensível por todos**, e não apenas pelos versados no jargão da administração pública e na terminologia legal. Para que a informação seja compreendida por toda a população, em vários países existe a obrigação de a publicar em todas as línguas oficiais, sendo que alguns governos fornecem informação nos idiomas de minorias étnicas importantes mesmo na ausência de requisitos legais.

- ✓ A **consulta**, na sua definição, possui já um grau maior de intervenção dos cidadãos, na medida em que é descrita como sendo uma relação de dois sentidos na qual os cidadãos fornecem *feedback* ao governo. Ainda assim, o centro do processo encontra-se no governo, uma vez que este estabelece previamente o tema da consulta, determina as perguntas a serem feitas e





gere a acção. Aos cidadãos é reservado o papel de indivíduos convidados a contribuir com as suas visões.

- ✓ A **participação activa** consolida a ideia de parceria com o governo, visto que pressupõe um envolvimento activo dos cidadãos na definição do processo e conteúdo da elaboração de políticas. Os cidadãos são assim vistos como iguais no estabelecimento da agenda, na proposta de opções de políticas e na modelação do diálogo político, o que subentende o reconhecimento pelos governos das capacidades dos cidadãos de discutir e gerar políticas de forma independente.

Esperam-se algumas garantias dos governos tanto em relação à informação, como à consulta e participação. Em relação à primeira, é expectável que esta seja **completa, objectiva, confiável, relevante, fácil de encontrar e compreender**. Quanto à segunda, que tenha objectivos claros e regras que definam os limites da solicitação e a obrigação do governo de responder pelo seu uso dos contributos dos cidadãos.

Por fim, em relação à participação espera-se que sejam dados tempo e flexibilidade suficientes para permitir a emergência de novas ideias e propostas dos cidadãos, bem como que existam mecanismos para a sua integração nos processos de elaboração de políticas dos governos.

O aumento das possibilidades de interacção directa está intimamente relacionado com um aumento correspondente de expectativas e prevê-se que tenham que ser revistos limites, regras e procedimentos.

Nos processos de consulta e participação, é necessário saber que papéis desempenham os protagonistas do lado do governo e qual o seu âmbito. Dos funcionários públicos parece esperar-se uma acção mais restrita, devendo estar bem claras quais as suas fronteiras. Em relação aos representantes eleitos a expectativa é de uma participação mais livre, na qual dizem o que pensam sem constrangimentos.

Porém, em inquéritos realizados no âmbito de experiências neste campo, estes afirmam não ver qualquer benefício directo para si ou para os cidadãos, queixando-se, por oposição, da exigência dessa participação, particularmente em termos de tempo.

A forma de envolvimento mais completa, a participação, implica uma ampliação do papel do cidadão que visa criar a oportunidade para o máximo contributo dos cidadãos. Logo, entende-se que estes apenas seriam capazes de exprimir os seus verdadeiros pensamentos se pudessem fazer escolhas mais alargadas e não a partir de opções pré-formatadas. Nestes documentos, a participação activa *“representa uma nova fronteira nas relações governo/cidadãos para todos os países da OCDE”*, que tem exigências de comportamento do governo, mas que requer também uma aceitação por parte dos cidadãos de um nível elevado de responsabilidade pelo seu papel, implicados nos direitos de participação. Se compararmos com a perspectiva



de outras organizações internacionais, verificamos que também a Organização das Nações Unidas (ONU) enfatiza este aspecto ao afirmar que a *“e-participação é a soma total tanto dos programas governamentais para encorajar a participação do cidadão como a disposição do cidadão para o fazer. Engloba tanto o lado da procura como o lado da oferta.”*

Argumenta-se assim, que *“a reinvenção da democracia na Sociedade da Informação ancora-se seguramente no desenvolvimento de novos instrumentos tecnológicos ao serviço da participação política dos cidadãos”*, sendo notada uma preocupação com os aspectos da exclusão. O próprio Plano Tecnológico, inclui uma medida designada por *“Democracia electrónica”*, com o objectivo de estimular a participação democrática dos cidadãos através da utilização das TIC (difusão da informação, procura de informação e participação no processo de decisão). Nas suas actividades e passos seguintes, mesmo mencionando formas de participação mais completas, existe um privilégio do tema do **voto electrónico**. O principal interesse em considerar um projecto de voto electrónico em Portugal seria a sua possível contribuição para permitir a votação de cidadãos que se encontrem longe do local da sua mesa de voto no Dia das Eleições, o chamado *“voto em mobilidade”*. Na verdade, uma possível facilitação da contagem de votos por meios electrónicos tem pouco interesse em Portugal, já que a contagem dos votos tradicionais em papel termina em geral menos de 6 horas após encerradas as urnas, e a introdução generalizada de votação electrónica tem elevados custos, envolve uma organização logística complexa e levanta problemas de segurança informática e de garantia de secretismo do voto. A possível contribuição das TIC's para o *“voto em mobilidade”* no país resulta essencialmente de permitir a sintonia do *“voto em mobilidade”* com os votos tradicionais, no próprio Dia das Eleições.

Os sítios ligados ao governo e Administração Pública revelam, que têm havido esforços para criar mecanismos de participação dos cidadãos, mesmo que não explicitados em políticas governativas abrangentes. Em Julho de 2003, a Assembleia da República criou uma *“zona reservada à página pessoal ou ‘weblog’ de cada deputado para difusão electrónica de informação relativa ao exercício do seu mandato na Assembleia da República e respectivo círculo e mais fácil interacção com os eleitores, cuja gestão será da sua exclusiva responsabilidade em articulação com os serviços”* (Deliberação nº 10/IX, Alínea 2 do Artigo 3). O primeiro blogue foi o do então deputado José Magalhães, *“República Digital – Cenas da vida parlamentar”*, uma presença assídua na discussão dos assuntos ligados à Sociedade da Informação.

Num espaço que pretendia cativar deputados e cidadãos, actualmente podem ser encontradas oito ligações a blogues em <http://blogs.parlamento.pt/>.

Infelizmente, apenas cinco possuem conteúdo e um deles não é actualizado desde Fevereiro de 2007. Na realidade, o *“Espaço Cidadão”* da Assembleia República, apesar de apresentar diferentes ferramentas e visar o fomento do exercício da



cidadania e a partilha de conhecimento apelando à participação dos “cidadãos”, tem tido pouco sucesso na prossecução deste objectivo, dado revelar uma muito baixa utilização.

É inevitável notar que, a intervenção das instituições políticas (tanto Estatais como partidárias) na configuração da emergente democracia electrónica não parece encontrar-se orientada para o alargamento da participação pública. Tal não significa a inexistência de iniciativas de democracia electrónica.

Uma das principais preocupações é a **inclusão**, pois se a participação electrónica for “cega” e não levar em conta as especificidades das minorias, os interesses destas podem ser emudecidos pela participação em número da maioria.

Deste modo, uma democracia mais participativa não implica que a participação que nela ocorra seja representativa e, conseqüentemente, que tenha em conta todos os interesses da sociedade. Por outro lado, uma forte presença de posições extremadas pode levar ao afastamento dos participantes mais moderados que tendem a não se rever na discussão pública, não só pela forma impetuosa da argumentação, mas também pelos próprios temas.

Segundo José Joaquim Gomes Canotilho, jurista e professor catedrático da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, “A Constituição não tem capacidade suficiente, só por si, para fazer transformações sociais, independentemente do suporte de outros poderes como o Legislativo, o Executivo e o Judicial, do próprio governo e das próprias normas. E, sendo assim, não é só por se acreditar que a Constituição existe, que o nosso mundo já tem transformações sociais.”

Relativamente à participação do cidadão nas decisões governativas, o mesmo autor afirma ainda que “os mecanismos para uma efectiva participação dos cidadãos na construção de uma nova sociedade, não terão plena eficácia se as pessoas que participam do processo não têm acesso às informações pertinentes aos interesses da colectividade. É de suma importância que seja garantido o direito à informação para que haja possibilidade de intervenção, pelos cidadãos, na administração pública, sendo em maior escala no âmbito municipal. E acrescenta, “certos direitos fundamentais adquiriam maior consistência se os próprios cidadãos participassem nas estruturas de decisão”. Para o autor a noção de democracia participativa é entendida como “a formação da vontade política de ‘baixo para cima’, num processo de estrutura de decisões com a participação de todos os cidadãos”.

Canotilho diz que esse acesso à informação, “aponta para um direito de acesso aos arquivos e registos públicos para a defesa de direitos individuais, mas também para um direito de saber o que se passa no âmbito dos esquemas político-burocráticos, possibilitando ao cidadão o acesso a dossiers, relatórios, actas, estudos, estatísticas, directivas, instruções, circulares e notas.”



Para Canotilho não pode haver democracia participativa se aqueles que devem participar não têm as informações necessárias para fazê-la: “A questão da democracia não pode ser posta apenas em termos de representatividade. Não há dúvida que em Estados como os modernos não há lugar para a prescindibilidade da representação política. Os Estados modernos, quando democráticos, reclamam pela técnica da representação popular. A nação, detentora da vontade geral, fala pela voz de seus representantes eleitos. Mas a cidadania não se resume na possibilidade de manifestar-se, periodicamente, por meio de eleições para o legislativo e para o executivo. A cidadania vem exigindo a reformulação do conceito de democracia, radicalizando até uma tendência que vem de longa data. Tendência endereçada à adopção de técnicas directas de participação democrática. Vivemos, hoje, um momento em que se procura somar a técnica necessária da democracia representativa com as vantagens oferecidas pela democracia directa.”

Para Galvão, a participação popular na administração do Estado é elementar para o fortalecimento e manutenção de um sistema democrático. Isto é, a verdadeira democracia seria permitir que todos os membros de uma sociedade possam ser legitimamente representados. “A democracia para ser efectivamente um governo do povo, pelo povo e para o povo que dele emana, deve ser uma concepção política de organização social que, contemplando o maior número possível de pessoas, aqui sim, cidadãos, contribuam para mudanças sociais profundas e universais, no sentido de abranger ganhos culturais, económicos, ideológicos e políticos. Só conseguiremos isto no momento em que o maior número de cidadãos tiver acesso aos mecanismos de poder que, dizem os teóricos, emanam deles mesmos, e lhes deveriam servir para viver melhor e não para mantê-los em contínuo processo de exploração, sob uma capa ilusoriamente democrática.”

Singular é o ponto de vista do autor a seguir apresentado no artigo: “Participação pública e comunicação política no espaço democrático municipal” José Alfredo Jacinto defende que a participação dos cidadãos na política é conseguida a um melhor nível, se a base de incentivo começar nas comunidades locais, como Câmaras e Juntas de Freguesia.

“Numa época marcada pelo distanciamento dos cidadãos nas actividades de participação política, sendo a abstenção eleitoral a mais significativa, surgem novos desafios para as instituições tradicionais de democracia representativa que passam pela criação de interacções permanentes entre o governo e os cidadãos, através da introdução de práticas participativas. Ao constituírem a exigência dum governo mais próximo dos cidadãos, as autarquias locais são espaços privilegiados para a implementação, em maior quantidade, e com resultados positivos, de inovações políticas que favoreçam a participação das populações.” Começa a ser mais frequente a incorporação e a participação real dos cidadãos na vida política local, através da criação ou do reforço de mecanismos que estimulem a interacção entre os eleitos



locais e a população, com a comunicação pública a assumir um papel preponderante nesse sentido, sem soluções rígidas, mas adaptadas às idiossincrasias de cada lugar. Esta nova realidade desafia, assim, as formas tradicionais de interação e de comunicação entre o poder público e a sociedade, originando novos espaços de debate, com uma dimensão e importância nunca antes verificadas.

O autor assume que estas comunidades têm maior capacidade para se mobilizar e actuar concertadamente sobre problemas ou interesses de carácter colectivo. Porque na verdade, como esta participação não é uma prática comum em todas as sociedades, poderá ser esta a forma de aproximar e despoletar o interesse dos cidadãos em algo que lhes diga respeito e reconheçam que influencie as suas vidas: “identificando-se as comunidades locais como grupos complexos onde as realidades políticas, económica, social e culturais, se cruzam e estabelecem relações de interdependência, a participação pode desta maneira, ser entendida como o envolvimento das populações ou dos segmentos/estratos da população para a resolução de problemas próprios.”

A vida pública dos cidadãos relaciona-se com as estruturas políticas que enquadram a vida em sociedade, de forma mais próxima, ao nível do Poder Local. O Poder Local é exercido autonomamente pelas Autarquias que são compostas por Freguesias, Municípios.

As freguesias, são territórios cujos órgãos administrativos são a Assembleia de Freguesia e a Junta de Freguesia. Os Municípios são constituídos pela Assembleia Municipal e pela Câmara Municipal. A Constituição da República Portuguesa prevê ainda a existência de Regiões Administrativas mediante a eventual criação de uma lei que divida o país em regiões, configurando, nesse caso, como órgãos, uma Assembleia Regional e uma Junta Regional.

Uma vez que a acção destes órgãos abrange todo o território nacional, a vida pública dos cidadãos está enquadrada nestas estruturas de poder.

Como a própria palavra indica, ser freguês é pertencer a uma determinada freguesia, no entanto, o termo também é utilizado para identificar aquele que tem por hábito frequentar um determinado local ou estabelecimento, neste sentido, podemos afirmar que a freguesia é o local habitual em que o indivíduo estabelece a sua relação mais próxima com a administração pública. A Freguesia é historicamente e em primeiro lugar, uma associação de um conjunto pequeno de famílias com o objectivo da satisfação de necessidades comuns que individualmente não conseguiriam alcançar. Neste sentido e desde sempre, todos somos fregueses.

Numa sociedade democrática, quanto mais fortes forem os laços comunitários que se estabelecem, em primeiro lugar, ao nível das freguesias, mais forte será a coesão nacional em torno de uma herança comum e de um propósito de realização futuro. É por isso importante estar informado sobre os problemas que directamente afectam as comunidades onde residimos e onde trabalhamos.



O autor defende que a democratização do planeamento significa para a Administração, nomeadamente para as autarquias locais, a promoção activa da participação dos cidadãos no processo da elaboração dos planos. A participação é entendida como muito mais importante do que a mera publicitação da existência de acções tendo em vista a elaboração e aprovação de um plano, pois permite aos cidadãos, antes de a Administração tomar a decisão final, pronunciarem-se sobre a conveniência, a oportunidade, a razoabilidade e a legitimidade do plano que se pretende aprovar apresentando outras soluções para além do que é proposto pela Administração.

**J. Arriscado Nunes**, destaca que desde a década de 80, vão surgindo em diferentes países, experiências de participação pública. O autor agrupa-os em sete grandes categorias:

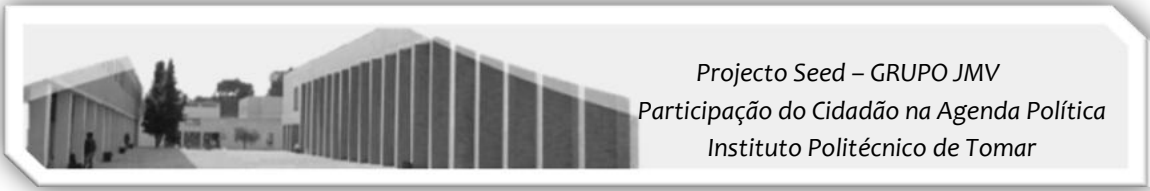
1. Consulta pública;
2. Debate público;
3. Conferências de consenso ou de cidadãos;
4. Júris de cidadãos;
5. Planeamento participativo;
6. Oficinas de cartografia de conhecimentos;
7. Investigação participativa.

E refere que as diferentes configurações de formas de participação variam muito de acordo com os diferentes contextos nacionais. Nos países da Comunidade Europeia, os exercícios de participação são normalmente pontuais, e apesar da capacidade de vincular os decisores políticos à deliberação seja variável, ela é tendencialmente fraca ou nula. Então, pode-se dizer, que estes procedimentos são em geral de tipo deliberativo e não vinculativo.

Portugal partilha, algumas características com países como a Espanha, Grécia, ou Itália, “de tal modo que se tem proposto a ideia de que haveria um modelo “mediterrânico” de governação de ciência e tecnologia e de participação”. Essas semelhanças têm a ver com características partilhadas de arquitectura do sistema político e de cultura política.

Pode-se afirmar que, não só no caso português, mas em geral, parece existir uma carência de uma visão definida em relação ao que se pretende da “democracia electrónica”. Ou seja, existe um crescimento de medidas desconexas numa série de planos, mas estas não estão fundadas em que ideia de democracia e cidadania se quer promover.

Como defesa **Manuel Alegre** no fórum, Intervenção no Clube dos Pensadores, verifica-se “um divórcio crescente entre a política e os cidadãos que cada vez mais deixam de acreditar na eficácia do seu voto. E é por isso ainda que a democracia participativa vai surgindo como resposta a estes bloqueios da democracia



representativa. (...) Dos Estados Unidos a França, passando por Portugal, a esquerda reinventa-se, através de uma participação acrescida dos cidadãos. Nos Estados Unidos basta recordar a intervenção de figuras inovadoras do Partido Democrático como Howard Dean, o papel dos blogues, como "Crashing the gate", ou do cinema, como o recente documentário "Uma Verdade Inconveniente" de Davis Guggenheim com a participação de Al Gore e, sobretudo, o apelo a uma maior intervenção dos cidadãos”.



## A participação do cidadão no sector da saúde

---

O Plano Nacional de Saúde promove a participação do cidadão no sector da saúde através de algumas medidas estratégicas que se resumem em incentivos de envolvimento cívico nos assuntos de saúde, fomentação da participação de associações e organizações de cidadania na tomada de decisões com potencial impacto para a melhoria da situação de saúde da comunidade.

Pedro Ferreira, destaca que a ideia que “*os cidadãos têm o direito de emitir as suas opiniões e de serem envolvidos nos serviços que utilizam, nos locais em que vivem e nas instituições que os afectam*”, está em debate há já alguns anos e tem vindo a tomar corpo e a ocupar um lugar de destaque nos debates e discussões em áreas estratégicas e vitais da sociedade, a que a saúde não tem sido estranha.

O autor defende que o envolvimento dos cidadãos em relação ao tipo de informação que lhes é prestada e também em relação à sua participação em tomadas de decisão que lhes respeite directamente são assuntos sobre os quais os políticos e demais agentes de decisão dos processos de cuidados de saúde deviam ponderar.

O autor distingue a abordagem democrática da abordagem consumista quando se fala em participação e envolvimento dos cidadãos. Segundo esta última, os cidadãos são encarados como clientes ou consumidores dos serviços de saúde, com preferências e com os direitos de qualquer consumidor, num contexto de economia de mercado. Por seu lado, a abordagem democrática, orientada para os cidadãos, defende que se lhes deve dar voz e preocupa-se com a forma como estes são tratados e de que modo as suas opiniões são integradas nas tomadas de decisão. Nos países em que existe uma governação mais evoluída, a abordagem actual dos resultados em saúde já não é orientada para os profissionais, para os processos ou para os *inputs*, mas sim para o impacto que estes têm nos cidadãos e na comunidade. O princípio subjacente a este conceito afirma que a efectividade das intervenções deve ser mensurável em ganhos em saúde.

Este autor apresenta **quatro** tipos de participação e de envolvimento dos cidadãos no domínio da saúde:

1. Intervenções centradas na efectiva utilização dos cuidados de saúde;
2. Intervenções centradas na fase anterior ao contacto com o prestador de cuidados;
3. Intervenções centradas na fase do contacto com o prestador de cuidados;
4. Intervenções centradas no feedback dos cuidados.

No fundo, é dado destaque à necessidade de valorizar do papel social dos serviços de saúde, para que os indivíduos participem e sejam envolvidos a vários níveis da tomada de decisão. Em jeito irónico, o autor diz que “*promessas de envolvimento dos cidadãos já temos, o que falta é pô-las em prática*”. O autor lança o desafio para a





necessidade de lançar políticas e programas mais concretos de inclusão da voz dos doentes na tomada de decisão clínica, melhoria da qualidade e planeamento dos cuidados de saúde.

No workshop “Pense Global, Actue Local”, promovido por Eduardo Mendes (ACES Oeste Sul), a 28 e 29 de Abril de 2011, no Centro de Reuniões da FIL, em Lisboa, o tema de destaque foi “Cidadania em Saúde”.

O orador evidenciou que o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 e o Plano Nacional de Saúde 2011/2016 (versão discussão), atribui grande ênfase à centralidade do cidadão no sistema de saúde. Por isso, “se o objectivo é colocar o cidadão no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde, então têm que ser ouvidos sobre os cuidados que lhes são prestados e as suas opiniões devem ser consideradas e respeitadas pelos decisores, políticos ou técnicos, tentando satisfazer as suas necessidades legítimas.”

É reconhecido que em geral, no nosso país, “os mecanismos formais e informais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde são frágeis e pouco expressivos.”

