



Participação Social em Saúde

Como promover e desenvolver
em Portugal?

Lisboa
DEZEMBRO DE 2025



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

CNS

CONSELHO
NACIONAL
DE SAÚDE

Ficha Técnica

Título:

Participação Social em Saúde – Como promover e desenvolver em Portugal?

Organização:

Conselho Nacional de Saúde, em parceria com OMS – Região Europeia, European Observatory on Health Systems and Policies e ENSP NOVA

Grupo relator:

António Melo Gouveia

Diogo Valadas Ponte

Gonçalo Figueiredo Augusto

José Carlos Gomes

Leonor Quelhas Pinto

Victor Ramos

Promotores e participantes:

Adelaide Belo

Afonso Garcia

Alexandra Antunes

Alfredo Monteiro

Ana Carolina Paiva

Ana Rita Goes

Ana Rita Pedro

Ana Tenreiro

Ana Umbelino

Ângela Almeida

António M. F. Lopes

António Melo Gouveia

Arsisete Saraiva

Célia Carneiro

Célia Gonçalves

Cidália Silva

Cristina Vaz de Almeida

Dheepa Rajan

Diogo Valadas Ponte

Eduardo Cachetas

Estefânia Paiva Martins

Filipa Alves da Costa

Firmino Machado

Gabriele Pastorino

Gisela Leiras

Gonçalo Figueiredo Augusto

Humberto Martins

Isa Alves

Isabel Magalhães

Joana Faria Marques

Joana Viveiro

João Pedro Grabulho

Joaquim Brites

José Carlos Gomes

José Mendes Nunes

Leonor Correia

Leonor Quelhas Pinto

Liliana Gonçalves

Lucília Nunes

Luísa Dias

Maria do Céu Machado

Maria João Mendes

Mariana Chaves Fernandes

Miguel Coutinho

Mirieme Ferreira

Nuno Sérgio Branco

Oriane Bodson

Patrícia Barbosa

Patrícia Silva Pereira

Paulo Simões Peres

Ricardo Fernandes

Rita Espanha

Sérgio Viana

Sílvia Caldeira

Sofia Crisóstomo

Sofia de Oliveira Martins

Sónia Dias

Sónia Romano

Teresa Moinhos

Tiago Rafael

Victor Ramos

(notas biográficas no final)

Secretariado e comunicação:

Patrícia Henriques

Ana Marreiros (Secretaria-Geral do Ministério da Saúde)

Design e paginação:

Patrícia R. Santos

PholiumSigma Unip.Ida.

Citação sugerida:

Conselho Nacional de Saúde. Participação Social em Saúde – Como promover e desenvolver em Portugal? Lisboa: CNS, 2025

© Conselho Nacional de Saúde

Morada

Conselho Nacional de Saúde.
Avenida Padre Cruz
1649-016 Lisboa, Portugal

E-mail: cns@cns.min-saude.pt

URL: www.cns.min-saude.pt



Índice

1. Enquadramento	4
2. Boas-vindas e Notas de Introdução	10
Sónia Dias Diretora da Escola Nacional de Saúde Pública	11
Dheepa Rajan Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde; Oriane Bodson Universidade de Liège	13
Gabriele Pastorino Conselheiro de Sistemas de Saúde, Programa de Participação Social, OMS, Genebra	17
Isa Alves Consultora da Organização Mundial de Saúde na área da participação social	21
3. <i>Workshop</i>: Grupos de Trabalho	24
I – Situação, tendências e oportunidades a nível internacional	27
II – Literacia e capacitação pessoal em saúde como facilitadores da participação social	30
III – Redes de participação social em saúde	41
IV – Contribuição das instituições académicas e centros de investigação	47
V – Saúde local	56
4. Síntese Conclusiva	62
5. Participantes – Notas Biográficas	69

1. Enquadramento



Alguns desafios para a participação cívica em Portugal

“O quadro social e político coloca hoje novos desafios à participação cidadã e à democracia participativa. O primeiro é a necessidade de se tornar a ação coletiva mais democrática, inclusiva e pluralista” (p. 112). “O segundo desafio é a territorialização da ação cidadã, nas suas distintas comunidades de prática, de interesse e de lugar, e a valorização dos múltiplos recursos, muitos deles invisíveis e negligenciados, visando alcançar um interesse comum compartilhado” (p. 113).

“A mediação e a facilitação são essenciais para uma boa condução de processos, pois permitem gerir diálogos entre linguagens nem sempre próximas e assegurar a empatia e tolerância necessárias para favorecer a partilha, o diálogo e a ação. Para serem eficazes, é preciso tempo, de modo a se construir um relacionamento de confiança. No entanto, a participação não é só processo, é também esperança e narrativa de futuro. Nesse sentido, os exercícios participativos têm de ajudar a conceber coletivamente uma narrativa de esperança para o futuro, assente em projetos transformadores para a sociedade e o território, algo particularmente exigente num contexto de grande incerteza e mudança. Isto convoca exercícios de imaginação coletiva de futuros improváveis, pois ninguém luta pelo que não conhece. A sua experimentação através de ações rápidas e de baixo custo pode captar aliados para os rumos desejados” (p. 113–114).

In: Mota, J. C. (2025). A participação cívica em Portugal. Ensaios da Fundação, FFMS. N.º 150, setembro 2025

1. Enquadramento

A participação social em saúde, enquanto envolvimento ativo dos cidadãos nos processos de decisão em políticas de saúde, é reconhecida a nível mundial, designadamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras organizações internacionais, como pilar decisivo para o desenvolvimento adaptativo dos sistemas de saúde.

Segundo a OMS, consiste em *“empoderar pessoas, comunidades e a sociedade civil através de uma participação inclusiva nos processos de tomada de decisão que afetam a saúde, ao longo de todo o ciclo político e em todos os níveis do sistema”*⁴. Por sua vez, participação comunitária pode ser entendida como uma extensão ou expressão local desta participação, sendo definida pela OMS como *“um processo no qual as pessoas são capacitadas para se envolverem de forma ativa na definição das questões que as afetam, na tomada de decisões sobre fatores que influenciam as suas vidas, na formulação e implementação de políticas, no planeamento, desenvolvimento e prestação de serviços, bem como na ação para promover mudanças”*⁵.

Em maio de 2024 foi aprovada a Resolução sobre Participação Social para a Cobertura Universal de Saúde, Saúde e Bem-Estar na 77.^a Assembleia Mundial da Saúde. Adotada por 193 Estados-membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), sublinha que a participação ativa dos cidadãos é crucial para assegurar a sustentabilidade, a confiança, a transparência e a equidade nas políticas em saúde. O documento traduz o esforço internacional para reafirmar a importância da voz da sociedade civil em todas as fases do ciclo das políticas de saúde — desde a análise situacional, definição de prioridades, planeamento, implementação, monitorização e avaliação. A resolução exorta os Estados-membros a implementar, reforçar e promover mecanismos de participação social nas decisões, a todos os níveis dos sistemas de saúde, como caminho para alcançar a cobertura universal de saúde.

Tudo isto porque existe evidência de que níveis mais elevados de participação dos cidadãos, comunidades e organizações da sociedade civil estão associados a maior equidade no acesso e utilização de cuidados, à formulação e execução de programas mais ajustados às necessidades da população, ao reforço da confiança nos serviços de saúde e à responsabilização pelas decisões tomadas e pelos cuidados prestados.

Em síntese, a participação social em saúde, adequadamente organizada e desenvolvida, tem potencial para gerar mudanças com vista a adaptar os serviços de saúde às necessidades reais das populações e contribui para um sistema de saúde mais acessível, transparente, equitativo, centrado e controlado pelas pessoas.

4 World Health Organization (2023). Social participation for universal health coverage: Technical paper. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/375276>

5 World Health Organization (2002). Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5a417c07-a600-45b6-9b0e-15c10a203270/content>

Enquadramento Nacional

Em Portugal, a participação social em saúde encontra-se consagrada nos seguintes diplomas legais:

- a) Lei de Bases da Saúde (Base 2, número 1), que inclui como direitos e deveres das pessoas “intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS” e “constituir entidades que as representem e defendam os seus direitos e interesses (...)”;
- b) Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, alínea i, n.º 1, artigo 9.º) – promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;
- c) Carta para a Participação Pública em Saúde (Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro). Esta última aguarda ainda a sua indispensável regulamentação para se tornar efetiva.

Natureza e Missão do Conselho Nacional de Saúde

A Constituição da República Portuguesa determina no artigo 64.º que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem uma gestão descentralizada e *participada*, o que ainda não teve plena concretização.

Por sua vez, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi constituído 37 anos após a sua instituição pelo artigo 25.º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, e 26 anos após ter sido reconfirmado pela Base VII da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Está em funcionamento desde 2017.

“É um órgão independente, de consulta do Governo na definição de políticas de saúde” e visa estabelecer uma *“aliança de toda a sociedade para definir uma visão para o futuro e ter uma perspetiva de conjunto do sistema de saúde.”* Atua por iniciativa própria ou sempre que solicitado pelo Governo ou pela Assembleia da República. Tem por missão *“proporcionar a participação das várias entidades científicas, sociais, culturais e económicas, na procura de consensos alargados relativamente à política de saúde”* (DL n.º 49/2016, de 23 de agosto).

O Decreto-Lei n.º 46/2024, de 17 de julho, atualizou a composição do CNS e reforçou a natureza da sua missão: proporcionar um fórum para encontrar consensos que possam ajudar o Governo e o país a delinear políticas públicas e a concretizar ações com o maior impacto possível na saúde e bem-estar de cada um e de todos.

Participam como conselheiros do CNS:

- ✓ Seis representantes de associações de utentes, incluindo associações de doentes, eleitos pela Assembleia da República por maioria absoluta dos deputados em efetividade de funções;
- ✓ Nove representantes das associações públicas profissionais (Ordens) referidas à saúde;
- ✓ Dois representantes das autarquias, designados pela Associação Nacional de Municípios Portugueses e pela Associação Nacional de Freguesias;
- ✓ Duas personalidades de reconhecido mérito na área da saúde, designadas por:

- Governo da Região Autónoma dos Açores;
- Governo da Região Autónoma da Madeira;
- ✓ Quatro personalidades de reconhecido mérito na área da saúde, designadas por:
 - Duas, pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas;
 - Duas, pelo Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos;
- ✓ Cinco personalidades de reconhecido mérito na área da saúde, designadas por:
 - Comissão Permanente de Concertação Social, sob proposta das respetivas organizações sindicais e empresariais;
- ✓ Duas personalidades de reconhecido mérito na área da saúde, designadas por:
 - Uma, pelo Conselho Nacional para a Economia Social;
 - Uma, pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida;
- ✓ Um(a) presidente e um(a) vice-presidente nomeados pelo Conselho de Ministros.

Trabalhos desenvolvidos no CNS sobre participação em Saúde

De entre os trabalhos desenvolvidos pelo CNS sobre o tema em apreço, destacam-se:

- a) Preparação e publicação do Relatório “Participação Pública em Saúde: Todas as Vozes Contam” (2019–2020);
- b) Colaboração com a OMS-Europa no estudo das características e potencialidades do CNS português, referido na publicação abaixo ilustrada;
- c) Continuidade dos trabalhos e elaboração do **case study** português (2023–2025);
- d) Realização do **Workshop** “Participação Social em Saúde, em Portugal” (junho 2025);
- e) Relatório CNS 2025 “Participação Social em Saúde – Como promover e desenvolver em Portugal?”

As dinâmicas de participação social em saúde, de natureza pública, com carácter formal, são ainda incipientes, mas têm dado passos concretos nos últimos anos. São uma prioridade do CNS desde a sua constituição. Os trabalhos desenvolvidos ao longo de 2024 e 2025, de que o presente Relatório dá conta, são passos deste percurso que tem ainda muito caminho pela frente.



2020

Disponível em https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/Estudo-CNS_Participacao-Publica-em-Saude_2020-site.pdf



2021 (English) – 2022 (Português)

Disponível em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56580/9789275726402_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Objetivos

- ✓ Contribuir para uma visão abrangente dos antecedentes, do “estado da arte”, dos desafios, das tendências e dos recursos disponíveis para desenvolver a participação social em saúde nos planos: internacional; nacional; regional e local;
- ✓ Integrar as dimensões pessoal e social como componentes indissociáveis e interdependentes dos processos, das competências e dos comportamentos participativos em saúde, designadamente nos âmbitos da literacia, da capacitação e do empoderamento pessoal e social em saúde;
- ✓ Explorar linhas estratégicas e práticas para desenvolver estruturas flexíveis, com interconexões funcionais e de aprendizagem mútua, que proporcionem alicerces e apoio aos desenvolvimentos desejados;
- ✓ Promover conectividade e intercolaboração entre centros académicos e equipas de investigação dedicados à produção, partilha e aplicação do conhecimento científico nas dimensões psico-comportamentais, psicossociais e de ciência política e associados à participação em saúde, a todos os níveis, incluindo métricas e indicadores;
- ✓ Explorar e debater abordagens e práticas participativas intersetoriais em saúde, de âmbito comunitário – “espaço local” | “saúde local”;
- ✓ Promover e reforçar uma visão positiva e promocional da saúde, a par de melhores respostas integradas às necessidades de saúde das pessoas e da população – integração de cuidados envolvendo **saúde – ação social – parcerias e sinergias locais**;
- ✓ Equacionar estratégias e linhas de ação participativa local que ajudem a impulsionar redes de serviços de proximidade – visando integração, acessibilidade, qualidade, continuidade, coordenação e efetividade de cuidados. Desejavelmente, esbatendo silos e “muros” entre setores e serviços.



2. Boas-vindas e Notas de Introdução

Sónia Dias

Diretora da Escola Nacional de Saúde Pública

É com enorme gosto e um profundo sentido de compromisso que a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP NOVA) colabora nesta iniciativa com o Conselho Nacional de Saúde, focada na “Participação Social em Saúde, em Portugal”. Este é um tema incontornável para quem acredita, como nós, na ENSP NOVA, que os sistemas de saúde só são verdadeiramente fortes, resilientes e sustentáveis quando se constroem com as pessoas e para as pessoas.

A participação cidadã em saúde não é uma opção, é um imperativo. A Organização Mundial de Saúde lembra-o há décadas. A Constituição da República Portuguesa consagra, no seu artigo 64.º, que o próprio SNS deve ter uma gestão descentralizada e participada. E o percurso do nosso Conselho Nacional de Saúde demonstra o quanto esse caminho, apesar de complexo, precisa de ser trilhado.

Sabemos que a participação social não acontece por decreto. Exige capacitação dos cidadãos e também uma mudança de cultura por parte das instituições e dos decisores. É por isso que, na ENSP NOVA, temos vindo a apostar de forma estruturada em iniciativas que potenciem precisamente esse duplo movimento: cidadãos mais capacitados, mais conscientes e mais preparados para influenciar as políticas públicas, e decisores políticos e técnicos mais abertos, mais disponíveis para integrar o conhecimento, as necessidades e as perspetivas dos cidadãos nos processos de decisão.

Um bom exemplo disso é a ACAD — Academia para a Capacitação das Associações de Doentes, que temos o orgulho de coordenar na ENSP NOVA. Esta iniciativa traduz exatamente esta visão: reforçar o papel das organizações da sociedade civil, dar-lhes ferramentas, conhecimento e espaço para que possam participar de forma informada, qualificada e consequente nos processos de construção de políticas públicas de saúde.

Sabemos, no entanto, que a capacitação dos cidadãos, por si só, não chega. É preciso garantir que os espaços de participação existem, são acessíveis, transparentes e têm consequências reais. E aqui, o papel do Conselho Nacional de Saúde é absolutamente central. O CNS tem conseguido, ao longo dos últimos anos, não só criar oportunidades para dar voz aos cidadãos e às organizações, mas também desempenhar um papel fundamental na obtenção de consensos e na promoção de uma discussão mais informada, mais aberta e mais estruturada sobre os desafios e as soluções para o nosso sistema de saúde.

É precisamente por isso que esta iniciativa, com a diversidade e profundidade das suas áreas temáticas, é tão relevante. Falar de participação social em saúde exige que olhemos para as tendências e oportunidades internacionais, aprendendo com o que já está a ser feito noutros contextos. Exige que forcemos a literacia e a capacitação pessoal, porque cidadãos informados são cidadãos com mais poder de influência. Exige que saibamos construir e fortalecer redes colaborativas, que rompam o isolamento e criem pontes entre setores e níveis de decisão. E exige, naturalmente, que a academia assuma o seu papel, gerando conhecimento, formando profissionais preparados para liderar processos participativos e integrando os próprios cidadãos na produção de soluções.

Finalmente, é no plano local, junto das comunidades, que esta participação ganha rosto, proximidade e impacto real. É aí que as políticas se tornam concretas e que o trabalho de todos — instituições académicas, decisores e sociedade civil — se deve encontrar e articular.

Na ENSP NOVA, a participação social não é um conceito abstrato, é uma prática que temos vindo a reforçar. Há cerca de um ano, apresentámos publicamente o nosso White Paper dedicado à Saúde Pública, um documento que resultou de um processo exigente e inspirador de cocriação com mais de 80 parceiros nacionais e internacionais. Nesse documento, que reúne 10 recomendações estratégicas para o futuro da saúde pública, afirmámos com toda a clareza: a participação ativa dos cidadãos é essencial para transformar o sistema e enfrentar os desafios complexos que temos pela frente.

A ENSP NOVA está também a preparar o lançamento do seu novo Centro de Inovação em Saúde Pública, um espaço que será um aliado forte e inspirador neste caminho de envolvimento, participação e cocriação. Este centro nasce para acelerar a ligação entre investigação, formação, tecnologia e as necessidades reais das pessoas e das comunidades. E será também um espaço aberto ao debate, à experimentação e à construção coletiva de soluções para maiores ganhos em saúde.

Contamos com mais de 50 anos de história da ENSP NOVA. São mais de cinco décadas ao serviço da saúde pública, da formação de profissionais, da produção de conhecimento e do apoio às políticas públicas. Mas olhamos para o futuro com a mesma energia e responsabilidade. Sabemos que só através do envolvimento ativo dos cidadãos, das organizações da sociedade civil, da comunidade académica, dos decisores e dos profissionais conseguiremos construir um sistema de saúde mais próximo, mais participativo e mais justo.

Este *workshop* é mais um passo nesse caminho. Queria ainda saudar o facto de este *workshop* não se limitar à reflexão de hoje. A decisão de elaborar um relatório de conclusões e de sistematizar os contributos gerados merece ser destacada e louvada. Saibamos, juntos, transformar este conhecimento em ação concreta.

 **Dheepa Rajan**

Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde

 **Oriane Bodson**

Universidade de Liège

Reforçar a função de ponte do Conselho Nacional de Saúde entre a sociedade e as políticas de saúde

Introdução

Portugal é um dos poucos países europeus que criaram uma plataforma nacional permanente de participação social nas políticas de saúde: o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este arranjo institucional constitui um sinal de maturidade na governação da saúde em Portugal. Reconhece que a participação pública não é um acessório da política, mas uma condição essencial para a responsividade, transparência e legitimidade.

Nos últimos anos, o Conselho tem atraído crescente atenção de observadores nacionais e internacionais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou uma avaliação abrangente do CNS, iniciada antes da pandemia de COVID-19 e concluída há cerca de dois anos. Esta avaliação analisou até que ponto o Conselho tem cumprido eficazmente o seu mandato e examinou o seu potencial para funcionar como ponte entre a população portuguesa e as estruturas de decisão das políticas de saúde.

O mandato do Conselho é ligar as necessidades de saúde da sociedade à formulação e implementação das políticas.

