

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO:
DE UTENTE-CONSUMIDOR
A CIDADÃO CORRESPONSÁVEL

CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN:
DE USUARIO-CONSUMIDOR
À LA CIUDADANÍA CORRESPONSABLE

CITIZENSHIP AND PARTICIPATION:
FROM USER-CONSUMER
TO CO-RESPONSIBLE CITIZEN

Manuel José Lopes - Doutor em Ciências de Enfermagem, Universidade de Évora, Coordenador da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Portugal

RESUMO

Este pretende ser um contributo para a discussão da mudança sustentada do sistema de saúde enquanto estrutura essencial ao bem-estar e desenvolvimento de qualquer sociedade moderna. Apresenta-se uma análise crítica relativa à participação dos cidadãos no sistema de saúde. Propõe-se, de forma sumária, uma evolução paradigmática de utente-consumidor a cidadão corresponsável, através da conjugação do conceito de coprodução, das estratégias locais de saúde e da incorporação das tecnologias de informação e comunicação.

INTRODUÇÃO

Atualmente a quase a totalidade dos países que estruturam os seus sistemas de saúde com base nos modelos bismarckiano ou beveridgeano discutem a sua adequabilidade ao atual contexto de desenvolvimento humano e social. O principal motivo que desencadeou esta discussão parece ter sido a atual crise financeira e económica. De facto, os indicadores disponíveis mostram que no período de uma década (2000-2009) ocorreu um acentuado crescimento médio anual dos gastos em saúde per capita, sendo que esse crescimento foi bruscamente interrompido, principalmente nalguns dos países mais atingidos pela crise, onde os cortes nos gastos em saúde atingiram valores muito expressivos⁽¹⁾. Esses cortes têm vindo a traduzir-se, por um lado, na redução nos serviços ou na sua qualidade, por outro, no acréscimo da contribuição individual para os gastos em saúde. Concomitantemente parece, em alguns contextos, estar a assistir-se também a uma verdadeira racionalização dos serviços.

No auge da crise e na emergência da resposta às exigências externas corremos o risco de desaproveitar a oportunidade ficando pelos cortes mais ou menos cegos e não fazendo a mudança refletida que o sistema exige. Ora o momento exige uma mudança que chame todos os atores a assumirem as suas responsabilidades. Mas para isso, precisamos de ter uma visão mais ampla do sistema de saúde e dos bloqueamentos que o constroem na sua capacidade de resposta às atuais necessidades das populações. Começemos por estas.

PERSPETIVA HISTÓRICA E CRÍTICA

É já um lugar comum referirmo-nos às profundas alterações demográficas da população do mundo ocidental, mas não só. A um decréscimo acentuada das taxas de natalidade, associou-se um acréscimo constante da esperança média de vida, resultando daí um envelhecimento acentuado da população, o que, em boa verdade se constitui como uma conquista civilizacional. Na prática o *baby boom* transformou-se em *elder boom*. Este processo, mas também a melhoria das condições de vida e dos cuidados de saúde, entre outros, induziram uma alteração dos quadros nosológicos com a diminuição e/ou reconfiguração das doenças infecciosas e o incremento das doenças crónicas.

Simultaneamente assistimos a um processo de urbanização acentuado, movimentos migratórios rápidos e de todos os tipos, alterações do mercado de trabalho, da estrutura familiar, dos padrões comportamentais com reflexos na saúde e incremento das exigências aos serviços públicos.

Ou seja, quase tudo mudou desde que o atual modelo de sistemas de saúde foi criado. E o modelo em si mesmo como é que evoluiu? Diria que na essência manteve as suas características. Analisaremos apenas uma das muitas dimensões que poderiam ser invocadas.

Centremo-nos na participação do cidadão em qualquer dos níveis do sistema de saúde. Aquela, pode dizer-se, estava prevista desde o relatório Beveridge⁽²⁾. Mais tarde foi reafirmada quer por força do relatório Lalonde⁽³⁾, quer principalmente das conclusões da Conferência Internacional para os cuidados de Saúde Primários, de Alma-Ata⁽⁴⁾, onde na declaração final se afirmava que os cuidados de saúde primários deveriam ser a trave mestra do sistema e que estes deveriam caracterizar-se por serem “universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, **com a sua total participação**, a um custo comportável para os países”. Alguns anos mais tarde a Carta de Ottawa⁽⁵⁾ reforça a importância das ações na comunidade e da capacitação das pessoas para que se possam tomar decisões inteligentes sobre a saúde.

Diversos outros documentos evidenciam a importância da participação do cidadão nas decisões em saúde, de tal modo que poderíamos afirmar que, conceptualmente, todos estamos de acordo com esse princípio. Mas então perguntar-se-á, o que foi feito e com que resultados?

Ao nível da União Europeia a organização *Active Citizenship Network*⁽⁶⁾ propôs em 2002 a Carta Europeia dos Direitos dos Doentes. Não deixando de realçar o ato em si mesmo como exemplo de participação nas decisões em saúde, curiosamente aquele documento apresenta-nos um conjunto de 14 direitos do doente enquanto consumidor de saúde.

Em Portugal foi dado um primeiro passo através da criação do Gabinete do Utente (Despacho Ministerial n.º 26/86 de 24 de julho), em todos os hospitais e centros de saúde, destinado a receber as sugestões e reclamações dos utentes dos serviços de saúde. Também neste caso prevalece uma perspetiva de utente-consumidor. Mais tarde a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), aborda a questão dos direitos dos doentes ainda que de forma vaga e geral, não havendo referências concretas à participação e modo de a efetivar. A Carta dos Direitos dos Doentes (disponível no site da Direção Geral de Saúde) é um documento em tudo sobreponível com a Carta Europeia atrás referida, ou seja, com um claro enfoque numa perspetiva de utente-consumidor.