Deu-se destaque somente à regulamentação, aquando da constituição das Unidades de Saúde Familiares, no sentido de introduzir a sua avaliação por um conjunto de indicadores, onde se integra o resultado de uma avaliação anual do grau de satisfação dos utilizadores da USF. Considerou-se que “este foi um importante sinal de que a opinião do cidadão, utente das USF, tinha de ter sido em conta”, ao qual se seguiu, com a publicação do DL n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro que instituiu os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), a criação do Conselho Executivo e do Conselho da Comunidade com um conjunto de competências que os configuram claramente como verdadeiros Conselho de Administração e como Assembleia Geral dos representantes dos vários *stakeholders* do ACES.

Contudo, na prática, “a pouca autonomia que tem sido dada aos ACES tem impedido que estas competências tenham sido cumpridas integralmente, mas isso não tem sido impeditivo que em alguns, poucos, ACES se tenha dado alguns passos significativos, no sentido da mudança para uma verdadeira parceria, na qual o cidadão ou seu representante, se envolve de forma activa no processo de decisão e na gestão dos serviços de saúde.”

Esta mudança tem de ser a palavra de ordem para a sobrevivência organizacional.

É fundamental a introdução de novas estratégias “para alcançar uma maior participação do cidadão e da comunidade, para melhorar a acessibilidade, a eficiência, a eficácia, a equidade e a efectividade dos serviços de saúde. Esta mudança requer que se perceba a razão para mudar e quais as forças envolvidas na mudança, exige que se conheça o que se quer mudar, de onde se parte e onde se quer chegar, exige organizar e gerir o processo de mudança.”



Por último, foi dado ainda realce, como condição indispensável para uma cidadania activa, o desenvolvimento de alicerces como: a informação e a educação do cidadão, no contexto de uma estratégia de literacia, capacitação e empowerment; a humanização de serviços, procedimentos e regras; e a partilha de boas práticas e o combate ao desperdício, recenseando, avaliando e divulgando projectos existentes.

Também Constantino Sakellarides, professor na Escola Nacional de Saúde Pública, opina com frequência sobre a necessidade dos cidadãos se envolverem no Serviço Nacional de Saúde e que sem sintam integrados neste, de modo a garantir a sua sustentabilidade.

Durante a sessão de lançamento do seu livro *De Alma a Harry - Crónica da Democratização da Saúde*, em Lisboa, referiu que “apesar de falarmos com frequência em sistema de saúde centrado no cidadão, de facto, we don’t mean it... isso não é bem verdade”.

Acrescente ainda que os processos que envolvem a área da saúde não devem centrar-se apenas nos organismos soberanos de gestão pública, mas também focar-se numa “interface onde os profissionais encontram as pessoas, onde o cidadão interno encontra o externo e perceber o que é que acontece ali”.

Este autor destaca ainda a importância da acessibilidade dos cidadãos a qualquer serviço de saúde, sem restrições quanto às áreas de influência territoriais. O cidadão deverá escolher qualquer serviço de saúde que deseja, sem estar limitado ao centro de saúde ou ao hospital da sua área de residência.

Sakellarides lembra ainda que o cidadão também tem de contribuir mas, "para poder escolher é preciso investir na capacitação e literacia e aí temos grandes falhas". Também na apresentação do seu livro, Marc Danzon, Representante da OMS para a Europa, convidado para apresentar a obra, refere: “Uma das questões chave para o futuro dos sistemas de saúde prende-se com a forma como os cidadãos podem participar activamente no sistema”.



## A influência da saúde nas intenções de voto

Como podemos constatar, os principais partidos políticos dedicam grande parte da sua campanha a defender e a promover o Sistema de Saúde Português. De imediato, isto leva-nos a pensar que existe grande vulnerabilidade nas intenções de voto, quando as propostas ao nível da saúde se tornam mais ao menos benéficas para os eleitores, enquanto utentes.

De uma forma geral, o sentido individual das intenções de voto é medido pela utilidade que cada cidadão obtém das respectivas propostas de cada partido e encontra-se dividida em 2 grandes grupos: o primeiro de carácter mais económico (engloba questões de desemprego, inflação, poder de compra, etc.) e o segundo de carácter psico-social (saúde, educação, segurança, etc.). O eleitor deve assim estar informado de cada uma das perspectivas defendidas por cada partido, pois de certa forma é movido pelos diferentes objectivos macroeconómicos que lhe são apresentados. É assim estabelecida uma ordem de prioridades relativamente a estes grandes assuntos.



Por outro lado, o sucesso ou insucesso no passado nestas grandes áreas também é determinante no sentido de voto, já que os cidadãos baseiam-se tanto nas governações passadas como na oposição que lhe foi realizada. Podemos constatar isso mesmo, através da análise dos respectivos programas, em que o Partido Socialista destacou o que de relevante foi realizado na área da saúde em Portugal de 2005 a 2009 (período do seu anterior Governo), enquanto que os partidos da oposição “atacaram” os seus pontos fracos.

Quanto à influência da área da saúde no comportamento eleitoral, não foi encontrada bibliografia significativa que nos permitisse afirmar com certezas de que a saúde é o factor mais importante, mas iremos salientar 2 exemplos que julgamos relevantes e que nos leva a concluir que de facto, as políticas de saúde têm impacto nas decisões dos eleitores. Antes disso, Dunleavy<sup>39</sup>, em 1979, afirmou o seguinte:

“Quem possui um serviço de saúde privado, casa própria e os seus próprios meios de transporte, vota tendencialmente à direita, enquanto aquele que vive em habitação arrendada, usa transportes públicos e depende do sistema de saúde fornecido pelo Estado é mais propenso a votar à esquerda.”

Como exemplo da situação acima referida, destacamos uma notícia da TSF, a 30 de Julho de 2010, em que um estudo solicitado por esta rádio mostra que as intenções de voto no PSD sofreram uma queda de mais de 10 pontos percentuais, depois de

<sup>39</sup> Patrick Dunleavy é um professor de Ciências Políticas e Política Pública da London School of Economics e desenvolveu várias teorias nestes campos, nomeadamente nas escolhas racionais das teorias políticas, modelos de burocracia e a gestão pública contemporânea na era digital de governação.

contínuas subidas, assim que Passos Coelho assumiu a liderança do partido. Fazendo uma observação temporal, a situação sucedeu-se logo após a estratégia de revisão constitucional, sobretudo na alteração ao n.º 2 a) do artigo 64.º para “parcialmente gratuito.”

Um outro exemplo é a vitória de Barack Obama nos EUA, tendo sido uma das principais bandeiras do seu programa a criação de um Sistema Nacional de Saúde de carácter público e que viria a estender a prestação de cuidados a grande parte da população não coberta por seguros de saúde e subsistemas privados.



## Processo de Petição

---

### **Conceito**

A Petição Pública é definida como o direito de apresentar exposições escritas para defesa de:

- ✓ Direitos;
- ✓ Constituição;
- ✓ Lei;
- ✓ Interesse geral.

Pode ser exercido junto de qualquer órgão de soberania (à excepção dos tribunais) ou de quaisquer autoridades públicas, sobre qualquer matéria desde que a pretensão não seja ilegal e não se refira a decisões dos tribunais.



É um direito universal e previsto na Constituição e na Lei nº 43/90, de 10 de Agosto, alterada pela Lei nº 6/93 de 1 de Março e pela Lei nº 15/2003 de 4 de Junho e pela Lei nº 45/07, de 24 de Agosto.

Segundo a Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto, no artigo n.º1 do Capítulo I, *“entende-se por petição, em geral, a apresentação de um pedido ou de uma proposta, a um órgão de soberania ou a qualquer autoridade pública, no sentido de que tome, adopte ou proponha determinadas medidas.”* A intenção é demonstrada pelo número de assinaturas dos interessados.

Ainda na presente Lei, no artigo 5º e 6º, é possível averiguar que as petições apresentam carácter universal, gratuito e de liberdade de petição.

É redigido no art. 27º que as petições dirigidas à Assembleia da República são endereçadas ao Presidente da Assembleia da República e apreciadas pelas comissões competentes em razão da matéria ou por comissão especialmente constituída para o efeito.

Qualquer petição subscrita por um mínimo de 1.000 cidadãos é, obrigatoriamente, publicada no Diário da Assembleia e, se for subscrita por mais de 4.000 cidadãos, é apreciada em Plenário da Assembleia.

Existem ainda casos em que a Petição pode ser considerada indeferida, caso esta demonstre que, de acordo com o artigo 12º:

- ✓ A pretensão deduzida é ilegal;
- ✓ Visa a reapreciação de decisões dos tribunais, ou de actos administrativos insusceptíveis de recurso;



✓ Visa a reapreciação, pela mesma entidade, de casos já anteriormente apreciados na sequência do exercício do direito de petição, salvo se forem invocados ou tiverem ocorrido novos elementos de apreciação.

✓ Foi apresentada a coberto de anonimato e caso o seu exame não seja possível a identificação da pessoa ou pessoas de quem provém;

✓ Carecer de qualquer fundamento.

Relativamente à desistência, definida no artigo 16º, qualquer peticionário pode cessar a sua petição mediante um requerimento escrito apresentado perante a entidade que recebeu a petição ou perante aquela que a esteja a examinar. Caso seja mais que um suplicante, o requerimento deve ser assinado por todos, pois só dessa forma é indicado que a decisão é tomada por todos. No entanto, caso a entidade competente decida que se deve aceitar o requerimento, mantém-se a petição dado que se justifica o seu prosseguimento para a defesa do interesse público.

### ***Forma de Petição***

Esta questão encontra-se desenvolvida no artigo 9º, explicando que a petição, a representação, a reclamação e a queixa devem, ser processadas a texto e assinadas por todos os participantes.

O direito de petição pode ainda ser exercido por via postal ou através de telégrafo, telex, telefax, correio electrónico e outros meios de telecomunicação.



*Projecto Seed – GRUPO JMV  
Participação do Cidadão na Agenda Política  
Instituto Politécnico de Tomar*

# Componente Prática

---



## A nossa participação

---

Para que possamos dar uma componente mais prática ao nosso trabalho, e visto termos à nossa disposição, como cidadãos da República Portuguesa, um conjunto de ferramentas que nos permitem participar activamente na vida pública e política, decidimos desenvolver a nossa participação sob a forma de uma Petição Pública.

Esta é uma das formas de promover um interesse geral e de levar junto dos órgãos de soberania um pedido para serem discutidas as medidas propostas.

No âmbito da nossa área de estudos, discutimos alguns problemas existentes na saúde da população portuguesa e de que forma poderia haver uma intervenção política e social para melhorar o estado de saúde dos portugueses. De entre as opções discutidas, decidimos explorar o problema do consumo excessivo de açúcar e ponderamos algumas medidas que poderiam contribuir para resolver este problema. Após investigar os comportamentos alimentares quanto a este alimento, vimos que o consumo de açúcar é realmente muito acima das quantidades recomendadas e que em certa parte, o consumo de açúcar poderia ser diminuído caso não existisse tanta disponibilidade deste ingrediente nos alimentos que consumimos no dia-a-dia. O consumo de café é frequente na rotina dos portugueses e associado a ele está a adição de açúcar, disponibilizado em embalagens individuais, pré-embaladas com uma quantidade usualmente compreendida entre 7 e 9 gramas (embora existam algumas excepções).

Acreditamos que uma legislação que limite a quantidade de açúcar máximo (propomos 6 gramas) a disponibilizar nas embalagens para o café seja um excelente contributo para diminuir alguns problemas de saúde como por exemplo a diabetes, a obesidade, doenças cardiovasculares e AVC's, cujas despesas de tratamento e recuperação hospitalar são bastante elevadas e que agravam os orçamentos para a saúde.

De forma alguma pretendemos aqui limitar a liberdade de escolha dos consumidores de café quanto à forma de o adoçar, pois o mesmo terá nas suas mãos a decisão de acrescentar ou não mais açúcar, da mesma forma que poderá colocar ainda menos. Mesmo assim, a limitação das quantidades poderá ser um contributo ao controlo dessa adição (a implementação de uma medida como a que propomos exigirá uma adaptação do sentido gustativo do sabor do café, daí que uma redução gradual, ao longo de um determinado período seja o modo mais conveniente para as empresas distribuidoras de café).





### ***Como operacionalizámos o processo de Petição Pública***

Iniciámos o nosso processo de Petição Pública com recurso ao sítio da internet [www.peticaopublica.com](http://www.peticaopublica.com). Este sítio permite a realização de petições, sobre os mais diversificados temas e dirigidas para um conjunto vasto de entidades (não só estatais). O grupo de trabalho efectuou o registo no sítio e posteriormente criamos uma página onde constam algumas informações sobre esta nossa petição. Indicamos as nossas pretensões e respectivos benefícios esperados (com o intuito de convencer o público a participar, assinando-a); o órgão a quem se destina (Assembleia da República) e outros dados, como a identificação dos promotores.

Criada a página, o *link* da mesma foi divulgado por e-mail pelos contactos dos elementos do grupo, alunos, funcionários, professores do Instituto Politécnico de Tomar, alguns órgãos de comunicação social, Escolas Superiores de Saúde e outras entidades que se dedicam à promoção de saúde e de combate a doenças associadas ao consumo excessivo de açúcar. O e-mail foi devidamente acompanhado com um anexo promotor da petição.

Para assinar a Petição, os subscritores devem preencher os campos obrigatórios: nome completo, número de Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão e o e-mail (para posterior confirmação da assinatura).

À data de 8 de Julho de 2011, o grupo recolheu 145 assinaturas no Portal das Petições Públicas. O número foi bastante abaixo do esperado, uma vez que era um objectivo nosso alcançar o mínimo de 1000 assinaturas para que a petição fosse publicada no Diário da República. Posto isto, e sendo ainda mais inviável a obrigatoriedade de discussão na Assembleia da República, o número de assinaturas obtidas não torna impraticável a apresentação das assinaturas perante o Presidente da Assembleia da República que decidirá o encaminhamento a dar ao nosso pedido.

Assim, os elementos do grupo redigiram uma carta dirigida à Presidente da Assembleia da República e apresentou uma proposta de discussão para alteração da legislação e adição de um possível artigo nos diplomas em vigor, para a limitação de gramas de açúcar nas doses individuais deste ingrediente. A mesma será acompanhada com o número de assinaturas conseguidas com a Petição Pública e que demonstram um apoio a este nosso projecto.



## O que está a ser feito (Nacional e Internacional) – Alguns exemplos

### ***Nacional***

#### Delta Cafés

Após contactarmos esta distribuidora de café, informando-os sobre o projecto que nos encontrávamos a realizar e a solicitar alguma auxílio para o nosso trabalho, fomos informados de que a Delta Cafés tem vindo a adoptar medidas para reduzir a quantidade de açúcar nas suas saquetas, que habitualmente acompanham a tradicional “bica”, sensibilizando assim o consumidor para todas estas questões, sob o slogan: “Menos açúcar, mesmo sabor, mais saúde”.

“O futuro das nossas saquetas de açúcar são as embalagens amigas do ambiente com a redução de peso líquido e dimensão das mesmas, o que a curto prazo permite uma redução de uma tonelada no consumo de papel necessário, estamos assim em processo de alteração gradual. “

Céu Sapateiro | Responsável por Concepção e Melhoria

A mesma entidade referiu na sua resposta ao nosso e-mail, “...uma pesquisa realizada pela instituição norte americana “American Heart Association”, o açúcar está na lista de produtos que mais prejudicam a saúde cardíaca, assim como o colesterol, a gordura saturada e o sódio.” (...)

“Seguindo também os conselhos da OMS (Organização Mundial de Saúde) passar a consumir menos açúcar além de ajudar nos processos de emagrecimento, ainda preserva a saúde do nosso coração e de todo nosso organismo...”.

#### ADEXO – Associação de Obesos e Ex-Obesos de Portugal

O Presidente da Direcção da ADEXO, Carlos Oliveira, respondeu-nos no seguimento de um e-mail enviado a solicitar a divulgação da nossa petição pública. No mesmo, informou-nos que:

“A Adexo já está a trabalhar nessa área há algum tempo e como pode verificar já há saquetas de algumas marcas que desceram dos 10 e 9 gramas para 6 gramas.

PIOR que as quantidades de açúcar no café temos o açúcar nos cereais manipulados que estão a levar os nossos miúdos a situações de obesidade e diabetes muito graves.

A Adexo já trabalha nesta área há 6 anos.”

## Internacional

### **<sup>40</sup>E.U.A. - The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages - publicado no THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE**

“(…)Taxation has been proposed as a means of reducing the intake of these beverages and thereby lowering health care costs, as well as a means of generating revenue that governments can use for health programs.<sup>4-7</sup> Currently, 33 states have sales taxes on soft drinks (mean tax rate, 5.2%), but the taxes are too small to affect consumption and the revenues are not earmarked for programs related to health.

(…)

The relationship between the consumption of sugar-sweetened beverages and body weight has been examined in many cross-sectional and longitudinal studies and has been summarized in systematic reviews.<sup>1,2</sup> A meta-analysis showed positive associations between the intake of sugar-sweetened beverages and body weight — associations that were stronger in longitudinal studies than in cross-sectional studies and in studies that were not funded by the beverage industry than in those that were (…)”

---

#### <sup>40</sup> Source Information

From the Rudd Center for Food Policy and Obesity, Yale University, New Haven, CT (K.D.B.); the Department of Health and Mental Hygiene, City of New York, New York (T.F.); the Department of Nutrition, Harvard School of Public Health (W.C.W.), and the Optimal Weight for Life Program, Children's Hospital, and Harvard Medical School (D.S.L.) — all in Boston; the Department of Nutrition and the University of North Carolina Interdisciplinary Obesity Center, University of North Carolina, Chapel Hill (B.M.P.); the Department of Economics and the University of Illinois at Chicago Health Policy Center, University of Illinois, Chicago (F.J.C.); and the University of Arkansas for Medical Sciences and the Surgeon General's Office, State of Arkansas, Little Rock (J.W.T.).



## O açúcar

---

O açúcar é um alimento, grande fonte de energia e que faz parte da nossa alimentação diária, contida nos mais diversos alimentos. Quimicamente falando, o açúcar faz parte do grupo dos hidratos de carbono, solúveis em água. Quando nos referimos ao açúcar, pensamos sempre na matéria branca e cristalina, que consiste basicamente em sacarose (açúcar de mesa) e é classificado como um tempero quando utilizado adicionalmente na culinária. Açúcar é um produto natural.

No entanto, devemos pensar que, muitos dos alimentos que consumimos contêm já alguns dos seus derivados. Exemplos disso são as frutas e mel (frutose e glicose), o leite (galactose e maltose) e os vegetais (maltose). A constituição destes derivados do açúcar pode ser classificada, segundo a sua composição. O hidrato de carbono simples denomina-se monossacarídeo, dois destes ligados por uma ligação glicosídica formam uma cadeia de dissacarídeos, e sucessivamente os trissacarídeos e políssacarídeos.

No ponto de vista nutricional, não importa qual o alimento que fornece o açúcar, pois uma vez ingerido, o açúcar será metabolizado pelo nosso organismo da mesma forma.

Este hidrato de carbono tem como função fornecer energia às células de forma rápida, mas em poucos minutos esta energia, é gasta ou acumulada em forma de gordura, dependendo da quantidade ingerida.

**100 gramas de açúcar = 394 calorias**



## História

---

Estima-se que terão sido os povos das ilhas do pacífico que descobriram as virtudes da utilização do açúcar, depois de o terem encontrado na cana-de-açúcar, planta que crescia espontaneamente nas suas terras. (datada a 20.000 anos A.C).

No entanto, a ideia de adoçar a alimentação, não surgiu depois. Antes, já o faziam com mel. A cana-de-açúcar, antes de ser aproveitada para o mesmo fim, era considerada uma planta silvestre e para uso decorativo. Este processo histórico prova que o açúcar é desnecessário como alimento.

Na Europa, este condimento passou a ser utilizado em consequência das viagens de Alexandre Magno, desde a Macedónia até à Ásia, no séc. IV a.C.. Porém, defende-se que os principais responsáveis pela sua expansão pelo Mediterrâneo foi da responsabilidade dos árabes, no séc. VI e IX.

Mais tarde, no séc. XII, houve tentativas de cultivo na Grécia, Sul da Itália e da França, mas com pouco sucesso, sendo por isso necessária a importação. Vista a sua raridade, o açúcar foi durante muito tempo considerado um produto gastronómico e medicinal de luxo e era vendido em boticários, ao alcance de uma minoria. Era assim um produto raro e valioso. Os nobres e a realeza é que tinham possibilidade de consumir açúcar, uma vez que a oferta era reduzida e consequentemente os preços eram elevados.

Em Portugal, no séc. XV, o infante D. Henrique introduziu a cultura da cana-de-açúcar na ilha da Madeira. Graças às suas características e condições climatéricas, a planta adaptou-se e permitiu tornar Portugal num grande exportador de açúcar para a Europa.

