



**SOCIEDADE
CRISE E RECONFIGURAÇÕES**

VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde

**A PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS NO CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE.
RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO SOBRE OS CONSELHOS DE
COMUNIDADE.**

SERAPIONI, Mauro
Doutor em Ciências Sociais e Saúde
Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra
mauserapioni@ces.uc.pt

FERREIRA, Pedro Lopes
Professor Associado com Agregação
Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra
pedrof@fe.uc.pt

ANTUNES, Patrícia
Mestre em Gestão em saúde
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
patriciaferreira@mail.telepac.pt

Resumo

Os temas da participação têm assumido grande relevância no âmbito das democracias ocidentais. De facto, um dos temas centrais dos processos de reforma sanitária dos últimos vinte anos tem sido o reconhecimento da centralidade do utente e da importância da sua voz. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 tem atribuído muita importância à participação dos cidadãos. O Decreto-Lei n.º 28/2008 instituiu os Conselhos de Comunidades (CC) nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) com o objectivo de aumentar a ligação dos cuidados primários aos cidadãos e incentivar a participação dos diferentes atores. Numa recente pesquisa exploratória foi possível analisar o processo de constituição dos CC e reunir informações sobre o seu funcionamento, a sua composição e os principais obstáculos que se lhe interpuseram na primeira fase de implantação. A maioria dos ACES já criou os respetivos CC, embora seja ainda limitada a avaliação da sua atividade devido às poucas reuniões realizadas até ao momento. Sem dúvida, o ponto mais crítico é a limitada presença de associações de utentes e de voluntariado nas áreas de atuação dos ACES. Para além disso, questiona-se se a atual composição dos CC é realmente adequada para dar voz aos utentes dos cuidados de saúde primários. Ou seja, face a uma ampla presença de porta-vozes das câmaras municipais não se poderá considerar insuficiente a representação dos utentes na constituição do CC?

Abstract

Issues of public involvement have assumed a great relevance within western democracies. In fact, one of the central issues of health care reforms of the last 20 years has focused on the valorization of the citizens' perspective. In Portugal, the National Health Plan 2004-2010 has given great importance to citizens' participation. In accordance with the recommendations of this plane, Decree-Law No. 28/2008 instituted Primary Health Centre Groups (ACES) with the objectives of encouraging the participation of local stakeholders in the decision-making processes. In a recent exploratory research, undertaken by us, we have analyzed the Community Councils (CC) process of constitution and also collected information about its performance and composition. We also identified areas of weaknesses and the main obstacles within this process. Most ACESs already created their CCs, but their activities are still limited. With no doubt, user associations and volunteer organizations' limited participation in the areas covered by the ACESs represents the most critical point of the whole above mentioned process. In addition one wonders whether the current composition of the CCs is really appropriate to give voice to users of primary health care. That is, in the face of a large proportion of spokesmen of municipal councils in the CCs, is there sufficient representation of the users?

Palavras-chave: Participação dos cidadãos, Sistema de saúde, Cuidado primário de saúde, Portugal
Keywords: Citizens participation, Health system, Primary health care, Portugal

PAP1233

Introdução

O tema da participação assume uma grande importância nos países ocidentais tendo-se multiplicado, nos últimos anos, as iniciativas de participação promovidas no âmbito do sistema dos serviços públicos. Nesse sentido, hoje em dia, a nível internacional há um amplo consenso sobre a importância do envolvimento dos cidadãos em distintos momentos do processo de produção da saúde. Entre algumas das inúmeras virtudes e vantagens identificadas pelos estudiosos da participação em saúde destacam-se as seguintes: a melhoria das decisões; o aumento da comunicação entre o sistema de saúde e os cidadãos; a valorização da responsabilidade e autonomia do cidadão; a preciosa contribuição dos utentes na definição de prioridades e políticas de saúde; o favorecimento do envolvimento nas atividades de promoção da saúde; a legitimidade das decisões sobre questões complexas e dilemas éticos, colocadas pelas inovações tecnológicas.