A sua eficácia depende de duas dimensões interligadas:

1. a força das suas conexões com os decisores do Governo e do Ministério da Saúde, assegurando que os seus pareceres informam as políticas; e
2. a qualidade da sua representatividade e das ligações com as comunidades e a sociedade civil, garantindo que as suas posições refletem genuinamente as experiências e preocupações das pessoas.

Estas ligações devem ser estruturadas, sistemáticas e transparentes, de modo a assegurar a legitimidade do Conselho como verdadeiro mecanismo representativo de participação social.

Progresso e Conquistas desde 2017

Desde a sua criação, o CNS tem registado progressos concretos no cumprimento do seu mandato legal. Desenvolveu procedimentos claros para emitir pareceres sobre reformas estruturais da saúde, analisar projetos de legislação e acompanhar estratégias nacionais, como o Plano Nacional de Saúde e a reforma dos cuidados de saúde primários.

Os relatórios anuais do Conselho são cada vez mais citados em documentos governamentais e académicos, e os seus pareceres tornaram-se parte integrante da base de evidência consi-

derada pelos decisores políticos. O CNS criou também uma plataforma única de diálogo estruturado intersetorial, cujos membros representam diversas entidades — administração pública, ordens profissionais, meio académico e organizações da sociedade civil. Ao proporcionar um fórum neutro de discussão, o Conselho contribuiu para uma cultura mais deliberativa da governação da saúde em Portugal.

Durante a pandemia de COVID-19, o CNS demonstrou resiliência e adaptabilidade.

Apesar das perturbações nas operações normais, manteve o diálogo com o Ministério da Saúde e produziu reflexões sobre temas críticos como equidade, saúde mental e acesso à vacinação. Esta capacidade de manter o envolvimento em tempo de crise reforçou a sua visibilidade e sublinhou a relevância da governação participativa em contextos de incerteza. Aquando da conclusão da revisão da OMS, em 2022, o CNS já era reconhecido como um mecanismo nacional credível de participação nas políticas de saúde, capaz de fornecer análises, promover o diálogo intersetorial e contribuir para políticas baseadas em evidência. Isto representa uma conquista notável e merece o devido reconhecimento.

Constatações da Revisão da OMS

A revisão apoiada pela OMS analisou o CNS nas dimensões de eficácia, representatividade e legitimidade. Baseou-se na análise documental, em entrevistas a partes interessadas e em experiências comparativas de conselhos consultivos semelhantes noutros países europeus.

A avaliação concluiu que o CNS “evoluiu significativamente” desde a sua criação em 2017. Conseguiu estabilidade procedimental, aumentou a qualidade e visibilidade dos seus *outputs* e consolidou-se como um ator de confiança no ecossistema de políticas de saúde em Portugal. Reconheceu ainda o seu papel em promover o princípio da participação social num contexto administrativo tradicionalmente centralizado.

Contudo, foram identificados alguns desafios estruturais e operacionais:

- Lacunas de representatividade, em particular o número limitado de lugares atribuídos à sociedade civil e a ausência de mecanismos sistemáticos de ligação às comunidades a nível regional e local;
- Limitações nos procedimentos de seleção, fortemente dependentes de nomeações institucionais e políticas, o que pode restringir a diversidade e as perspetivas de base;
- Baixa visibilidade pública, uma vez que muitos cidadãos desconhecem a existência do Conselho ou a forma de participar nas suas deliberações.

A revisão recomendou que o CNS, na sua próxima fase de desenvolvimento, centrasse esforços em alargar a representatividade, reforçar a transparência e institucionalizar mecanismos de consulta e devolução à comunidade.

Desafios de Representatividade e Ligação Comunitária

A representatividade continua a ser uma questão central para a legitimidade do Conselho. Dos seus 32 membros, apenas cinco lugares são atribuídos a organizações da sociedade civil,

deixando as vozes comunitárias em clara minoria. A maioria representa instituições públicas, ordens profissionais e entidades académicas. Embora esta composição assegure rigor técnico e alinhamento com prioridades políticas, pode enviesar o debate para perspetivas institucionais, em detrimento das experiências concretas das comunidades. O método de seleção dos membros reforça este desequilíbrio: a maioria é nomeada através de canais formais, políticos ou institucionais.

Embora este processo garanta relevância política e continuidade, pode limitar o pluralismo e a independência esperados de um órgão participativo. Deveria, por isso, ser considerada a criação de lugares adicionais preenchidos por nomeações comunitárias ou municipais, permitindo uma representação mais ampla — geográfica e social — e dando voz a grupos atualmente sub-representados, como organizações de base comunitária, redes de saúde de migrantes e ONG locais.

Um segundo desafio diz respeito à proximidade do Conselho às comunidades. As suas deliberações e consultas são predominantemente de âmbito nacional e concentram-se muitas vezes em Lisboa.

Não existe, neste momento, um mecanismo estruturado de diálogo contínuo com conselhos locais de saúde, organizações comunitárias ou departamentos municipais de saúde. Sem tais mecanismos, a compreensão das necessidades populacionais depende sobretudo dos membros da sociedade civil e de informação secundária, em vez de contacto direto.

O que o CNS necessita é de um processo de consulta estruturado, sistemático e transparente, que lhe permita recolher continuamente perspetivas comunitárias. Isto poderá incluir audições regionais regulares, oficinas participativas e parcerias com municípios ou observatórios académicos. Tal abordagem reforçaria não só a representatividade dos seus pareceres, mas também a confiança pública de que o Conselho reflete efetivamente a diversidade da população portuguesa. Naturalmente, esta evolução teria implicações significativas em termos de recursos.

Recomendações para Reforçar a Função de Ponte

Com base na revisão da OMS e nas reflexões subsequentes entre as partes nacionais durante o diálogo político de um dia realizado em junho de 2025, podem ser delineadas várias ações estratégicas para reforçar a eficácia e a legitimidade do Conselho:

1. Rever a composição e os mecanismos de seleção

- Aumentar a proporção de lugares reservados à sociedade civil e a representantes de utentes;
- Introduzir lugares nomeados por comunidades ou municípios, de modo a captar realidades locais e promover uma representação geográfica equilibrada;
- Estabelecer critérios transparentes e disponibilizar informação pública sobre os processos de seleção, reforçando a confiança.

2. Institucionalizar uma consulta comunitária estruturada

- Desenvolver um *modus operandi* para o envolvimento sistemático a nível local e

regional, com prazos definidos e mecanismos de devolução;

- Criar parcerias com administrações regionais de saúde, conselhos municipais de saúde e redes da sociedade civil para recolher contributos e disseminar informação;
- Publicar relatórios e sínteses das consultas, assegurando transparência e responsabilização.

3. Monitorizar a qualidade e o impacto da participação

- Introduzir indicadores para acompanhar a diversidade, a inclusão e a capacidade de resposta dos decisores às recomendações do Conselho;
- Promover autoavaliações periódicas e recolher *feedback* das partes interessadas, permitindo melhoria contínua e demonstrando responsabilidade perante o público e o Governo.

Conclusão

A criação do Conselho Nacional de Saúde constituiu uma inovação significativa na busca de Portugal por uma governação da saúde mais participativa e transparente. Nos seus primeiros anos, o Conselho consolidou a sua presença institucional, desenvolveu rigor procedimental e produziu contributos substantivos para o debate das políticas públicas.

A revisão da OMS confirmou estes progressos, mas também destacou que a representatividade e a ligação às comunidades continuam a ser desafios críticos. À medida que Portugal avança rumo a uma governação mais participativa, será essencial garantir que o CNS não fale apenas sobre os cidadãos, mas com os cidadãos.

Reforçar a função de ponte do Conselho — através de uma representação mais ampla, de consultas comunitárias sistemáticas e de uma operação transparente — aprofundará a sua legitimidade e reforçará o seu valor para os decisores políticos. Deste modo, o CNS poderá concretizar plenamente a sua missão: servir como um canal autêntico e credível entre as necessidades de saúde da população e as decisões que moldam o sistema de saúde português.

Gabriele Pastorino

Conselheiro de Sistemas de Saúde, Programa de Participação Social, OMS, Genebra

Contribuição para o Relatório Anual do Conselho Nacional de Saúde

(baseada na apresentação durante o Policy Dialogue⁴)

Contexto

A participação social emergiu como um princípio fundamental para a construção de sistemas de saúde inclusivos, resilientes e responsáveis.

Reconhecendo a sua importância, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) adotou, em maio de 2024, a Resolução WHA77.2, apelando aos Estados-membros para que institucionalizem mecanismos que permitam uma participação significativa das pessoas e das comunidades na tomada de decisões em saúde.

Esta resolução foi copatrocinada por 27 países e liderada por um núcleo empenhado de seis: Brasil, França, Noruega, Eslovénia, Tailândia e Tunísia.

A resolução constitui um marco importante na governação global da saúde, reafirmando que os sistemas de saúde não devem apenas servir as pessoas, mas também ser moldados por elas.

Apela aos governos para que criem espaços de diálogo seguros, inclusivos e sustentados, especialmente com populações marginalizadas e vulneráveis. Solicita ainda à OMS que apoie os Estados-membros na implementação prática desses mecanismos e que promova as boas práticas a nível mundial.

O Envolvimento de Portugal

Portugal tem sido um contribuinte ativo para este movimento global. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) funciona como um mecanismo formal de envolvimento da sociedade civil nas políticas de saúde.

Em parceria com a Sede da OMS e o Escritório Regional da OMS para a Europa (OMS-Europa), Portugal participou num estudo de caso conjunto destinado a avaliar a eficácia do CNS e identificar oportunidades para reforçar o seu papel.

3 World Health Organization (2021). *Voice, agency, empowerment – Handbook on social participation for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027794>

World Health Organization (2023). *Social participation for universal health coverage: Technical paper*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240085923>

European Observatory on Health Systems and Policies (2024). Eurohealth: The value proposition for social participation. *Eurohealth*, 30(1), World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/376876>

Global Health Council (2024). Empowering people, communities, and civil society through social participation. *Eurohealth*, Special Issue. Disponível em: <https://globalhealth.org/media/empowering-people-communities-and-civil-society-through-social-participation>

As conclusões deste estudo foram incluídas no Manual da OMS sobre Participação Social para a Cobertura Universal de Saúde (UHC) e serviram de base ao diálogo político realizado em Lisboa, a 27 de junho de 2025.

Este diálogo teve como objetivos:

- Validar as conclusões atualizadas do estudo de caso;
- Refletir sobre a composição do CNS e a representação da sociedade civil;
- Avançar na agenda nacional de governação participativa em saúde.

Definição de Participação Social

A participação social não é uma consulta pontual — é um processo estruturado, inclusivo e sustentado. Implica diálogo bidirecional ao longo de todo o ciclo das políticas públicas, do planeamento à implementação e avaliação. Exige esforços deliberados para mitigar desequilíbrios de poder, envolver vozes marginalizadas e garantir que as experiências vividas informam as decisões políticas. Deve estar enraizada em todos os níveis do sistema de saúde e ser apoiada por recursos dedicados.

Boas Práticas e Inspirações Globais

Vários países das diferentes regiões da OMS desenvolveram mecanismos robustos e institucionalizados de participação social, oferecendo lições valiosas a Portugal e outros países que pretendam reforçar uma governação inclusiva da saúde.

1. Tailândia — Assembleia Nacional de Saúde

Região: Sudeste Asiático (OMS)

A Assembleia Nacional de Saúde da Tailândia é um modelo pioneiro de governação participativa em saúde. Constitui uma plataforma legalmente mandatada onde responsáveis governamentais, organizações da sociedade civil e cidadãos se reúnem para coelaborar recomendações de política de saúde. Funciona através de um processo anual estruturado, que inclui consultas regionais, grupos de trabalho temáticos e uma assembleia nacional. As suas resoluções, embora não vinculativas, têm grande peso político e influenciaram decisões nacionais sobre cobertura universal de saúde, saúde ambiental e segurança alimentar. A Assembleia Nacional de Saúde exemplifica como o diálogo institucionalizado pode promover consenso, legitimidade e inovação política.

2. Tunísia — Diálogo Social pela Saúde

Região: Mediterrâneo Oriental (OMS)

O Diálogo Social pela Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde tunisino em resposta às exigências pós-revolução de maior transparência e participação cidadã. Trata-se de um processo participativo que reúne diversos intervenientes — profissionais de saúde, sociedade civil e representantes comunitários — para moldar as reformas de saúde. Este diálogo ajudou a reconstruir a confiança nas instituições públicas e foi instrumental na elaboração da estratégia

nacional de saúde da Tunísia. É estruturado em torno de consultas temáticas e fóruns regionais, garantindo que as vozes de todo o país sejam ouvidas. A experiência tunisina evidencia o papel da participação na restauração da legitimidade e na promoção de reformas inclusivas.

3. Brasil – Conselhos de Saúde

Região: Américas (OMS)

Os Conselhos de Saúde do Brasil são um dos mecanismos de participação social mais institucionalizados do mundo. Criados por lei, existem a nível municipal, estadual e nacional, integrando representantes do governo, profissionais de saúde e sociedade civil. Têm como funções monitorizar os gastos públicos em saúde, avaliar a prestação de serviços e definir prioridades para o Sistema Único de Saúde (SUS). Reúnem-se regularmente e possuem autoridade deliberativa sobre alocação orçamental e diretrizes políticas. O modelo brasileiro demonstra como a participação pode ser incorporada nas funções centrais da governação em saúde, garantindo responsabilização e capacidade de resposta.

4. Peru – Mesa Nacional de Concertação para a Luta contra a Pobreza

Região: Américas (OMS)

A Mesa Nacional de Concertação é uma plataforma multissetorial que integra sociedade civil, grupos indígenas e entidades governamentais no planeamento e monitorização das políticas de saúde e sociais. Foi criada para enfrentar desigualdades estruturais e assegurar que as populações desfavorecidas tenham voz nas decisões políticas. Funciona através de comissões temáticas e assembleias regionais, centrando-se em temas como saúde materna, nutrição e acesso a serviços em áreas remotas. Tem sido particularmente eficaz em alinhar as estratégias nacionais com as necessidades comunitárias e em promover a equidade nos resultados em saúde.

Reflexões do Diálogo de Portugal

O diálogo político de Lisboa sublinhou a importância de aprender com estas experiências internacionais.

As principais reflexões destacaram:

- **Parceria:** As organizações da sociedade civil (OSC) não são apenas partes interessadas, são cocriadoras das políticas de saúde. O seu envolvimento deve ser sistemático e valorizado;
- **Mudança sistémica:** A participação deve estar integrada nos enquadramentos legais, estruturas institucionais e processos operacionais;
- **Oportunidade:** As restrições orçamentais e a escassez de recursos humanos constituem uma oportunidade para reformar o sistema. A governação inclusiva pode ajudar a navegar estes desafios;
- **Compromisso:** A resolução da AMS fornece um mandato político para que governos e OSC impulsionem reformas participativas.

Caminhos Futuros

O Conselho Nacional de Saúde de Portugal estabeleceu uma base sólida de participação social. Para reforçar o seu impacto, recomendam-se os seguintes passos:

- Aumentar a transparência e a inclusão nos processos de seleção dos representantes da sociedade civil;
- Assegurar apoio financeiro e institucional que permita uma participação eficaz das OSC;
- Estabelecer mecanismos formais para a integração das recomendações do CNS nas políticas públicas;
- Promover a sensibilização pública sobre o papel e as contribuições do CNS.

A OMS mantém o seu compromisso em apoiar Portugal e outros Estados-membros na operacionalização da participação social. Ao investir numa governação inclusiva, os países poderão construir sistemas de saúde não apenas tecnicamente sólidos, mas também socialmente legítimos e responsivos às necessidades das suas populações.

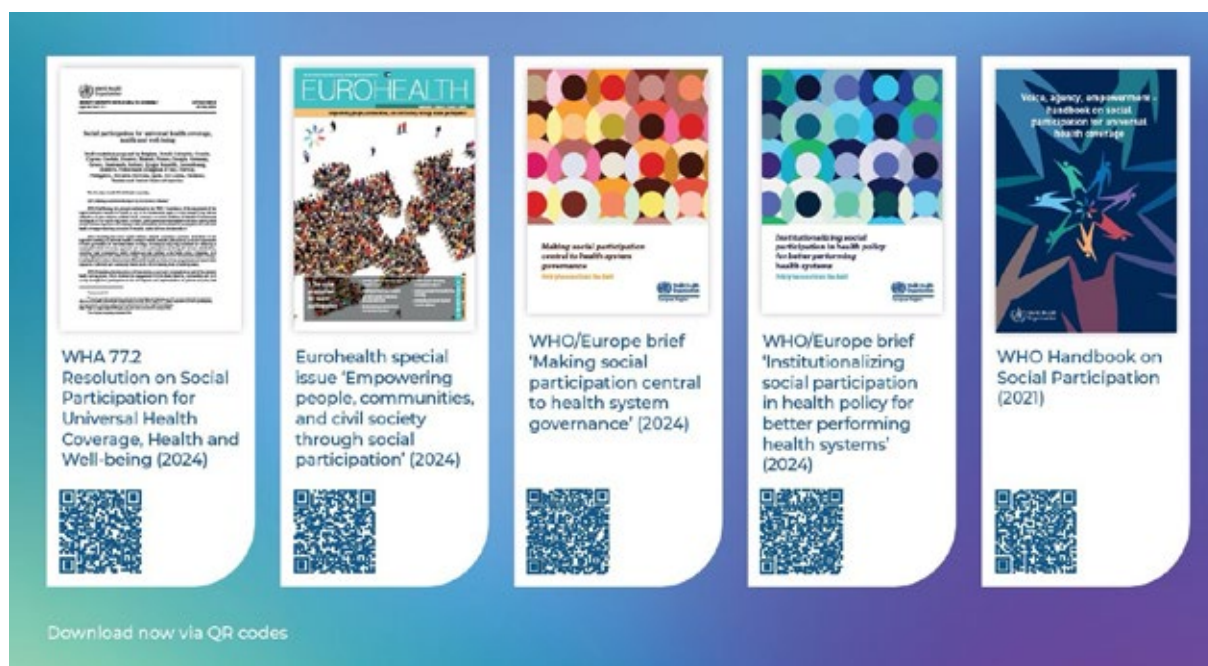


Figura – Publicações recentes da Organização Mundial de Saúde (2021-2024) sobre participação social em saúde.

 **Isa Alves**

Consultora da Organização Mundial de Saúde na área da participação social

Da reflexão à ação: Percurso do CNS até ao *Workshop* “Participação Social em Saúde, em Portugal”

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), previsto há décadas na Lei de Bases da Saúde, foi apenas formalizado em 2016, tendo iniciado o seu primeiro mandato em abril de 2017. Sendo uma entidade recente no panorama institucional português, desde cedo assumiu como prioridade compreender o papel dos conselhos nacionais de saúde noutros países, com o objetivo de desenvolver uma atuação informada, eficaz e enraizada nas melhores práticas internacionais.

Foi neste contexto que, em 2018, o CNS iniciou a organização do Seminário “*Participação em Saúde – A Experiência dos Conselhos Nacionais de Saúde*”, que se realizou em fevereiro de 2019. Este evento tinha um duplo propósito:

1. Aprender com outras experiências internacionais de participação social em saúde, nomeadamente através de conselhos nacionais de saúde com mais experiência e maturidade institucional, identificando boas práticas que pudessem ser adaptadas ao contexto português;
2. Estabelecer ligações e redes de colaboração internacional, com vista a acelerar o processo de aprendizagem, fomentar o intercâmbio de ideias e reforçar o papel do CNS português num espaço mais alargado de governação participativa em saúde.