Mais tarde, no séc. XVI, o uso do açúcar vulgarizou-se, e tornou-se essencial para adoçar as novas bebidas como o café, o chá e o cacau. No entanto, o açúcar continuava acessível apenas a uma parte da sociedade. Com a descoberta da América, a difusão do cultivo da cana-de-açúcar tornou-a mais vulgar e com produção a uma escala maior, tornou-se um produto de consumo para os estratos mais baixos.

Esta difusão intensificou-se com a Revolução Industrial, momento em que a produção de açúcar experimentou o desenvolvimento tecnológico.

O produto torna-se altamente lucrativo e a França e Alemanha, que não conseguiam de maneira alguma cultivar o açúcar, viam-se obrigados a pagar preços elevados por este produto. O governo alemão investiu na investigação de outras fontes de sacarose e em 1747, Andreas Margraff descobriu as raízes de beterraba como alternativa à cana-de-açúcar.

No início do séc. XX, a beterraba cobria 3/5 do consumo mundial, mas mais tarde, a situação inverteu-se voltou à proveniência da cana-de-açúcar, com 3/4 da produção do açúcar por esta planta.

Após a 1.<sup>a</sup> Guerra Mundial, instalou-se uma crise no negócio, uma vez que havia um excedente de oferta e os preços baixaram drasticamente. Em 1937 realizou o primeiro acordo internacional para regular o mercado, resultando no primeiro Conselho Internacional do Açúcar.

Em 1953, com a salvaguarda da ONU, assina-se o Acordo Internacional sobre o Açúcar que estabeleceu um sistema de quotas de exportação.

Actualmente, 111 países produzem açúcar e 73 cultivam a cana-de-açúcar, responsáveis por 3/4 do fornecimento mundial. Brasil, Índia e Cuba lideram a produção deste alimento.

Portugal tem uma quota de produção de 360 mil toneladas de açúcar por ano, das quais cerca de 275 mil são consumidas.

O açúcar é assim um alimento vulgarizado, bastante comum na alimentação diária e caracteriza-se como uma fonte de energia de fácil e rápida assimilação.



## Tipos de açúcar

---

Existe uma enorme gama de tipos de açúcar, os quais são:

### Açúcar Bruto

O açúcar de cana ou de beterraba, tal como sai da fábrica de extracção. Pode apresentar-se mais ou menos escuro, o que depende da cor e da espessura da camada de melaço que envolve os cristais de sacarose.

### Açúcar Mascavado

Açúcar bruto com apreciável quantidade de melaço aderente e apresenta uma coloração ambarina mais ou menos acentuada.

### Açúcar Branco de Fábrica

Açúcar bruto obtido de guarapas muito clarificadas e de tal forma que o melaço aderente nos cristais é praticamente incolor.

### Açúcar Refinado

O açúcar bruto depois de ter sido submetido à refinação. É o tipo de açúcar mais comum.

### Açúcar Granulado

O açúcar refinado constituído praticamente por sacarose pura cristalizada.

### Açúcar Areado

O açúcar refinado que foi descarregado dos «tachos» para os «areadores» em fase de cristal muito pequeno, incluindo os cristais de sacarose e os restantes materiais não cristalizáveis economicamente.

### Açúcar Areado Branco

Açúcar areado proveniente de xaropes praticamente incolores.

### Açúcar Areado Amarelo

Açúcar areado proveniente de xaropes mais ou menos corados. A cor do açúcar depende da quantidade e qualidade dos materiais corantes presentes.

### Açúcar Tipo Demerara

Açúcar granulado a que foi adicionada, na fase final da concentração, uma quantidade de melaço mais ou menos corado.

### Açúcar de Fantasia

Açúcar granulado, normalmente de grandes cristais, a que foram adicionadas matérias corantes legalmente autorizadas. A cada fabrico só pode ser adicionada uma cor. Os açúcares de fantasia podem ser uniformemente corados ou apresentar cristais de cores diferentes e misturadas, o que pressupõe, a seguir ao fabrico, uma mistura de açúcares de cores individualizadas.



## O Mercado do Açúcar

---

Através de Regulamentos da União Europeia e das revisões da Organização Comum do Mercado do Açúcar, ao longo dos anos tem-se vindo a observar a imposição de quotas de produção de açúcar, pelos diversos Estados-Membros.

Recentemente, por imposição da União Europeia, Portugal teve que abandonar a produção de açúcar e passou a dedicar-se unicamente à sua refinação, importando para isso, rama de açúcar. Portugal passa assim a importar 100% da matéria-prima para produzir o açúcar que consome. Veja-se o seguinte excerto de uma publicação:

“... A também presidente do Observatório dos Mercados Agrícolas e das Importações Agro-Alimentares (OMAIAA) sublinha que **Portugal não produz açúcar**, depende muito das importações para produzir pão, produz apenas 50% da carne de vaca que consumimos e está apenas próximo da auto-suficiência no caso dos suínos e das aves, que têm sido também afectados pela subida dos preços, porque a base das rações são os cereais...”

Fonte: Preços dos alimentos são "alarmantes", DN Bolsa 14 de Janeiro de 2011

No entanto, o site da DAI – Sociedade de Desenvolvimento Agro-Industrial, em Coruche, refere-se numa página do seu site na internet, qual o processo de fabricação do açúcar na fábrica, e refere a aquisição de beterraba, com origem no Alentejo e a incorporação da mesma no processo produtivo da fábrica. Esta informação vai contra a notícia anteriormente referida.

O site refere ainda que “O Estado Português atribuiu à DAI a quota nacional de produção de 69.718 toneladas de açúcar branco, que representa, aproximadamente, 25% das necessidades do mercado português. A sociedade tem a sua unidade produtiva, perto da vila de Coruche (em plena região ribatejana a cerca de 80 km de Lisboa).

As outras 2 empresas que se dedicam à indústria do açúcar (RAR e Sidul), apenas referem a refinação do produto, sem indicarem a proveniência da matéria-prima.

No site do Partido Comunista Português, encontramos algumas informações relativas ao mercado do açúcar em Portugal. O mesmo refere o fim da produção de beterraba na zona de Coruche (ao contrário do que o site da própria indústria nos informa) no âmbito do PAC 2020 que impõe as quotas de produção. Como resposta a um conjunto de questões colocadas pela eurodeputada Ilda Figueiredo, a Comissão





Europeia reconheceu um aumento considerável no preço do açúcar e que o mesmo se deve aos déficits de produção entre os períodos de 2008 a 2010.

As importações do açúcar bruto abaixo das previsões não só reduziram a disponibilidade da matéria-prima nas refinarias como contribuíram para baixar a oferta de açúcar europeu.

### ***Regulamento (UE) n.º 1100/2010 da Comissão de 26 de Novembro de 2010***

Este regulamento surgiu na sequência da escassez de açúcar, verificada no final do ano de 2010 e veio permitir a importação de açúcar para o mercado Comunitário. Este diploma derroga alguns artigos do REGULAMENTO (CE) N.º 891/2009 DA COMISSÃO de 25 de Setembro de 2009, relativo à abertura e modo de gestão de determinados contingentes pautais comunitários no sector do açúcar. Procurou-se assim suprir as falhas de açúcar que se vinham a verificar, por déficits na produção de açúcar.

#### **Artigo 1.º**

**1.** Em derrogação do artigo 3.º, n.º 1, e do artigo 10.º, segundo parágrafo, do Regulamento (CE) n.º 891/2009, o direito de importação de açúcar "concessões CXL" com os números de ordem 09.4317, 09.4318, 09.4319 e 09.4320 é reduzido para zero até 31 de Agosto de 2011.

**2.** Os certificados para o açúcar "concessões CXL" emitidos antes de 1 de Dezembro de 2010 podem continuar a ser utilizados nas condições aplicáveis quando foram requeridos. Alternativamente podem ser devolvidos sem aplicação da sanção prevista no artigo 15.º, n.º 1, do Regulamento (CE) n.º 891/2009.

Estas medidas mostraram-se insuficientes e recentemente foi publicado um novo diploma para suprir as constantes necessidades de fornecimento de açúcar que se têm sentido.

### ***Regulamento da Execução (UE) n.º 302/2011 da Comissão de 28 de Março de 2011***

“Estima-se em 1 milhão de toneladas seja a diferença negativa entre a disponibilidade e a utilização de açúcar no mercado da União Europeia nas duas últimas campanhas de comercialização. Daí resultou o mais baixo nível de existências no final da campanha desde a reforma de 2006 do sector do açúcar. Se as importações

continuarem a ser insuficientes, corre-se o risco de comprometer a oferta de açúcar no mercado da União Europeia e de aumentar o preço do açúcar no mercado interno.”

**Artigo 1.º**

Os direitos de importação para o açúcar do código NC 1701 com o número de ordem 09.4380 são suspensos em relação a uma quantidade de 300 000 toneladas de 1 de Abril de 2011 a 30 de Setembro de 2011.

**Artigo 3.º**

Em derrogação do artigo 7.º , n.º 2, do Regulamento (CE) n.º 891/2009, o montante da garantia é de 150 EUR por tonelada.



## Alternativas ao açúcar

---

### ***Adoçantes Naturais***

O açúcar quando ingerido em demasia pode ser responsável por diversas doenças. Assim sendo, existe cada vez mais uma procura a produtos alternativos que, apesar do mesmo efeito, tornam-se mais saudáveis.

As alternativas existentes ao açúcar que se caracterizam por naturais podem ser: maple syrup, mel, néctar da agave, stevia e data de açúcar.

Maple syrup é um xarope de bordo é um adoçante natural que se encontra facilmente disponível em supermercados e lojas de alimentos saudáveis. Contém minerais, o que o torna uma escolha saudável e para além disso, também contém menos calorias do que o açúcar.

O mel vem sempre à mente como um substituto do açúcar natural, no entanto o mel é rico em calorias e mais doce que o açúcar.

O néctar da agave é produzido no núcleo do agave (planta do deserto). O néctar da agave é feito por espremer o sumo do núcleo de agave e, em seguida, aquecendo-a, juntamente com enzimas, para transformar o sumo doce (também conhecidas como inulina) em açúcares. Quando comparado com o açúcar, tem o mesmo número de calorias, mas porque é doce, pode ser usado em menores quantidades.

Stevia torna um substituto do açúcar excelente para os que precisam de vigiar e controlar os seus níveis de açúcar no sangue. Não apresenta quaisquer calorias e é normalmente vendido em lojas de produtos naturais como suplemento dietético.

Data de açúcar é um substituto do açúcar que é feito a partir do fruto data. A data é simplesmente seca e, em seguida, ralado fino até obter uma consistência de açúcar.

### ***Adoçantes Artificiais***

Apesar da ideia existente, devem ser evitados totalmente qualquer tipo adoçante artificial: Aspartame, sacarina, ciclamato e outros. Estes podem ser potenciais causadores de doenças a médio e longo prazo. Além disso, utilizar adoçantes artificiais é um hábito não ecológico.



## Tomar o controlo da saúde

---

### *Dieta e Saúde*

Na sociedade actual é difícil manter uma dieta saudável, principalmente se comermos fora de casa muitas vezes ou se dependermos de “comida de plástico”.

Todos sabemos que a comida é essencial para uma boa saúde. Muito embora cozinhar e partilhar uma refeição saudável possa ser um momento agradável, não é muito prático na sociedade em que vivemos, onde a mulher e o homem trabalham, sobrando-lhes um tempo muito reduzido para a família ...

O conhecimento adquirido pelos nutricionistas através do estudo dos efeitos da dieta na saúde das pessoas, conduziu ao desenvolvimento de directrizes para uma alimentação saudável. Os diferentes hábitos alimentares dos vários países, assim como os estilos de vida, encontram-se intimamente relacionados com os padrões nacionais de doenças:

- ✓ A dieta mediterrânica (tradicional, comum em Portugal), com um baixo teor de gorduras saturadas e rica em gorduras monoinsaturadas, parece estar relacionada com a baixa taxa de doenças cardíacas nos países mediterrânicos. Apesar de serem conhecidas as vantagens desta dieta, com a globalização, os bons hábitos mediterrânicos estão tendencialmente a desaparecer.
  - O enorme crescimento e popularidade da chamada comida de plástico originou um aumento nos maus hábitos alimentares, porque os alimentos empacotados e as refeições enlatadas muitas vezes contêm grandes quantidades de ingredientes prejudiciais para a saúde.
- ✓ Em muitos países a tensão arterial alta está relacionada com o consumo excessivo de sal;
- ✓ A dieta dos EUA é rica em calorias e gorduras, o consumo excessivo destes nutrientes está relacionado com as elevadas taxas de obesidade, directamente relacionada com as principais causas de morte nos EUA: doenças Cardíacas, Cancro e Trombose e Diabetes.
  - O problema mais comum na dieta típica americana é sem dúvida o excesso; os Americanos têm tendência a comer de mais, particularmente alimentos ricos em gorduras, sal e açúcar. Uma percentagem significativa da população é obesa ou sofre de outros problemas de saúde associados ao excesso de peso.
- ✓ A dieta típica no Japão é rica em fibras, está relacionada com a baixa incidência do cancro do colo-rectal.
- ✓ O excesso de certos nutrientes na dieta pode causar problemas de saúde, as carências de certos nutrientes podem causar um estado de saúde precário.



## Os gramas nos pacotes de açúcar – Portugal e no Estrangeiro

---

Ao longo do nosso trabalho, fomos recolhendo algumas embalagens de açúcar para o café, para compararmos as diversas quantidades que existem, de acordo com as diferentes marcas. Sabemos que, em alguns casos, o embalamento é efectuado pelas distribuidoras de café. Possivelmente a definição do número de gramas esteja associado à intensidade do sabor do café, mas não nos foram confirmados dados sobre esta possibilidade.

Algumas embalagens:

- Delta: 6,5g
- Sical: 6/8g
- Torrié: 7/9g
- RAR: 7/9g
- Bicafé: 7/9g

Devido à nossa reduzida amostra, decidimos contactar um colecionador destas embalagens de açúcar, no sentido de conhecermos qual a predominância dos vários formatos e pedir ainda algumas referências de países estrangeiros. Obtivemos a seguinte resposta:

“De entre todos os meus pacotinhos, tenho as seguintes gramagens, portuguesas ou estrangeiras e para pacotes com 40 ou mais anos até aos mais recentes.

A Delta Cafés (Novadelta), talvez a maior embaladora de pacotes de açúcar adoptou recentemente a gramagem de 6,5 g.

De entre os pacotes estrangeiros as gramagens mais recentes, variam entre as 5/7 g, 6/8 g, 7/8 g e 7/9 g, isto para as saquetas.

Para os de formato stick, as gramagens indicadas são de 5/7 g e 6/8 g.

Por experiência própria, os pacotes com maior gramagem, 10/12 g e 12/15 g eram usados em embaladoras que já não existem, como por exemplo a Sores ou a Sempa.

Há também pacotes, por exemplo do Brasil ou de Marrocos que tem gramagens altas.

De seguida, envio uma estatística, com as contagens de pacotes por gramagens.

Registo todos os pacotes numa base de dados, mas dos cerca de 30 mil, só tenho a gramagem registada para a soma do quadro abaixo:



<b>Consulta</b>	
<b>Descritivo</b>	<b>ContarDeNumSerie</b>
- N/Conhecida -	665
3/4 g	1
3/5 g	3
3,5 g	1
4 g	18
4/5 g	2
5 g	36
5/6 g	22
5/7 g	29
6 g	19
6,5 g	73
6/7 g	46
6/8 g	575
7 g	112
7/8 g	62
7/9 g	488
8 g	253
8,5 g	2
8/9 g	538
8/10 g	244
9 g	18
9/10 g	50
10 g	48
10/12 g	114
12 g	1
12/15 g	8
15 g	4
20 g	1

Podemos daqui concluir que o número de embalagens com 6 gramas ou mais é bastante superior ao número de embalagens com gramagem inferior. No entanto, não foi possível agrupar os dados de acordo com o país proveniente, o que nos limita quanto à possibilidade de considerar que no estrangeiro se calibram valores maiores ou menores.



## O “Doce Amargo” das Sociedades Abastadas

---

Uma alimentação equilibrada garante o que o organismo precisa para enfrentar infecções, além de prevenir doenças crónicas. Nem sempre se tem boa saúde pelo facto de se consumir todo e qualquer alimento.

Qualquer pessoa ao alimentar-se bem não significa comer tudo o que se vê pela frente ou o que lhe apetece. A nutrição desempenha um papel fundamental para a obtenção da qualidade de vida das pessoas porque contribui para o seu bem-estar físico e mental.

São vários os factores que influenciam uma alimentação inadequada. Se olharmos para as crianças estas almoçam ou lancham na escola, e nos casos em que não há a participação dos pais na escolha dos alimentos, é necessária a orientação de profissionais qualificados na área, principalmente no caso do almoço, caso contrário as crianças são levadas a fazer uma alimentação incorrecta, rica em açúcar, gorduras e sal, reduzindo o consumo de leguminosas, verduras, frutas e sumos naturais. Há demonstrações de que, entre outros factores, o tempo que um adolescente passa a ver televisão ou na frente do computador, pode estar associado à obesidade: cada hora pode ser associada, em média, a um aumento na prevalência da obesidade o que se torna um problema de saúde pública, agravado pelo facto de os meios de comunicação incentivarem o consumo de alimentos de alto teor calórico como bolos com açúcar refinado e refrigerantes.

A grande maioria das doenças do século XXI é causada em parte por maus hábitos alimentares influenciados pelas propagandas de Marketing e publicidade ao açúcar e seus derivados.

Para uma melhor compreensão dos efeitos negativos do açúcar enumeramos alguns pontos nocivos do açúcar. O consumo excessivo de açúcar pode:

- ✓ provocar arteriosclerose e doenças cardiovasculares;
- ✓ prejudicar a estrutura do ADN.;
- ✓ mudar a estrutura das proteínas e causar uma alteração permanente da maneira como agem as proteínas no corpo;
- ✓ fazer a pele envelhecer ao mudar a estrutura do colagénio;
- ✓ provocar cataratas e miopia;
- ✓ provocar enfisema;
- ✓ prejudicar a hemóstase fisiológica de vários sistemas do organismo;
- ✓ reduzir a capacidade de funcionamento das enzimas;
- ✓ aumentar o tamanho do fígado ao fazer com que as células deste órgão se dividam e aumentem o nível de gordura no fígado;
- ✓ aumentar o tamanho dos rins e produzir mudanças patológicas no órgão, como a formação de cálculos renais;



- ✓ danificar o pâncreas;
- ✓ aumentar a retenção de fluidos no organismo;
- ✓ danificar o revestimento dos capilares;
- ✓ deixar os tendões mais frágeis;
- ✓ provocar dores de cabeça e enxaquecas;
- ✓ reduzir a capacidade de aprendizagem e afectar negativamente as notas das crianças;
- ✓ provocar o aumento das ondas cerebrais delta, alfa e teta e assim alterar a capacidade de pensar com clareza;
- ✓ provocar depressão;
- ✓ aumentar o risco de gota;
- ✓ aumentar o risco da doença de Alzheimer;
- ✓ provocar desequilíbrio hormonal, reduzir o nível de hormonas do crescimento;
- ✓ levar a tonturas;
- ✓ O açúcar pode piorar os sintomas de crianças com falta de concentração e hiperactividade (TDAH);
- ✓ afectar negativamente a composição de electrólitos da urina;
- ✓ reduzir a capacidade de funcionar das glândulas supra-renais;
- ✓ aumentar o risco de poliomielite;
- ✓ provocar pressão alta em pessoas obesas;
- ✓ provocar convulsões epilépticas;
- ✓ provocar doenças nas gengivas;
- ✓ O açúcar tem potencial de provocar processos metabólicos anormais em indivíduos saudáveis normais e promover doenças crónicas degenerativas;
- ✓ A alimentação intravenosa com água açucarada pode interromper o fluxo de oxigénio para o cérebro;
- ✓ O consumo elevado de açúcar por adolescentes grávidas pode levar a uma redução substancial da duração da gravidez e está associado à duplicação do risco de ter um bebé pequeno demais para a idade de gestação;
- ✓ O açúcar é uma substância que vicia;
- ✓ O açúcar dado a bebés prematuros pode afectar o volume de dióxido de carbono que produzem;
- ✓ A redução da ingestão de açúcar pode aumentar a estabilidade emocional;
- ✓ O açúcar é transformado em quantidade 2 a 5 vezes maior de gordura na corrente sanguínea do que o amido;
- ✓ A absorção rápida do açúcar promove a ingestão excessiva de comida em obesos;
- ✓ O açúcar pode provocar a morte celular;
- ✓ Nas crianças uma dieta com pouco açúcar melhora o seu comportamento anti-social. O açúcar desidrata recém-nascidos.