A Organização Mundial da Saúde tem promovido a participação dos cidadãos em todos os documentos publicados nos últimos anos (OMS, 1990; WHO, 1997, WHO, 2006). No recente encontro de Amesterdão a OMS (WHO, 2006) lembra que são ainda poucas as evidências que demonstram como garantir a participação dos cidadãos e como esta pode melhorar os resultados na saúde nos diferentes países europeus. Potenciar a voz dos utentes representa uma estratégia importante para superar o crescente ‘*défice* democrático’ (Cooper et al., 1995) que caracteriza o sistema de saúde. Tem sido sublinhada, portanto, a necessidade de incrementar a responsabilidade e transparência dos serviços de saúde através de instâncias de envolvimento e participação dos utentes.

Simultaneamente, a literatura alerta para a dificuldade em implementar a prática da participação. Nesse sentido, os resultados de inúmeras investigações indicam que, apesar das boas intenções e de alguns esforços louváveis empreendidos, a participação ainda tarda em entrar na *praxis* dos serviços de saúde (Rowe e Frewer, 2000). Logo, muitos estudiosos enfatizaram a contradição entre o discurso sobre o envolvimento dos utentes que permeia o processo de reforma dos sistemas de saúde e a realidade que mostra como a participação ainda demora a entrar na *praxis* dos serviços de saúde (Zackus e Lisack, 1998). Um ponto crítico assinalado pela literatura diz respeito à ausência de processos de avaliação das experiências de participação no âmbito dos serviços de saúde que demonstrem a efetividade das atividades participativas implementadas (WHO, 2006; Burton, 2009). Outro tema já amplamente analisado pelos estudiosos refere-se à representatividade das associações de doentes e de utentes, que nem sempre conseguem ser garante das necessidades dos sectores mais vulneráveis da sociedade (Contandriopoulos, 2004).

Esse debate internacional sobre a necessidade de aprimorar a parceria entre sistema de saúde e representantes da sociedade civil aplica-se, com grande vitalidade, à discussão sobre as estratégias de envolvimento dos cidadãos nos sistemas regionais e locais de saúde de Portugal. De facto, um dos temas centrais dos processos de reforma sanitária português dos últimos anos tem sido o reconhecimento da centralidade do utente e da importância de valorizar a sua voz e a sua perspectiva de análise.

O presente artigo, após ter resumido as diferentes formas de envolvimento dos cidadãos adotadas nos sistemas de saúde português nos últimos vinte anos, apresenta os resultados preliminares de um estudo realizado sobre os Conselhos de Comunidades, realçando suas potencialidades e limitações.

1. A participação dos cidadãos no Serviço Nacional de Saúde em Portugal

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 tem atribuído muita importância à participação dos cidadãos e tem reafirmado o compromisso do Ministério da Saúde em apoiar o desenvolvimento de diversos mecanismos para envolver pacientes, utentes e comunidades. O plano reconhece que embora a legislação, já a partir dos anos 90, tenha garantido alguns mecanismos formais para encorajar a participação no sistema de saúde, na prática eles não têm sido implementados (Portugal, 2004). A Lei de Base da Saúde (Portugal, 1990) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Portugal, 1993), por exemplo, tinham previsto a participação dos cidadãos em várias instâncias: a) a nível central, no Conselho Nacional de Saúde, órgão de consulta do Governo, que inclui representantes dos utentes