O Seminário contou com intervenções de representantes de entidades como a *Healthwatch England* (Reino Unido), o *Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei Servizi dal Lato del Cittadino* (Itália) e o Conselho Nacional de Saúde (Brasil), permitindo ao CNS contactar diretamente com abordagens diversas de participação social. Importa referir que este evento teve também a participação de Gabriele Pastorino, da Organização Mundial de Saúde (OMS-Europa), o que viria a ser determinante para os desenvolvimentos subseqüentes, pois terá contribuído para colocar o CNS no radar da OMS.

Poucos meses depois, em junho de 2019, Gabriele Pastorino e Dheepa Rajan, da OMS, contactaram o CNS propondo que integrasse o projeto *Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage*. Esta iniciativa visava apoiar os Estados-membros no desenvolvimento de políticas de saúde mais inclusivas e participadas, no contexto da Cobertura Universal de Saúde (UHC). A nível europeu, apenas dois mecanismos de participação foram incluídos como estudos de caso neste manual: os *États Généraux de la Bioéthique* (França) e o *Conselho Nacional de Saúde* (Portugal).

O estudo de caso português foi conduzido por Isa Alves, em articulação com a equipa da OMS liderada por Dheepa Rajan. Procurou analisar o papel do CNS na promoção da participação das organizações da sociedade civil (isto é, as associações de doentes e utentes que têm assento

no CNS) no planeamento e decisão em saúde, com base nos primeiros três anos de funcionamento do Conselho. Para o efeito, foram realizadas 18 entrevistas a atores-chave do setor, envolvendo representantes institucionais, académicos e membros da sociedade civil.

Os resultados do estudo foram integrados no manual da OMS — publicado em livro, sob o título *Voice, Agency, Empowerment – Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage*, disponível em várias línguas, incluindo português (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240027794>) — e apresentados em *webinars* internacionais e em publicações científicas, incluindo um artigo na revista *Eurohealth* (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351077/Eurohealth-28-1-9-13-eng.pdf>).

Para além de contribuírem para a reflexão internacional, os resultados do estudo de caso do CNS permitiram um olhar crítico sobre o estado da participação pública em saúde em Portugal, identificando obstáculos estruturais e culturais, mas também oportunidades de evolução.

Destacam-se, entre as principais conclusões:

- Persistência de uma cultura de participação frágil e pouco formalizada, marcada por hierarquias institucionais e descontinuidade das experiências de envolvimento dos cidadãos;
- CNS como mecanismo promissor de institucionalização da participação pública, com potencial para inspirar e alavancar iniciativas participativas noutros níveis do sistema;
- Sub-representação das organizações da sociedade civil (OSC) no CNS e sua vulnerabilidade estrutural, dificultando uma representação robusta e independente dos utentes e cidadãos;
- Limitações à independência e transparência do CNS, ainda que mitigadas por metodologias de trabalho baseadas em evidência e mecanismos como as consultas públicas e a publicitação de atas;
- Fraca cultura de planeamento em saúde, que compromete a implementação de recomendações técnicas e desmobiliza os atores envolvidos na participação;
- Necessidade de operacionalizar mecanismos de participação local já previstos na legislação, como os conselhos a nível da comunidade ou os conselhos hospitalares;
- Importância de investir na literacia e capacitação das OSC e dos cidadãos, reforçando o seu papel na cogestão da saúde;
- Necessidade de criar estruturas flexíveis, interligadas e colaborativas, com canais de participação acessíveis a OSC não formalmente representadas;
- Necessidade de promover abordagens intersetoriais e de parcerias com outros setores, como a educação ou a ação social;
- Necessidade de assegurar meios financeiros estáveis e transparentes para o funcionamento das OSC e do próprio CNS;
- Urgência em desenvolver mecanismos de monitorização e de *feedback*, garantindo que as contribuições dos cidadãos influenciam efetivamente as políticas públicas;
- Importância de consolidar a relevância social do CNS, através de parcerias estratégicas

que reforcem o seu papel enquanto voz representativa da sociedade civil.

Estas conclusões foram determinantes para desenvolver a proposta do *workshop* em Lisboa, em junho de 2025, cuja ideia começou a ser amadurecida ainda em 2020, em conversas entre o CNS e a OMS sobre como capitalizar os resultados do estudo de caso para fomentar, de forma concreta e sustentada, uma participação social mais efetiva em saúde em Portugal.

Ligação ao *Workshop* “Participação Social em Saúde, em Portugal”, em 2025

O *workshop* de 27 de junho de 2025 concretiza, assim, um passo importante neste caminho, sendo desenhado para:

- Refletir sobre os antecedentes, desafios e oportunidades da participação em saúde nos planos nacional, regional e local;
- Integrar a dimensão pessoal e comunitária da participação, através de dinâmicas de literacia, capacitação e empoderamento;
- Explorar estratégias práticas e linhas de ação para desenvolver redes e estruturas de participação flexíveis, interligadas e orientadas para a aprendizagem mútua;
- Promover a colaboração entre centros académicos e equipas de investigação que produzem conhecimento relevante para a ação participativa;
- Estimular abordagens intersetoriais e de base comunitária, dando especial ênfase à saúde local;
- Apoiar a formulação de estratégias participativas concretas, com impacto direto na integração e coordenação de serviços de proximidade.

A realização deste *workshop* é, por isso, um marco relevante na trajetória de reforço da participação social em saúde em Portugal. Representa a continuidade de um trabalho coletivo e a renovação do compromisso com um sistema de saúde mais democrático, inclusivo e centrado nas pessoas.

3. *Workshop*: grupos de trabalho



Programa

Local: ENSP NOVA (Lisboa – Avenida Padre Cruz)

10:00 h – “Welcome coffee”

10:30 h – Abertura

- Sónia Dias – Diretora da ENSP NOVA
- Dheepa Rajan – *European Observatory on Health Systems and Policies* (WHO Europe)
- Victor Ramos – Presidente do CNS

11:00 h – Introdução

- Gabriele Pastorino – *Health Systems Adviser, Social participation programme, WHO, Geneva*

11:30 h – Da reflexão à ação: *Percurso do CNS, de 2018 até ao workshop de 2025 – “Participação Social em Saúde, em Portugal*

- Gonçalo Figueiredo Augusto e Isa Alves – Apoio ao CNS

11:45 h – Grupos de trabalho – apresentação e método

- I – Situação, tendências e oportunidades a nível internacional
- II – Literacia e capacitação pessoal como facilitadores da participação social
- III – Redes de participação social em saúde – estratégias, formas e métodos
- IV – Contribuição das instituições académicas e centros de investigação
- V – Saúde local – formas de participação em saúde e ação social, nas comunidades

12:00 h – Início do trabalho em grupos – ronda 1

13:00 h – Pausa para almoço – *buffet* volante

14:15 h – Continuação do trabalho em grupos – ronda 2

16:00 h – Resumo dos trabalhos

- Relatores dos grupos de trabalho: Gonçalo Figueiredo Augusto; Leonor Quelhas Pinto; Diogo Valadas Ponte; José Carlos Gomes; António Melo Gouveia

17:00 h – Encerramento

Método

1. Cada grupo teve um moderador e um relator;
2. Pediu-se, a cada participante, reflexão e respostas prévias às perguntas formuladas ao seu grupo. Este exercício visou a organização prévia dos contributos. Foi pedido que cada participante estruturasse (forma e conteúdo) a sua intervenção numa primeira ronda do trabalho de grupo (TG). Não foi pedido o envio antecipado destas respostas. Quando tal ocorreu, as respostas foram devidamente apreciadas;
3. No dia 27 de junho, na primeira ronda do TG, cada participante teve até 3 minutos (máximo) para apresentar ao grupo as suas respostas;
4. Durante a **primeira ronda**, cada participante pôde comparar as suas respostas com as respostas dos restantes participantes e procedeu às alterações ou aperfeiçoamentos que considerou adequados e pertinentes;
5. Houve um período para debate, com intervenções livres breves (1 a 2 minutos [máximo]), por pedidos ao moderador, que coordenou as intervenções;
6. Na **segunda ronda** do TG, cada participante teve até 3 minutos para comentar os aspetos referidos por outros participantes, diferentes dos seus, que lhe mereceram especial atenção:
 - a) por os considerar inovadores;
 - b) porque, embora não os considere inovadores, entendeu serem especialmente importantes relativamente à pergunta em causa; c) por discordar;
3. Cada participante teve a possibilidade de fazer outro tipo de comentários que considerasse pertinente, dentro do limite máximo de 3 minutos;
4. Houve um período para debate, com intervenções livres breves (1 a 2 minutos [máximo]), por pedidos ao moderador, que coordenou as intervenções;
5. Solicitou-se a cada participante que, até ao máximo de 10 dias úteis após o **workshop**, completasse as suas respostas, tendo em conta a sua perspetiva pessoal e/ou profissional específica, bem como os debates ocorridos no seu grupo, e as remetesse por e-mail ao relator do grupo;
6. O relator recolheu todos os contributos e elaborou uma síntese que circulou por correio eletrónico entre todos os participantes, sendo-lhes solicitada validação.

Nota: Foi sugerido que, após cada debate, os relatores fizessem uma síntese visual das principais ideias, através de um mapa ou quadro-resumo, facilitando a visualização dos principais pontos de convergência ou divergência.

I — Situação, tendências e oportunidades a nível internacional

Participação social em saúde noutros países — níveis nacional e local; oportunidades de colaboração e de aprendizagens internacionais

Participantes

(Notas biográficas no final)

- 👤 Dheepa Rajan — Moderadora
- 👤 Gonçalo Figueiredo Augusto — Relator
- 👤 Eduardo Cachetas
- 👤 Filipa Alves da Costa
- 👤 Gabriele Pastorino
- 👤 Maria do Céu Machado
- 👤 Paulo Simões Peres
- 👤 Teresa Moinhos

Perguntas-guia

1. Rede colaborativa de âmbito internacional

Como desenvolver e disseminar abordagens e práticas de participação social em saúde a nível internacional, através de uma rede colaborativa focada em aprendizagens partilhadas?

2. Desenvolvimentos ocorridos

Quais os principais desenvolvimentos registados nas últimas décadas?

3. Perspetivas futuras

Quais são as perspetivas e estratégias de desenvolvimento para o futuro e como pode Portugal envolver-se, aprender e contribuir para este processo: ações e projetos concretos?

Relato | Resumo dos trabalhos

1. Como desenvolver e disseminar abordagens e práticas de participação social em saúde a nível internacional, através de uma rede colaborativa focada em aprendizagens partilhadas?

Rede Colaborativa de Âmbito Internacional

O desenvolvimento de uma rede internacional de participação social em saúde deve assentar em aprendizagens partilhadas e numa lógica de cooperação entre países. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo a manifestar interesse em criar uma Rede Global de Participação Social, que poderia integrar representantes de diferentes setores: conselhos nacionais e locais de saúde, conselhos de juventude, organizações da sociedade civil (OSC) e académicos. Esta rede teria como função trocar experiências, disseminar boas práticas e apoiar países no fortalecimento de mecanismos democráticos de envolvimento da população nas políticas de saúde. As redes sociais e plataformas digitais poderiam desempenhar um papel essencial na comunicação e proximidade com as comunidades, aumentando a visibilidade das iniciativas e facilitando o diálogo transnacional.

2. Quais os principais desenvolvimentos registados nas últimas décadas?

Desenvolvimentos Ocorridos

Nas últimas décadas, assistiu-se a uma crescente valorização da participação cidadã nos sistemas de saúde. Em vários países foram institucionalizados conselhos nacionais e locais de saúde (por exemplo, o Conselho Nacional de Saúde do Brasil e os Conselhos Municipais de Saúde da Eslovénia), com competências formais de consulta e deliberação. Paralelamente, registou-se o fortalecimento das OSC como atores na defesa de direitos em saúde, sobretudo no campo do VIH, das doenças crónicas e da saúde mental. Houve também avanços no uso de ferramentas digitais para recolher contributos da população, aumentando a transparência e a **accountability** das políticas públicas. Estes desenvolvimentos mostram que a participação não é apenas uma exigência democrática, mas também uma forma de melhorar a qualidade e a legitimidade das decisões em saúde.

3. Quais são as perspectivas e estratégias de desenvolvimento para o futuro e como pode Portugal envolver-se, aprender e contribuir para este processo: ações e projetos concretos?

Perspetivas Futuras

No futuro, a consolidação de uma rede internacional deverá passar por estratégias de cooperação multilateral, combinando espaços presenciais e digitais de diálogo. Portugal pode assumir um papel ativo, partilhando as suas experiências de conselhos locais e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), enquanto aprende com outros modelos. Algumas ações concretas incluem:

- Participação ativa na rede global da OMS, com representação do CNS, de universidades, OSC e juventude;
- Projetos de intercâmbio com países que têm modelos fortes de participação social (por exemplo, Brasil e Eslovénia);
- Criação de uma equipa técnica permanente no CNS português que assegure capacidade de análise, comunicação e cooperação internacional;
- Utilização sistemática das redes sociais para aproximar o CNS dos cidadãos e recolher contributos.

Deste modo, Portugal não só reforça a democracia em saúde a nível nacional, como também contribui para a construção de uma governação global mais inclusiva, participada e transparente.

II — Literacia e capacitação pessoal em saúde como facilitadores da participação social

Estratégias, projetos e experiências locais

Participantes

(Notas biográficas no final)

👤 Ana Rita Pedro — Moderadora

👤 Joaquim Brites

👤 Leonor Quelhas Pinto — Relatora

👤 Liliana Gonçalves

👤 Alexandra Antunes

👤 Luísa Dias

👤 António M. F. Lopes

👤 Maria João Mendes

👤 Cidália Almeida da Silva

👤 Mariana Chaves Fernandes

👤 Cristina Vaz de Almeida

👤 Ricardo Fernandes

👤 Gisela Leiras

👤 Rita Espanha

Perguntas-guia

1. Modos de ver e de analisar

Como enquadrar e desenvolver projetos, intervenções e iniciativas de âmbito local, regional e nacional, para melhorar a literacia, a capacitação, o empoderamento e o envolvimento das pessoas na cogestão dos seus percursos de saúde? Que requisitos e instrumentos essenciais podem e devem ser desenvolvidos?

2. Exemplos de boas práticas

Exemplos contextualizados de boas práticas a analisar e a divulgar?

3. Da participação pessoal à participação social

Como estabelecer e desenvolver enlaces entre a participação pessoal e a participação social em saúde?

Relato | Resumo dos trabalhos

1. Como enquadrar e desenvolver projetos, intervenções e iniciativas de âmbito local, regional e nacional, para melhorar a literacia, a capacitação, o empoderamento e o envolvimento das pessoas na cogestão dos seus percursos de saúde? Que requisitos e instrumentos essenciais podem e devem ser desenvolvidos?

Modos de Ver e de Analisar

A crescente complexidade do sistema de saúde exige novas abordagens que promovam a literacia em saúde, o empoderamento e a participação ativa das pessoas na gestão dos seus próprios percursos de saúde. Esta cogestão requer uma abordagem integrada e centrada nas necessidades reais da população.

A melhoria da literacia em saúde não se reduz à mera transmissão de informação, mas exige ecossistemas promotores de saúde, intersetoriais e sustentáveis, baseados nos princípios de equidade, proximidade e participação cidadã.

Alterações Conceptuais Fundamentais

- Literacia em saúde (e não apenas “literacia”): Foco nos diferentes níveis – individual, organizacional e sistémico;
- Entende-se, neste enquadramento, saúde como um conceito amplo e integrador, que contempla de forma indissociável as dimensões física, mental e social.

Modelos Subjacentes à Intervenção

- **Modelo de autoeficácia**, que assenta no reforço da confiança e da perceção de controlo da pessoa sobre as suas ações;
- **Modelo ecológico e social**, que reconhece a interdependência entre o indivíduo e os contextos que o rodeiam;
- **Modelo biopsicossocial**, que integra fatores biológicos, psicológicos e sociais no entendimento da saúde;
- **Modelos de competências comunicacionais**, como o **ACP – Assertividade, Clareza e Positividade**, que reforçam o modelo **COM-B** (Competências, Oportunidades e Motivação para o Comportamento).

Todos estes modelos fundamentam a intervenção da literacia em saúde para promover projetos baseados na premissa de que cidadãos com maiores competências para aceder, compreender e usar recursos de saúde estão mais capacitados, mais bem informados e são agentes ativos da sua saúde.

Requisitos para o Desenvolvimento de Projetos

a) Diagnóstico participativo e planeamento integrado

- Desenvolver diagnósticos territoriais participados, envolvendo cidadãos, escolas, farmácias, universidades seniores, associações de pessoas com doença, municípios, profissionais de saúde, setor social e da cultura;
- Mapear recursos preexistentes, identificando lacunas, boas práticas e potenciais sinergias;
- Garantir o alinhamento entre os Planos Locais de Saúde (PLS), os Planos Municipais de Saúde, o Plano Nacional de Saúde 2030 e o Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (PNLSCC) 2023–2030.

b) Envolvimento das pessoas e comunidades

- Aplicar o princípio *“Nada sobre nós sem nós”*, assegurando o envolvimento das pessoas em todas as fases do desenvolvimento dos projetos (planeamento, implementação, monitorização e avaliação);
- Promover modelos de saúde centrados nas pessoas, sensíveis à diversidade cultural e às trajetórias de vida;
- Estimular processos de cocriação de projetos, evitando ações avulsas ou pontuais;
- Criar espaços formais e informais de escuta ativa e consulta comunitária (por exemplo, Conselhos Municipais de Saúde, Assembleias Municipais, Fóruns Intergeracionais);
- Implementar laboratórios vivos de inovação comunitária em saúde, com metodologias participativas;
- Dotar os Conselhos Municipais de Saúde e os Fóruns Intergeracionais de um mandato claro e de recursos próprios, que permitam, entre outras medidas, a definição partilhada de uma agenda anual de temas com a comunidade, bem como a inclusão de “porta-vozes cidadãos” com experiência vivida na área da saúde.

c) Estruturas de proximidade e lideranças locais

- Valorizar o papel das juntas de freguesia como agentes de proximidade e elos entre a população e os decisores políticos;
- Envolver líderes comunitários, agentes informais e influenciadores locais;
- Potenciar a capacidade instalada da rede de farmácias comunitárias, dada a sua capilaridade e acessibilidade, assim como a proximidade e confiança junto da população.

Eixos de Atuação

a) Capacitação e literacia organizacional

- Promover a literacia em saúde de profissionais de saúde, fomentando competências em comunicação;

- Incluir conteúdos de Literacia em Saúde e Comunicação em Saúde nos currículos académicos da área da Saúde e das Ciências Sociais;
- Promover formação contínua em saúde digital, combate à desinformação e gestão de informação em saúde;
- Melhorar a literacia organizacional das instituições de saúde, tornando a informação e os serviços mais acessíveis, inclusivos e adaptados às reais necessidades.

b) Comunicação e navegação no sistema de saúde

- Criar canais de comunicação claros, consistentes e multiformato, ajustados às realidades locais e ao nível de literacia dos utilizadores;
- Facilitar o processo de navegação no sistema de saúde: onde ir, quando recorrer, como interpretar sinais e documentos, entre outros;
- Fomentar a articulação em rede entre serviços, evitando a fragmentação e promovendo a continuidade de cuidados.

c) Sustentabilidade, monitorização e avaliação

- Evitar projetos isolados, de curta duração ou excessivamente dependentes de financiamento externo;
- Criar modelos escaláveis, replicáveis e territorialmente adaptáveis, baseados em evidência e boas práticas identificadas;
- Estabelecer indicadores de impacto social, satisfação das pessoas e mudança comportamental, acompanhando os efeitos a médio e longo prazo;
- Desenvolver plataformas de boas práticas de participação social em saúde, fomentando a aprendizagem entre pares;
- Promover grupos consultivos e fóruns nacionais, com representatividade da sociedade civil, para orientar políticas públicas.