## O consumo excessivo de açúcar e as suas consequências

---

Os dentes possuem diversas funções, na mastigação, favorecem a digestão, além de auxiliar a articulação envolvida na fala. Os dentes merecem cuidado especial em todas as fases da vida, pois também podem ser causa de infecções e doenças, quando não são tratados da forma adequada.

Muitos países definiram metas nas quantidades de adição de açúcar em alimentos e bebidas, justificando essa preocupação pelo provável impacto do açúcar na saúde bucal, qualidade da dieta e síndrome metabólica.

Deste modo, os profissionais da área da saúde, como nutricionistas e dentistas, devem orientar a população em relação aos riscos no consumo exagerado de açúcar, bebidas e alimentos açucarados, além dos cuidados necessários para a manutenção de uma boa saúde bucal.

### **Cáries**

Cáries dentárias são cavidades num ou mais dentes, vulgarmente conhecida como desmineralização dentária, tendo a sua origem numa fraca higiene oral e numa dieta rica em açúcares.

A deterioração gradual e progressiva de um dente é conhecida como cárie dentária. Este problema em geral começa com uma pequena cavidade no esmalte. Sem tratamento, a cárie penetra na camada exterior de esmalte e ataca a dentina, uma matéria menos dura que confere a forma ao dente. À medida que a cárie vai progredindo, a polpa pode ser afectada.

A cárie dentária é em geral causada por uma acumulação de placa (um depósito de partículas dos alimentos, muco e bactérias) na superfície dos dentes. As bactérias contidas na placa aproveitam o açúcar dos alimentos para produzir um ácido que destrói o esmalte dos dentes. Se houver um consumo regular de alimentos com açúcar e os dentes não forem minuciosamente limpos logo depois, é provável que se forme uma cavidade.

O problema é vulgar nas crianças, adolescentes e jovens adultos, dado que estes têm uma alimentação rica em açúcares sem uma higiene dentária regular.

Nos países desenvolvidos, o número de dentes que caem como resultado de cáries dentárias tem diminuído bastante nos últimos anos, em especial entre as crianças. Tal diminuição deve-se em parte à adição de flúor à água potável em algumas zonas e ao uso difundido de pasta de dentes com flúor, o que ajuda a fortalecer os dentes, tornando-os mais resistentes à deterioração.



## **Obesidade**

É uma doença crónica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atinge homens e mulheres de todas as etnias e de todas as idades, reduz a qualidade de vida e tem elevadas taxas de morbilidade e mortalidade assim como custos excessivos.

Considerada pela Organização Mundial de Saúde como a "**Epidemia do século XXI**", a obesidade atinge mortalmente mais pessoas do que a fome ou as doenças infecto-contagiosas.

De acordo com a OMS a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde, com elevadas taxas de morbilidade e mortalidade.

Uma pessoa é considerada obesa se pesar pelo menos mais 20% <sup>41</sup> do que o peso saudável máximo considerado normal para a sua altura. O Índice de Massa Corporal (IMC) é uma fórmula reconhecida a nível internacional para avaliar o grau de obesidade, sendo calculada dividindo o peso em quilos pela altura em metros ao quadrado.

O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia despendida. Os factores que determinam este desequilíbrio são complexos e podem ter origem genética, metabólica, ambiental e comportamental.

### **Tipos de obesidade**

**Obesidade Andróide, Abdominal ou Visceral** - quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen, (é típica do homem obeso).

A obesidade visceral está associada a complicações metabólicas, como a Diabetes tipo II e a dislipidémia e, a doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a doença coronária e a doença vascular cerebral, bem como à síndrome do ovário poliquístico e à disfunção endotelial (ou seja deterioração do revestimento

---

<sup>41</sup> As tabelas de altura e peso são uma maneira simples e rápida de verificar se se encontra dentro do peso recomendado para a sua altura. O peso ideal depende da altura e da quantidade de massa muscular. Por exemplo, um atleta deve pesar mais do que uma pessoa saudável, mas relativamente sedentária, com a mesma altura, porque o exercício físico aumenta os músculos, que são mais pesados do que outros tipos de tecidos corporais. Por causa disto, as tabelas fornecem valores saudáveis para a altura e sexo e não indicações precisas.

Estudos recentes indicam que a localização da gordura no corpo é um importante indicador da saúde. O excesso de gordura à volta do abdómen está mais intimamente relacionado com as doenças cardiovasculares, do que a gordura localizada noutra parte do corpo. Para saber se tem o peso certo, deve verificar se o seu peso se encontra dentro de valores recomendados para a sua altura e medir a sua cintura.

Os médicos e nutricionistas utilizam a altura e o peso para calcularem o índice de massa corporal (IMC). Esta é a maneira mais aceite e específica de verificar se se tem peso a mais ou a menos, pois indica o conteúdo total de gordura no corpo. O IMC calcula-se dividindo o peso em quilogramas de uma pessoa pelo quadrado da sua altura. Uma percentagem do IMC abaixo de 18,5% significa que a pessoa tem peso a menos, e uma de 25% ou mais indica que tem peso a mais.



interior dos vasos sanguíneos). A associação da obesidade a estas doenças está dependente da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo.

**Obesidade do tipo Ginóide** - quando a gordura se distribui, principalmente, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas, (é típica da mulher obesa).

A obesidade provoca alterações socioeconómicas e psicossociais:

- ✓ Discriminação educativa, laboral e social;
- ✓ Isolamento social;
- ✓ Depressão e perda de auto-estima.

Uma dieta hiperenergética, com excesso de gorduras, de hidratos de carbono (açúcar) e álcool, aliada a uma vida sedentária (diminuição da actividade física), leva à acumulação de excesso de IMC. Originando consequências graves para a saúde tais como:

- ✓ Aparelho cardiovascular - hipertensão arterial, arteriosclerose, insuficiência cardíaca congestiva e angina de peito;
- ✓ Complicações metabólicas - hiperlipidémia, hiperglicemia intermédia (alterações de tolerância à glicose), diabetes tipo II, gota;
- ✓ Sistema pulmonar - dispneia (dificuldade em respirar) e fadiga, síndrome de insuficiência respiratória do obeso, apneia de sono e embolismo pulmonar;
- ✓ Aparelho Gastrintestinal - esteatose hepática, litíase vesicular (formação de areias ou pequenos cálculos na vesícula) e carcinoma do cólon;
- ✓ Aparelho Génito-Urinário e Reprodutor - infertilidade e amenorreia (ausência anormal da menstruação), incontinência urinária de esforço, hiperplasia e carcinoma do endométrio, carcinoma da mama, carcinoma da próstata, hipogonadismo hipotalâmico e hirsutismo;
- ✓ Outras alterações - osteoartroses, insuficiência venosa crónica, risco anestésico, hérnias e propensão a quedas.



## Dados Estatísticos

II.4.14 - Resident population aged 18 years and over according to categories of Body Mass Index (BMI), by sex and age group

Unidade: N.\*

	População média residente com 18 anos ou mais	Baixo peso (IMC < 18,5 kg/m <sup>2</sup> )	Peso normal (IMC ≥ 18,5 kg/m <sup>2</sup> e < 25 kg/m <sup>2</sup> )	Excesso de peso Grau I (IMC ≥ 25 kg/m <sup>2</sup> e < 27 kg/m <sup>2</sup> )	Excesso de peso Grau II (IMC ≥ 27 kg/m <sup>2</sup> e < 30 kg/m <sup>2</sup> )	Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> )	Não sabe/não responde
1998/1999 (Contínente)	7 745 984	183 709	3 739 023	1 353 411	1 402 742	925 694	141 435
2005/2006							
Portugal							
Homens e Mulheres	8 541 167	189 644	3 890 961	1 463 301	1 587 977	1 298 190	111 139
18 a 24 anos	947 886	52 578	602 139	71 325	74 294	36 816	20 734 §
25 a 34 anos	1 644 574	55 758	921 764	268 907	236 067	141 652	20 432 §
35 a 44 anos	1 562 377	20 789	760 341	296 483	268 816	200 574	15 379 §
45 a 54 anos	1 405 496	10 680 §	497 886	282 849	302 998	295 175	15 913 §
55 a 64 anos	1 180 516	11 621 §	361 109	222 238	298 997	273 982	12 488 §
65 a 74 anos	1 017 484	10 379 §	333 738	196 281	245 769	222 480	8 843 §
75 a 84 anos	623 687	16 500 §	244 649	104 066	141 471	105 060	11 947 §
85 anos ou mais	159 149	11 339 §	79 245	21 152	19 564	22 451	5 403 §

Unidade: No.

INS

Tabela 1 – População residente com 18 ou mais anos segundo as classes de IMC

Os dados apurados pelo Inquérito Nacional de Saúde, indicam que 15,2% dos adultos portugueses sofriam de obesidade. A prevalência nas mulheres é de 16% contra 14,3% verificado nos homens. A idade é uma determinante associada ao excesso de peso, sendo sucessivamente maior, quanto mais idade tiver o indivíduo.

Segundo o estudo da Escola Nacional de Saúde Pública, intitulado "**A obesidade e a saúde dos portugueses**", o aumento da obesidade em pessoas entre os 55 e os 64 anos aumentou 30,7% nos homens e 16,3% nas mulheres e na faixa dos 18 aos 24 anos aumentou 33,9% entre os homens e 25% entre as mulheres.

A condição de obesidade foi calculada com base no rácio entre o peso medido em quilogramas e o quadrado da altura em metros, designado Índice de Massa Corporal (IMC). De acordo com este indicador, são consideradas obesas todas as pessoas com um resultado igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

No entanto, quando confrontados com a questão de terem ou já terem tido este problema, apenas 3,8% dos inquiridos o afirmaram. Isto mostra um grande distanciamento entre a percepção dos indivíduos e a estimativa apurada (por padronização).

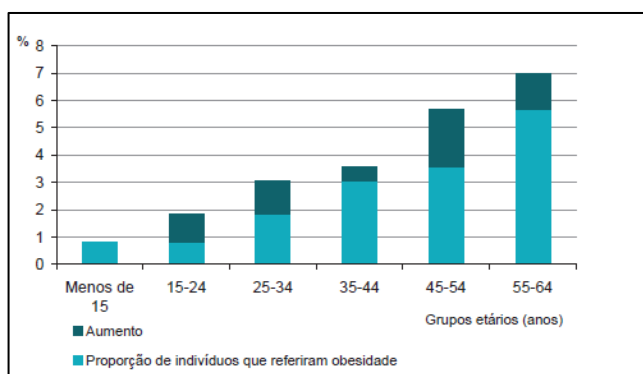


Gráfico 1 – Prevalência de Obesidade Auto-Referida por Grupo Etário, Portugal, 2005



O relatório do INS apresenta ainda o gráfico acima que permite analisar o crescimento da percentagem de obesos por grupo etário, tendo-se registado aumentos em todas as idades, excepto nas crianças até aos 15 anos. Estes valores são de extrema importância para associar a outros factores de risco, uma vez que o peso é um determinante em saúde e algumas doenças estão directamente associadas ao mesmo. Ao compararmos com os casos de diabetes, os casos mais frequentes são após os 55 anos e é nas idades anteriores que se têm verificado um crescimento de peso maior.

Num estudo noticiado pelo *obesidade.online.pt*, constatou-se que as crianças dos EUA, de Malta e de Portugal são as que revelam maior excesso de peso, num conjunto de 41 países analisados pela Organização Mundial de Saúde. Estes resultados

surgem de um relatório sobre as desigualdades na saúde dos jovens, com idade de 11, 13 e 15 anos (amostra: 200 mil inquiridos) e utilizou-se como medida o Índice de Massa Corporal.



Gráfico 2 – Valor percentual de indivíduos com IMC ≥ 30 (18-24 anos)

Segundo dados de Bruxelas, há 22 milhões de crianças com excesso de peso ou obesidade na União Europeia, sendo que a progressão é estimada em mais 400 mil de ano por ano.

Associa-se também um maior risco destas crianças sofrerem de diabetes, problemas de fígado e cardíacos, hipertensão e AVC's. Isto pode significar que, no futuro, caso não sejam tomadas medidas convenientes, a estrutura etária dos indivíduos que sofrem destas doenças se altere, e as necessidades de controlo e prevenção das mesmas seja necessária desde a infância.

Estas crianças têm maior risco de vir a sofrer de doenças como a diabetes, problemas de fígado e cardíacos, hipertensão e acidentes vasculares cerebrais.

Portugal surge em terceiro lugar relativamente aos jovens com 11 anos com excesso de peso (22% das raparigas e 25% dos rapazes). Na faixa etária dos 13 anos Portugal cai para 10.º lugar com 13% e 18% respectivamente e na dos 15 anos, volta a subir para 6.º lugar com 13% e 22%.

Fonte: <http://onocop.pt/conteudos/documentos/IndicadoresPNS2008.pdf>



Recorrendo agora a dados mais actuais, apresentamos agora um gráfico disponibilizado num Boletim Informativo do Alto Comissariado da Saúde, vemos que, em 2009, os dados voltam a ser preocupantes e que não tem sido possível alcançar as metas previstas.

Merecendo também o seu destaque, as situações de pré-obesidade apresentam valores muito elevados e que ultrapassa mais de metade da população em cada faixa etária, à excepção dos 18 aos 29 anos. As doenças

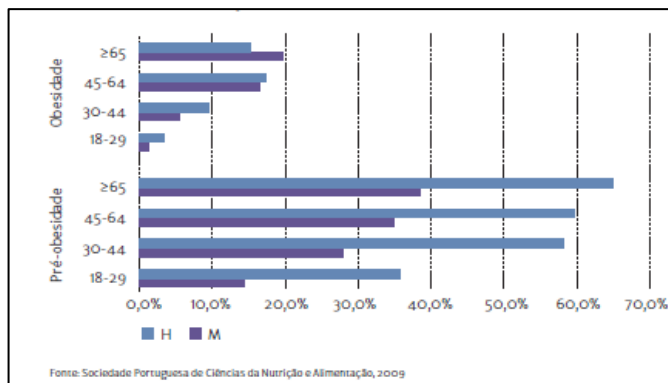


Gráfico 3 –Prevalência de pré-obesidade e obesidade na população adulta, segundo o grupo etário e sexo

cardiovasculares e cerebrovasculares não estão directamente relacionadas com o consumo excessivo de açúcar e a sua prevenção não depende exclusivamente do seu controlo. No entanto, os factores que se encontram na sua origem (obesidade, diabetes, tabagismo, etc) são passíveis de controlo e aqui sim, poderemos incluir o consumo excessivo de açúcar como um facto contributivo destes problemas de saúde. Neste sentido, vamos apresentar alguns dados relativamente a estas doenças, mas destacando que, existem outros comportamentos associados que estão na sua origem.



### ***A Hiperglicemia Intermédia***

A Hiperglicemia intermédia (açúcar elevado no sangue) deve-se em alguns casos à insuficiência de produção, noutros insuficiência de resposta à insulina e frequentemente à combinação dos dois factores.

A Hiperglicemia intermédia é uma condição em que os indivíduos apresentam níveis de glicose no sangue superiores ao normal, **não sendo contudo, suficientemente elevados para serem classificados como Diabetes**. As pessoas com Hiperglicemia intermédia podem ter:

- ✓ Anomalia da Glicemia em Jejum (AGJ);  
Glicemia em jejum  $\geq 110$  mg/dl e  $< 126$  mg/dl (ou  $\geq 6,1$  e  $< 7,0$  mmol/l).
- ✓ Tolerância Diminuída à Glicose (TDG);  
Glicemia às 2 horas após a ingestão de 75g de glicose  $\geq 140$  mg/dl e  $< 200$  mg/dl (ou  $\geq 7,8$  e  $< 11,1$  mmol/l).
- ✓ Ou ambas as condições simultaneamente.

Estas condições são actualmente reconhecidas como factores de risco vascular e um aumento de risco para a Diabetes. Para que esse facto não aconteça é necessário um controlo rígido:

- ✓ Alteração do estilo de vida;
- ✓ Alteração dos hábitos alimentares (dieta controlada, exclusão de açúcar e gorduras);
- ✓ Vigilância dos órgãos mais sensíveis (coração, olhos, rins, nervos).

### ***Diabetes Mellitus***

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crónicas mais vulgares e incapacita o nosso organismo na utilização da glicose para obter energia devido a quantidades inadequadas ou perda da sensibilidade da hormona insulina, ou seja, o pâncreas não produz quantidades suficientes da hormona insulina, ou as células do corpo tornam-se resistentes aos efeitos da hormona. Há complicações importantes decorrentes da Diabetes que constituem ameaças para a saúde dos diabéticos, afectando eventualmente mesmo as pessoas que têm um controlo rigoroso da doença. O controlo atento dos níveis de açúcar no sangue reduz o risco de surgirem complicações decorrentes da Diabetes. Por estas razões, todas as pessoas afectadas devem consultar o médico pelo menos quatro vezes por ano, pois a falta deste pode levar à morte prematura.

A diabetes do tipo II não é facilmente diagnosticada durante anos, sendo caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue:

Glicemia de jejum  $\geq 126$ mg/dl (ou  $\geq 7,0$  mmol/l);



Sintomas clássicos de descompensação + Glicemia ocasional  $\geq 200$  mg/dl (ou  $\geq 11,1$  mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose.

Hemoglobina glicada A1c (HbA<sub>1c</sub>)  $\geq 6,5\%$ .

Normalmente, a insulina é produzida pelo pâncreas e permite que as células do corpo absorvam a glicose (a principal fonte de energia destas) a partir da corrente sanguínea. Na Diabetes Mellitus, as células têm de usar outras fontes de energia, o que pode levar a uma acumulação de subprodutos tóxicos no corpo. Embora alguns dos sintomas de ambas as formas de diabetes sejam similares, a Diabetes do tipo I tende a desenvolver-se mais rapidamente e a tornar-se mais intensa. Os sintomas da Diabetes tipo II podem não ser óbvios ou passar despercebidos nas consultas médicas de rotina até chegarem a uma fase demasiado avançada.

A Diabetes apresenta os seguintes sintomas:

- ✓ Fome constante – polifagia;
- ✓ Perda de peso súbita;
- ✓ Sede anormal e boca seca - polidipsia;
- ✓ Micção frequente e excessiva – poliúria;
- ✓ Sono insuficiente devido à necessidade de urinar durante a noite;
- ✓ Cansaço /Falta de energia;
- ✓ Visão turva;
- ✓ Infecções recorrentes;

A diabetes pode também ser causada por medicamentos corticosteróides ou por níveis excessivos das hormonas corticosteróides naturais, que se opõem à acção da insulina.

Com a Diabetes Mellitus surgem problemas nos olhos, rins, sistema cardiovascular e sistema nervoso afecta também o sistema imunológico, aumentando assim a susceptibilidade a infecções como a cistite. O problema é geralmente permanente e não há uma cura conhecida

Existem Três Tipos de Diabetes, conhecidas:

- ✓ **Diabetes do tipo I**
- ✓ **Diabetes do tipo II**
- ✓ **Diabetes gestacional**

### ***Diabetes do Tipo I***

A Diabetes do tipo I é uma forma de diabetes ocorre quando o pâncreas produz pouca insulina ou mesmo nenhuma. Normalmente causada por uma reacção anormal do corpo, na qual o sistema imunológico destrói as células beta do pâncreas (a hormona que permite que a glicose entre nas células do corpo) secretoras de insulina. Não se sabe o que desencadeia esta reacção anormal, mas pode ser uma infecção





viral. Em alguns casos, a destruição dos tecidos secretores de insulina ocorre após uma inflamação do pâncreas. A Diabetes do tipo I é repentina e dramática, menos frequente que a do tipo II.

A doença pode afectar pessoas de qualquer idade, mas ocorre geralmente em crianças ou adultos jovens. As pessoas com a Diabetes tipo I necessitam de uma dieta rigorosa e adequada e ainda de injeções de insulina diariamente (com o decorrer do tempo ou dos anos as pessoas necessitam de um aumento da dose diária de insulina), para controlar os seus níveis de glicose no sangue, sem insulina as pessoas com a Diabetes tipo I não sobrevivem.

O distúrbio geralmente surge de forma repentina na infância ou na adolescência, mas o factor genético também pode ter influência, o padrão de hereditariedade é complexo. O filho de uma pessoa com diabetes do tipo I corre mais riscos de desenvolver o mesmo tipo de diabetes. Contudo, a maioria das crianças afectadas não tem nem o pai, nem a mãe com diabetes.

A Diabetes do tipo I é menos frequente do que a do tipo II em cerca de 10% dos casos, mas a sua incidência está a aumentar, apesar dos motivos não serem completamente conhecidos é provável que se relacionem sobretudo, com alterações ambientais.

Os factores de risco ambientais, o aumento da altura e do peso, o aumento da idade materna no parto e possivelmente alguns aspectos da alimentação, bem como a exposição a certas infecções virais, podem desencadear fenómenos de auto-imunidade ou acelerar a distribuição das células beta já em progressão.