eleitos pela Assembleia da República; b) a nível regional, nos Conselhos Regionais de Saúde, órgãos consultivos das respetivas Administrações Regionais de saúde (ARS), do qual fazem parte representantes dos municípios; c) a nível sub-regional (concelhio), através da existência de uma Comissão Concelhia de Saúde, cuja composição integra um representante do município e um representante dos interesses dos utentes, eleito pela Assembleia Municipal; d) a nível dos hospitais, nos Conselhos Gerais (Portugal, 1988), órgãos de participação e de consulta que incluíam, entre outros, um representante da associação ou liga de utentes ou amigos do hospital; e) a nível de cuidados primários foram ainda criados os Conselhos Consultivos (Portugal, 1999) para assegurar a participação dos cidadãos e de instituições locais, públicas e privadas. Em relação ao gap entre discurso e prática participativa, o Observatório Europeu sobre Políticas e Sistemas de Saúde observa que, apesar de algumas iniciativas interessantes tomadas para incentivar o envolvimento dos pacientes, com a finalidade de encorajar a população a assumir a responsabilidade pela própria saúde e obter uma melhor qualidade dos cuidados prestados, a participação ainda continua confinada às referências legislativas e a intenções anunciadas nos documentos (Barros e Simões, 2007). Nos últimos anos, várias iniciativas foram encaminhadas para incrementar o envolvimento e a confiança dos cidadãos no sistema de saúde: em cada uma das 5 administrações regionais (responsáveis pelo desenvolvimento de mecanismos de participação) foi instituído um observatório para promover um melhor uso dos serviços, oferecer um maior nível de satisfação e garantir um efetivo envolvimento dos cidadãos; foram ativadas linhas electrónicas diretas entre utentes e respetivos médicos de família; foram criados procedimentos formalizados para apresentar queixas e reclamações; foram organizadas diversas reuniões consultivas com diferentes *stakeholders* (WHO-Europe, 2006); foram criados conselhos consultivos mistos (utentes, profissionais e políticos) para apoiar a gestão dos centros de saúde e hospitais; foram realizados vários estudos de avaliação da satisfação dos utentes dos Centros de Saúde (Ferreira *et al.*, 2005; Ferreira *et al.* 2010) e das Unidades de Saúde Familiar, que têm representado uma primeira estratégia de aproximação entre sistema de saúde e cidadãos. Entretanto, como tem assinalado também o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, existe a necessidade de promover o “empoderamento comunitário e social através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo de interesse naquela comunidade” (Portugal, 2004: 66). De facto, as organizações da sociedade civil (associações de pacientes, de consumidores, de sindicatos dos idosos, etc.), apesar das históricas debilidades que as caracterizam (Nunes e Matias, 2007), são mais aptas do que os cidadãos isolados para desenvolver uma relação intensa e significativa com os representantes do sistema e influenciar o seu comportamento e atuações. Portanto, na ausência de canais de participação institucionais, é fundamental reconhecer e fortalecer o papel e a importância das organizações de pacientes pela sua capacidade de influenciar quem toma as decisões no âmbito do sistema de saúde (Serapioni e Sesma, 2011). O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 reconheceu a centralidade do cidadão no âmbito do sistema de saúde (Portugal, 2004) e determinou algumas ações estratégicas, destacando-se, por exemplo, aumentar as opções de escolha do usuário e, conseqüentemente, o aumento do acesso a informação validada, isenta e pertinente ao cidadão. Este Plano reconhece também a “pobreza de mecanismos formais e informais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde” (Portugal, 2004) e propõe dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil. Tal como acontece em outros países da Europa do Sul, encontramos em Portugal uma grande discrepância entre o que está estipulado na lei, sob o ponto de vista normativo, e a prática efetiva do sistema de saúde (Serapioni *et al.*, 2010). De acordo com os resultados do estudo exploratório de Liliana Lobo (2008: 369-70), o grau de participação comunitária nos cuidados de saúde primários não é considerado satisfatório por várias razões: a falta de informação e conhecimento sobre os projetos e as atividades realizadas pelos Centros de Saúde; a falta de confiança nas próprias capacidades; a percepção de não ter a força e a capacidade de provocar mudanças no âmbito dos serviços de saúde tradicionalmente dominados pelo poder profissional e a inadequada estrutura organizacional existente no âmbito dos cuidados de saúde primários.