Grupos Específicos a Priorizar

Pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconómica, com menores níveis de literacia em saúde e maior exposição ao risco, como idosos, migrantes, pessoas com deficiência, população LGBTQIA+, entre outros;

Jovens e crianças: integrar a literacia em saúde e a promoção de estilos de vida saudável no currículo escolar, desenvolvendo desde cedo competências na área da saúde;

Profissionais de saúde e cuidadores formais/informais: fomentar a comunicação colaborativa nas equipas multidisciplinares.

Estruturas, Instrumentos e Mecanismos que Facilitam a Participação

a) Estruturas de proximidade

- Valorizar o papel das juntas de freguesia, pela sua ligação direta às populações;
- Envolver autarquias, escolas, universidades seniores, paróquias, associações culturais e recreativas, e movimentos cívicos locais;
- Envolver representantes de grupos vulneráveis em fóruns consultivos;
- Incluir instrumentos de avaliação de impacto em equidade para garantir que todas as intervenções sejam justas;
- Mobilizar a rede de farmácias comunitárias⁴, com grande capilaridade e contacto direto com a população.

b) Líderes locais e influenciadores

- Envolver líderes informais (por exemplo, dirigentes associativos e figuras de referência local);
- Aproveitar profissionais de saúde ativos em redes sociais, que podem atuar como agentes de literacia e combate à desinformação.

c) Plataformas e canais de comunicação

- Desenvolver plataformas multiformato (digitais, físicas, presenciais e móveis) que permitam:
 - Acesso a informação clara, verificada e adaptada;
 - Apoio à navegação no sistema de saúde (explicação de percursos, direitos, pontos de entrada e referenciação);
 - Oportunidades reais de participação ativa, permitindo que as pessoas contribuam para decisões e temas que afetam diretamente a sua saúde e bem-estar.
- Reforçar plataformas existentes que, com um investimento em clareza comunicacional, possam tornar-se verdadeiramente eficazes na promoção de mudanças de comportamento. Para isso, deve adotar-se uma linguagem positiva, construtiva e mobilizadora, assente no Modelo ACP (assertividade, clareza e positividade).

d) Redes colaborativas e intersetoriais

- Promover redes que envolvam saúde, educação, cultura, juventude, ação social, ambiente, entre outros;
- Apoiar modelos territoriais de governação partilhada, como conselhos locais intersetoriais, observatórios cidadãos, ou projetos-piloto de cocriação em saúde.

4 Farmácias comunitárias dotadas dos diferentes profissionais de saúde com competência para as intervenções e iniciativas que vierem a ser consideradas, conforme Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, artigo 3.º, n.º 1, já em vigor e exigido pelo ordenamento jurídico quanto às profissões reguladas em saúde.

2. Exemplos contextualizados de boas práticas a analisar e a divulgar?

Exemplos de Boas Práticas

1. Boas práticas existentes:

- Projetos integrados nos Planos Locais de Saúde que promovem a literacia em saúde com envolvimento comunitário;
- Programas de capacitação de cuidadores informais, universidades seniores, grupos de autoajuda ou comunidades terapêuticas com envolvimento ativo dos participantes;
- Prescrição Social nos Cuidados de Saúde Primários.

2. Boas práticas promissoras:

- Projetos-piloto de navegadores de saúde comunitários, com abordagem de educação entre pares (*peer education*);
- Projetos locais de combate à desinformação com influenciadores digitais credíveis;
- Iniciativas de saúde escolar ou municipal com educação para a saúde transversal em contextos escolares e comunitários;
- Modelos de comunicação acessível e inclusiva (e.g. leitura fácil, multilingue, culturalmente sensível).

3. Infraestruturas de aprendizagem e partilha:

- Plataformas de boas práticas, onde diferentes territórios possam aceder a experiências validadas, com guias operacionais e modelos replicáveis.

Exemplos de Boas Práticas a Analisar e Divulgar

1. Cuidadores:

- InfoCuidador (Algarve): website e apoio por videochamada com enfermeiros;
- Cantinho do Cuidador (Évora): promoção de saúde mental e autocuidado;
- Manual para Cuidadores;

2. Crianças e Jovens:

- Projeto de Saúde Oral e Alimentação (contexto escolar);
- Iniciativas com associações de estudantes e académicas (promoção precoce de saúde);
- "*Projeto do Passo ao Abraço*": programa de literacia em saúde que envolve a prescrição de atividade física a pessoas idosas com cancro;

- Vila Saúda (Museu da Farmácia): temas escolhidos pelas escolas, aplicados pelas farmácias⁵.

3. Municípios e Comunidade:

- Estratégia Municipal de Saúde do Porto (envolve juntas de freguesias);
- Miniassembleias de Saúde (Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde): jovens, migrantes, pessoas com deficiência, pessoas idosas;
- Protocolos da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde com universidades seniores (adesão terapêutica interativa – PROGRAMA ATIVAR);
- PROGRAMA RITMO: intervenções comunitárias junto de escolas, dirigidas a jovens e com foco na área da alimentação saudável, atividade física e saúde mental;
- MOVÓNICA: programa de promoção de atividade física para pessoas com doença crónica nos municípios (outro exemplo: “Diabetes em Movimento”);
- Geração Saudável Sénior (Ordem dos Farmacêuticos)⁶.

4. Gamificação e Tecnologia:

- **Health Improvement Card**: metas de saúde assumidas pelo cidadão;
- **PatientsLikeMe**: rede social para partilha entre pares com a mesma condição;
- Guia para influenciadores digitais (Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde);
- Concurso de vídeos para escolas, através de criação de breves vídeos sobre temas de saúde (HIV/Sida, sexualidade saudável, coração saudável, suporte básico de vida), explorando a gamificação e o concurso que estimulam os jovens a participar.

5. Outros exemplos relevantes:

- Plano Individual de Cuidados (PIC): plataforma colaborativa e dinâmica;
- Centros de Saúde Sexual geridos por pares (GAT);
- Caixa de medicamentos com símbolos (para pessoas idosas): programa da SPLS ATIVAR nas universidades seniores, IPSS, com ponte com as farmácias locais;
- Projetos da Direção-Geral da Saúde: Mobilização Social; Guia para Influenciadores Digitais; PNS descentralizado; Programa Nacional de Saúde Escolar com auscultação a toda a comunidade escolar.

⁵ https://www.instagram.com/museudafarmacia_pt/?lang=pt

⁶ <https://www.geracaosaudavel.pt/>

3. Como estabelecer e desenvolver enlaces entre a participação pessoal e a participação social em saúde?

Da Participação Pessoal à Participação Social

A participação pessoal e social em saúde deve ser entendida como um contínuo: começa na autonomia e na tomada de decisão informada da pessoa sobre a sua própria saúde e evolui para o envolvimento em processos coletivos, estruturados e transformadores. Esta ligação exige estratégias consistentes, sustentadas e inclusivas, com base na promoção de literacia, na capacitação e no envolvimento cívico.

Da Experiência Individual à Ação Coletiva

A participação pessoal em saúde começa na capacidade de cada pessoa aceder, compreender e utilizar os recursos de saúde, com vista a tomar decisões informadas, cuidar de si e dos que de si dependem, e melhorar a sua qualidade de vida. Este desenvolvimento de competências (conhecimento, capacidades e atributos) promove a autonomia e reforça a motivação para uma participação contínua, tanto individual como coletiva.

A literacia em saúde potencia a transformação da experiência individual em ação coletiva, numa lógica de interdependência com os grupos, organizações e sociedade. Assim, a pessoa torna-se mais ativa, empoderada e com maior predisposição para o envolvimento em processos coletivos, como participar em fóruns comunitários, conselhos locais ou movimentos cívicos.

Eixos Estratégicos

- Integrar a literacia em saúde como eixo transversal das políticas públicas, dos planos estratégicos e dos programas operacionais;
- Reforçar a capacitação dos profissionais e das organizações, promovendo a literacia organizacional e as abordagens centradas na pessoa;
- Consolidar mecanismos de participação comunitária estruturada, envolvendo autarquias, freguesias, conselhos locais, redes comunitárias e estruturas já existentes;
- Assegurar coerência e alinhamento entre os diferentes instrumentos de planeamento em saúde;
- Apoiar a replicação e a escalabilidade de boas práticas e inovações promissoras, garantindo recursos, mecanismos de avaliação de impacto e aprendizagem contínua.

Mecanismos para Promover a Articulação entre Níveis de Participação

a) Espaços de mediação e tradução entre níveis

- Criar e dinamizar conselhos locais de saúde, fóruns comunitários e assembleias cidadãs, onde as experiências individuais sejam valorizadas como conhecimento útil para decisões coletivas;
- Promover a representação equilibrada entre profissionais, decisores e cidadãos, garantindo diversidade de perspectivas.

b) Formação para a participação

- Desenvolver competências cívicas, comunicacionais e de pensamento crítico, relevantes ao longo da vida;
- Formar lideranças comunitárias baseadas na experiência vivida, complementando as estruturas formais existentes.

c) Valorização da escuta ativa e da legitimidade do saber local

- Instituir a escuta ativa como prática organizacional regular e sistemática;
- Integrar a perspectiva dos utentes na avaliação de serviços, no planeamento de cuidados e na definição de prioridades;
- Criar mecanismos permanentes de escuta e cocriação, como:
 - Sessões regulares de escuta comunitária multiformato (por exemplo, miniassembleias de saúde);
 - Laboratórios vivos de inovação em saúde comunitária;
 - Reforço dos Conselhos Municipais de Saúde e fóruns intergeracionais;
 - Inclusão de critérios obrigatórios de participação cidadã em projetos públicos de saúde.

d) Coerência política e cultural

- Valorização política da participação social como direito e dever cívico;
- Campanhas públicas participativas, com exemplos concretos de mudança resultante da mobilização cidadã;
- Ações de comunicação adaptadas às características e preferências de diferentes segmentos populacionais, com base em princípios de literacia em saúde e ciência comportamental.

Ferramentas e Estratégias

- Utilizar linguagem clara e acessível (*Plain Language*) em todos os documentos e comunicações para participação pública;
- Implementar planos individuais de saúde numa lógica de cogestão e acompanhamento

partilhado;

- Avaliar o impacto dos projetos e a adaptação às necessidades reais;
- Customizar os projetos ao contexto local, mantendo rigor técnico e apropriação comunitária;
- Promover consultas públicas acessíveis, com linguagem clara, tempo adequado e menor burocracia e sobrecarga;
- Incentivar a apropriação local dos projetos para reforçar a capilaridade e a sustentabilidade a longo prazo.

Obstáculos, Riscos e Desafios

a) Obstáculos estruturais

- Desigualdades sociais e económicas que limitam o acesso à informação e a capacidade de participação;
- Falta de tempo institucional e comunitário para processos participativos genuínos;
- Resistência à mudança por parte de estruturas que não reconhecem o valor da participação cidadã.

b) Riscos operacionais

- Projetos de curta duração, desarticulados e com impacto limitado;
- Abordagens excessivamente centradas na tecnologia, que não garantam acessibilidade universal nem conteúdos significativos, próximos das formas reais como as pessoas pensam, sentem e vivem a sua saúde;
- Comunicação ineficaz, demasiado técnica, descontextualizada ou distante das realidades locais.

c) Desafios estratégicos

- Falta de coerência e alinhamento entre políticas locais, regionais e nacionais;
- Ausência de indicadores de impacto comunitário e mecanismos de avaliação participativa;
- Fragilidade das ligações entre o sistema de saúde formal e os recursos comunitários informais, devido à insuficiente integração dos diversos atores sociais, culturais, políticos e setoriais.

Notas Finais Transversais

- As estratégias devem ter visão de longo prazo, ultrapassando ciclos políticos;
- A inclusão ativa de profissionais e cidadãos na definição e implementação é essencial;
- Evitar gerar expectativas, se não houver resposta sustentável;

- Fortalecer a ligação entre a academia e o terreno, promovendo investigação-ação e inovação social participada;
- Mapear, sistematizar e divulgar boas práticas de participação, promovendo um repositório dinâmico e acessível.

III — Redes de participação social em saúde

Estratégias, formas e métodos

Participantes

(Notas biográficas no final)

👤 Patrícia Barbosa — Moderadora

👤 Joana Viveiro

👤 Diogo Valadas Ponte — Relator

👤 João Pedro Grabulho

👤 Afonso Garcia

👤 Mirieme Ferreira

👤 Ângela Almeida

👤 Nuno Sérgio Branco

👤 Estefânia Paiva Martins

👤 Sérgio Viana

Perguntas-guia

1. Enquadramento e órgãos existentes

Como enquadrar, harmonizar e articular os múltiplos órgãos formais já existentes ou previstos numa lógica de rede relacional colaborativa de aprendizagem e ação?

2. Exemplos concretos de iniciativas a analisar e a desenvolver

Exemplos concretos de iniciativas a analisar e a desenvolver, em especial que facilitem e promovam interligações e entrosamentos entre os âmbitos local, regional e nacional?

3. Implementação de redes colaborativas

Como implementar estratégias e dinâmicas de redes colaborativas e de comunidades de aprendizagem sobre participação social em saúde?

Relato | Resumo dos trabalhos

1. Como enquadrar, harmonizar e articular os múltiplos órgãos formais já existentes ou previstos numa lógica de rede relacional colaborativa de aprendizagem e ação?

Enquadramento e Órgãos Existentes

A participação social em saúde é amplamente reconhecida como um dos pilares fundamentais de um sistema de saúde democrático, centrado nas pessoas e nos territórios. No entanto, em Portugal, este reconhecimento ainda não se traduz numa prática efetiva, sistemática e transformadora. Persistem bloqueios estruturais, culturais e financeiros que mantêm a participação num plano simbólico ou periférico.

As redes de participação social — formais e informais — devem ser compreendidas como ecossistemas colaborativos onde cidadãos, profissionais de saúde, decisores e organizações interagem de forma plural, equitativa e corresponsável. Como sublinha Wright Mills, *“a democracia não se mede pela existência de instituições, mas pela sua capacidade de envolver os cidadãos nas decisões que os afetam”* (Mills, 1959, p. 189)⁷.

Diagnóstico: Problemas e Obstáculos Identificados

a) Fragmentação e sobreposição estrutural

Apesar da existência de diversos órgãos e mecanismos — conselhos municipais de saúde, redes sociais locais, Rede de Municípios Saudáveis, planos de Saúde Pública, estratégias municipais de saúde e unidades locais de saúde (ULS) —, constata-se uma grande desarticulação funcional, sobreposição de papéis e inexistência de planeamento conjunto. Como foi referido num *workshop* recente, *“os conselhos existem, mas raramente são convocados; e quando o são, o impacto das decisões é nulo ou irrelevante para o território”*.

b) Iliteracia institucional e participativa

Verifica-se uma manifesta falta de literacia da população sobre os seus direitos de participação e sobre o papel dos diferentes órgãos. Esta iliteracia é igualmente identificada entre técnicos e agentes institucionais, o que fragiliza o ecossistema participativo e limita a sua inclusão.

c) Ausência de avaliação e de documentação de boas práticas

Faltam instrumentos de monitorização, registo sistemático e avaliação partilhada das iniciativas de participação. Sem documentação crítica e partilha de experiências não há aprendizagem institucional. Como defende Ceccim, *“sem avaliação partilhada, a participação tende a tornar-se apenas simbólica”* (Ceccim, 2005, p. 981)⁸.

⁷ Mills, C. Wright (1959). *The Sociological Imagination*. Oxford University Press.

⁸ Ceccim, R. B. (2005). Educação e Saúde: Ensino e formação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975–986.

d) *Desigualdade territorial e subfinanciamento crónico*

As disparidades regionais são marcantes: nem todos os territórios têm acesso a recursos, competências técnicas ou financiamento adequados. As juntas de freguesia, apesar da sua centralidade comunitária, continuam subdotadas e com instrumentos de intervenção muito limitados. Em muitas matérias, os municípios assumem responsabilidades e compromissos do Governo Central, procurando responder às necessidades das populações. Esta realidade mascara o subfinanciamento e adensa as desigualdades territoriais no acesso da população a um conjunto de respostas que deveriam ser universais, não dependendo da vontade política e capacidade de financiamento do poder local.

e) *Representatividade e estagnação*

Os conselhos participativos muitas vezes estagnam, sem renovação ou representatividade efetiva. Jovens, cuidadores, doentes e pessoas com experiência vivida estão pouco presentes nos processos. Falta dinamismo, inclusão e compromisso de continuidade. O movimento associativo enfrenta processos burocráticos à sua constituição e a sua sobrevivência sustenta-se no financiamento das autarquias. Constituir corpos sociais para gerir as associações da comunidade, captar voluntários e estimular a participação de base comunitária é um desafio constante que requer uma reflexão e análise profunda.

Estratégias para Harmonização e Articulação

a) *Construção de redes colaborativas*

Como sublinham Jenkins et al., "*a cultura participativa exige plataformas acessíveis e a crença de que a contribuição individual é valorizada*" (Jenkins et al., 2016, p. 23)⁹. Esta abordagem exige não apenas canais de comunicação, mas também confiança social e tecnologias inclusivas.

- Estabelecimento de **espaços colaborativos interinstitucionais**, com participação de todos os órgãos existentes;
- Utilização de **plataformas tecnológicas** para integração de diagnósticos, soluções e resultados;
- Criação da figura de **facilitadores de rede**, com competências em mediação e dinamização de participação cidadã;
- Criação de espaços/estruturas flexíveis não burocráticas onde a participação possa fluir sem obstáculos e molduras institucionais.

b) *Mapeamento e monitorização partilhada*

- **Cartografia nacional** das estruturas, membros e práticas;
- Visibilidade das referências de boas e más práticas como ferramenta de aprendizagem partilhada;
- Integração da avaliação participativa nos processos de planeamento e execução;

⁹ Jenkins, H. et al. (2016). *Participatory Culture in a Networked Era*. Polity Press.

- Capacitação das estruturas locais para processos de planejamento, monitorização e avaliação.

2. Exemplos concretos de iniciativas a analisar e a desenvolver, em especial que facilitem e promovam interligações e entrosamentos entre os âmbitos local, regional e nacional?

Exemplos Concretos de Iniciativas a Analisar e a Desenvolver — Prioridades

No decurso da mesa-redonda realizada, emergiram três consensos estratégicos amplamente partilhados pelos participantes e considerados fundamentais para desbloquear o potencial transformador da participação social em saúde:

a) Criação de plataforma nacional de boas práticas

Criação de uma plataforma digital, tutelada pelo Conselho Nacional de Saúde, que agregue e torne públicas todas as práticas, projetos e modelos produzidos nos Conselhos Locais de Ação Social e de Saúde e na Rede de Municípios Saudáveis. Esta plataforma deve permitir:

- Consulta aberta de experiências;
- Disseminação de boas práticas;
- Aprendizagem interterritorial;
- Acesso à informação e visibilidade de ações e resultados;
- Potencial para diagnóstico nacional partilhado.