### ***A Diabetes do Tipo II***

A Diabetes do tipo II é a mais comum e derivando da obesidade (é um problema emergente a crescer nas sociedades mais abastadas) ou do factor genético (em cada três pessoas afectadas existe um familiar com o mesmo tipo de diabetes).

Na Diabetes do tipo II, o pâncreas continua a segregar insulina, mas as células do corpo tornam-se resistentes aos efeitos desta. Este tipo de Diabetes afecta principalmente pessoas com mais de 40 anos de idade, mas também pode ocorrer mais cedo, associada à obesidade, principalmente em populações com elevada prevalência da Diabetes. São cada vez mais as crianças que desenvolvem Diabetes tipo II.

O aumento da prevalência da Diabetes tipo II, está associado às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações alimentares, à redução da actividade física e a estilos de vida não saudável, bem como a outros padrões comportamentais.

Existem vários factores possíveis para o desenvolvimento da Diabetes tipo II:

- ✓ Obesidade, (alimentação inadequada e inactividade física);



- ✓ Envelhecimento;
- ✓ Resistência à insulina;
- ✓ História familiar da Diabetes;
- ✓ Ambiente intra-uterino deficitário;

A Diabetes tipo II, pode passar despercebida por muitos anos, sendo o diagnóstico muitas vezes efectuado devido à manifestação de complicações associadas, ou, acidentalmente, através de um resultado anormal dos valores de glicose no sangue ou na urina.

Por vezes, o problema pode ser tratado apenas com medidas relativas à dieta, mas podem ser necessários medicamentos orais e, por vezes, injeções de insulina.

O tratamento tem por fim o controlo dos níveis de glicose no sangue. Entre as pessoas tratadas à diabetes tipo II, uma em cada 10 depende de injeções de insulina auto-administradas durante toda a vida. As restantes necessitam de uma dieta controlada e, frequentemente, de medicamentos orais.

Ao contrário da Diabetes tipo I, as pessoas com Diabetes tipo II não são dependentes de insulina exógena e não são propensas a cetose, mas podem necessitar de insulina para o controlo da hiperglicemia se não o conseguirem através da dieta associada a antidiabéticos orais.

Tais medidas permitem que a maioria das pessoas afectadas tenha uma vida normal.

Contudo, em muitos casos, surgem eventualmente complicações, embora o início destas possa ser adiado através do tratamento.

A Diabetes Mellitus prolongada pode causar danos em vários órgãos do corpo, dando origem a complicações a curto e a longo prazo. Os problemas a curto prazo são geralmente fáceis de remediar, mas as complicações a longo prazo são difíceis de controlar. Doenças inerentes da Diabetes:

### ***Dados Estatísticos***

#### ***Anuário Estatístico de Portugal - 2009***

Este documento é o estudo mais recente publicado pelo INE e que nos indica o número de população com diabetes em 2005/2006. Os dados estão padronizados por faixa etária, mas analisando o total de casos, 6,5% têm esta doença.



## Inquérito Nacional de Saúde – 2005

Os mesmos valores apresenta o INS de 2005, como se pode constatar no gráfico seguinte, extraído do respectivo documento. A

prevalência desta doença é a 5.ª doença crónica com maior prevalência no nosso país.

II.4.15 - Resident population according to the main types of chronic disease, by sex and age group								
Unidade: N.*	População média residente	População residente que tem ou já teve						
		Diabetes	Asma	Tensão arterial alta	Dor crónica	Doença reumática	Osteoporose	Depressão
1998/1999 (Contínente)	9 693 475	453 533	549 018	1 447 243	x	x	x	x
2005/2006								
<b>Portugal</b>								
Homens e Mulheres	10 549 424	686 315	581 725	2 085 013	1 685 501	1 685 858	654 541	862 301
Menos de 15 anos	1 645 834	1 684 §	81 356	841 §	23 039 §	3 816 §	x	2 297 §
15 a 24 anos	1 310 309	6 906 §	81 125	15 427 §	58 368	17 751 §	531 §	34 309
25 a 34 anos	1 644 574	20 641 §	76 593	97 798	160 597	74 550	13 208 §	123 328
35 a 44 anos	1 562 377	59 198	64 054	174 099	219 903	127 948	15 270 §	167 537
45 a 54 anos	1 405 496	104 315	76 562	376 023	297 293	258 094	103 739	182 249
55 a 64 anos	1 180 516	184 546	70 125	503 720	342 638	415 264	189 853	169 153
65 a 74 anos	1 017 484	181 834	76 621	528 286	322 029	417 095	185 237	122 473
75 a 84 anos	623 687	110 959	44 383	320 128	214 489	294 580	112 288	51 331
85 anos ou mais	159 149	16 232 §	10 906 §	68 690	47 144	76 758	34 416	9 624 §

Tabela 2 – População residente segundo a existência dos principais tipos de doença crónica, por sexo e grupo etário

Comparando com o INS anterior (1998/99), houve um crescimento bastante significativo, uma vez que a diabetes atingia 453533 indivíduos: O crescimento da prevalência da doença é mais rápido do que o crescimento da população. Em dados relativos, em 1998/99 quase 4,7% dos portugueses sofriam desta perturbação. Anteriormente a esta data, em 1995 as estimativas apontavam para cerca de 5,1%.

O crescimento do número de casos foi de 51% de casos entre as duas datas (sem considerar o efeito da variação da população).

Em ambas as datas, as idades superiores a 55 anos são as que mais demonstram a manifestação desta doença.

A tabela seguinte permite-nos analisar o consumo de medicamentos associados ao combate da diabetes. Da população residente, mais de 50% admite ter tomado medicamentos nas últimas duas semanas (reporte-se à data de realização do inquérito: Fev. 2005 a Fev. 2006). Embora seja a doença que apresenta menos valor relativamente às outras apresentadas, comparativamente com a população que sofre da diabetes, ainda há uma parte significativa dos afectados que não está a tratar da diabetes, seja por sub-valorização do seu controlo, falta de apoios financeiros ou até mesmo desconhecimento do seu estado de saúde.

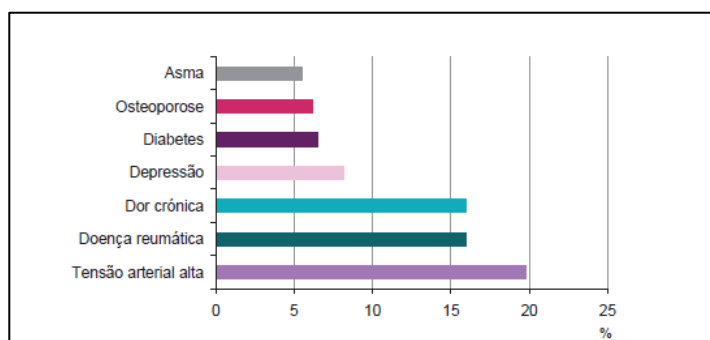


Gráfico 4 – Prevalência de doenças crónicas referidas com maior frequência, Portugal, 2005



Sexo/ Grupo etário	População residente (a)	População residente que:			População que tomou medicamentos por motivo da toma (b)					
		não tomou medicamentos (b)	tomou medicamentos (b)	Não sabe/ não responde	Tensão arterial elevada	Outra doença cardiovascular	Redução do nível de colesterol	Diabetes	Dor nas articulações (artroses, artrites)	Dor de cabeça ou enxaqueca
Homens e Mulheres	10 549 424	5 018 659	5 520 684	10 060	1 625 866	677 215	980 460	469 762	1 038 503	761 337
Menos de 15 anos	1 645 834	1 183 400	462 032	416	x	2 489	x	1 346	639	22 485
15 a 24 anos	1 310 309	906 078	402 048	2 193	3 545	3 000	972	2 775	8 760	36 484
25 a 34 anos	1 644 574	934 179	707 740	2 662	21 504	13 595	21 299	6 778	26 630	101 703
35 a 44 anos	1 562 377	825 727	733 994	2 660	87 112	22 012	67 720	24 836	55 542	135 587
45 a 54 anos	1 405 496	580 610	823 343	1 548	257 109	57 956	165 522	71 815	155 194	132 309
55 a 64 anos	1 180 516	315 844	864 566	x	392 878	129 368	273 140	130 804	247 257	123 347
65 a 74 anos	1 017 484	167 664	849 825	x	481 211	202 468	287 564	132 198	276 352	111 940
75 a 84 anos	623 687	83 869	539 318	x	309 835	181 355	141 850	88 536	217 656	81 839
85 anos ou mais	159 149	21 288	137 819	x	72 672	64 971	22 394	10 674	50 472	15 643

Tabela 3- População residente que referiu ter tomado medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista, receitados pelo médico e comprados.

### **Notícia: Diário de Notícias – 24/03/2009 Diabetes já afecta um milhão de portugueses**

Este jornal, apresenta uma síntese de um estudo sobre a prevalência da doença, desenvolvido por José Manuel Boavida, coordenador do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Este, apresenta dados preocupantes, uma vez que nesta data, Portugal tinha atingido o número de casos esperados para 2025. Isto significa que estamos 16 anos “adiantados” e que nessa data, e agora estima-se que 20% da população portuguesa seja diabética.

Os números obtidos neste estudo ultrapassam bastante os dados obtidos no último INS o que comprova um crescimento exponencial e possivelmente as medidas de prevenção e promoção de comportamentos saudáveis neste âmbito se mostrem insuficientes.

Sobre este estudo, o presidente da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP), Luís Gardete, acrescenta que “estes dados incluem os casos não diagnosticados que rondam 40% do total”.

Mais tarde, esta mesma associação desenvolveu um estudo que concluiu que 5,1% de novos casos de diabetes que surgiram após 2005 e são desconhecidos pelos seus portadores.

Mesmo assim, concorda com o facto de haver muitas pessoas que desconhecem o seu estado de saúde e que apenas têm conhecimento da sua situação quando a diabetes manifesta sintomas graves, como por exemplo, falta de visão, ou problemas de rins.



O mesmo estudo desta associação revela que “há hoje 2.687.698 portugueses com diabetes ou em situação de risco, o que significa mais de um quarto da população (34,9%)” destes, 1.782.663 portugueses, em situação Pré-Diabética (23,2%).

O gráfico seguinte apresenta-nos a situação em 2009, relativamente aos diabéticos diagnosticados e não diagnosticados, e como podemos concluir, há ainda uma falta de preocupação por parte da população no sentido de rotinar a sua saúde o que impede o seu controlo e a tomada de medidas amplifiquem as consequências da doença.

A situação piora com o aumento da população sem situação pré-diabética, ou seja, que se encontram em risco de futuramente desenvolverem esta doença no futuro. Na avaliação destes casos, têm-se em consideração casos de tensão arterial elevada, níveis de colesterol elevado ou com excesso de peso.

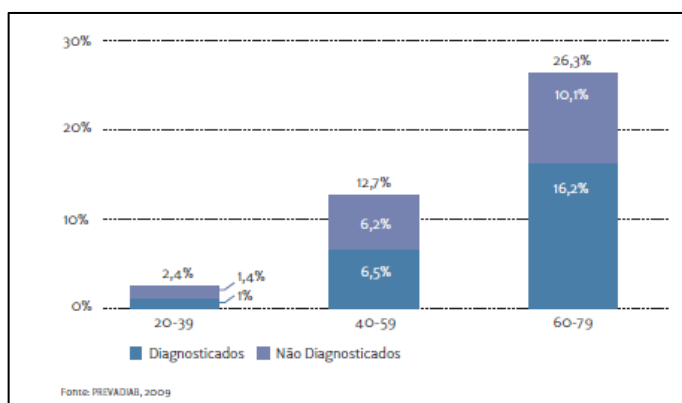


Gráfico 5 – Prevalência padronizada da Diabetes na população portuguesa por grupos etários de 20 anos

Parte deste crescimento deve-se ao aumento da esperança de vida (a doença afecta sobretudo pessoas mais velhas) e são também aqui justificados através do aumento da esperança média de vida, aos maus hábitos alimentares e à ausência de exercício físico, associados à obesidade e hipercolesterolemia.

Um artigo de opinião encontrado na web, relata a opinião do Dr. Alok k. Gupt, da Universidade do Estado do Lousiana: “Deveríamos propor que a pré-hipertensão (Pressão Arterial >120/80 mm Hg) e a pré- diabetes (glicemia >100 mg/dL) em conjunto devam significar um sinal vermelho para avaliação urgente do paciente. (...) Estes pacientes são fáceis de serem identificados, bastando uma medida da pressão arterial em repouso e uma colecta de sangue de extremidades, para testar a glicemia, em qualquer consultório médico”.

O Dr. Franz Messerli, do Hospital St Luke Roosevelt em Nova Iorque, acrescenta que: "O pré- diabetes quase sempre evolui para diabetes enquanto o pré- hipertensão muitas vezes não progride, mas a combinação dos dois eventos pode ser um grande sinal vermelho.

Fonte: <http://www.medcenter.com/Medscape/content.aspx?id=26415>

Num artigo publicado pelo sítio na internet dos Médicos de Portugal, Francisco George, considera os números chocantes. Quando cerca de um terço da população apresenta condições de diabético ou pré-diabético, “não podemos descansar um só



dia relativamente a esta questão”, afirma o responsável pela Direcção Regional de Saúde.

“O combate à diabetes não depende só dos profissionais de saúde. As estruturas da sociedade civil são muito importantes. Temos de trabalhar muito e em conjunto.”, reforçou. De certo modo, esta sua afirmação acaba por ir ao encontro do principal objectivo do nosso trabalho, uma vez que refere a necessidade de intervenção activa da população nas questões de saúde.

Fonte: <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt>



### ***A Hipoglicemia***

A hipoglicemia é um distúrbio no qual o açúcar no sangue desce para níveis anormalmente baixos, causada frequentemente por um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos a dose de insulina. O distúrbio é mais vulgar nas pessoas com diabetes do tipo I, mas também pode afectar as pessoas com diabetes do tipo II que tomam medicamentos de sulfonilureias. Sem tratamento, pode causar perda dos sentidos e ataques.

### ***A Retinopatia Diabética***

A Retinopatia Diabética são danos dos vasos sanguíneos da retina devido a Diabetes Mellitus, que por vezes são hereditários. Um doente com a Diabetes Mellitus, corre um risco acrescido de desenvolver Retinopatia Diabética.

A Diabetes Mellitus pode provocar anormalidades nos pequenos vasos sanguíneos de qualquer parte do corpo. Se os danos afectarem os vasos da retina, a membrana sensível à luz e situada na parte posterior do olho, surge a retinopatia Diabética. O problema geralmente afecta ambos os olhos. De início, os pequenos vasos sanguíneos da retina ficam com fugas.

Pode ocorrer perda da visão, se o problema não for tratado, e eventualmente pode surgir depois cegueira. Quanto maior for a duração da diabetes e menor for o controlo da doença, maior é o risco.

Só um pequeno número de pessoas com Diabetes Mellitus do tipo I desenvolve Retinopatia nos 10 anos que se seguem ao diagnóstico da diabetes, mas uma vez instalada a retinopatia, esta costuma progredir rapidamente. Na Diabetes Mellitus do tipo II, o problema pode estar presente, até certo ponto, aquando do diagnóstico desta. A diabetes aumenta também o risco de cataratas nos olhos, as pessoas com diabetes devem consultar o oftalmologista anualmente para que este examine os olhos.

### ***Perda de peso súbito***

A diabetes do tipo I mal controlada ou sem tratamento pode levar a cetose (perda de peso). É um problema no qual as substâncias químicas tóxicas com o nome de cetonas se acumulam no sangue. Estas substâncias químicas são produzidas quando os tecidos do corpo não conseguem absorver a glicose do sangue devido a uma produção inadequada de insulina, tendo de usar as gorduras para obtenção de energia. A cetoacidose pode também ocorrer nas pessoas com diabetes do tipo I que se encontram a tomar insulina, se estas omitirem várias doses ou desenvolverem outra



doença (dado que qualquer tipo de doença aumenta a necessidade do corpo de insulina).

Os sintomas da cetoacidose podem incluir:

- ✓ Náuseas e vómitos, por vezes com dor abdominal;
- ✓ Respiração profunda;
- ✓ Hálito com cheiro a acetona;
- ✓ Confusão.

O desenvolvimento destes sintomas é uma situação de emergência médica, pois podem levar a grave desidratação e coma se não forem tratados de imediato. O tratamento de emergência da cetoacidose inclui uma infusão de fluidos por via intravenosa para corrigir a desidratação e repor o equilíbrio químico no sangue, e injeções de insulina para que as células absorvam a glicose do sangue.

### ***Neuropatia Diabética***

Na Neuropatia Diabética, um ou mais dos nervos periféricos que provêm do encéfalo e espinal medula, e chegam a todo o corpo, ficam danificados devido à diabetes.

A Neuropatia Diabética é a causa mais vulgar de neuropatia periférica, nos países desenvolvidos. Se a diabetes for mal controlada, os elevados níveis de glicose no sangue danificam directamente os nervos periféricos e os vasos sanguíneos que os abastecem. O controlo cuidadoso da diabetes reduz para metade o risco.

Cerca de 3 em cada 10 pessoas com diabetes têm danos num ou mais nervos periféricos e apenas uma destas 3 pessoas desenvolve sintomas significativos.

As pessoas com diabetes e que fumam aumentam o risco de dano dos vasos sanguíneos que abastecem os nervos.

Os sintomas da neuropatia diabética desenvolvem-se lentamente, ao longo dos anos. Raras vezes, os sintomas desenvolvem-se de forma rápida, ao longo de dias ou semanas. Os sintomas variam dependendo dos nervos envolvidos, mas os pés são frequentemente afectados. Com menos frequência, a neuropatia diabética pode afectar nervos maiores, em especial das coxas. Os sintomas podem incluir:

- ✓ Um membro dormente.
- ✓ Entorpecimento.
- ✓ Dor, que agrava à noite.
- ✓ Fraqueza e desgaste muscular.

Se a diabetes afectar os vasos sanguíneos que abastecem os nervos, pode-lhe causar danos. Pode haver uma perda gradual da sensibilidade, começando nas mãos e nos pés e por vezes estendendo-se gradualmente aos membros. Os sintomas podem incluir também tonturas quando a pessoa se põe de pé e impotência no homem. A perda da sensibilidade, juntamente com uma má circulação, torna as pernas mais





susceptíveis ao aparecimento de úlceras e gangrena. Se houver perda da sensibilidade, pode surgir um pequeno ferimento no pé devido a um sapato mal calçado. A cura lenta por causa do fraco fornecimento de sangue pode levar a uma infecção. Sem tratamento, podem surgir úlceras, nos casos graves, gangrena. A neuropatia diabética pode também afectar os nervos autónomos, os quais regulam as funções automáticas do corpo, como a tensão arterial e a passagem dos alimentos pelos intestinos. Os danos nestes nervos causam sintomas, como tonturas quando de pé, diarreia e impotência.

### ***A Gangrena***

A Gangrena é a morte dos tecidos devido a um fluxo de sangue inadequado ou a infecção de uma ferida, envolve a morte dos tecidos numa área do corpo, geralmente nas pernas e nos pés, e é uma situação potencialmente fatal.

Existem dois tipos de gangrena:

- ✓ **A Gangrena Seca**, ocorre quando os tecidos ficam privados de oxigénio devido a um fluxo sanguíneo reduzido, a morte dos tecidos é localizada e não se propaga a partir do local afectado.
- ✓ **A Gangrena Húmida**, é menos comum e ocorre quando o tecido que foi lesionado por uma ferida ou por Gangrena Seca é infectado por bactérias. A infecção ocorre muitas vezes devido à clostridia, as bactérias que vivem nos tecidos mortos sem oxigénio e produzem um gás com cheiro desagradável.

A redução do fluxo sanguíneo que origina a Gangrena é muitas vezes causada por um coágulo sanguíneo que se forma numa artéria na qual já pode ter havido um estreitamento devido à acumulação de gordura, situação esta denominada aterosclerose. Os tecidos das pernas e pés são mais afectados por estas doenças subjacentes. O risco de uma artéria ficar bloqueada é aumentado por determinados factores relacionados com o estilo de vida: como fumar e ter uma dieta rica em gorduras. É mais provável que as pessoas que sofrem de diabetes mellitus desenvolvam gangrena devido à lesão progressiva dos pequenos vasos sanguíneos.

### ***Doenças Vasculares Diabéticas***

A Doença Cardiovascular é uma complicação a longo prazo comum da diabetes que tem tendência a ser hereditária, surge com lesões dos vasos sanguíneos grandes e pequenos ao longo do corpo que ocorrem em pessoas com Diabetes Mellitus .