2. Origem, características e objetivos dos Conselhos de Comunidades

Em coerência com as recomendações do Plano 2004-2010, várias iniciativas têm sido desenvolvidas no sentido de encorajar a participação do cidadão no sistema de saúde. O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, instituiu, no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários, 68 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com o objetivo de reduzir as desigualdades de saúde e superar a tradicional situação de marginalização do cuidado primário (Carapinheiro, 2006). Este decreto reconheceu a importância de envolver a comunidade e instituiu os Conselhos de Comunidades (CC) com o objetivo de incentivar a participação dos diferentes atores locais nas decisões referentes à saúde e à organização dos serviços de cuidados primários. Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que integram um centro de saúde e que prestam cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais: i) Unidades de saúde da família; ii) Unidade de cuidados de saúde personalizados; iii) Unidade de cuidado na Comunidade; iv) Unidade de saúde pública; v) Unidades de recursos assistenciais partilhados. Os ACES são “serviços desconcentrados” (Portugal, 2008) das 5 Administrações Regionais de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve) e estão sujeitos ao seu poder de direção. Para cumprir a sua missão os ACES desenvolvem “Atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidado na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Portugal, 2008). O número de pessoas residentes na área do ACES não deve ser inferior a 50.000 nem superior a 200.000. O ACES é composto pelos seguintes órgãos: Diretor executivo, Conselho executivo, Conselho clínico e o Conselho de Comunidade. O Conselho de Comunidade (CC), ou seja, a instância de participação prevista pelo Decreto-Lei 28/2008, é presidido por um representante indicado pelas Câmaras municipais da área de atuação do ACES e é composto por representantes das seguintes entidades (Portugal, 2008):

- Cada município abrangido pelo ACES, designado pelas respetivas assembleias municipais
- Centros distritais de segurança social
- Escolas ou agrupamentos de escolas
- Instituições particulares de solidariedade social (IPSS)
- Associações de utentes do ACES
- Associações sindicais e de empregadores
- Equipes de voluntariado social
- Comissão de Proteção das Crianças e Jovens
- Hospitais de referência

O CC reúne ordinariamente uma vez por semestre e, extraordinariamente, sempre que é convocado pelo seu presidente ou a pedido de dois terços dos seus membros. As deliberações são tomadas por maioria simples dos votos (Portugal, 2008). Compete ao CC as seguintes atividades: a) dar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de atividades do ACES, e respetivos orçamentos, antes de serem aprovados; b) acompanhar a execução dos planos de atividade, podendo obter do diretor executivo do ACES as informações necessárias; c) alertar o diretor executivo para factos reveladores de deficiência grave na prestação de cuidados de saúde; d) dar parecer sobre o relatório anual de atividades; e) assegurar a articulação do ACES, em matéria de saúde, com os municípios da sua área geográfica; f) propor ações de educação e promoção da saúde e de combate à doença; g) dinamizar as associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado (Portugal, 2008). Trata-se, obviamente, de um fórum de participação ‘consultivo’ no qual os representantes das câmaras municipais e de outras entidades (associações de utentes, de voluntariado, etc.) podem ser ouvidos, dar seus pareceres e assinalar problemas e deficiência dos serviços. No entanto, o presidente do Conselho de Comunidade, que é também membro do Conselho Executivo do ACES, conjuntamente com o Diretor executivo e o Presidente do Conselho clínico, no âmbito desse órgão, tem poder deliberativo, já que participa no processo de tomada de decisões. Por outras palavras, o Conselho de Comunidade é uma instância de participação consultiva, de acordo com o decreto-lei 28/2008, mas o seu presidente desenvolve, ao

mesmo tempo, uma função deliberativa (no sentido que participar nos processos de tomadas de decisões) no âmbito do Conselho Executivo do ACES.