Recomenda-se que esta plataforma digital enquadre diagnóstico e planejamento, incorporando as dimensões que a Lei da Transferência de Competências para os municípios e comunidades intermunicipais define para a construção da Estratégia Municipal de Saúde. Deste modo, dará um contributo para a harmonização deste instrumento nos municípios, facilitando a sua elaboração e a avaliação transversal das políticas públicas. Como exemplo, sugere-se que se observe a Plataforma ODSLocal.

b) Efetivação da Carta para a Participação Pública em Saúde (Lei n.º 108/2019)

Aprovada pela Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro, a Carta é um documento legal estruturante, mas ainda não regulamentado nem operacionalizado.

Recomenda-se:

- **Regulamentação urgente**, com definição de aplicação em conselhos locais e estruturas de saúde;
- **Divulgação e formação nacional** sobre os princípios e direitos consagrados;

- **Integração obrigatória** da Carta nos planos e documentos orientadores do SNS;
- **Monitorização com indicadores específicos**, para garantir eficácia e responsabilização.

“A participação dos cidadãos deve ser ativa, informada, responsável, plural e inclusiva, garantindo o seu envolvimento em todas as fases das políticas públicas de saúde, da conceção à avaliação” (Carta para a Participação Pública em Saúde, art. 3.º)¹⁰.

c) *Integração das políticas sociais e de saúde*

- Promoção de ações concretas de articulação entre políticas sociais e de saúde;
- Implementação de **projetos-piloto territoriais** com financiamentos partilhados e metas comuns;
- Articulação de áreas de atuação e responsáveis em conselhos municipais e redes sociais;
- Avaliação de impacto com métricas conjuntas.

3. Como implementar estratégias e dinâmicas de redes colaborativas e de comunidades de aprendizagem sobre participação social em saúde?

Implementação de Redes Colaborativas

a) *Planeamento baseado em problemas e territórios*

- Diagnóstico por área, metas e público-alvo;
- Definição de territórios-piloto;
- Levantamento de recursos existentes;
- Estabelecimento de cronogramas e indicadores de execução;
- Avaliação e sustentabilidade a longo prazo.

b) *Dinamização de comunidades de prática*

Como reforça Merhy, *“a gestão em saúde só se transforma com práticas reflexivas que valorizem o trabalho vivo”* (Merhy, 2002, p. 58)¹¹. A criação de espaços de diálogo operativo e horizontal é condição essencial para uma participação transformadora.

- Criação de comunidades intermunicipais temáticas;
- Formação certificada de facilitadores locais;
- Integração ativa de jovens, cuidadores e pessoas com experiência vivida;

¹⁰ Assembleia da República (2019). Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro. Aprova a Carta para a Participação Pública em Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 174.

¹¹ Merhy, E. E. (2002). *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. Hucitec.

- Promoção de metodologias colaborativas e tecnologias sociais inclusivas.

Linhas de Ação Imediata

EIXO	AÇÃO PRIORITÁRIA	RESPONSÁVEL SUGERIDO
Transparência e Referência	Plataforma Nacional de Boas Práticas	Conselho Nacional de Saúde
Legitimidade e Regulamentação	Regulamentação da Carta para a Participação Pública	Ministério da Saúde
Integração Real	Projetos intersetoriais ação social-saúde	Municípios + ULS + Segurança Social

Considerações Finais

O desafio da participação social em saúde não é apenas técnico ou logístico, é um desafio político e civilizacional. Exige coragem institucional, continuidade estratégica e compromisso cidadão.

Como defendem Gaventa e Barrett, "*a participação cidadã efetiva acontece quando há canais abertos, instituições recetivas e vontade coletiva de mudança estrutural*" (Gaventa & Barrett, 2010, p. 36)¹². Ora, esse canal já existe: é a **Carta para a Participação Pública em Saúde**. O que falta é torná-la viva, presente e estruturante:

Mais redes.

Menos hermetismo.

Mais escuta.

Menos burocracia.

Mais Carta.

Menos invisibilidade.

¹² Gaventa, J. & Barrett, G. (2010). *So What Difference Does it Make? Mapping the Outcomes of Citizen Engagement*. IDS Working Paper 347.

IV – Contribuição das instituições académicas e centros de investigação

Estado da investigação e do conhecimento (nível nacional e internacional)

Participantes

(Notas biográficas no final)

👤 Patrícia Silva Pereira – Moderadora

👤 Sílvia Caldeira

👤 José Carlos Gomes – Relator

👤 Sofia de Oliveira Martins

👤 Ana Carolina Paiva

👤 Sónia Romano

👤 Célia Gonçalves

👤 Tiago Rafael

👤 Joana Faria Marques

👤 Victor Ramos

Perguntas-guia

1. **Fatores determinantes, facilitadores e barreiras**

Que dimensões, fatores e processos relacionados com a participação social em saúde têm sido priorizados ou são suscetíveis de ser estudados pelos centros e equipas de investigação? Como garantir a sua aplicação em contexto real, identificando facilitadores e barreiras a diferentes níveis?

2. **Projetos de investigação – exemplos**

Exemplos concretos de estudos e projetos de investigação concluídos ou em curso, em Portugal, dedicados à produção de conhecimento e apoio às intervenções nesta área? De que forma essas iniciativas têm integrado metodologias participativas e promovido a articulação e coprodução de conhecimento com cidadãos e profissionais?

3. **Desenvolvimento da investigação nesta área de saber e ação**

Como incentivar e desenvolver a produção de conhecimento nesta área, designadamente métricas e indicadores, comparações interterritoriais e nacionais, bem como programas de formação, entre outros aspetos? Como promover redes colaborativas e interdisciplinares que potenciem a integração de diferentes áreas do saber, a partilha de boas práticas e a transferência efetiva do conhecimento?

Relato | Resumo dos trabalhos

1. **Que dimensões, fatores e processos relacionados com a participação social em saúde têm sido priorizados ou são suscetíveis de ser estudados pelos centros e equipas de investigação? Como garantir a sua aplicação em contexto real, identificando facilitadores e barreiras a diferentes níveis?**

Fatores Determinantes, Facilitadores e Barreiras

Para ancorar de modo coerente e consequente o desenvolvimento da participação social em saúde, deve assumir-se o *Plano Nacional de Saúde 2030* (PNS 2030) como a **carta de marear** para o ensino e a investigação sobre a participação pública em saúde¹³, envolvendo as ordens profissionais.

Dimensões da Participação Social em Saúde (PSS) a Priorizar

1. Potenciar os recursos existentes (mapeando estruturas e modelos de funcionamento existentes) e comunicá-los e divulgá-los eficazmente para que a academia possa utilizar os dados e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área;
2. Definir de forma exata e estabelecer parâmetros, métricas e escalas para a medição objetiva das dimensões da participação social em saúde¹⁴;
3. Estabelecer um grupo de trabalho para a produção de um manual de procedimentos de avaliação das dimensões e desfechos da participação social em saúde (que inclua peritos de diversas áreas da saúde e da academia);
4. Disseminar as orientações junto dos centros e equipas de investigação e aferir a sua implementação, incluindo barreiras à mesma. Definir um plano de avaliação periódica das orientações em função dos **inputs** recebidos acerca da sua utilização;
5. Integrar a dimensão da "saúde" nos observatórios das autarquias (trabalhar com as populações), definindo funções concretas para o cidadão envolvido em órgãos consultivos nas áreas social e da saúde, e garantir o envolvimento de grupos sociais habitualmente sub-representados (crianças, idosos, minorias étnicas ou pessoas em situação de vulnerabilidade social).

São propostas as seguintes **linhas de investigação** a integrar em planos de médio e longo prazo nas estratégias das unidades de investigação:

13 Incluindo, mas não só, o desenvolvimento de competências para a participação pública em saúde integrado formalmente nos planos de estudos dos cursos de formação na área da saúde.

14 A OMS-Europa, no documento "*Making social participation central to health system governance*", estabelece quatro dimensões que poderão orientar inicialmente este processo: a) Legitimidade e confiança; b) impacto e eficiência; c) justiça social; e d) importância e sentimento de pertença. Para que se possa aferir com rigor o estado inicial e o impacto da aplicação de medidas de participação social em saúde nestas dimensões, há que estabelecer definições objetivas e universais, protocolos e instrumentos de medição e métricas rigorosas para a sua avaliação.

1. **Impacto da literacia em saúde na implementação de projetos de PSS.** Nenhum cidadão poderá ter uma voz ativa e advogar por algo que não conhece¹⁵;
2. **Cultura e literacia de participação cívica.** A participação cívica de uma comunidade tem sido apontada como um determinante social de saúde. Este fator inclui uma ampla gama de atividades formais e informais, designadamente o exercício do direito de voto, a apresentação de petições, a organização de manifestações, a criação ou o envolvimento em associações e, num sentido mais alargado, o voluntariado e a participação em atividades de grupo¹⁶;
3. **Confiança nas instituições** – Relação entre o nível de confiança do cidadão nas instituições e a sua participação social ativa. O relatório da OCDE intitulado *Trust Survey*, realizado em 2023, mostra que o nível de confiança do cidadão nas instituições públicas tem vindo a cair em toda a Europa, mas mais em Portugal¹⁷. Será importante estudar a relação entre este nível de confiança e a participação social em saúde por parte do cidadão, uma vez que esta envolve muito frequentemente instituições públicas;
4. **Formas de comunicação e extensão à comunidade**, em função das suas especificidades e do acesso à informação;
5. **Desigualdade no acesso aos cuidados de saúde;**
6. **Sustentabilidade e dimensionamento dos serviços de saúde a uma população em mudança, fruto de fenómenos como o envelhecimento e os fluxos migratórios** – Envelhecimento da população, aumento da prevalência de NCDs, aumento da procura do serviço por cidadãos migrantes;
7. **Tokenismo** – Motivações e obstáculos à participação pública em saúde;
8. **Promoção de estudos qualitativos e de Investigação Participada de Base Comunitária**

15 Aliás, um facto primordial no reconhecimento da necessidade de uma melhor saúde é o acesso ao conhecimento basilar daquilo que constitui um estado de saúde e a sua ausência nas suas diferentes vertentes. Embora haja áreas do saber em que se tem realizado um progresso notável, e haja efetivamente uma consciência do que é ser saudável, por exemplo numa vertente cardiovascular, existem outras áreas onde essa perceção não é satisfatória na população geral, nomeadamente na saúde oral. Esta realidade é percebida a nível europeu: segundo uma revisão sistemática e meta-análise de 2021, quase 1 em cada 2 europeus (de 1 em 3 a 1 em 2) pode não ser capaz de entender material essencial relacionado com a saúde. A realidade nacional segue esta tendência: entre 55% a 60% dos portugueses apresentam níveis inadequados ou problemáticos de literacia em saúde nas suas diferentes vertentes de prevenção, promoção e cuidados de saúde. No caso da saúde oral, este aspeto é paradigmático, existindo um desconhecimento da estreita relação entre a saúde oral e a saúde geral na população, que tem impacto na forma como esta dimensão da saúde é valorizada e, conseqüentemente, na motivação para ter uma postura interventiva neste âmbito. Num mundo onde a informação corre na ponta dos dedos a par com a desinformação, particularmente nos canais digitais, equipar o cidadão comum com ferramentas de literacia em saúde que lhe permitam obter informação fidedigna, fazer as melhores escolhas e participar civicamente em processos determinantes na sua saúde é, mais do que nunca, uma necessidade imperativa.

16 Em Portugal, foram recentemente (24 de junho de 2025) apresentados os resultados preliminares do estudo “Democracia em Portugal: Uma análise sobre cinco décadas de participação cívica”, organizado pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa em coordenação com a Fundação para a Ciência e a Tecnologia e financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian. Neste estudo, ainda em curso, verificou-se um aumento exponencial de práticas de participação social nos últimos dez anos. Estes mecanismos incidem em vertentes como as finanças e a economia (com os orçamentos participativos, por exemplo), a educação (as assembleias municipais com jovens e crianças) e, também, o planeamento urbano. Contudo, por um lado, a saúde tem uma menor representação nos resultados preliminares obtidos e, por outro, parecem existir assimetrias geográficas significativas, com as práticas participativas a dominarem nos municípios do litoral e com maior densidade populacional. Futuramente será possível consultar uma base de dados de acesso aberto com esta informação, cujo lançamento está previsto para fevereiro de 2026. O impacto dos níveis de participação cívica nas áreas geográficas dos estudos realizados, bem como o tipo de iniciativas de educação para a participação cívica de cada território, serão fatores importantes a considerar em estudos sobre PSS. Em particular, quando são visadas comunidades/territórios marginalizados e em contexto socioeconómico desfavorável, cuja participação cívica tende a ser menor, esta é uma variável que deve ser considerada, quer na intervenção realizada (incluindo intervenções de educação para a participação cívica em projetos de PSS) quer na contabilização do impacto isolado deste fator.

17 *Building Trust to Reinforce Democracy: Main Findings from the OECD Survey on the Drivers of Trust in Public Institutions* (2022). Disponível em: <https://planapp.gov.pt/wp-content/uploads/2022/08/PlanAPP-InqueritoOCDEConfianca-PT.pdf>

(IPBC) sobre experiências locais de participação pública em saúde;

9. Desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação – Desenvolvimento de ferramentas de avaliação e métricas robustas para medir o impacto real e efetivo da participação em saúde, combinando metodologias qualitativas e quantitativas;

10. Novas tecnologias e ferramentas digitais na participação pública em saúde – Como linha de investigação, pode ser interessante analisar de que forma as tecnologias e ferramentas digitais emergentes (IA, por exemplo) podem democratizar os processos participativos e ampliar o acesso à participação, considerando riscos, benefícios e potenciais desvios.

Elencam-se abaixo algumas ideias de processos que poderão ser alvo de estudo pela academia quanto à sua eficácia e exequibilidade de implementação, visando a compreensão do custo-efetividade e a definição das melhores estratégias para participação pública em saúde:

1. Integrar elementos da sociedade civil nos conselhos “consultivos” das Instituições de Ensino Superior (IES) na área da saúde (associações de doentes e/ou familiares);
2. Aumentar a informação sobre as funções e o impacto dos conselhos, de forma a aumentar o interesse na participação – criação de incentivos à participação;
3. Identificar necessidades de recursos (logísticos, financeiros ou técnicos) e monitorizá-las continuamente;
4. Implementar modelos de investigação participada de base comunitária – incluindo populações vulneráveis e envolvendo ativamente todos os *stakeholders*, para garantir que as prioridades de investigação refletem as necessidades reais das comunidades e para estabelecer canais claros de comunicação entre todos;
5. Elaborar manual de “boas práticas” / guia orientador¹⁸;
6. Favorecer o acesso do doente aos seus dados de saúde de forma integrada, incluindo exames complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como dados de saúde oral e mental, fatores de risco, comportamentos e hábitos, autocuidado, prescrições e alertas;
7. Alargar os canais de comunicação (instituições de prestação de cuidados de saúde, autarquias etc.) para melhoria da transparência, a todos os níveis, do sistema de saúde;
8. Promover o acesso a informação credenciada e treino em saúde para cidadãos e famílias, de forma geral ou direcionada (literacia em saúde)¹⁹;
9. Permitir e encorajar o acesso a dados de saúde em repositório aberto aos investigadores – mas também aos doentes e às suas famílias –, salvaguardada a sua anonimização e cibersegurança, quando aplicáveis. Assegurar que os resumos em linguagem acessível

¹⁸ Integração de estratégia de participação pública em saúde em projetos de investigação e/ou intervenção – promover o empoderamento e o envolvimento de cidadãos e comunidades, garantindo apoio institucional para que o manual seja reconhecido e adotado pelas IES e pelos parceiros, e promover a sua divulgação e a adaptação a contextos locais (guias demasiado genéricos podem não responder às realidades específicas das comunidades e instituições), incluindo exemplos e casos de sucesso (*benchmarking*), *checklists*, instrumentos orientadores e ferramentas práticas.

¹⁹ Sob a forma de cursos para doentes, cuidadores ou familiares. Poderão ser promovidos pelas Unidades Locais de Saúde (ULS), autarquias, associações de doentes e IES, desde que haja uma curadoria do seu conteúdo por entidades cientificamente válidas, por exemplo sob a forma de um “selo de validade científica”.

da investigação clínica com aplicabilidade são difundidos de forma ampla pela comunidade;

10. Identificar **case studies** de processos participativos de sucesso e avaliar de forma isenta e independente os seus desfechos, utilizando métricas parametrizadas conforme descrito acima;
11. Em função da avaliação dos mesmos, melhorar e replicar os modelos de sucesso noutros **settings**;
12. Integrar a Saúde Ocupacional de forma mais eficiente no desenvolvimento da participação pública em saúde, promovendo, por exemplo, fóruns de discussão, centrais e locais, dedicados à identificação de ameaças à saúde com envolvimento de parceiros sociais e comunitários.

2. Exemplos concretos de estudos e projetos de investigação concluídos ou em curso, em Portugal, dedicados à produção de conhecimento e apoio às intervenções nesta área? De que forma essas iniciativas têm integrado metodologias participativas e promovido a articulação e coprodução de conhecimento com cidadãos e profissionais?

Projetos de Investigação — Exemplos

Foram identificadas as seguintes ações a curto/médio prazo para responder a esta pergunta:

- Identificar e divulgar a investigação realizada (ou em curso) nas unidades de investigação (UI) na área da participação pública em saúde;
- Nas instituições de ensino superior (IES), valorizar a prestação de serviços à comunidade no âmbito da capacitação de pessoas e comunidades (avaliação dos docentes e investigadores);
- Identificar e/ou promover eventos organizados por estudantes junto da comunidade (feiras da saúde, hospital da bonecada, hospital dos pequeninos, entre outros), apoiados institucionalmente e passíveis de suplemento ao diploma, promovendo o reconhecimento académico (eventualmente com a criação de ECTS especificamente para o efeito);
- Criar e promover **Gabinetes de voluntariado e cidadania** nas IES.

Alguns Exemplos de Estratégias de Metodologias Participativas no Âmbito da Academia

- Serviços de Ação Social da Universidade do Porto — SASUP (e Serviços de Ação Social de outras IES) — criação de grupos de trabalhos, envolvendo a comunidade académica, no planeamento de planos de promoção da saúde mental e bem-estar;

- **Laboratório de Investigação – Participação Pública em Saúde (ISPUP)** – cujo foco principal é uma maior equidade na participação pública em saúde, incentivando investigação e inovação inclusivas;
- **Agenda da Juventude para a Saúde 2030** – cujo documento foi elaborado a partir de um processo de auscultação e envolvimento de jovens, em 2021;
- **Projeto “Mais Voz: Envelhecer com Dignidade”** – empoderamento de idosos nos Açores (Ribeira Grande). Pretende criar um Conselho Municipal e promover o debate público das necessidades desta faixa etária;
- **Projeto “À Volta das Conversas”** – projeto pós-pandemia, com o objetivo de promover a saúde mental de jovens através de participação cívica e desenvolvimento de competências;
- **Projeto “Comer Bem, Sorrir Melhor!”²⁰** – promovido pela Comunidade Intermunicipal Viseu Dão Lafões, numa parceria com a Ordem dos Médicos Dentistas e a Ordem dos Nutricionistas. Pretendeu contribuir para a melhoria da literacia em saúde oral e hábitos de alimentação saudável²¹;
- **DELIVER – Deliberative improvement of oral care quality^{22 23}** – projeto financiado pelo Horizonte Europa, que envolve Portugal (Universidade do Porto) e visa melhorar o acesso a cuidados orais a preços acessíveis, através do diálogo deliberativo e da ação, envolvendo cidadãos, pacientes, prestadores, agentes de financiamento e decisores políticos²⁴;
- **Pillow-talks** – grupo de ajuda mútua de estudantes de enfermagem em prática clínica²⁵;
- **Formação 50 mais – Reitoria da Universidade de Lisboa** – o curso “Entender o Mundo no Século XXI – Inovação e Saúde: Desafios, Capacitação e Oportunidades” oferece uma visão abrangente e interdisciplinar sobre questões atuais e transversais aos temas de saúde, tecnologia e bem-estar²⁶.