Existem dois tipos de doença Cardiovascular mais prováveis de afectar os diabéticos:



✓ **A Aterosclerose**, os depósitos de gordura vão-se acumulando gradualmente nas paredes dos vasos sanguíneos maiores, estreitando-os. É mais provável que esta doença, que evolui até certo ponto na maioria das pessoas à medida que vão envelhecendo, ocorrerá mais cedo e mais extensivamente nos diabéticos. A Aterosclerose pode dar origem a um bloqueio das artérias e a complicações potencialmente fatais, em particular Tromboses, Ataque Cardíaco e Isquemia dos membros inferiores. As pessoas com diabetes correm um maior risco de distúrbios Cardiovasculares. Os vasos sanguíneos grandes podem ser danificados pela Aterosclerose, a qual é uma das principais causas de doença das Artérias Coronárias e AVC. Os níveis elevados de colesterol no sangue, os quais aceleram o desenvolvimento da Aterosclerose, são mais comuns nas pessoas com diabetes. A Diabetes está também associada à Hipertensão outro factor de risco na Doença Cardiovascular.

✓ **A Doença Diabética dos Vasos Sanguíneos Pequenos** ainda não é completamente compreendida, mas pensa-se que envolve um espessamento das paredes devido a determinadas alterações químicas. Este espessamento reduz a quantidade de oxigénio que passa do sangue para os tecidos corporais adjacentes.

A doença dos pequenos vasos sanguíneos pode também originar lesões nervosas, geralmente nos pés. Tais lesões podem reduzir a sensibilidade de tal maneira que um ferimento nem sempre é perceptível. O reduzido fluxo sanguíneo retarda a cicatrização e úlceras epidérmicas persistentes e até mesmo gangrena.

As lesões dos vasos sanguíneos pequenos podem ocorrer em muitas partes do corpo. Os capilares nos olhos são normalmente afectados dando origem a visão turva e por vezes até mesmo cegueira. Caso os capilares existentes nos olhos sejam afectados, alterações semelhantes também terão ocorrido nos vasos existentes no resto do corpo. Caso os vasos sanguíneos dos rins sejam afectados, a função renal será debilitada. As lesões renais por vezes originam um aumento da pressão sanguínea, a hipertensão. Outras complicações a longo prazo resultam de danos nos vasos sanguíneos pequenos espalhados pelo corpo.

Estas doenças vasculares em geral ocorrem em conjunto e cada uma delas pode dar origem a complicações graves. O risco de doença vascular diabética grave é maior conforme o número de anos de Diabetes Mellitus. Fumar e manter uma dieta rica em calorias, falta de exercício físico, assim como um fraco controlo dos níveis de açúcar no sangue, aumenta o risco de vir a desenvolver a doença Cardiovascular diabética, pelo que é importante controlar a diabetes.



Algumas pessoas já têm estas complicações quando lhes é diagnosticada a Diabetes Mellitus pela primeira vez. Noutros casos, estas complicações podem não surgir durante muitos anos após o diagnóstico inicial.

### ***Doença Renal***

A Diabetes Mellitus prolongada pode causar danos em vários órgãos do corpo com maior consequência nas práticas de maus estilos de vida e o fraco controlo da doença é o principal facto de risco. Os danos nos rins provocados pela Diabetes Mellitus são conhecidos por doença renal diabética. O distúrbio surge em cerca de 4 em cada 10 pessoas com diabetes há mais de 15 anos.

A Diabetes Mellitus afecta os vasos sanguíneos pequenos dos glomérulos (as unidades de filtragem dos rins). Os danos nestes vasos fazem com que as proteínas passem para a urina e reduzam a capacidade de removerem os resíduos e a água em excesso do corpo. Não surgem geralmente sintomas até os danos nos rins já serem graves, podendo estes então incluir vómitos e tonturas. Muitas pessoas com Diabetes Mellitus prolongada têm também tensão arterial alta, a qual pode causar ainda mais danos nos rins.

As pessoas com diabetes são regularmente vigiadas pelo médico para que complicações, como danos nos rins, possam ser detectadas numa fase inicial. O médico pode procurar pelos primeiros sinais de doença renal diabética através de análises à urina para detecção de proteínas e análises ao sangue para avaliação da função renal.

Uma vez diagnosticado o problema, o primeiro objectivo do tratamento será abrandar a progressão da doença para insuficiência renal. Em alguns casos, o controlo dos níveis de glicose e da tensão arterial pode evitar que a função renal se deteriore. Contudo, mesmo que a diabetes seja controlada, a doença renal diabética pode ainda assim causar danos. O resultado pode ser a insuficiência renal em fase final, na qual há uma perda total da função renal.

A insuficiência renal em fase final devido à doença renal diabética pode ser geralmente tratada através de diálise ou de um transplante renal. É por vezes possível combinar um transplante renal com um transplante do pâncreas, tratando-se assim a insuficiência renal e a diabetes simultaneamente. Contudo, a cirurgia é complexa e só é efectuada em certos centros da especialidade.



## ***Hipertensão***

O coração bombeia o sangue para todos os órgãos do corpo por meio de tubos chamados artérias. Quando o sangue é bombeado, ele é "empurrado" contra a parede dos vasos sanguíneos. Esta tensão gerada na parede das artérias é denominada pressão arterial. A hipertensão arterial ou "pressão alta" é a elevação da pressão arterial para números acima dos valores considerados normais (140/90mmHg). Esta elevação anormal pode causar lesões em diferentes órgãos do corpo humano, tais como cérebro, coração, rins e olhos.

A hipertensão é um dos principais factores de risco para as doenças cardiovasculares como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Enfarte e Insuficiência Cardíaca, já que provoca lesões nas artérias. As gorduras que circulam na corrente sanguínea depositam-se, o que aumenta a probabilidade dessas doenças. A pressão alta também pode levar a um derrame quando rebenta uma artéria. A hipertensão tem um forte componente genético, mas a doença pode não se manifestar caso sejam adoptados estilos de vida saudáveis.

## ***Doenças cardiovasculares e cerebrovasculares***

### ***Dados Estatísticos***

Segundo o Portal da Saúde, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte do nosso país (40% dos óbitos) e ainda uma importante causa de incapacidade. Os maus hábitos alimentares são um factor de destaque quando procuramos a origem destes problemas.



Sexo/ Grupo etário	População residente que tem ou já teve:									
	Pedra nos rins	Insuficiência renal	Ansiedade crónica	Ferida crónica	Enfisema, Bronquite crónica	Acidente vascular cerebral	Obesidade	Depressão	Enfarte do miocárdio	Outra doença crónica
Homens e Mulheres	507 005	163 431	473 008	97 018	383 765	171 638	398 918	862 301	134 544	2 566 677
Menos de 15 anos	180	3 900	2 165	x	30 489	x	13 480	2 297	x	243 728
15 a 24 anos	6 060	6 340	14 326	352	26 204	202	24 181	34 309	x	222 198
25 a 34 anos	30 718	10 963	43 360	2 187	31 156	2 761	50 056	123 328	185	326 576
35 a 44 anos	63 425	18 669	71 936	7 496	33 978	3 580	55 616	167 537	2 066	390 602
45 a 54 anos	101 577	25 568	96 926	11 756	31 249	16 729	79 943	182 249	16 301	377 735
55 a 64 anos	109 802	32 912	114 390	14 600	64 149	34 944	82 207	169 153	27 691	378 519
65 a 74 anos	124 200	30 984	77 072	34 270	82 148	50 435	62 826	122 473	40 233	359 916
75 a 84 anos	60 777	26 387	46 563	22 187	68 043	47 200	26 050	51 331	41 505	215 241
85 anos ou mais	10 266	7 708	6 270	4 170	16 349	15 786	4 557	9 624	6 498	52 161

Tabela 4 – Doenças por grupo etário e género

Segundo o relatório do INS, o enfarte do miocárdio em 2005, 134.544 portugueses já tiveram enfarte do miocárdio. O mesmo indica ainda 171.638 casos de Acidentes Vasculares Cerebrais.

Causas de morte (CID 10 - Lista sucinta europeia)	Óbitos		
	(Nº)	(%)	Taxa (%000)
Doenças do aparelho circulatório (33)	36723	34,1	348,1
Doenças cérebro-vasculares (36)	16280	15,1	154,3
Cardiopatía isquémica (34)	8637	8,0	81,9

Tabela 5 – Causas de morte – Portugal, 2008

A DGS/DSEES/Divisão de Estatísticas de Saúde publicou ainda dados relativamente às causas de morte verificadas e que tenham sido causadas por doenças do aparelho circulatório ou por doenças cérebro-vasculares. Ambas representam 23,1% das causas de morte. As doenças do aparelho circulatório totalizam 34,1% (dados de 2008).

Uma publicação da OMS (fact sheet n.º 310) apresenta os resultados relativamente às 10 principais causas de morte no mundo. Os dados que apresentamos têm por base toda a população mundial, embora a publicação tenha os valores desagregados de acordo com o nível de desenvolvimento do país. No topo da tabela surgem as doenças coronárias, seguidas dos AVC's e outras doenças cerebrovasculares. Em percentagem, ambas representam 21,9% das mortes.

World	Deaths in millions	% of deaths
Coronary heart disease	7.20	12.2
Stroke and other cerebrovascular diseases	5.71	9.7
Lower respiratory infections	4.18	7.1
Chronic obstructive pulmonary disease	3.02	5.1
Diarrhoeal diseases	2.16	3.7
HIV/AIDS	2.04	3.5
Tuberculosis	1.46	2.5
Trachea, bronchus, lung cancers	1.32	2.3
Road traffic accidents	1.27	2.2
Prematurity and low birth weight	1.18	2.0



Num artigo publicado pela Submundos, na internet, expõem-se dados relativos a 2008 e que apontam para 33 mil mortes por doenças cardiovasculares no nosso país. É a principal causa de morte em Portugal, que mata 4 pessoas por hora. O cancro surge em 2.º lugar com 3 mortes por hora. No entanto, as perspectivas de melhoria são elevadas, uma vez que o número de casos tem vindo a diminuir, em parte graças aos fármacos e à prevenção que começa a dar resultados. Em 2005, os valores eram de 36 mil mortes, e se retroceder-mos a 2002, era de 40 mil.

O artigo afirma ainda que “Uma caminhada diária poderia evitar que 50 mil portugueses desenvolvessem uma doença destas”

Fonte: <http://www.submundos.com/forum/saude>

### ***Jornal SOL: 30 de Março, 2011***

Nesta notícia evidencia-se uma realidade pouco favorável à saúde dos portugueses. Continuamos a ser o país com maior taxa de incidência na de AVC's na União Europeia. Aqui, já se aponta para apenas 2 mortes por hora cuja causa remete aos AVC's. Esta doença é responsável por mais de 25 mil internamentos por ano.

Ao Sol, foi dito pelo presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia que “A situação tem vindo a melhorar em Portugal, mas continuamos a ter uma incidência muito alta, a mais alta da União Europeia”, disse Castro Lopes, observando que tem “havido uma redução de cerca de um por cento ao ano, o que é muito significativo”.

O mesmo adiantou que, segundo a OMS, um em cada 6 pessoas terá um AVC. Castro Lopes salientou que **“hábitos de vida modificados contribuem extraordinariamente para prevenir um AVC e não custa nada ao Estado e aos doente”**.

Manuel Carrageta, médico cardiologista aponta como razões o **“maior controlo da hipertensão arterial, uma acção muito meritória dos médicos de família”** e a redução do consumo de sal para o qual contribuiu a legislação que obrigou à diminuição deste condimento no pão, **“uma medida de grande alcance na saúde pública”**.

**“Até há pouco tempo, um em cada quatro portugueses morria de AVC. Neste momento é um em cada cinco, mas ainda é um número muito elevado”**, acrescenta.



## Algo semelhante: diminuição dos gramas de sal na panificação

O consumo excessivo de sal na alimentação diária dos portugueses mostrou ser um factor na génese e perturbação de doenças como a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, AVC's e insuficiência renal, sendo estas causas de avultados gastos em saúde por parte do Estado, quer por tratamento directo, quer por complicações associadas, no tratamento de outras doenças.

É também a principal causa mundial de incapacidade, pelo que impõe gastos significativos ao nível dos sistemas de saúde.

À semelhança do que acontece com o consumo do tabaco e álcool por exemplo, os vários Governos têm procurado diminuir estes comportamentos na população através de políticas de saúde ao nível da prevenção e promoção, e o consumo excessivo de sal não foi excepção.

Foi uma das propostas do Partido Socialista no seu Programa Eleitoral para as legislativas de 2009:

“O acompanhamento das medidas tendentes a diminuir o consumo de sal;”

(Localização no Programa: III Políticas Sociais – 3.A.)

Nestas legislativas, o Partido Socialista foi eleito Governo com 36,55% e elegeu 97 deputados na Assembleia da República, o que lhe permitiu formar o XVIII Governo Constitucional.

No seu anterior Governo, a 3 de Julho de 2009 foi aprovado na Assembleia da República, e promulgado pelo Presidente da República a 29 do mesmo mês, a Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto que estabelece normas com vista à redução do teor de sal no pão, bem como informação na rotulagem de alimentos embalados destinados ao consumo humano. A proposta foi apresentada na Assembleia da República por um grupo de deputados socialistas, liderado por dois médicos que integram a Comissão Parlamentar de Saúde.

Segundo a edição de 12 de Agosto de 2010 do Jornal Público, data da entrada em vigor da Lei, Portugal foi assim o primeiro país do mundo a impor limites de sal no processo de fabricação do pão. O limite foi definido em 1,4 gramas de sal (ou 0,55 gramas de sódio) por cada 100 gramas de produto final. A violação desta disposição constituir uma contra-ordenação com aplicação de coima aos industriais que varia de 500€ a 5000€. Exceptua-se a aplicação desta legislação aos tipos de pães reconhecidos como produtos tradicionais com nomes protegidos, como por exemplo a Broa de Avintes.

A proposta recebeu quase unanimidade da votação desta proposta. Apenas se absteve um deputado do PSD e houve 5 votos contra do CDS-PP, cujo respectivo vice-presidente havia pedido liberdade de voto nesta bancada. Estes deputados



justificaram o seu voto por não serem favoráveis a “o gosto das pessoas poder ser regulamentado por lei”.

Segundo o mesmo jornal, “A lei é de tal forma "pioneira" que os norte-americanos estão agora a debater a possibilidade de introduzir limites do teor de sal por via legislativa, justifica Jorge Polónia.”

Luís Martins, cardiologista e ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, frisa que Portugal está a servir como exemplo. Deve-se assim garantir o cumprimento da lei e esperar o alcance de bons resultados.

A par da sopa, o pão é uma das principais fontes de ingestão de sal na alimentação portuguesa, não só pelo seu teor de sal, mas também pela quantidade elevado do seu consumo.

Também a DECO aplaudiu esta Lei apresentando alguns dados relativamente aos hábitos de consumo de sal por parte da população portuguesa. O médico e Professor Jorge Polónia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto afirma que “somos o país da Europa com as maiores taxas de ingestão de sal – 11,9 gramas por dia” e por consequência ou não, somos também líderes “nas taxas de acidente vascular cerebral e cancro do estômago” .

A Organização Mundial de Saúde recomenda que a ingestão diária deste condimento seja de 5 gramas diárias, no máximo.

O Professor Jorge Polónia destaca ainda um estudo realizado em Inglaterra pela Food Standards Agency (2003) que demonstrou uma poupança de 7 mil vidas por ano como impacto pela redução de um grama no consumo diário de sal. O Professor admite que, se num país em que o consumo de sal já é reduzido o impacto é relevante, em Portugal, uma medida semelhante teria um impacto ainda mais significativo.

No desbravamento das notícias relacionadas com este tema, encontramos ainda uma avaliação de uma equipa da Universidade Fernando Pessoa, denominado “Sal no Pão”. Este estudo consistiu em analisar a quantidade de sal em 40 tipos de pão vendidos em Portugal. Em média, o estudo concluiu que o pão normal (não integral) tinha entre 19 a 21 gramas de sal por cada quilograma. Isto significa que o consumo de 2 pães por dia, equivale ao consumo de 3 gramas de sal.

### ***A fiscalização***

Em Março de 2011, a ASAE (Autoridade de Segurança Alimentar e Económica) realizou inspecções a mais de 200 padarias do país embora não unicamente no sentido de fiscalizar o cumprimento da legislação que analisamos. Relativamente à aplicabilidade da Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto, esta entidade não registou nenhuma infracção no que respeita à confecção do pão e a adição de sal. A edição de 8 de Março





de 2011 do “jornal SOL”, destaca ainda alguns dados desta acção de fiscalização: Dos resultados laboratoriais obtidos pela ASAE, as bolas de mistura apresentam em média 0,39 gramas de sal por 100 gramas de pão e as carcaças 0,45 gramas de sal por cada 100 gramas.

O Governo prometeu apresentar à Assembleia da República um programa de intervenção destinado à redução do teor de sal noutros alimentos no prazo de seis meses. O prazo mais do que expirou e não foi apresentada qualquer proposta, entretanto. Caricaturando, o Governo desde há meio ano que não cumpre a lei.

### **(Artigo 8.º da Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto)**

“O Governo apresenta à Assembleia da República, no prazo de seis meses a partir da publicação desta lei, um programa de intervenção destinado à redução do teor de sal noutros alimentos.”

Ao que conseguimos apurar, o Governo não propôs mais nenhuma medida no sentido de reduzir o consumo de sal, associado a outros alimentos. Por um lado, levamos a presumir que o incumprimento desta lei apenas ocorreu por parte do Governo e que, à semelhança das consequências benéficas que esta proposta possibilitou, poderia haver a regulamentação de outros alimentos de consumo frequente em que o consumidor pouco pode fazer para eliminar o efeito salgado desses mesmos alimentos.

Ficou ainda decidido a reavaliação da legislação, com possível redução do teor de sal, dentro de seis anos (a contar da data de entrada em vigor).

### ***A perspectiva da indústria da panificação e o projecto “pão.come”***

Aquando a discussão deste projecto-lei, a indústria da panificação manifestou-se relativamente à indicação das gramas de sal no pão. Defendiam que a própria indústria já se encontrava consciencializada com o problema e que voluntariamente haviam tomado medidas para a redução de sal no pão. Estes são divergentes dos estudos realizados pela Universidade Fernando Pessoa, referidos acima.

O projecto pão.come surgiu em 2005, promovido pela Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. através do seu Departamento de Saúde Pública e Planeamento.

O seu principal objectivo é a prevenção de doenças cardiovasculares e AVC's, duas das principais causas de morte no nosso país. O projecto está dimensionado para uma intervenção comunitária, uma vez que está direccionado para uma região específica e por intermédio da intervenção dos próprios industriais, em colaboração com as entidades de saúde locais e sob monitorização destes.



Para atingir estes objectivos, foi proposto a um conjunto de indústrias de panificação (cerca de 1000) a redução de teor do sal no pão, com uma meta definida para alcançar em menos 50% da quantidade adicionada, no processo de fabrico, até 2010.

Espera-se com este projecto abranger 78 concelhos da Região de Saúde do Centro, o correspondente a 1 795 322 habitantes (INE – Estimativas da população residente em 31/12/2006).

Para uma correcta implementação deste projecto e para que os industriais se mostrassem receptivos a esta ideia, foram devidamente informados sobre o procedimento a adoptar de modo a que a população não sentisse diferenças na degustação do pão. Tal efeito foi conseguido através da redução progressiva ao longo do tempo (diminuições semanais), de modo a habituar o paladar do consumidor e assim evitar uma mudança brusca no seu sabor. Evitou-se assim um prejuízo em termos económicos para os fabricantes e comerciantes e uma adesão mais assertiva por parte destes.

	1.º objectivo	2.º objectivo
	1,5g	1,25g
	1.ª aval	2.ª aval
AVEIRO	0,97	0,77
CASTELO BRANCO	1,12	1,11
COIMBRA	1,28	1,13
GUARDA	1,07	1,01
LEIRIA	1,25	1,13
VISEU	0,97	0,96
MÉDIA	1,14	1,02

Esquema 1 – Objectivos do programa pão.come. Sal por 100 gramas de pão

Analisando o relatório da Avaliação Analítica do projecto “pão.come”, de 31 de Dezembro de 2008, verificamos que, o primeiro e segundo objectivo foram alcançados, por parte de 761 padarias envolvidas até à data:

Como vimos, esta foi uma medida ao nível das políticas de saúde, sem custos para a entidade Estado (apenas poderão existir custos associados à fiscalização) e da qual se espera um impacto significativo ao nível da saúde da população. Não só pela esperada diminuição da morbilidade em algumas géneses, mas também pela diminuição de complicações causadas pelas doenças associadas ao consumo excessivo de sal. Neste caso concreto, os benefícios são vastos, uma vez que atingem toda a estrutura da população, desde as crianças até aos mais idosos, havendo assim uma abrangência geral.

É assim um exemplo a estender a outros hábitos de consumo e de estilos de vida. Na inviabilidade das campanhas de prevenção e promoção de saúde, o Estado poderá utilizar o seu poder coercivo e de regulamentação vinculativa para alterar estes comportamentos que indirectamente causam despesas de saúde.