3. Potencialidades e desafios dos Conselhos de Comunidade

Embora tratando-se de uma experiência muito recente e ainda em fase de desenvolvimento, os CC possibilitam a participação dos representantes dos diversos sectores da área de abrangências do ACES. No âmbito dos cuidados primários de saúde, os CC representam uma importante oportunidade de capacitação (*empowerment*) para os representantes dos utentes e das comunidades locais. Depois de algumas dificuldades iniciais, a partir de 2010 acelerou-se o processo de constituição dos Conselhos de Comunidade nas cinco Administrações Regionais de Saúde. Esse processo de constituição, e as primeiras reuniões dos CC, tiveram um papel importante na sensibilização dos atores que normalmente não participam na esfera de decisão sobre as questões da saúde. Numa recente investigação exploratória a nível nacional - realizada pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e pelo Centro de Estudos Sociais (CES) da mesma universidade - foi possível analisar o processo de constituição dos CC e reunir informações sobre o seu funcionamento, a sua composição e os principais obstáculos que se lhe interpuseram na primeira fase de implantação (OPSS, 2011). A maioria dos ACES (82% dos que responderam ao inquérito online) já criou os respetivos CC, embora seja ainda limitada a avaliação da sua atividade devido às poucas reuniões realizadas até ao momento em que foi aplicado o inquérito. Entre as barreiras identificadas durante o processo de constituição e de desenvolvimento dos Conselhos, cabe destacar as seguintes: i) inércia das entidades na nomeação dos representantes; ii) dispersão geográfica entre os elementos constituintes do CC; iii) influência excessiva das autarquias; iv) falta de associações de utentes para constituir o CC; v) interesses corporativos dos representantes (OPSS, 2011). Sem dúvida, o ponto mais crítico, pelo menos nesta primeira fase de implantação dos CC, é a limitada presença de associações de utentes nas áreas de atuação dos ACES. De facto, o estudo revelou que uma parte significativa dos CC inquiridos não inclui entre as entidades representadas na sua constituição os representantes das associações de utentes (cerca de 70%) e tampouco os representantes do voluntariado (cerca do 60%). Para além disso, questiona-se se a atual composição dos CC é realmente adequada para dar voz aos utilizadores dos cuidados de saúde primários. Ou seja, face a uma ampla presença de porta-vozes das câmaras municipais, de instituições governamentais (hospitais, escolas, centros de segurança social) e de outras entidades (associações sindicais e de empregadores), não se poderá considerar insuficiente a representação dos interesses dos cidadãos na constituição do CC? Sem dúvida, os Conselhos de Comunidade representam uma interessante instância de coordenação dos diferentes *stakeholders*, em particular dos diferentes representantes das câmaras municipais que integram o Agrupamento dos Centros de Saúde. Neste sentido, é importante a existência de um fórum que articule e valorize a participação dos governos locais para poder discutir as prioridades de seu territórios e, conseqüentemente, contribuir nas atividades de planeamento, implementação e avaliação dos serviços oferecidos às comunidades. Porém, esta constatação e análise crítica apontam para a necessidade de aprimorar o processo participativo no âmbito do ACES, através do aumento do número dos porta-vozes dos cidadãos e dos representantes das associações de utentes, doentes e voluntários. Esta proposta, em última análise, pretende aumentar, quer quantitativamente, quer qualitativamente, o nível de representatividade e de inclusão dos diversos grupos sociais que atuam no território dos ACES. Ou seja, ao lado do Conselho de Comunidade, que poderia continuar a desenvolver uma função de coordenação entre os diferentes atores institucionais, deveria ser criada, quer a nível de concelho e quer a nível da área de abrangência do ACES, outra instância de representação da sociedade civil – formada por representantes das associações de utentes, associações de doentes, do “mundo” do voluntariado e outras organizações locais – que facilite o diálogo e a interação, de forma mais equitativa, com os representantes do sistema de saúde local (gestores e profissionais).

4. Algumas conclusões

O último Plano Nacional de Saúde (2004-2010) tem reconhecido a inexistência de mecanismos formais de participação no sistema de saúde e tem enfatizado a importância de reforçar o papel dos utentes e valorizar as suas contribuições nos processos de decisão política. Assim, várias iniciativas têm sido desenvolvidas no sentido de encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde. O processo de reforma ainda em curso tem contribuído, sem dúvida, para a redução da autorreferencialidade do sistema de saúde e para a promoção de interações mais intensas com o seu ambiente humano. Como temos observado, percebe-se uma maior preocupação em incorporar a voz dos utentes na reconfiguração do sistema de saúde, embora se trate de um fenómeno muito recente, sobretudo quando comparado com a grande tradição participativa dos países da Europa ocidental e do norte. Em Portugal, a tónica tem sido colocada na necessidade de implementar direitos coletivos e de capacitar os cidadãos, quer através do desenvolvimento das associações da sociedade civil (Portugal, 2004), quer através da instituição de vários mecanismos de participação. Os Conselhos de Comunidade dos Agrupamentos dos Centros de Saúde podem ser considerados uma primeira etapa de uma estratégia mais integrada de envolvimento dos utentes no âmbito dos cuidados primários. Porém, os resultados preliminares do estudo da primeira fase do processo de implementação levantam algumas questões acerca da capacidade deste modelo de vir a reduzir as limitações evidenciadas por outras experiências internacionais (Serapioni e Romani, 2006; Serapioni e Duxbury, 2012), tais como: o não adequado nível de envolvimento dos representantes dos utentes; a dificuldade de influenciar os que tomam as decisões; e a incapacidade de representar todas as categorias de utentes da área de abrangência do ACES.