20 <https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/comer-bem-sorrir-melhor/>

21 Teve como público-alvo os alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico dos Agrupamentos de Escola dos 14 municípios da Comunidade Intermunicipal de Viseu Dão Lafões. Envolveu 4887 crianças em 11 222 consultas, com resultados muito interessantes na promoção da saúde geral e oral. Resultando de uma intervenção precoce junto das crianças e com uma forte orientação para melhorar a literacia em saúde dos respetivos agregados familiares, foi possível constatar uma evolução muito positiva dos hábitos de higiene oral e alimentares.

22 <https://ispup.up.pt/ispup-em-projeto-europeu-para-melhorar-o-acesso-as-cuidados-de-saude-oral-da-populacao/>

23 <https://cordis.europa.eu/project/id/101057077>

24 Ao envolver colaborações com parceiros da Dinamarca, Inglaterra, Alemanha, Malta, Portugal e Suécia, o DELIVER criará um ecossistema sinérgico de resolução de problemas para converter diálogos deliberativos em melhorias significativas da qualidade dos cuidados orais. Irá codesenvolver e coproduzir novas abordagens de melhoria da qualidade em três fases: análise situacional; melhoria da qualidade baseada na comunidade para grupos vulneráveis; serviços de saúde oral orientados para a qualidade.

25 Os resultados de um estudo realizado em 2025 no Instituto Politécnico de Leiria (no prelo) sugerem que o programa “Pillow-Talks” constitui uma ferramenta eficaz na redução da ansiedade em estudantes de enfermagem durante o ensino clínico. A implementação de intervenções semelhantes, com foco na expressão emocional, no desenvolvimento de competências pessoais e no apoio entre pares, contribui para a promoção da saúde mental no contexto académico e pessoal.

26 Docentes e investigadores das Faculdades de Farmácia, Medicina, Medicina Dentária, Medicina Veterinária, Motricidade Humana e Psicologia abordarão temas como a Inteligência Artificial na Medicina e nas Ciências Farmacêuticas, a Inovação Digital, **Big Data** e Modelos de Simulação. O curso explora ainda novas abordagens terapêuticas, estratégias de autocuidado e autorregulação. Através de uma reflexão conjunta, os participantes são capacitados para os desafios contemporâneos, numa visão alargada e crítica das transformações tecnológicas e científicas que estão a moldar a saúde no século XXI.

3. Como incentivar e desenvolver a produção de conhecimento nesta área, designadamente métricas e indicadores, comparações interterritoriais e nacionais, bem como programas de formação, entre outros aspetos? Como promover redes colaborativas e interdisciplinares que potenciem a integração de diferentes áreas do saber, a partilha de boas práticas e a transferência efetiva do conhecimento?

Desenvolvimento da Investigação nesta Área de Saber e Ação

Desafiar e envolver a academia em iniciativas e projetos, com sugestões como:

1. Criar o **observatório de práticas participativas** — base para acesso ao estado da arte, gerida pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (CRUP), pelo Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos (CCISP) e pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT);
2. Definir **novos indicadores** (Como medir a sustentabilidade das intervenções?):
 - Grau de envolvimento comunitário;
 - Ferramentas específicas de avaliação (exemplo de ferramenta internacional: **Public and Patient Engagement Evaluation Tool** — PPEET), devidamente adaptadas ao contexto nacional;
 - Indicadores do impacto da participação social na tomada de decisão em saúde;
 - Indicadores que avaliem não só os resultados, mas também os processos e contextos — **Patient Reported Outcomes (PRO)**;
3. Promover **benchmarking** interterritorial — troca de experiências entre os CLASS (Conselhos Locais de Ação Social e Saúde) — evento itinerante e redes de intercâmbio, presenciais ou digitais;
4. Desenvolver formações modelares (microcredenciais) na área da participação pública em saúde;
5. Desenvolver programas de empoderamento comunitário com materiais educativos acessíveis (exemplo: Programa PORTL-PHC) que promovam a literacia em saúde e a participação ativa, bem como redes de apoio **peer-to-peer**;
6. Criar painéis de cidadãos ou grupos focais, para captar opiniões, experiências e instrumentos padronizados (inquéritos) para medir a perceção, a satisfação e o impacto da participação, e garantir a publicação regular dos resultados;
7. Atribuir uma linha de financiamento específico — FCT e outras entidades financiadoras — e procurar consórcios para financiamento no setor privado;

8. Criar bolsas de investigação especificamente direcionadas para projetos de participação em saúde e incluir critérios de participação social na avaliação dos projetos;
9. Criar *living labs*;
10. Formar investigadores para a necessidade do envolvimento de doentes e da inclusão de desfechos centrados no doente no desenho dos projetos de investigação. Existe, muitas vezes, uma lacuna grande no que respeita à integração dos doentes enquanto “*end users*” da investigação²⁷;
11. Melhorar as práticas de comunicação das entidades de saúde. Os projetos realizados nesta área devem ser largamente disseminados, na comunicação social e nas redes sociais, para que sejam exemplo de boas práticas e cheguem até aos doentes como meio de aumentar a confiança nas instituições, fomentando o desejo e a efetivação da participação pública em saúde;
12. Desenvolver o registo individual de saúde e incorporar nesta plataforma dados de saúde digitais a partir de *weareables*²⁸. Ao coligir os dados de saúde numa plataforma acessível ao doente e gerida por este, empodera-se o doente na gestão da sua saúde, garantindo uma advocacia esclarecida. Muitas vezes as dificuldades no acesso aos seus próprios dados de saúde e exames são uma barreira à participação e responsabilização do doente²⁹;
13. A criação de redes de implementação e investigação de projetos de PSS necessita de um motor de financiamento e apoio estrutural. Nesse sentido, criar bases de dados organizadas que incluam associações de doentes, IPSS, outras associações, estruturas do SNS e das IES, laboratórios de investigação e também colaborações que já existam pode ser um bom motor e facilitador da génese de *networking* e estabelecimento de parcerias ou inclusão em consórcios já existentes. A motivação para a inclusão dos doentes e seus representantes, cuidadores ou familiares, no desenho dos projetos de investigação poderá passar pelas próprias agências de financiamento, ao criarem um incentivo de mérito associado a estas práticas ou mesmo ao exigirem este requisito, quer no desenho dos consórcios de investigação, quer no envolvimento dos doentes ao longo das diferentes fases do projeto e sua avaliação de impacto. Um outro mecanismo, inclusivamente para obtenção de financiamento e modelação de exemplos de boas práticas a nível internacional, é a

27 Recentemente a União Europeia determinou a inclusão de valências de ciências sociais em candidaturas a projetos do Horizonte Europa da área da saúde, despertando uma maré de dúvidas nos investigadores com formação de base em ciências exatas e biomédicas sobre como implementar e envolver de facto esta valência no desenho do projeto. Existe claramente uma necessidade de formação em práticas de investigação qualitativa, que são determinantes neste processo e para as quais muitos investigadores das ciências ditas “exatas” carecem de competências. A criação de *webinars* de acesso livre, conferências e cursos, promovidos pelas agências de financiamento e pelas instituições de saúde ou de ensino superior, poderá ser um importante mecanismo. Mais a jusante, a revisão dos cursos de mestrado e doutoramento na área da saúde deve integrar valências neste campo, colmatando esta lacuna nas gerações de investigadores que se seguem. A nível pré-graduado, as experiências curriculares ou extracurriculares que proporcionem um contacto mais próximo e direcionado com doentes e associações de doentes, e com a comunidade mais alargada, devem ser reconhecidas academicamente, seja sob a forma de créditos, suplementos ao diploma, ou sob a forma de Unidades Curriculares optativas. Visa-se, assim, que a própria educação dos profissionais de saúde incorpore a valência de proximidade e capacidade de estabelecimento de comunicação bidirecional com os doentes e comunidade alargada onde estes se inserem e promova, assim, a participação social desde a sua base.

28 *Weareables* são uma categoria de dispositivos inteligentes projetados para serem usados diretamente no corpo, integrando a tecnologia na rotina dos utilizadores.

29 Neste sentido, é de suma importância a retoma do projeto do registo único, universal e alargado de saúde, numa plataforma idealmente digital, transversal a qualquer unidade de saúde e com possibilidade de integração de diferentes tipos de dados, consultas, registos médicos, ECDT, mas não só, nomeadamente dados gerados por dispositivos remotos usados pelos doentes, *smartwatches*, escovas dentárias elétricas, podómetros, medidores de glicémia etc.

criação/integração de redes COST europeias para difusão de boas práticas neste setor³⁰.

Estruturas agregadoras da prestação de cuidados de saúde, do ensino e da investigação devem estimular a participação pública no seu funcionamento, criando o reconhecimento oficial do **Selo de qualidade “participação social em saúde”** a atribuir às IES que:

- **Conhecem e caracterizam a(s) rede(s) colaborativa(s)** e potenciam estruturas existentes no seu território;
- **Promovem e gerem bases de dados dinâmicas** sobre as redes, facilitando o acesso à informação e o acompanhamento da sua evolução;
- **Integram elementos da comunidade** (não peritos em saúde) nas comissões de Ética – Conselhos de cidadãos (investigação);
- Integram elementos da comunidade em grupos de investigação (IPBC);
- **Criam plataformas digitais de cooperação e disseminação de experiências**, garantindo acessibilidade e promovendo a literacia digital dos utilizadores;
- **Envolvem a sua comunidade** (combatendo, de forma efetiva, o *tokenismo*) na tomada de decisão.

30 Dois exemplos: a CA32101, focando a mobilidade ao longo da vida (<https://www.cost.eu/actions/CA23101/?ep->), e a CA18123, dedicada à parentalidade e empoderamento das famílias em zelar pelos direitos das crianças, nomeadamente ao nível da saúde (<https://www.cost.eu/actions/CA18123/>). Um outro mecanismo de financiamento que poderá ser interessante são os projetos “Twinning/teaming for excellence” do Horizonte Europa, cuja tipologia está orientada para a difusão e disseminação de boas práticas a partir da geminação de instituições líderes nas práticas numa dada área com instituições que pretendem alcançar a excelência nesse referencial em diferentes países-membros da União Europeia.

V — Saúde local

Formas de participação em saúde e ação social local nas comunidades

(Dinâmicas locais; papel das autarquias locais; desafios e oportunidades atuais em Portugal; projetos, experiências e práticas em curso)

Participantes

(Notas biográficas no final)

👤 Ana Rita Goes — Moderadora

👤 Célia Carneiro

👤 António Melo Gouveia — Relator

👤 Firmino Machado

👤 Adelaide Belo

👤 Humberto Martins

👤 Alfredo Monteiro

👤 José Mendes Nunes

👤 Ana Tenreiro

👤 Leonor Correia

👤 Ana Umbelino

👤 Maria Lourenço

👤 Arsisete Saraiva

👤 Miguel Coutinho

Perguntas-guia

1. Dimensões a considerar

Quais as dimensões e a abrangência das dinâmicas de participação a considerar e a desenvolver no âmbito do conceito e de práticas da “Saúde Local”?

2. Exemplos concretos a nível local

Exemplos concretos de práticas, diversidade e flexibilidade de órgãos e de projetos a nível local?

3. Linhas de desenvolvimento

Como desenvolver e disseminar dinâmicas e formas de participação social organizada nas comunidades?

Relato | Resumo dos trabalhos

1. Quais as dimensões e a abrangência das dinâmicas de participação a considerar e a desenvolver no âmbito do conceito e de práticas da “Saúde Local”?

Dimensões a Considerar

a) Como definir “espaço local” em saúde?

Foi considerado necessário concretizar o conceito de “local”, i.e., definir o perímetro. As unidades locais de saúde (ULS) têm um perímetro que frequentemente é pouco “local”. A maioria das ULS formadas abrange, fora dos grandes centros urbanos, várias autarquias, por vezes mais de uma ou até duas dezenas. Esta abordagem entra em dissonância, por exemplo, com o perímetro dos **conselhos municipais de saúde** (CMS), que foram definidos como os órgãos de participação social formal ao nível dos concelhos. Porém, apresentam grandes diferenças entre zonas densamente povoadas e outras que não o são. Mesmo os CMS poderão ter uma granularidade adequada no que respeita à proximidade às populações em pequenos municípios e ser estruturas demasiado afastadas nos grandes centros urbanos e respetivas periferias. Sugere-se uma revisão do normativo, para acolher flexibilidade no âmbito dos CMS consoante a dimensão dos municípios em causa — pode fazer sentido agregar municípios ou, pelo contrário, propor o fracionamento ao nível de freguesias ou outros agrupamentos adequados à realidade populacional. As estruturas que garantem a participação local têm obrigatoriamente de ter uma lógica de implantação disseminada no território e de proximidade com as populações.

b) Como qualificar a participação social tendo em conta os determinantes da saúde?

No que diz respeito à composição dos conselhos municipais de saúde ou outras estruturas locais adequadas, foi referido que mais de 70% dos determinantes da saúde estão fora do setor da saúde. Daqui decorre a importância da diversidade da participação social e também a necessidade de reformular estruturas, que deveriam acolher todas as áreas determinantes para a saúde. Estas incluem a área do apoio social, a área da educação, as pessoas (com e sem doença), os prestadores de saúde de proximidade (farmácias, médicos dentistas, fisioterapeutas), entre outras áreas pertinentes. A atual definição de CMS é redutora, apresentando uma lógica de representação pouco permeável a uma participação mais alargada.

c) Quais as competências e capacidades para uma boa participação a nível local?

Ainda a propósito dos CMS, será importante especificar e determinar competências, capacidades, assim como regras de integração horizontal e vertical. Também será importante publicitar as experiências positivas e o seu resultado, com métricas adequadas, eventualmente enquadradas no SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde).

2. Exemplos concretos de práticas, diversidade e flexibilidade de órgãos e de projetos a nível local?

Exemplos Concretos a Nível Local

a) a) Iniciativas autárquicas

Iniciativas autárquicas existentes visando a participação local em saúde, como o “Conselho das Crianças” (Município de Torres Vedras) — uma iniciativa que convoca os mais novos a pensar, refletir e apresentar soluções para os problemas da cidade (não exclusivamente “problemas em saúde”, mas uma miríade de situações enquadráveis em diversas áreas setoriais e temáticas) —, os orçamentos participativos (que podem incluir áreas de promoção da saúde), os fóruns dirigidos a temas específicos, o Conselho de Cidadãos (Município de Lisboa) etc.

b) Participação das farmácias comunitárias

Farmácias enquanto exemplo de implantação territorial, integração profissional e multidisciplinar e prestação de serviços de saúde³¹ que previnem a doença, como a administração de vacinas, a realização de testes COVID-19 e a troca de seringas usadas por toxicodependentes (exemplos do tipo de serviços que podem ser contratualizados com as farmácias).

c) Projetos e intervenções na área da saúde oral

Intervenções da área da saúde oral, como o “Manifesto para a Saúde Oral”, que é um documento elaborado pela Ordem dos Médicos Dentistas em colaboração com a Associação Nacional de Municípios Portugueses, com o objetivo de promover e expandir os cuidados de saúde oral nas autarquias. A saúde oral escolar é um exemplo de um projeto importante que poderá ser reintroduzido.

d) Projetos a nível local em parceria com as universidades

Relativamente às parcerias com as universidades a nível local, foi dado o exemplo do desenvolvimento do “Atlas dos Municípios Saudáveis”, uma plataforma digital criada pela Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e a Universidade de Coimbra, através do Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT). O Atlas visa disponibilizar dados de saúde e bem-estar a nível concelhio, apoiando o planeamento e a tomada de decisão em matéria de políticas locais de saúde baseadas na evidência.

e) Papel e ações das associações de pessoas que vivem com ou sem doença(s)

Foram destacadas as experiências já bem consolidadas das associações de doentes enquanto plataformas com múltiplos papéis estratégicos. Estas associações representam doentes e associados junto do poder nacional e local e da indústria farmacêutica; parti-

31 Como previsto na Portaria n.º 1429/2007 e na Portaria n.º 97/2018.

cipam em políticas públicas mais inclusivas; lutam pelo acesso à medicação; desenvolvem ferramentas digitais centradas no doente e ajudam no desenho de ensaios clínicos; promovem a literacia em saúde; ensinam e capacitam a pessoa doente a tomar decisões informadas e conscientes sobre a doença e o tratamento; e promovem a inclusão social e laboral. Devem ser parceiras privilegiadas na construção do sistema de saúde.

f) Papel e ações promovidas pelas associações públicas profissionais

Foram referidos, como exemplos, os projetos de literacia em saúde sobre o uso de medicamentos, promovidos pela Ordem dos Farmacêuticos, dirigidos a crianças (“Geração Saudável”) e seniores (“Geração Sénior”).

g) Motivação e atração de profissionais em zonas carenciadas

Foram sinalizados projetos municipais em curso que incluem a atração de médicos para zonas carenciadas com oferta de benefícios ou a facilitação de alojamento para enfermeiros, o pagamento autárquico de horas extra a profissionais de saúde, a instituição de plataformas de literacia em saúde, a educação alimentar nas escolas e consultas descentralizadas pagas pelas autarquias.