Convém ainda salientar que esta questão já vinha sendo trabalhada por vontade da própria indústria panificadora em cooperação com as entidades públicas competentes. Mostra assim uma consciencialização dos cidadãos no zelar da sua

saúde, mostrando-se cada vez mais conhecedores dos comportamentos de risco e dos seus efeitos.

Não podemos esperar resultados imediatos. Medidas como estas necessitam de tempo para produzir efeitos imediatos e significativos, embora os estudos quantifiquem vidas salvas com a implementação deste tipo de iniciativas. É por isso um investimento na qualidade de vida e uma forma de no futuro, diminuir encargos com a saúde.

“Estima-se que uma redução de apenas um grama na quantidade diária de sal ingerido – no país – permitirá salvar 2650 vidas por ano, já que os ataques de coração (provocados por elevados níveis de pressão sanguínea) levam 20 mil portugueses por ano, ou seja 20% de todas as mortes. O projecto de lei menciona também um estudo universitário que indica que cada português consome o dobro de sal da quantidade recomendada pela Organização Mundial de Saúde (5,8 gramas). Este desvio é responsável pelas mortes acima referidas e por uma sobrecarga nos custos no sistema de saúde e no consumo de medicamentos.”

Fonte: <http://movv.org/2009/03/18/a-lei-seca-portuguesa-do-sal-no-pao/>



## Outros Dados Estatísticos

### Consumo de Café

#### ✓ Anuário Estatístico de Portugal, 2009

O quadro indica-nos o valor anual em euros, gasto pelos agregados familiares, distribuído pelo tipo de despesa. O ponto 11, aglomera os custos com hotéis restauração e cafés. Não é preciso

II.7.5 - Household annual average expenditure by COICOP division, according to household type

Unidade: €

	Total	Agregados sem crianças / jovens dependentes			Agregados com crianças ou jovens dependentes			Unit: €
		Total	1 adulto	2 ou + adultos	Total	1 criança ou jovem dependente	2 ou + crianças ou jovens dependentes	
2005/2006								
Portugal	17 607	14 551	9 565	16 571	21 829	21 015	22 972	Portugal
01 - Produtos alimentares e bebidas não alcoólicas	2 736	2 364	1 215	2 830	3 250	3 069	3 503	01 - Food and non-alcoholic beverages
02 - Bebidas alcoólicas, tabaco e narcóticos/estupefacientes	403	339	177	405	490	503	472	02 - Alcoholic beverages, tobacco and narcotics
03 - Vestuário e calçado	726	522	288	616	1 009	962	1 074	03 - Clothing and footwear
04 - Habitação; despesas com água, electricidade, gás e outros combustíveis	4 691	4 152	3 371	4 468	5 436	5 252	5 694	04 - Housing, water, electricity, gas and other fuels
05 - Moveis, artigos de decoração, equipamentos domésticos e despesas correntes de manutenção da habitação	839	674	476	754	1 067	969	1 205	05 - Furnishings, household equipment and routine household maintenance
06 - Saúde	1 066	1 119	717	1 281	995	964	1 037	06 - Health
07 - Transportes	2 272	1 742	685	2 171	3 004	3 155	2 793	07 - Transport
08 - Comunicações	519	448	302	507	618	602	641	08 - Communication
09 - Lazer, distração e cultura	997	741	456	856	1 352	1 239	1 511	09 - Recreation and culture
10 - Ensino	301	105	x	115	571	440	755	10 - Education
11 - Hotéis, restaurantes, cafés e similares	1 909	1 504	1 270	1 598	2 470	2 419	2 541	11 - Restaurants and hotels

Tabela 6 – Despesa total anual média do agregado familiar

quanto ao tipo de gastos com a ingestão

da bebida “café”, uma vez que apenas faz referência aos estabelecimentos. No entanto, podemos já ter uma noção de que estes gastos são pouco variáveis entre os agregados, quando comparados numa relação com a despesa total.

#### ✓ Balança Alimentar Portuguesa

Este relatório, publicado pelo INE, mostra um claro aumento do consumo de “produtos estimulantes” entre 1990 e 2003, em Portugal. Destes, o café é o que tem maior peso e estima-se que o consumo médio diário seja de 10 gramas por dia. Entre estas datas, o consumo do café aumentou cerca de 18 %.

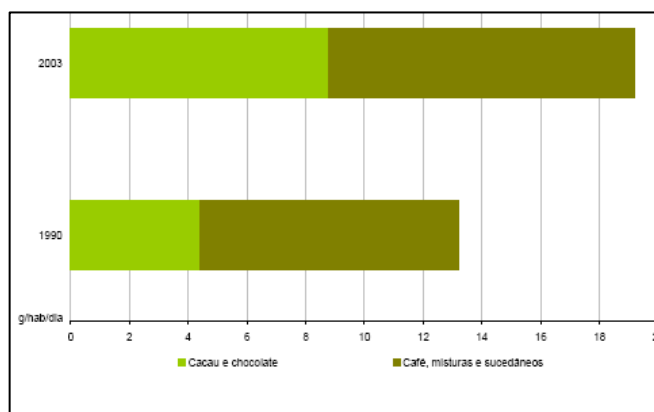


Gráfico 6 – Estrutura da capitação diária de produtos estimulantes



### ***WorkMedia***

Um estudo divulgado on-line por esta entidade, indica um crescimento de 15% do consumo de café torrado entre 2007 e 2008, nos lares portugueses, embora o crescimento tenha sido essencialmente à custa do aumento do preço por quilo. O consumo em quantidade aumentou 5,1%.

O mesmo mostra que a penetração é de 54,6%, ou seja, mais de metade dos lares portugueses comprou pelo menos uma vez café torrado em 2008.

Brevemente, prevê-se uma certa diminuição no consumo do café torrado, uma vez que as cápsulas para as máquinas de café têm mostrado uma alternativa mais prática. No entanto, para o nosso estudo, apenas será relevante considerar que, em casa, a adição de café nesta bebida será mais difícil de determinar, pois é da livre preferência do consumidor, e não um comportamento involuntário como se espera no caso do consumo na restauração.

### ***Jornal Expresso***

Um estudo desenvolvido pelo Jornal Expresso, e publicado num dossier especial, mostrou que cerca de 80% dos portugueses bebem diariamente café e quando comparado com os restantes países europeus, a quantidade/ano de cada cidadão nacional é substancialmente menor: 4,26 Kg contra 5,79 Kg. Trata-se de uma diferença de 35% menos café que a média europeia.

Associada a estes dados e que podem de certa forma justificar esta diferença está a motivação do consumo da bebida: tornou-se um acto social e consumido em locais de convívio e não propriamente uma necessidade de ingestão, pois o café encontra-se bastante mais diluído e servido em menos quantidade. Pelo contrário, os europeus consomem esta bebida em casa e em grandes quantidades.

O mesmo artigo refere ainda que os pontos de grande distribuição do café concentram-se em restaurantes, cafés, hotéis e bares.

### ***Consumo de Açúcar***

Antes de mais, convém referenciar o consumo recomendado pela Organização Mundial de Saúde, de açúcar. Esta organização recomenda o consumo máximo diário de 50 gramas de açúcar por dia, por adulto. Isto significa que, anualmente, cada adulto deverá consumir no máximo 18,25 quilos anuais.

Fonte: <http://bibliotecademedicina.com.br/blognutricao>



Num excerto de um artigo de opinião, o Professor Gonçalves Ferreira, do Centro de Estudos de Nutrição, estimou que “um excesso de 50 calorias de açúcar por dia (12,5g de açúcar de adição), resulta na formação de 2 quilos de gordura por ano, o que dá, em 20 anos, 40 quilos de pessoa acima do normal”. Assim, bastam cerca de 2 pacotes de açúcar a mais para se manifestar um factor de risco com consequências nefastas para a saúde.

### **OCDE**

Relativamente ao caso português, uma notícia do JN, com base em estudos publicados da OCDE, os portugueses ingerem 3741 calorias por dia. Há cerca de 40 anos atrás, este valor era de 2473 calorias. Estes valores são significativamente elevados embora, relativamente ao açúcar, o consumo fique abaixo da média dos restantes países, com um valor estimado de 35 quilogramas/português/ano.

Mesmo assim, este valor é demasiado elevado, quase o dobro dos 18 quilogramas recomendados e equivale a 12 pacotes de açúcar por dia.

Nos Estados Unidos da América, a realidade é um tanto assustadora, uma vez que os estadunidenses consomem 72 quilogramas de açúcar/ano. Esta questão é preocupante e a Associação Americana de Cardiologia tem recomendado uma forte diminuição do consumo de açúcar diário, sugerindo 25 gramas diárias para as mulheres e 37,5 gramas para os homens.

Fonte:<http://www.pelanatureza.com/saude-e-bem-estar/noticias/consumam menos-acucar>



## Os custos

---

A necessidade de combater um conjunto de doenças associadas ao consumo excessivo de açúcar é já uma preocupação bem difundida na nossa sociedade e é manifesta a implementação de alguns programas de prevenção e de tentativa de alteração de comportamentos.

No entanto, é necessário compreender que o combate a estes problemas implicam custos e que nem sempre a melhor solução passa por apostar na prevenção e promoção da saúde, mas sim optar pela “remediação” do problema, posteriormente. Um exemplo: Existem vacinas no mercado que são já uma forma de prevenção a determinadas doenças. A gripe sazonal, é uma delas. Pode ser prevenida. No entanto, seria sustentável o nosso Estado fornecer gratuitamente a vacina aos cidadãos? Ou os custos seriam bastante superiores aos custos posteriores associados ao tratamento dessa gripe? Isto leva-nos a outra questão. O funcionamento do Sistema de Saúde em Portugal. De acordo com o nosso artigo 64.º da CRP, a cobertura do Serviço Nacional de Saúde é universal, geral e tendencialmente gratuita até ao limite dos seus recursos, logo, o Estado terá de ter capacidade de tratar a totalidade da população, independentemente destes contribuírem para outro tipo de sistema. A responsabilidade do Estado abrange toda a população e isso traz custos.

Conjuntamente, a diminuição dos gastos de saúde é um dos pontos mais discutidos a par da diminuição dos custos na Administração Pública. A despesa da saúde, em relação ao PIB está acima dos 10% e o seu crescimento tem sido mais rápido do que o crescimento do PIB, fazendo com que o aumento deste peso seja também crescente.

Com isto, e voltando ao tema do nosso trabalho, pretendemos demonstrar que é essencial diminuir os custos da saúde, e fazê-lo da forma mais económica possível. Ao apresentarmos uma proposta de diminuição das gramas de açúcar nos pacotes para o café estamos a contribuir, por muito irrelevante que pareça, para a diminuição dos episódios de doença e de complicações associadas. E vejamos agora, a comparação do custo-benefício entre uma medida como a que propomos e o seu impacto final: 0-100%. Ao ser aprovado pela Assembleia da República uma medida como esta, está-se a fazer um investimento na saúde dos portugueses, sem qualquer contrapartida, uma vez que o regulamento que se propõem é de imposição legal e os custos de adaptação dos produtos da indústria do açúcar ao pretendido, ficaria a cargo da mesma. Quanto muito, os custos que se poderiam despontar seriam unicamente custos associados à fiscalização, mas que decerto seriam delegados a um organismo competente, provavelmente a ASAE. Nas suas fiscalizações seria apenas um novo ponto da inspecção.



Antes de mais, pretendemos agora demonstrar alguns dados que aprovam a necessidade de redução de despesas com doenças associadas ao consumo excessivo de açúcar, dando ênfase à diabetes.

O tratamento e vigilância destas doenças têm um peso significativo nos orçamentos nacionais e individuais. Parar o crescimento exponencial dos custos na saúde é uma medida que deve ser tomada o quanto antes, e um pequeno contributo pode fazer a diferença. Não podemos eliminar na totalidade os custos de algumas doenças, mas seria preferível existirem unicamente gastos com diagnóstico do que com os posteriores tratamentos e medicamentos. Para além disso, uma doença geralmente está associada a outras. No caso da diabetes, surgem complicações cardiovasculares, insuficiência renal e cegueira, por exemplo. O investimento num stock de saúde (ver Economia da Saúde, Pedro Pita Barros) torna-se economicamente mais vantajoso do que o investimento em cuidados de saúde. Segundo este autor, o valor da saúde é o “resultado da combinação das características de cada pessoa, do tipo e montante de cuidados de saúde que recebe e do tempo que é usado pela pessoa na produção dessa saúde”. Os comportamentos e hábitos alimentares, podem também ser aqui considerados.

Como vimos, a diabetes tem mostrado um crescimento muito acentuado tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento. O problema aumenta quando esta e outras doenças afectam as idades economicamente activas.

No geral, podemos agrupar os custos associados às doenças em 3 grandes áreas: os custos directos, os custos indirectos e os custos intangíveis. No entanto, nem todos são de fácil mensuração, pois a quantificação dos custos torna-se difícil quando falamos de factores indirectos ou intangíveis. Alocar um custo de um cuidado de saúde torna-se mais fácil do que quantificar os custos com a falta de qualidade de vida. Mesmo assim, em alguns cuidados prestados, a quantificação desses custos é pouco precisa.

Veremos de seguida uma pluralidade de custos originados por algumas doenças que podem surgir do consumo excessivo de açúcar. Será fácil de compreender que os custos estão presentes em várias vertentes e não só relacionados com os cuidados de saúde.

Os custos directos são aqueles que podemos considerar como originados pela necessidade de tratamento e acompanhamento da doença e que só existem caso a doença de manifeste. São apurados pelo uso alternativo dos recursos, no sector da saúde ou na economia.

Os custos indirectos referem-se a gastos que decorrem não directamente da doença, mas que derivam da existência da mesma. Exemplo disso é a perda de produtividade pela amputação de um membro que derivou de um problema inicial da diabetes.





Os custos intangíveis são aqueles que derivam de factores psicossociais (dor, stress, etc.) e que têm impacto na qualidade de vida das pessoas. Estes são difíceis de mensurar.

### ***Custos com a Prestação de Cuidados***

Para o Sistema de Saúde, os custos da diabetes são vastos: custos com consultas de cuidados primários, consultas especializadas, internamento hospitalar, atendimentos de urgência, medicamentos, diagnósticos, materiais de consumo clínico (testes, seringas, agulhas), ajudas técnicas e próteses, e ainda os custos de prevenção embora, nas presentes circunstâncias deve ser comparada com um investimento para o futuro.

Com recurso a alguns estudos e notícias, constatamos que Portugal gasta mais de 37 milhões de euros em testes de glicemia e que os custos directos com a doença ascendem a mil milhões de euros, o equivalente a 7% da despesa em saúde e 0,7% do PIB português.

### ***2011-02-02, Jornal de Notícias***

“Os encargos com os medicamentos para a diabetes mais que triplicaram entre 2000 e 2009 face ao crescimento do consumo, que aumentou perto de 50%, revela o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes.” Estes valores foram estimados tendo por base uma dose diária por 1000 habitantes.

Só no ano de 2009, o orçamento da saúde canalizou entre 6% a 8% no orçamento da saúde, o correspondente a 1050 e 1250 milhões de euros.

Em 1998 os valores eram já bastante alarmantes e estimava-se um custo em cuidados de saúde 2,5 vezes superior com os portadores da diabetes, em comparação com os que não tinham essa doença.

O Observatório Nacional da Diabetes atribuiu ainda 400 milhões de euros em gastos com o internamento e 109 milhões com medicamentos.

José Manuel Boavida acrescenta que "Enquanto for mais compensador, do ponto de vista do sistema, passar um medicamento do que estar a ensinar um doente é óbvio que [os médicos] vão continuar a medicar, porque lhes sai mais eficaz do ponto de vista de ver mais doentes" e adianta: "se a tónica são os números de ver mais doentes os resultados serão desastrosos ao nível dos custos dos medicamentos".



### ***Benefícios Fiscais***

Embora ainda não seja uma solicitação correspondida, a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal requereu junto do Governo a atribuição de benefícios fiscais aos diabéticos portugueses (à semelhança do que acontece com os portadores do VIH) invocando a necessidade de canalização dos rendimentos das famílias para esta doença, investindo assim na qualidade de vida. Isto traduz-se em menos receitas para o Estado.

### ***Custos com medicamentos***

Estima-se que os utentes do Serviço Nacional de Saúde tenham a seu cargo as despesas de consumo de anti-diabéticos orais e de insulinas que representam 5,8% do mercado de ambulatório de medicamentos.

Dados do relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes indicam uma média de crescimento anual entre 2000 e 2009 de 17% nas vendas de anti-diabéticos e as vendas de insulina, 10% de crescimento no mesmo período.

Os custos com tiras-teste de glicemia cresceram mais de 450% entre estas datas, representando em 2009 um valor global de 54,6 milhões de euros.

Vemos assim que os gastos com medicamentos são indissociáveis da diabetes e sendo o peso dos fármacos bastante pesado nos orçamentos dos hospitais, seria importante procurar diminuir este valor. Por outro lado, as elevadas importâncias devem-se também ao aparecimento de novos medicamentos, mais caros, embora mais eficazes também.

### ***Comparticipações***

Sendo portador do Guia do Diabético, o utente tem ainda direito a uma comparticipação em 75% do preço máximo fixado por lei, das tiras-teste e a dispensa gratuita de seringas, agulhas e lancetas. A insulina é comparticipada a 100% bem como a terapêutica com bombas infusoras (desde 2007).

A necessidade de participar as despesas com estes medicamentos, torna naturalmente a factura com as despesas em saúde cada vez mais elevada, embora se possam esperar algum controlo devido à entrada de genéricos.

Segundo o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, os genéricos disponíveis para o tratamento da doença têm assumido um papel importante, tornando a medicação mais acessível, tanto para o Estado, como para o diabético.



### ***Absentismo e perda da capacidade produtiva***

A perda de produtividade é um outro factor que com peso significativo, quando falamos de um doente no exercício de uma profissão. Globalmente, a doença reduz a produtividade económica devido, sobretudo, ao absentismo. Voltamos à existência de custos para o Estado com os subsídios de doença e ainda custos para as empresas por necessidade de substituição do pessoal. Um exemplo simples é a hemodiálise. É uma doença associada à diabetes e que exige acompanhamento e tratamento permanente. Para além disso, o absentismo pode também verificar-se nos parentes que se ausentam do trabalho para cuidar dos seus familiares.

A sociedade portuguesa de diabetologia refere no seu sítio da web a existência de custos recentes que “revelam que os custos da perda de produtividade para a sociedade são semelhantes aos custos directos no sector da saúde como resultado da Diabetes e das complicações associadas.”

### ***Perda de qualidade de vida***

A QALY – QUALY ADJUSTED LIFE YEARS: Este indicador permite-nos saber qual o impacto que uma doença tem na qualidade de vida do portador dessa doença, ou seja, atribui-se uma valorização a estado de saúde quanto à sua qualidade.

A qualidade de vida, é um duplo custo: por um lado, um custo intangível, com impacto no portador da doença, por outro torna-se num custo directo por necessidade de investir em cuidados de saúde de modo a melhorar o seu estado de saúde

Relativamente à diabetes, a qualidade de vida do portador é afectada não só pela doença em si, mas também por um conjunto de complicações associadas como a insuficiência renal e cegueira. Inevitavelmente, são problemas com impacto na qualidade de vida.

Para além disso, no caso de surgirem incapacidades (por exemplo amputações ou cegueira) o Estado fica mais uma vez sobrecarregado com despesas. É do direito desses doentes o recebimento de subsídios, benefícios fiscais e pensões de invalidez.

### ***Mortes e anos de vida perdidos***

Vistos já o número de mortes directamente causadas pela diabetes, e sendo ele crescente (em 2000, registaram-se 3.133 mortes e em 2009 4.603 mortes) é relevante os gastos que estas perdas trazem para a nossa sociedade. Economicamente falando as mortes representam pessoas que poderiam estar a produzir e a consumir, estimulando a economia.

Pedro Pita Barros cita no seu livro Economia da Saúde, alguns autores com diferentes perspectivas para estimar o valor da vida humana.



- Moore e Viscusi (1990) apuraram esse valor em quase 5 milhões e meio de dólares, de acordo as profissões dos indivíduos e os riscos do trabalho que desenvolviam.
- Johansson, Johansson e O’Connot (1996) estimaram esse valor entre 7,4 a 8,9 milhões de dólares.
- Viscusi e Aldi (2003), apontam para 6,6 milhões de dólares.
- Viscusi e Hakes (2004) chegaram a uma estimativa entre 2,2 e 7,9 milhões de euros baseando-se em estudos dos cintos de segurança nos automóveis e o seu impacto no salvamento de vidas humanas.
- Em 2000, a DG Environment usava como valor de vida estatística um valor médio de 1,4 milhões de euros, e um valor máximo de 3,5 milhões de euros.