Bibliografia

- Barros P, Simões J. (2007), *Portugal: Healthsystemreview. Health Systems in Transition*; 9(5): 1–140.
- Burton, P. (2009). Conceptual, Theoretical and Practical Issues in Measuring the Benefits of Public Participation, *Evaluation*, 15(3): 263-284.
- Carapinheiro G. (2006). A saúde enquanto matéria política. In: Carapinheiro Graça. (org.), *Sociologia da saúde, estudos e perspectivas*, Coimbra: Pé de Página; 137-164.
- Contandriopoulos, D. (2004). A sociological perspective on public participation in health care, *Social Science & Medicine*, 58:321-330.
- Cooper L., Coote A., Davies A., Jackson C. (1995). *Voices Off: Tackling the democratic deficit in health*, London: Institute for Public Policy Research (IPPR).
- Ferreira P.L, Antunes P., Portugal S. (2010). *O valor dos cuidados primários. Perspectiva dos utilizadores das USF – 2009*, Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ferreira P.L., Raposo V. Godinho P. (2005), *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Lobo L. (2008), Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primária, *Análise Psicológica*, 26, 367-371.
- Nunes J.A. e Matias M. (2007), Patients organizations as emergent actors in the health arena: the case of Portugal, *RECIIS, Eletronic Journal Inf. Innov. Health*, 1(1), 105-108.

OMS-Região Panamericana (1990), *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locais de Salud. La participación social*, Washington, Serie HSD-SILOS, n. 3.

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011), Relatório de Primavera. *Da repressão da crise para a governação prospectiva da saúde*, Coimbra: Mar da Palavra.

Portugal (1988), Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro (Revogado pelo art.º 42º do DL n.º 188/2003, de 20 de Agosto).

Portugal (1990), Assembleia da República. *Lei de Bases da Saúde. Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto*, 1990.

Portugal (1993), Ministério da Saúde. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro*, 1993.

Portugal (1999), Ministério da Saúde. *Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio*.

Portugal (2004), Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Portugal (2008), Ministério da Saúde, Regime Jurídico dos Agrupamentos dos Centros de Saúde Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro 2008.

Rowe, G. & Frewer, L.J. (2000), Public Participation methods: A Framework for Evaluation, *Science, Technology & Human Value*, Vol. 25, No.1, 3-29.

Serapioni M. e Romani O. (2006), Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 22, N. 11. pp. 2411-2421.

Serapioni M., Ferreira P.L., Antunes P. (2010), Participação em saúde: conceitos e conteúdos. Paper apresentado ao *Think Tank - Saúde e cidadãos*, Sesimbra, março 2010.

Serapioni M. e Sesma D. (2011), [A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo](#)". *Sociologia On Line. Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, N. 2 - Abril 2011, 599-629. <http://revista.aps.pt>.

Serapioni M., Duxbury N. (2012), Citizens' participation in the Italian healthcare system: The experience of the Mixed Advisory Committees. *Health Expectations* (Forthcoming).

WHO-Europe (2006), Ninth Future Forum on health system governance and public participation. Copenhagen: World Health Organization.

WHO-Europe (1997), *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*, Regional Publications, European Series, n. 72, Copenhagen: World Health Organization.

Zakus, D., e Lysack, C. (1998). Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13(1), 1-12.