3. Como desenvolver e disseminar dinâmicas e formas de participação social organizada nas comunidades?

Linhas de Desenvolvimento

a) Necessidade de reformular os conselhos municipais de saúde

Foi mencionada a opção de reorganizar os conselhos municipais de saúde considerando dois níveis: um executivo mais profissional, mas que deve ter participação dos cidadãos (por nomeação ou eleição); e um consultivo, com participação alargada e diversificada. A participação no nível executivo seria qualificada e remunerada e o nível consultivo seria aberto, eventualmente com poder para aprovar estratégias locais, avaliar desempenhos institucionais, bem como resultados de saúde conseguidos, entre outros aspetos e dimensões. Este nível deveria garantir representatividade e diversidade, com convite ativo a grupos menos participativos.

b) Necessidade de assegurar a soberania efetiva de cada pessoa sobre a sua informação de saúde e desenvolver capacidades para tal

Foi enfatizado o papel da informação de saúde das pessoas, com destaque para a importância do registo eletrónico único de saúde, salientado como ferramenta fundamental para promover a integração de cuidados a nível local.

c) Necessidade de concretizar, a nível local, uma integração de cuidados abrangente

Foi considerado que deveria ser promovida a integração de todas as estruturas que traba-

lham para o bem-estar das pessoas, ligando as estruturas tradicionais da saúde a outros prestadores, como a fisioterapia, as farmácias etc., e incluindo a segurança social, os lares de idosos, entre outros. As autarquias poderiam funcionar como aglutinador de toda esta rede. O objetivo seria incentivar o trabalho em equipa de toda a comunidade ligada ao bem-estar das pessoas.

d) Necessidade de harmonizar estratégias municipais para promover a participação social local

Foi referida a necessidade de uniformizar as estratégias municipais, até mesmo no âmbito temporal (existem atualmente planos locais de saúde com diferentes estruturas, tipologias e âmbitos temporais, desarticulados e sem integração vertical com estratégias nacionais ou intermédias). Seria importante definir um modelo para uniformizar estas estratégias. Sublinhou-se a relevância da existência de orientações nacionais para a elaboração dos planos locais de saúde (âmbito de intervenção e temporal, estrutura etc.). Transversais a todos estes aspetos, são as estratégias municipais para promover a participação social local em saúde.

e) Importância de partilha e divulgação de projetos bem-sucedidos

A partilha e integração de estratégias e projetos de sucesso a nível local foi salientada, sendo dado o exemplo da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. Foi, inclusive, mencionada a possibilidade de integração de profissionais entre municípios, i.e., profissionais de um município poderem temporariamente integrar outro município para conhecer e participar na implementação de projetos de sucesso, podendo depois replicar o processo no município de origem.

f) Incentivos à implantação de estruturas de saúde em áreas carenciadas

Mencionou-se também a possibilidade de existirem incentivos à implantação de estruturas de saúde em áreas de baixa densidade populacional (por exemplo, farmácias, serviços de saúde oral, cuidados de enfermagem, fisioterapia).

g) Participação das pessoas no delineamento e na execução de estratégias de saúde

Sobre a participação das pessoas no delineamento e na execução de estratégias de saúde, ficou claro que esta é mais plenamente conseguida num nível local integrado (contemplando as várias instituições que promovem a saúde, mesmo que não sejam do âmbito estrito da saúde). Foi enfatizada a importância da participação qualificada, i.e., de aumentar a literacia em saúde das populações para que possam ser agentes relevantes da participação local.

h) Necessidade de participação efetiva e consequente

Foi salientado que a participação das pessoas na saúde a nível local tem de ser constante e previsível (e não episódica e, por vezes, mais simbólica do que real) e tem de ser consequente, i.e., ouvida e com resultados visíveis. Não pode ser banalizada e, logo, desconsiderada. Tem também de incluir todos: saudáveis e doentes, jovens e idosos. É importante fomentar uma cultura de participação, o que pode passar pela adoção de várias estratégias.

i) Formação dos profissionais de saúde e dos decisores políticos

No que diz respeito aos profissionais de saúde, é importante que sejam qualificados não só nas suas áreas profissionais, mas também noutros aspetos que lhes permitam integrar a participação de todos — por exemplo, aspetos sociais e comunicacionais. É importante a escuta ativa, é importante integrar a área da educação na saúde, assim como a saúde na educação de todos. Também os decisores políticos devem ser capacitados através do aumento da sua literacia em saúde.

j) Estratégias de comunicação

Foi enfatizada a importância da comunicação para fomentar e rentabilizar a participação local em saúde, nomeadamente através do uso de plataformas digitais. Foi, igualmente, mencionada a necessidade de **toolkits** de comunicação comuns, a nível nacional, que funcionem como ferramentas de comunicação e participação a nível local. Foi reforçada a importância de abranger na estratégia de comunicação pessoas com e sem doença, jovens e seniores, assim como cuidadores, formais ou informais.

k) Institucionalização de uma cultura de participação

Relativamente à institucionalização de uma cultura de participação, foi apontada a necessidade de dar visibilidade e valorizar a participação e a institucionalização da participação, nomeadamente através do desenvolvimento de ferramentas de reconhecimento e incentivo. Deve medir-se o impacto da participação e devolver informação.

l) Desenvolvimento de competências de participação ao longo do ciclo de vida

No que se refere à capacitação, foi destacada a importância de apoiar a participação social ao longo do ciclo de vida e criar condições para uma participação verdadeiramente diversa e significativa, nomeadamente através de lideranças e redes comunitárias para a participação e capacitação para a participação social em saúde ao longo do ciclo de vida.

m) Estímulos e motivação de empresas e organizações

Foi sugerida a criação de um “selo de qualidade em saúde” que certifique as empresas e organizações (públicas, privadas e sociais) pelo seu empenho na promoção da saúde.

n) Desenvolvimento de práticas de comunicação inversa, relativamente ao padrão convencional

Foi mencionada a possibilidade de considerar a realização de eventos de comunicação invertida, em que cidadãos expõem os seus problemas e ansiedades dirigindo-se aos agentes de saúde, infraestrutura municipal etc.

o) Cumprimento da lei em vigor

Foi mencionado que a **lei da participação pública em saúde** não está regulamentada. Isto é, as disposições da lei — atos e prazo estabelecidos — não foram cumpridas.

4. Síntese conclusiva



Oito linhas de ação para cinco anos

- 1. Carta para a Participação Pública em Saúde**
- 2. Conselhos locais de participação comunitária em saúde**
- 3. Provedorias locais de saúde ou equipas com índole e funções idênticas**
- 4. “Academias locais de saúde” ou projetos similares**
- 5. Plataforma nacional de boas práticas, incluindo projetos de “prescrição social em saúde”**
- 6. Rede colaborativa de investigação, inovação e desenvolvimento sobre métricas e processos de participação em saúde**
- 7. Cartografia nacional de uma rede colaborativa de conselhos locais/municipais de saúde, em comunicação com o Conselho Nacional de Saúde**
- 8. Rede colaborativa de âmbito internacional**



O CNS conduziu trabalhos e análises sobre “Participação social/pública/cívica em Saúde” desde 2018, que são apresentados resumidamente neste Relatório. O percurso encetado levou à realização do **workshop** em Lisboa, a 27 de junho de 2025, numa parceria entre o CNS, a OMS-Europa, o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e a ENSP NOVA.

A comunicação e as influências internacionais existentes ao longo dos últimos anos, complementadas pelos resultados dos debates em cinco grupos de trabalho no **workshop** de junho de 2025, suportam a síntese conclusiva e as propostas-sugestões que a seguir se apresentam.

Esta síntese e as sugestões estruturam-se em oito linhas de ação, com natureza e duração variáveis, para um prazo de cinco anos.

1. Carta para a Participação Pública em Saúde

A Carta para a Participação Pública em Saúde foi aprovada pela Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro. Esta lei determinava que a sua regulamentação fosse feita até ao final de 2019. É, assim, urgente pôr termo a este incumprimento, inadmissível numa sociedade democrática e num Estado de direito.

 **Prazo sugerido:** até 31 de março de 2026

 **Responsabilidade:** Governo da República Portuguesa.


2. Conselhos locais de participação comunitária em saúde

Constituir ou consolidar em todo o território nacional conselhos locais de participação comunitária em saúde – aperfeiçoando e adaptando os previstos em diplomas legais anteriores ou atuais em vigor, como é o caso dos **conselhos municipais de saúde**, podendo prever-se geometrias variáveis consoante as características geodemográficas e comunitárias e a configuração autárquica em todo o território nacional.

 **Calendário sugerido**

Ter constituído e em funcionamento, com acompanhamento, apoio e avaliação estruturados:

Pelo menos 10 conselhos locais de participação comunitária	até 31-12-2026
Pelo menos 25 conselhos locais de participação comunitária	até 31-12-2027
Pelo menos 50 conselhos locais de participação comunitária	até 31-12-2028
Pelo menos 75 conselhos locais de participação comunitária	até 31-12-2029
Pelo menos 100 conselhos locais de participação comunitária	até 31-12-2030

 **Responsabilidade:** Colaboração entre as estruturas do poder central e do poder local autárquico, com o apoio consultivo do CNS e a orientação e apoio técnico-científico de um núcleo dedicado de centros de investigação e desenvolvimento e instituições de ensino superior associados ao projeto.


3. Provedorias locais de saúde ou equipas com índole e funções idênticas

Sediadas nos órgãos referidos no ponto anterior, será desejável instituir e testar pequenas equipas de base comunitária (eventualmente denominadas **provedorias locais de saúde** ou adotando outra designação). Este processo pressupõe uma definição de partida dos propósitos e das funções destas equipas, a aperfeiçoar com as aprendizagens subsequentes, bem como a organização de atividades de formação inicial e continuada e o desenvolvimento e a avaliação regular de competências, processos e práticas alinhados com os propósitos e funções estabelecidos. Estas equipas deverão estar capacitadas para atuar como **provedorias de saúde**. Os seus objetivos, competências e funções devem ser cuidadosa e prudentemente definidos, harmonizados e continuamente aperfeiçoados em todo o território nacional.

Calendário sugerido

Ter formado e em teste de funcionamento, com apoio e avaliação estruturados:

Pelo menos 7 equipas-piloto com funções de “provedoria local de saúde”	até 31-12-2026
Pelo menos 15 equipas-piloto com funções de “provedoria local de saúde”	até 31-12-2027
Caso os resultados correspondam ou superem os propósitos e objetivos desejados:	
Alargar o projeto a pelo menos 100 órgãos de participação comunitária local	até 31-12-2030

 **Responsabilidade:** Colaboração entre as estruturas do poder central e do poder local autárquico, com o apoio consultivo do CNS e a orientação técnico-científica de um núcleo dedicado de centros de investigação e desenvolvimento e instituições de ensino superior associados ao projeto.

4. “Academias locais de saúde” ou projetos similares

Esta linha de ação decorre da necessidade de promover a literacia em saúde a nível individual e coletivo. Consiste em desenvolver projetos do tipo “**Academias de Saúde**” em todas as comunidades locais – ou com outros formatos e designações. Devem ser promovidos e desenvolvidos através de dinâmicas colaborativas entre os órgãos autárquicos e as organizações cívicas locais com o triplo objetivo de:


- promover a literacia individual e coletiva em saúde, de índole geral;
- promover a literacia digital em saúde, especificamente para que cada pessoa possa controlar e retirar o maior benefício da sua informação pessoal em saúde, para proteger e promover a saúde e bem-estar próprios. Para que tal se possa concretizar eficazmente, deverá ser desenvolvido um processo clínico pessoal único, nacional, suportado no registo de saúde eletrónico (RSE) em linha com o calendário e ações previstos no Espaço

Europeu de Dados em Saúde (EEDS)³².

- c) desenvolver competências individuais para o autocuidado relativamente à situação de saúde de cada pessoa singular, especialmente relevante para lidar com o aumento constante das situações de morbilidade crónica múltipla e complexa, mas também para dotar os cidadãos de competências para gerir a sua própria saúde (“*gestão pessoal de saúde*”) com o apoio qualificado de profissionais de saúde, sempre que necessário — com especial destaque para os seus médicos e enfermeiros de família.

Calendário sugerido

Identificar/recensear as “academias locais de saúde” ou projetos de índole idêntica	até 30-06-2026
Duplicar, pelo menos, o número encontrado no recenseamento anterior	até 31-12-2028
Prosseguir com o projeto em função das aprendizagens realizadas	

 **Responsabilidade:** Colaboração dos órgãos adequados, de âmbito nacional (ANMP e ANAFRE, por exemplo), e, em especial, colaboração intersetorial local, com destaque para:


órgãos autárquicos — saúde — ação social — educação — organizações da comunidade.

5. Plataforma nacional de boas práticas, incluindo projetos de “prescrição social em saúde”

Iniciar e desenvolver progressivamente uma plataforma nacional de boas práticas em participação social/pública/cívica em saúde e, eventualmente, um fórum ou encontro anual em formato híbrido (presencial e a distância) para intensificar a partilha e o debate de experiências e acelerar as aprendizagens delas decorrentes.

Calendário sugerido

Protótipo da referida plataforma de boas práticas em participação social em saúde	até 30-06-2026
Balanço avaliativo da situação	até 31-12-2026
Estabelecer, a partir desse balanço, um plano de atividades e desenvolvimento	para 2027–2030

 **Responsabilidade:** Núcleo técnico a sediar, por exemplo, na ANMP em interligação com a ANAFRE, com a colaboração consultiva do CNS.


32 Conselho Nacional de Saúde (2024). *Para um Melhor Sistema de Informação de Saúde ao Serviço das Pessoas*. Lisboa: CNS. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/11/CNS-Relatorio-Sistema-de-Informacao-de-Saude-Revisto-nov.pdf>

6. Rede colaborativa de investigação, inovação e desenvolvimento sobre métricas e processos de participação em saúde

Paralelamente ao desenvolvimento da plataforma nacional de boas práticas, estabelecer uma rede colaborativa de comunicação, investigação multicêntrica e desenvolvimento sobre métricas, processos e projetos de participação social em saúde.

Calendário sugerido

Instituir o núcleo inicial da rede colaborativa com pelo menos 15 centros ativos	até 31-12-2026
Estabelecer um plano de atividades e desenvolvimento, a partir do núcleo inicial	para 2027–2030


 **Responsabilidade:** Núcleo técnico de apoio do CNS e instituições do ensino superior que participam direta ou indiretamente neste Conselho Nacional, designadamente Universidades e Institutos Superiores Politécnicos.

7. Cartografia nacional de uma rede colaborativa de conselhos locais/municipais de saúde, em comunicação com o Conselho Nacional de Saúde

Linha de ação consequente à linha de ação enunciada no ponto 2, que pressupõe processos, procedimentos e práticas de comunicação e intercolaboração em rede.

Calendário sugerido

Protótipo a estabelecer ao longo de 2026	ao longo de 2026
Realizar iniciativas e ações focalizadas em aspetos específicos	a partir de janeiro de 2027
Prosseguir com o projeto em função das aprendizagens realizadas	


 **Responsabilidade:** CNS e conselhos locais, com o apoio de uma coordenação técnica a sediar no CNS.

8. Rede colaborativa de âmbito internacional

Integração ativa/participativa do CNS e de dez ou mais conselhos locais em projetos e dinâmicas internacionais.

Calendário sugerido

Identificar e sistematizar oportunidades de interligação e participação	ao longo de 2025–2026
Estabelecer um primeiro plano e calendário de participações e ações subsequentes	até 30-06-2026
Prosseguir com o projeto em função das aprendizagens realizadas	

 **Responsabilidade:** CNS, conselhos locais (ponto 2) interessados nesta integração e rede referida no ponto 6.

The background of the page features a blue-tinted photograph of several people in profile, standing in what appears to be a modern office or laboratory environment. The lighting is soft and directional, creating a professional and contemporary atmosphere. The silhouettes of the individuals are dark against the lighter blue background, emphasizing their forms without showing facial features or specific details of their clothing.

5. Participantes - Notas Biográficas

5. PARTICIPANTES — NOTAS BIOGRÁFICAS

Adelaide Belo

Especialista em Medicina Interna. Exerceu no Centro Hospitalar do Baixo Alentejo e no Hospital do Litoral Alentejano, onde foi Diretora dos Serviços de Medicina e Urgência, Diretora Clínica e Presidente do CA. Na ULSLA implementou o Programa de Gestão de Caso e Percursos Assistenciais Integrados. Consultora da ACSS para a área do Acesso. Atualmente, é Presidente da Associação Portuguesa de Integração de Cuidados — PAFIC.

Afonso Garcia

Estudante do terceiro ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. Presidente da Associação Portuguesa de Estudantes de Farmácia.

Alexandra Antunes

Licenciada em Psicologia Clínica, Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde pela Ordem dos Psicólogos Portugueses. Vice-Presidente da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Psicóloga no Serviço de Psicologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Alfredo Monteiro

Presidente da Assembleia Municipal do Seixal e Vice-Presidente da Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP). Membro do Conselho Nacional de Saúde.

Ana Carolina Paiva

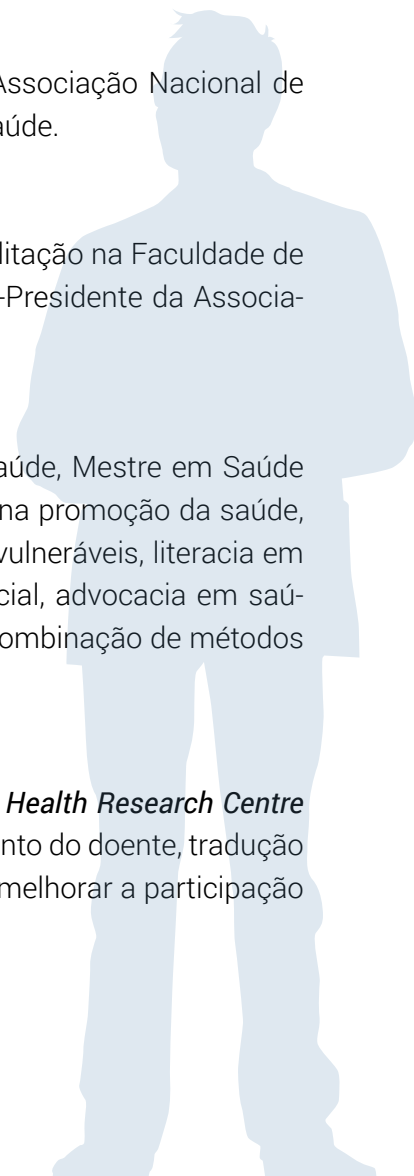
Estudante do Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Vice-Presidente da Associação Nacional de Estudantes de Psicologia.

Ana Rita Goes

Professora Auxiliar na ENSP NOVA. É Doutorada em Psicologia da Saúde, Mestre em Saúde Pública e Licenciada em Psicologia. A sua área de atuação centra-se na promoção da saúde, incluindo a compreensão das necessidades de saúde de populações vulneráveis, literacia em saúde, saúde mental, mudança de comportamentos, mobilização social, advocacia em saúde e desenvolvimento comunitário, com abordagens participativas e combinação de métodos quantitativos e qualitativos.

Ana Rita Pedro

Investigadora da ENSP NOVA e membro integrado do *Comprehensive Health Research Centre* (CHRC). A sua investigação centra-se em literacia em saúde, envolvimento do doente, tradução de conhecimento e perceções do doente. Também explora formas de melhorar a participação dos cidadãos nos cuidados de saúde, políticas e programas de saúde.



Ana Tenreiro

Farmacêutica, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Especialista em Farmácia Comunitária. Vogal da Direção da ANF, desde 2021. *Pharmacy and Health Leadership*, Nova SBE. Programa de Gestão Empresarial para Farmácias (Progef), Escola Pós-Graduação em Saúde e Gestão ANF. Programa Avançado de Gestão para Farmacêuticos (PAGEF), Universidade Católica Portuguesa. Irmã Fundadora da Santa Casa da Misericórdia do Bombarral.

Ana Umbelino

Vice-Presidente da Câmara Municipal de Torres Vedras. É Presidente do Conselho de Administração da REVES: Rede Europeia de Cidades e Regiões para a Economia Social, desde 2021, e membro do GECES – Grupo de Peritos em Economia Social e Empresas Sociais da Comissão Europeia. Integra a direção de várias organizações, designadamente da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e é membro de vários Conselhos Consultivos.

Ângela Almeida

Presidente da Junta de Freguesia de Esgueira, concelho e distrito de Aveiro, desde 2013. Vogal do Conselho Diretivo da Associação Nacional de Freguesias (ANAFRE) e membro do Conselho Nacional dos Autarcas Social Democratas (ASD). Voluntária no Serviço de Urgências do Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, até janeiro de 2014.

António M. F. Lopes

Fisioterapeuta, com a Cédula Profissional n.º 2. Possui o Título de Especialista em Fisioterapia pelos Institutos Politécnicos de Lisboa, Porto e Coimbra. Licenciado em Psicologia Educacional, Mestre em Ciências da Educação e Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde do Alcoitão, da qual foi Subdiretor, Presidente do Conselho Pedagógico e Coordenador do Departamento de Fisioterapia e dos cursos de Licenciatura e de Mestrado. Bastonário da Ordem dos Fisioterapeutas. Membro do Conselho Nacional de Saúde.

António Melo Gouveia

Farmacêutico, Especialista em farmácia hospitalar e em registos e regulamentação farmacêutica. Farmacêutico Hospitalar do Hospital das Forças Armadas. Vice-Presidente da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde do Infarmed. Membro da Comissão de Avaliação de Medicamentos do Infarmed. Perito do Conselho Nacional de Saúde.

Arsisete Saraiva

Presidente da Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide – ANDAR. Membro do Conselho Nacional de Saúde.