A atribuição de valor à vida humano é assim bastante relativa e depende da perspectiva que é avaliada. No entanto, o emprego destes valores pouco é considerado no acto clínico em que o profissional deve considerar o resultado final do tratamento aplicado e os ganhos em saúde esperados. Esta relação custo-benefício é por vezes incerta. No ponto de vista do doente, certos indivíduos preferem a sobrevivência a qualquer custo, enquanto outros optam por uma vida mais curta mas vivida em determinadas circunstâncias.

O quadro seguinte mostra-nos a percentagem de mortes no mundo, divididas pela causa e aponta as estimativas para o ano de 2030. As doenças isquémicas do coração e as doenças cerebrovasculares lideram a tabela e não se esperam melhorias.

2004			2030		
Disease or injury	Deaths (%)	Rank	Rank	Deaths (%)	Disease or injury
Ischaemic heart disease	12.2	1	1	14.2	Ischaemic heart disease
Cerebrovascular disease	9.7	2	2	12.1	Cerebrovascular disease
Lower respiratory infections	7.0	3	3	8.6	Chronic obstructive pulmonary disease
Chronic obstructive pulmonary disease	5.1	4	4	3.8	Lower respiratory infections
Diarrhoeal diseases	3.6	5	5	3.6	Road traffic accidents
HIV/AIDS	3.5	6	6	3.4	Trachea, bronchus, lung cancers
Tuberculosis	2.5	7	7	3.3	Diabetes mellitus
Trachea, bronchus, lung cancers	2.3	8	8	2.1	Hypertensive heart disease
Road traffic accidents	2.2	9	9	1.9	Stomach cancer
Prematurity and low birth weight	2.0	10	10	1.8	HIV/AIDS
Neonatal infections and other	1.9	11	11	1.6	Nephritis and nephrosis
Diabetes mellitus	1.9	12	12	1.5	Self-inflicted injuries
Malaria	1.7	13	13	1.4	Liver cancer
Hypertensive heart disease	1.7	14	14	1.4	Colon and rectum cancers
Birth asphyxia and birth trauma	1.5	15	15	1.3	Oesophagus cancer
Self-inflicted injuries	1.4	16	16	1.2	Violence
Stomach cancer	1.4	17	17	1.2	Alzheimer and other dementias
Cirrhosis of the liver	1.3	18	18	1.2	Cirrhosis of the liver
Nephritis and nephrosis	1.3	19	19	1.1	Breast cancer
Colon and rectum cancers	1.1	20	20	1.0	Tuberculosis

Tabela 7 – Principais causas de morte em 2004 e perspectivas para 2030

A diabetes, em 2004 encontrava-se em 12.º lugar a previsão para 2030 é de se posicionar em 7.º lugar.

O INE disponibiliza estatísticas relativas aos anos de vida perdidos devido doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Como já dissemos, o açúcar não é o único determinante deste problema de saúde, mas é também um factor importante.



Local de residência (NUTS - 2002)	Anos potenciais de vida perdidos por doenças cerebrovasculares (Anos) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual		
	Período de referência dos dados		
	2009		
	Sexo		
	HM	H	M
Ano	Ano	Ano	
Total	16 330	10 435	5 895
Portugal	16 070	10 298	5 773
Estrangeiro	x	x	x

Anos potenciais de vida perdidos por doenças cerebrovasculares (Anos) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

*Última actualização destes dados: 30 de Dezembro de 2010*

Tabela 8 - Anos potências de vida perdidos por doenças cerebrovasculares (anos)

Local de residência (NUTS - 2002)	Anos potenciais de vida perdidos por doenças isquémicas do coração (Anos) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual		
	Período de referência dos dados		
	2009		
	Sexo		
	HM	H	M
Ano	Ano	Ano	
Total	14 978	11 903	3 075
Portugal	14 663	11 600	3 063
Estrangeiro	x	x	x

Anos potenciais de vida perdidos por doenças isquémicas do coração (Anos) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

*Última actualização destes dados: 30 de Dezembro de 2010*

Tabela 9 – Anos potenciais de vida perdidos por doenças isquémicas do coração (anos)

### **Custo de Oportunidade**

Este custo pode ser analisado em vários pontos: primeiro, por parte do consumidor, que deixa de adquirir determinados bens, para passar a consumir cuidados de saúde para tentar superar os problemas de saúde aumentar a qualidade de vida. Segundo, para o Estado, que tem que canalizar mais dinheiro para os prestadores de saúde e estes, têm que racionar esse valor de acordo com os episódios de doenças que recebem. Mesmo para a investigação é um problema. Poderiam estar a contribuir para a pesquisa de outras doenças, em vez de canalizarem a atenção para esta. O mesmo com as actividades de prevenção e diagnóstico, por exemplo.

### **A obesidade**

Relativamente à obesidade, encontramos também alguns dados que nos indicam custos elevados com esta doença crónica e que exigem um combate precoce a fim de evitar o aparecimento de novos problemas de saúde e com isso, mais custos.



A edição do Diário de Notícias do dia 15 Abril 2007 refere que a obesidade custa a Portugal 500 milhões de euros por ano. E que em vários países europeus já representa 5% do total da despesa publica com a saúde. Os dados foram determinados no estudo de João Pereira e Céu Mateus, intitulado Custos Indirectos associados à obesidade em Portugal. Neste estudo, apontam para mais de um milhão de dias de faltas ao trabalho, em 1996, sendo a diabetes e as doenças de vesícula as doenças associadas à obesidade que mais contribuem para essas ausências.

Tentaram ainda determinar os custos directos para o SNS com a obesidade, relativamente ao tratamento e prevenção. Estimaram que em 2002, os custos directos totalizaram cerca de 300 milhões de euros. Destes, 25,8% são canalizados para as despesas com medicamentos. A 2.ª despesa com maior peso é com o internamento. Os custos indirectos somam os 200 milhões de euros, onde a mortalidade é o factor com maior peso (58,4%) e em segundo a morbilidade (41,6%).

O Despacho nº 17486/2007, de 25 de Maio veio anunciar que serão abrangidos por cirurgia gratuita pacientes com IMC igual ou superior a 35 (obesidade mórbida) e que tenham indicação médica para tal. Além destes pacientes podem ainda fazer cirurgia bariátrica os doentes inscritos no Sistema Integrado de Gestão Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que receberão o montante total da cirurgia. Até agora, o montante participado por cada cirurgia era inferior a 50% do custo total da intervenção no SNS, aumentando assim os custos do SNS (espera-se um custo de 4507,69 € por cirurgia).

Num inquérito, realizado nos EUA verificou-se que os custos directos com os cuidados de saúde aumentam proporcionalmente ao IMC. Estes custos eram superiores em 25% em doentes com IMC entre 30% e 34,9% e 44% em doentes com IMC superior a 35, comparativamente a indivíduos com IMC normal (entre 20 e 24,9%)

- ✓ Acredita-se que uma perda de peso de pelo menos 5% do peso corporal inicial é capaz de reduzir significativamente um conjunto de doenças associadas à obesidade e assim diminuir custos com o tratamento. Esta perda de peso em doentes obesos associa-se a:
- ✓ Reduções dos níveis de colesterol total, colesterol LDL e triglicéridos, e aumentos dos níveis do colesterol HDL;
- ✓ Aumento da sensibilidade à insulina e diminuição da glicose plasmática e da concentração de insulina em doentes com diabetes mellitus tipo 2;
- ✓ Reduções significativas da pressão arterial em doentes com hipertensão arterial;
- ✓ Aumento da longevidade.



### ***Programa de prevenção com um custo de cerca de 7€ por pessoa para poupar mais de 10 biliões por ano***

Esta é uma ideia desenvolvida por um grupo de economistas estadunidenses e que consiste em desenvolver programas comunitários de saúde, direccionados para a promoção de saúde (exercício físico, planos alimentares, ...) e prevenção de doenças (ex. prevenção tabágica). O estudo desenvolvido mostrou que a eficácia de programas como estes, com um custo médio de 7€ por pessoa, poderia reduzir um conjunto alargado de doenças que comportam elevados custos para os Estados:

- ✓ Menos 5% as taxas de diabetes tipo 2 num prazo de 2 anos;
- ✓ Menos 5% as taxas de hipertensão num prazo de 2 anos;
- ✓ Menos 5% as taxas de ataque cardíaco num prazo de 5 anos;
- ✓ Menos 5% doença renal e acidentes vasculares cerebrais num prazo de 5 anos;
- ✓ Menos 2,5% de algumas formas de cancro, artrite e doença pulmonar num prazo de 10 a 20 anos.

Quanto ao valor despendido para estes programas, seria o mesmo que actualmente é gasto em programas idênticos, mas enquanto um sugere uma actividade individual orientada por um profissional de saúde, a outra propõe programas comunitários. Não haveria portanto um elevado crescimento com estes programas, pois apenas seriam movidos fundos para um sistema mais eficaz.

O princípio de implementação do programa é idêntico aos que já existem: uma pessoa que demonstre factores de risco de doenças cardiovasculares, cancro ou diabetes é direccionado para aconselhamento.

Estes economistas consideram que um gasto de 7€ por pessoa poderá poupar 10 biliões de euros num prazo de 5 anos, com um retorno de 5€ por cada euro investido.

#### **No nosso caso...**

A medida de redução de gramas de açúcar nos pacotes para o café, teria um impacto significativo, não só na diminuição dos problemas de saúde, como nos orçamentos estimados para o sector da saúde.

Quanto ao açúcar consumido, e considerando uma redução de cerca de 2 gramas em cada pacote, cada português iria consumir no final de um ano menos 730 gramas de açúcar. Estes valores tornam-se ainda mais expressivos quando 80% da população consome diariamente café.



Quanto aos custos com a saúde, torna-se difícil apurar um valor que se poderia poupar com a implementação de tal medida. Apenas sabemos que os custos com cada diabético aproximam-se dos 2.000€. Isto significa que por cada menos 100 diabéticos, poupamos 200.000€. Um valor considerável e considerando apenas este grupo de doentes. Quanto aos obesos e só considerando o seu problema em concreto, os custos aproxima-se dos 400€. Dados de um estudo europeu de 2005 mostram que, em média, os países despenderam 372 € per capita com estas doenças, mas em Portugal crêem-se que os gastos são superiores.

Como vemos, as doenças que são apontadas como resultantes de comportamentos de risco, onde se incluem os maus comportamentos alimentares, e dentro destes o consumo excessivo de açúcar, comportam custos elevados não só para o Estado, como para a generalidade da população. É por isso importante que os nossos governantes se consciencializem dos problemas que poderão surgir num futuro não muito distante e que poderiam ser evitados com medidas preventivas a tomar hoje, na expectativa de um impacto económico benéfico. Seria assim um investimento para o futuro e de certa forma vai ao encontro das medidas de contenção de custos e de racionalização dos recursos. Por outro lado, ao diminuir-mos as despesas com estas doenças estamos a libertar fundos que podem ser investidos em outras áreas ou até mesmo na investigação de soluções para novas doenças.





## **Conclusão**

---

Como conclusão ao nosso trabalho, gostaríamos de destacar a importância que o desenvolvimento deste tema teve para o grupo, pelo facto de nos ter permitido conhecer de forma mais aprofundada o funcionamento do sistema democrático no nosso país e de que forma somos responsáveis e devemos intervir nas políticas da nossa governação.

Vimos que actualmente, o cidadão está relativamente desligado da vida política e desinteressado e que os valores altos das abstenções no exercício do direito ao voto são preocupantes.

Graças ao desenvolvimento prático do nosso trabalho, conseguimos conhecer de perto como funciona um processo de petição e quais os requisitos para que ele tenha alguma influencia junto dos órgãos de soberania. Mesmo assim, verificamos que os cidadãos estão pouco despertos para assuntos de elevada relevância (no nosso caso, a saúde) e que por vezes é dada mais importância a questões com pouco significado político, neste âmbito da petição.

Um outro ponto que gostaríamos de destacar é a capacidade que este trabalho nos dotou, para obter informações junto da comunidade, organizações e autores, e assim desenvolver um trabalho com referências diversas e de uma pluralidade de opiniões.

Por fim, é de deixar em aberto a possibilidade de intervir neste âmbito patológico a outros níveis, salientando a pastelaria e outros grupos de alimentos com açúcar em excesso.



## Bibliografia

---

- ✓ Economia da Saúde; Barros, Pedro Pita; Editora Almedina; 2009;
- ✓ Portal do Instituto Nacional de Estatística;
- ✓ Decreto-Lei n.º 302/85 de 29 de Julho;
- ✓ Decreto-Lei n.º 290/2003 de 15 de Novembro;
- ✓ DIRECTIVA 2001/111/CE DO CONSELHO de 20 de Dezembro de 2001;
- ✓ Lei n.º 43/90, de 10 de Agosto;
- ✓ Lei n.º 17/2003, de 4 de Junho;
- ✓ Lei n.º 75/2009 de 12 de Agosto;
- ✓ Lei n.º 66/98 de 14 de Outubro;
- ✓ Carta Europeia de luta contra a obesidade;
- ✓ Prevenção de doenças cardiovasculares pela redução do sal na alimentação  
RELATÓRIO DA REUNIÃO DO GRUPO DE ESPECIALISTAS - Organização Pan-  
Americana da Saúde, Washington, D.C., EUA, 9–10 de Setembro de 2009;
- ✓ Programa Eleitoral CDS-PP, Legislativas 2011;
- ✓ Programa Eleitoral PSD, Legislativas 2011;
- ✓ Programa Eleitoral PS, Legislativas 2011;
- ✓ Programa Eleitoral PCP, Legislativas 2009;
- ✓ Programa Eleitoral BE, Legislativas 2009;
- ✓ Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1, dissertação de candidatura ao grau de doutor em psicologia clínica apresentado ao departamento de psicologia da Universidade do Minho, José Paulo Correia de Almeida, Braga 2003;
- ✓ ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP, Projecto de intervenção comunitária pão.come;

## Documentos On-line

---

- ✓ <http://educa.fc.up.pt/ficheiros/fichas/765/historia%20do%20acucar.pdf>
- ✓ [www.unieducar.org.br/entrevista/ENTREVISTA\\_CANOTILHO%5B1%5D.pdf](http://www.unieducar.org.br/entrevista/ENTREVISTA_CANOTILHO%5B1%5D.pdf)
- ✓ [www.acs.min-saude.pt/2011/05/12/apresentacoes-do-workshop-comunidades-autarquias-e-saude-disponiveis-para-consulta/](http://www.acs.min-saude.pt/2011/05/12/apresentacoes-do-workshop-comunidades-autarquias-e-saude-disponiveis-para-consulta/)
- ✓ [www.pordata.pt/azap\\_runtime/?n=4](http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4)
- ✓ [www.ine.pt/](http://www.ine.pt/)
- ✓ [www.cne.pt](http://www.cne.pt)



- ✓ [www.vozoperario.pt/destaque/129-destaque/246-votar-um-direito-e-um-dever.html](http://www.vozoperario.pt/destaque/129-destaque/246-votar-um-direito-e-um-dever.html)
- ✓ [www.medcenter.com/Medscape/NoCookie.aspx?langtype=0](http://www.medcenter.com/Medscape/NoCookie.aspx?langtype=0)
- ✓ [www.publico.pt/Sociedade/](http://www.publico.pt/Sociedade/)
- ✓ [www.who.int/](http://www.who.int/)
- ✓ [www.guaranifm.com.br/hp/consumidor/perguntas.php](http://www.guaranifm.com.br/hp/consumidor/perguntas.php)
- ✓ [www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content\\_id=1535421](http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1535421)
- ✓ [www.medicupply.com.br/.../a-necessidade-de-reduzir-o-consumo-de-acucar](http://www.medicupply.com.br/.../a-necessidade-de-reduzir-o-consumo-de-acucar)
- ✓ [www.spd.pt](http://www.spd.pt)
- ✓ <http://peticaopublica.com/default.aspx>
- ✓ [www.verbojuridico.com/legisl/0integral.html](http://www.verbojuridico.com/legisl/0integral.html)
- ✓ [www.parlamento.pt/EspacoCidadao/Paginas/default.aspx](http://www.parlamento.pt/EspacoCidadao/Paginas/default.aspx)
- ✓ [www.ratingfund2.org/dnn494/PT/PetiçãodeumaIMF/ProcessodePetição/tabid/115/Default.aspx](http://www.ratingfund2.org/dnn494/PT/PetiçãodeumaIMF/ProcessodePetição/tabid/115/Default.aspx)
- ✓ [www.quali.pt/conteudos/curiosidades/diversos-tipos-acucar.html](http://www.quali.pt/conteudos/curiosidades/diversos-tipos-acucar.html)
- ✓ [www.livrosrabcom.ubi.pt/pdfs/correia\\_comunicacao\\_politica.pdf](http://www.livrosrabcom.ubi.pt/pdfs/correia_comunicacao_politica.pdf)
- ✓ [www.forma-te.com/.../20000-rvcc-ce-direitos-e-deveres-da-constituicao.html](http://www.forma-te.com/.../20000-rvcc-ce-direitos-e-deveres-da-constituicao.html)
- ✓ [www.inloco.pt/site/parameters/inloco/files/File/upload/Publicacoes/Livro\\_OP\\_AF\\_web.pdf](http://www.inloco.pt/site/parameters/inloco/files/File/upload/Publicacoes/Livro_OP_AF_web.pdf)
- ✓ [www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas\\_Cuidados\\_Saude\\_Primary.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas_Cuidados_Saude_Primary.pdf)
- ✓ [www.inst-informatica.pt/servicos/informacao-e-documentacao/biblioteca-digital](http://www.inst-informatica.pt/servicos/informacao-e-documentacao/biblioteca-digital)
- ✓ [www.infoop.org/observ/parameters/infoop/files/File/upload/Programa\\_Formativo\\_Telematico/Participacao\\_publica\\_y\\_Acao\\_colectiva\\_](http://www.infoop.org/observ/parameters/infoop/files/File/upload/Programa_Formativo_Telematico/Participacao_publica_y_Acao_colectiva_)
- ✓ [www.acs.min-saude.pt/2011/05/13/pns11-16-discussao/](http://www.acs.min-saude.pt/2011/05/13/pns11-16-discussao/)
- ✓ [achegas.net/numero/43/resenha\\_vania\\_43.pdf](http://achegas.net/numero/43/resenha_vania_43.pdf)
- ✓ [ec.europa.eu/portugal/pdf/comissao/intervencao\\_isabel\\_carvalhais\\_ar\\_23marco2010\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/portugal/pdf/comissao/intervencao_isabel_carvalhais_ar_23marco2010_pt.pdf)
- ✓ <http://www.fitpassion.com/?menu=8&area=artigos&artigo=66>
- ✓ [http://www.livrosrabcom.ubi.pt/pdfs/correia\\_comunicacao\\_politica.pdf](http://www.livrosrabcom.ubi.pt/pdfs/correia_comunicacao_politica.pdf)
- ✓ [www.forma-te.com/.../20000-rvcc-ce-direitos-e-deveres-da-constituicao.html](http://www.forma-te.com/.../20000-rvcc-ce-direitos-e-deveres-da-constituicao.html)
- ✓ [http://www.inloco.pt/site/parameters/inloco/files/File/upload/Publicacoes/Livro\\_OP\\_AF\\_web.pdf](http://www.inloco.pt/site/parameters/inloco/files/File/upload/Publicacoes/Livro_OP_AF_web.pdf)
- ✓ [http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas\\_Cuidados\\_Saude\\_Primary.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas_Cuidados_Saude_Primary.pdf)
- ✓ [www.inst-informatica.pt/servicos/informacao-e-documentacao/biblioteca-digital](http://www.inst-informatica.pt/servicos/informacao-e-documentacao/biblioteca-digital)



- ✓ [www.infoop.org/observ/parameters/infoop/files/File/upload/Programa\\_Formativo\\_Telematico/Participacao\\_publica\\_y\\_Accao\\_colectiva\\_](http://www.infoop.org/observ/parameters/infoop/files/File/upload/Programa_Formativo_Telematico/Participacao_publica_y_Accao_colectiva_)
- ✓ <http://www.acs.min-saude.pt/2011/05/13/pns11-16-discussao/>
- ✓ [http://achegas.net/numero/43/resenha\\_vania\\_43.pdf](http://achegas.net/numero/43/resenha_vania_43.pdf)
- ✓ [http://ec.europa.eu/portugal/pdf/comissao/intervencao\\_isabel\\_carvalhais\\_ar\\_23marco2010\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/portugal/pdf/comissao/intervencao_isabel_carvalhais_ar_23marco2010_pt.pdf)
- ✓ [http://www.unieducar.org.br/entrevista/ENTREVISTA\\_CANOTILHO%5B1%5D.pdf](http://www.unieducar.org.br/entrevista/ENTREVISTA_CANOTILHO%5B1%5D.pdf)
- ✓ <http://www.acs.min-saude.pt/2011/05/12/apresentacoes-do-workshop-comunidades-autarquias-e-saude-disponiveis-para-consulta/>
- ✓ <http://invirtus.net/in/story.php?title=a-lei-do-p%E3ozinho-sem-sal-1>