Célia Carneiro

Médica Dentista, *Master* em cirurgia oral e implantologia pela SPCO. Conselheira da OMD, Vice-Presidente do Conselho Geral da OMD. Integra o grupo de trabalho de saúde oral nas autarquias. Atualmente, frequenta o Mestrado em Medicina do Desporto na Faculdade de Medicina de Coimbra.

Célia Gonçalves

Licenciatura em Psicologia (pré-Bolonha) pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Estudos Avançados em Saúde Pública na especialidade de Promoção da Saúde (ENSP NOVA, 2013). Participação na preparação do Plano Nacional de Saúde 2011–2016, com a análise especializada Cidadania em Saúde (em coautoria). Atualmente, é gestora de soluções de Telemedicina/Telessaúde.

Cidália Silva

Farmacêutica, Especialista em Farmácia Comunitária e Presidente do Conselho do Colégio da Especialidade em Farmácia Comunitária da Ordem dos Farmacêuticos. Diretora Técnica da Farmácia Santiago, tem dedicado a sua atividade à promoção de cuidados farmacêuticos de proximidade, literacia em saúde e inovação em serviços farmacêuticos.

Cristina Vaz de Almeida

Doutora em Ciências da Comunicação – Literacia em Saúde. Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. Diretora da Pós-Graduação em Literacia em Saúde (ISPA). Membro Fundador do Laboratório Português para os Ambientes de Trabalho Saudáveis (LABPATS).

Dheepa Rajan

Estudou Medicina na Universidade de Göttingen, na Alemanha, depois fez o Mestrado em Economia e Política de Saúde no Reino Unido e concluiu o Doutoramento em Medicina Tradicional na Índia. Trabalhou 15 anos na OMS em Genebra em áreas como: planeamento de saúde a nível nacional; avaliação de desempenho dos sistemas de saúde; governação participada em saúde e cuidados de saúde primários. Dedicou-se ao *European Observatory on Health Systems and Policies*, desde 2022. Liderou a publicação de *WHO Handbook on Social Participation; Implementing the Primary Health Care Approach*, e *Health System Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis*.

Diogo Valadas Ponte

Psicólogo Clínico desde 2007, Neuropsicólogo e Psicólogo Comunitário. Diretor-Geral da Associação Nacional AVC desde 2012. Vice-Presidente do Conselho Consultivo da Entidade Reguladora de Saúde de 2019 a 2021. Deputado do *Health Parliament* Portugal em 2019. Fundador e Coordenador da Unidade de Psico-Oncologia da Liga Portuguesa Contra o Cancro de 2010 a 2012. Membro do Conselho Nacional de Saúde.

Eduardo Cachetas

Estudante de Medicina, Universidade do Minho. Diretor para a Internacionalização e Programas da Associação Nacional de Estudantes de Medicina. *Regional Leader for the Planetary Health Report Card*. Formador pela Federação Nacional das Associações Juvenis e *Trainer* da *International Federation of Medical Students' Associations*.

Estefânia Paiva Martins

Médica Dentista, Cuidados Saúde Primários, Arouca – ULS de Entre o Douro e Vouga. Membro do Conselho Geral da Ordem dos Médicos Dentistas. Especialização Clínica em Patologia Oral pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Mestre em Medicina Dentária

pela Universidade Fernando Pessoa. Membro da Associação Portuguesa de Médicos Dentistas dos Serviços Públicos (APOMED-SP). Licenciada em Biologia pela Universidade de Aveiro. Mestre em Genética Forense pela Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.

Filipa Alves da Costa

Especialista em Saúde Pública e Política de Saúde centrada nas populações marginalizadas. Representante do Gabinete da Ministra da Saúde. Professora Auxiliar com Agregação da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. Líder do grupo de investigação em “Saúde Pública e Uso do Medicamento” do Instituto de Investigação do Medicamento (iMED). Entre 2020 e 2025, foi consultora da Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional para a Europa, no programa Saúde nas Prisões.

Firmino Machado

Médico Especialista em Saúde Pública, Doutoramento em Saúde Pública. Desempenha as funções de Diretor do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Aveiro; Vice-Presidente do Centro Académico Clínico Egas Moniz *Health Alliance*; Diretor da Unidade de Gestão de Planeamento, Inovação e Saúde das Populações da Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho. Membro do Conselho Nacional de Saúde.

Gabriele Pastorino

Consultor sobre Sistemas de Saúde na sede da OMS em Genebra. Economista com 20 anos de experiência internacional em sistemas e políticas de saúde. Lidera o trabalho global sobre participação social para a cobertura universal de saúde e bem-estar, apoiando a implementação da resolução sobre este objetivo aprovada na Assembleia Mundial de Saúde.

Gisela Leiras

Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Especialista em Saúde Pública. Chefe da Divisão de Literacia em Saúde e Bem-estar da Direção-Geral da Saúde.

Gonçalo Figueiredo Augusto

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Saúde Pública pela *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (2014) e Doutor em Saúde Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade NOVA de Lisboa (2020). Professor Auxiliar Convidado na ENSP NOVA. Membro da equipa do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde. Colabora com o CNS desde 2019, como perito em Saúde Pública.

Humberto Alexandre Martins

Farmacêutico. Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Coimbra e MBA pela AESE Business School. Consultor Independente em Estratégia, Transformação, Inovação e Sustentabilidade em Saúde e Medicamentos. Presidente da Direção Regional Sul e Regiões Autónomas da Ordem dos Farmacêuticos.

Isa Alves

Mestre em Comunicação Política pela Universidade de Amsterdão, nos Países Baixos. Consultora da Organização Mundial de Saúde na área da participação social. Foi assessora do Conselho Diretivo do Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (2017–2019) e liderou os gabinetes de comunicação de organizações públicas do setor da saúde e do ensino superior: Alto Comissariado da Saúde (2006–2012), Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (2013–2017) e Conselho Nacional de Saúde (2017–2021).

Joana Faria Marques

Mestre em Medicina Dentária pela FMDUL (2009). Doutora em Medicina Dentária, Especialidade de Biologia Oral pela FMDUL (2015). Agregação em Medicina Dentária (2025). Professora Auxiliar com Agregação da FMDUL. Investigadora do Grupo de Investigação em Biologia e Bioquímica Oral da UICOB/FMDUL. Membro do Centro de Estudos de Medicina Dentária Baseada na Evidência da FMDUL. 32 artigos científicos publicados em revistas indexadas.

Joana Viveiro

Licenciada em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Coimbra. Pós-graduação em Gestão das Organizações Sociais pela AESE *Business School*. Diretora-Executiva da Plataforma Saúde em Diálogo. Deputada da última edição do *Health Parliament* Portugal – Comissão de Equidade e Sustentabilidade. Ligada à fundação de movimentos associativos de desenvolvimento local sustentável e de promoção da cidadania ativa junto das comunidades das regiões de menor densidade populacional.

João Pedro Grabulho

Licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto. Estudante da Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto. Dirigente Associativo na Associação de Estudantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desde 2023. Vice-Presidente da Associação de Estudantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desde 2024. Vice-Presidente da Federação Nacional de Associações de Estudantes de Enfermagem, desde 2024.

Joaquim Brites

Eletrotécnico e Gestor de profissão e de formação. Diplomas em Relações Interpessoais e Liderança de equipas. Membro da Direção da APN – Associação Portuguesa de Neuromusculares há 25 anos. Presidente da APN, desde 2012. Foi Presidente da Assembleia Geral da Aliança Portuguesa de Associação de Doenças Raras de 2012 a 2021. Membro do Patient Advisory Board do European Patient Advocacy Group (ePAG), da EURORDIS. Membro do Conselho Nacional da Saúde.

José Carlos Gomes

Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Professor Coordenador do Instituto Politécnico de Leiria, Investigador integrado no ciTechCare – *Center for Innovative Care and Health Technology* do Instituto Superior Politécnico de Leiria. Perito do Conselho Nacional de Saúde.

José Mendes Nunes

Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar (reformado). Mestre em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta. Doutorado em Medicina, Especialidade de Clínica Geral, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Assistente Convidado da **NOVA Medical School** de 2005 a 2013 e Professor Auxiliar Convidado de 2013 a 2023. Docente do Curso de Pós-Graduação de Literacia em Saúde do ISPA. Subdiretor-Geral da Saúde de 1999 a 2002.

Leonor Correia

Fisioterapeuta. Licenciada em Fisioterapia pela Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA). Pós-graduada em Fisioterapia Respiratória pela ESSA. Presidente da Direção da Associação Nacional de Jovens na Fisioterapia (ANJF). Representante dos Jovens Fisioterapeutas na Plataforma de Jovens Profissionais de Saúde.

Leonor Quelhas Pinto

Nutricionista, Pós-Graduada em Comunicação em Saúde Pública. Mestranda em Saúde Pública na ENSP NOVA de Lisboa. Vogal da Direção do Conselho Nacional de Juventude. Colabora com a Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar da Direção-Geral da Saúde, sendo ponto focal em vários projetos a nível nacional e internacional.

Liliana Gonçalves

Licenciada em Reabilitação Psicomotora (2009) pela Faculdade de Motricidade Humana em Lisboa – Universidade Técnica. Em 2016, foi redatora da Petição n.º 191/XIII/2.^a – “Criação do Estatuto do Cuidador Informal”. Atualmente, é Presidente da Associação Nacional de Cuidadores Informais. Trabalha como Diretora Técnica na Estrutura Residencial para Idosos na Cáritas Arquidiocesana de Évora.

Lucília Nunes

Professora Coordenadora Principal na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Coordena o Departamento de Enfermagem. Doutorada em Filosofia, com Agregação em Filosofia, Especialidade Ética, e em Enfermagem. Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Vice-Presidente do CNS.

Luísa Dias

Licenciada em Ciências da Nutrição pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP). Presidente da Direção da Associação Nacional de Estudantes de Nutrição (ANEN) e Vogal do Fórum Nacional de Estudantes de Saúde (FNES).

Maria do Céu Machado

Coordenadora do GT Intersetorial para o Plano das Doenças Raras. Professora Catedrática Jubilada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Presidente da Fundação Astra-Zeneca. Administradora não executiva do Gulbenkian Institute of Molecular Medicine. Bibliotecária da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Presidente da Associação dos Amigos do Hospital Santa Maria.

Maria João Mendes

Farmacêutica. Responsável pela área de Soluções em Saúde na Direção de Soluções e Evidência em Saúde da Associação Nacional das Farmácias (ANF). Principais áreas de atuação: desenvolvimento e implementação de serviços farmacêuticos; coordenação de projetos de intervenção nas farmácias; promoção da literacia em saúde junto da população. Coordena, ainda, a disponibilização de informação técnico-científica qualificada às farmácias.

Mariana Chaves Fernandes

Médica Dentista pela Universidade Fernando Pessoa (2019). Coordenadora da Iniciativa Comer Bem, Sorrir Melhor desde 2020, dedicando-se a intervenções comunitárias para a promoção da saúde oral. Especialista em gestão de informação e análise de dados na saúde pela Universidade Nova de Lisboa. Membro do Conselho Geral da Ordem dos Médicos Dentistas.

Miguel Coutinho

Psicólogo Clínico no Grupo HPA Saúde, consultor clínico da clínica Neurofocus e Skills for life. Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde. Licenciatura em Psicologia, Ramo Educacional, e Mestrado Integrado em Psicologia Clínica. Presidente da Delegação Regional do Sul da Ordem dos Psicólogos.

Mirieme Ferreira

Licenciada em Sociologia e Mestre em Saúde Pública pela ENSP NOVA. Coordena a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e o Projeto Seixal Saudável da Câmara Municipal do Seixal, ambos membros da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde. Colabora com a Fundação para a Saúde.

Nuno Sérgio Branco

Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros para o mandato 2024–2027. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, detém o título de Especialista do Ensino Superior na área de Enfermagem, Mestre em Ciências da Educação. É docente da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.

Patrícia Barbosa

Diretora de Serviços e Recursos Humanos na Associação de Apoio a Profissionais do Hospital Santa Maria e Presidente do Conselho de Administração da Fundação para a Saúde. Docente no ISCTE, na pós-graduação de Serviço Social na Saúde. Colaboradora na ENSP, área do Envelhecimento Ativo e Saudável. Formada em Política Social e Doutorada em Saúde Pública. Áreas de interesse: integração de cuidados e centralidade do cidadão, participação, literacia em saúde e envelhecimento.

Patrícia Silva Pereira

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Professora Coordenadora (ESEL). Doutorada em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pela ESEL. Mestre em Família e Sociedade pelo ISCTE. Membro do Conselho Nacional de Saúde.

Paulo Simões Peres

Estudante do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Atualmente, é Presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM), coordenando a atuação nacional da Federação. Foi, em 2024, Vice-Presidente para a Representação Externa e Federações Internacionais da ANEM, responsável pela representação internacional dos Estudantes de Medicina.

Ricardo Fernandes

Ativista na área do VIH. Licenciado em Línguas e Literaturas Modernas pela FLUL. É Diretor Geral Adjunto do GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos e foi Presidente do European AIDS Treatment Group (EATG). Coorganizou conferências nacionais e é coautor de estudos sobre estigma, diagnóstico e apresentação tardia do VIH.

Rita Espanha

Professora Associada com Agregação do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. Subdiretora do Departamento de Sociologia e Coordenadora ERASMUS. Investigadora do CIES-ISCTE, desenvolve atualmente pesquisas nas áreas da Comunicação, Tecnologias de Informação e Saúde, Literacia em Saúde e Saúde Digital. É autora de vários livros e artigos nas áreas da Saúde e Comunicação, Literacia em Saúde, Comunicação em Rede e Jovens e Media em Portugal.

Sérgio Viana

Psicólogo Clínico na ULS Guarda, integrando a Equipa de Cuidados Paliativos de Seia e a Unidade da RNCCI, e na Casa de Saúde de São Mateus – Hospital, em Viseu. Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde com Especialidades Avançadas em Psicologia Comunitária e Psicogerontologia. Pós-Graduado em Cuidados Paliativos e Fim de Vida; e Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Formador e Docente no Ensino Superior. Presidente da Delegação Regional do Centro da Ordem dos Psicólogos. Comissário da CPCJ de Seia.

Sílvia Caldeira

Professora Associada com Agregação na Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Diretora do Doutoramento em Enfermagem da UCP. Investigadora integrada do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP.

Sofia Crisóstomo

Farmacêutica e Especialista em Assuntos Regulamentares pela Ordem dos Farmacêuticos. Realizou estudos pós-graduados em farmacoeconomia (ISEG, Universidade de Lisboa) e economia da saúde (Universidade de York). Concluiu o Mestrado na área de estudos do desenvolvimento (ISCTE-IUL), com uma dissertação sobre a Participação das Pessoas que Vivem com VIH/Sida nas Políticas Públicas de Saúde. Doutoranda em Políticas Públicas (ISCTE-IUL).

Sofia de Oliveira Martins

Licenciada em Ciências Farmacêuticas (FFUL), Mestre em Saúde Pública (ENSP) e Doutorada em Farmácia (Farmacoepidemiologia) pela Universidade de Lisboa. Foi Coordenadora do Núcleo do Medicamento do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015–2016) e Vogal do Conselho Diretivo do INFARMED, I.P. de 2017 a 2019. Docente e investigadora na FFUL,

focando a sua atividade nas áreas da Saúde Pública, Legislação Farmacêutica e Políticas de Saúde. Presidente do Conselho Jurisdicional da S. R. do Sul e Regiões Autónomas da Ordem dos Farmacêuticos.

Sónia Romano

Farmacêutica, pós-graduada em avaliação económica de medicamentos pela Lisbon School of Economics & Management da Universidade de Lisboa e doutoranda em Saúde Pública, ramo economia da saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública. Coordenadora da área de geração de evidência do Centro de Estudos e Avaliação em Saúde, da Associação Nacional das Farmácias (CEFAR/ANF).

Teresa Moinhos

Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas | Nova Medical School (Universidade Nova de Lisboa) (2021). Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF da Baixa | ULS São José desde 2023. Atualmente, frequenta o Mestrado em Saúde Pública na ENSP NOVA.

Tiago Rafael

Estudante do 4.º ano do Mestrado Integrado em Medicina na FMUP. Vice-Presidente Externo da AEFMUP. Membro do Conselho de Representantes da FMUP e do Conselho para a Melhoria Contínua da Universidade do Porto. Experiência em representação estudantil a nível local, nacional e internacional, com foco em políticas de saúde, juventude e educação médica.

Victor Ramos

Médico. Especialista em Medicina Geral e Familiar. Pós-graduações em Saúde Pública e em Educação Médica. Foi médico de família no SNS de 1985 a 2020. Docente convidado na ENSP NOVA desde 1985 e na Universidade de Évora desde 2021, onde foi Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano no seu período de instalação, em 2021–2022. Presidente do Conselho Nacional de Saúde.

Conselho Nacional de Saúde – Conselheiros e Equipa de Apoio

ÁREAS DA SOCIEDADE	ENTIDADES	CONSELHEIROS
Presidente		Victor Ramos
Vice-Presidente		Lucília Nunes
Associações de utentes, incluindo associações de doentes	Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro - Acreditar	Margarida Cruz
	Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares - ADEB	Graça Moraes Rocha
	Associação Nacional AVC	Diogo Valadas Ponte
	Associação Portuguesa de Neuromusculares - APN	Joaquim Brites
	Associação Port. de Luta contra o Cancro do Pulmão - PULMONALE	Isabel Magalhães
	Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatoide - ANDAR	Arsisete Saraiva
Ordens profissionais	Ordem dos Biólogos	Cláudia Júlio
	Ordem dos Enfermeiros	Luís Filipe Barreira
	Ordem dos Farmacêuticos	Helder Mota Filipe
	Ordem dos Fisioterapeutas	António M. F. Lopes
	Ordem dos Médicos	Carlos Cortes
	Ordem dos Médicos Dentistas	Miguel Pavão
	Ordem dos Médicos Veterinários	Pedro Fabrica
	Ordem dos Nutricionistas	Liliana Sousa
Autarquias locais	Ordem dos Psicólogos	Miguel Ricou
	Associação Nacional de Municípios Portugueses - ANMP	Alfredo Monteiro
Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas	Associação Nacional de Freguesias - ANAFRE	Jorge Veloso
	Universidade de Aveiro	Firmino Machado
Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos	Universidade Católica Portuguesa	J. M. Pereira de Almeida
	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	Patrícia Silva Pereira
Região Autónoma dos Açores	Instituto Politécnico de Coimbra	Hélder Santos
Região Autónoma da Madeira	Direção Regional da Saúde (Divisão de Apoio à Prestação de Cuidados em Saúde e Licenciamentos)	Fabiana Silva
Comissão Permanente de Concertação Social	Diretor Regional de Saúde	Herberto Jesus
	CGTP-Intersindical Nacional	José Carlos Martins
	União Geral de Trabalhadores - UGT	Dina Carvalho
	Confederação Empresarial de Portugal – CIP	A designar
	Confederação de Turismo de Portugal	Alexandra Mota Antunes
Conselho Nacional para a Economia Social	Confederação do Comércio e Serviços de Portugal Associação Nacional de Farmácias - ANF	Ana Tenreiro
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida		Humberto Carneiro
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida		Carlos Maurício Barbosa
Apoio ao CNS		
Peritos de apoio		António Melo Gouveia
		Bárbara Aranda da Silva
		Gonçalo Figueiredo Augusto
		José Carlos Gomes
Ligação ao Gabinete da Ministra da Saúde		Filipa Alves da Costa
Secretaria-Geral do Ministério da Saúde		Patrícia Henriques/ Ana Marreiros