Em 1998 é pela primeira vez apresentado um documento fundamental (*Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século (1998-2002)*) onde, entre diversos outros aspetos, se equacionam as então denominadas Estratégias Locais de Saúde, nas quais os cidadãos teriam um importante papel. Pode dizer-se que estas estratégias iniciaram o seu desenvolvimento com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Alguns e importantes passos adicionais foram dados através da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro), então apresentados como o pilar fundamental do sistema de saúde. Com esta reforma assiste-se a uma evolução notável do conceito de utente-consumidor para o de cidadão. Consequentemente, no âmbito dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), são criados o Gabinete do Cidadão e o Conselho da Comunidade. O primeiro tem como missão “promover e desenvolver o exercício dos direitos e deveres dos cidadãos, incentivando a sua participação na definição de prioridades, estratégias e ações do ACES, bem como na organização e funcionamento dos serviços”⁽⁷⁾. Por sua vez os Conselhos da Comunidade são considerados um órgão de Gestão dos ACES, integrando diversos representantes da comunidade desde as autarquias a associações de doentes.

Apesar destas evoluções, pergunta-se, quais os resultados? Existe efetiva participação dos utentes? Quais as mais valias introduzidas nos resultados em saúde, quer de um ponto de vista individual quer comunitário? Qual a perspetiva dos cidadãos relativamente a estas evoluções?

Gonçalves, Alves e Ramos⁽⁸⁾ identificaram um conjunto de tensões e “gaps” no sistema de saúde de entre os quais destaco o “gap” “entre as expectativas de participação nas decisões de saúde e a efetiva participação na tomada dessas decisões”. De facto, este “gap” pode ser encarado a partir de duas perspetivas diferentes. Por um lado, na perspetiva do sistema e dos seus atores tradicionais (i.e., profissionais de saúde em sentido amplo), devendo neste caso interrogarmo-nos: os profissionais de saúde, tradicionais detentores de saber/poder,

criam espaço para a participação na decisão em saúde aos mais diversos níveis? Ou seja, o cidadão tem espaço para decidir acerca da sua saúde, da saúde da sua família e da sua comunidade, inserido no contexto de uma equipa de saúde? De acordo com o *Europatient Empowerment Index* (2012), existe uma diferença considerável na área dos direitos dos pacientes, da informação e da participação, entre os países do sul da Europa e os da Europa Central e do Norte. Neste índice, que analisa variáveis como direitos dos doentes e informação, acessibilidade, resultados, nível de prevenção e alcance dos serviços prestados e produtos farmacêuticos, Portugal situa-se num modesto 25º lugar.

Por outro lado, podemos também perguntar, e os utentes demonstram que querem essa participação? De acordo com alguns estudos conduzidos ao nível da União Europeia, 51% dos utentes manifestaram preferência pela partilha da tomada de decisão; 26% admitiram preferir o modelo paternalista e 23% declararam preferir autonomia na decisão⁽⁹⁾.

Relativamente a Portugal, Barros e Almeida Simões⁽¹⁰⁾ afirmam que apesar de algumas iniciativas interessantes tomadas para incentivar o envolvimento dos pacientes, com a finalidade de encorajar a população a assumir a responsabilidade pela própria saúde e obter uma melhor qualidade dos cuidados prestados, a participação ainda continua confinada às referências legislativas e intenções anunciadas nos documentos.

Por sua vez e com base num estudo exploratório de Lobo⁽¹¹⁾ sobre o processo de participação comunitária e o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, conclui-se que o grau de participação comunitária nos cuidados de saúde primários não é considerado satisfatório devido a, falta de informação e conhecimento sobre os projetos e as atividades realizadas pelos Centros de Saúde; falta de confiança nas próprias capacidades; perceção de não ter a força e a capacidade de provocar mudanças no âmbito dos serviços de saúde tradicionalmente dominados pelo poder profissional; e inadequada estrutura organizacional existente no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Muitos e diversos outros exemplos poderíamos invocar, mas de entre os que encontrámos podemos afirmar que todos apontam no mesmo sentido: existe um consenso conceptual da importância da participação dos cidadãos aos mais diversos níveis da decisão em saúde; têm-se desenvolvido alguns mecanismos legislativos que a preveem; existem do ponto de vista organizacional e dos profissionais de saúde diversas barreiras a essa participação; existem do ponto de vista dos cidadãos evidências que parecem contraditórias, por um lado, aparentam demonstrar satisfação com o que lhes é oferecido, por outro, indiciam vontade de participar mais. Face ao exposto, o que fazer?

UMA PROPOSTA DE MUDANÇA

Diríamos para começar que não há fórmulas mágicas que de forma rápida e indolor alterem o atual cenário. Todavia, se todos concordarmos que a participação dos cidadãos nas decisões relativas à sua saúde, da sua família e da sua comunidade é um direito fundamental e que daí podem advir diversas vantagens que nos ajudarão a ultrapassar alguns dos atuais constrangimentos do sistema de saúde, então não nos resta outra saída se não encontrar um mecanismo que a concretizem. Consideramos que estão já disponíveis todos os instrumentos para a criação desse mecanismo ou plataforma. Passamos a explicar.

É claro para nós que a evolução paradigmática de utente-consumidor a cidadão corresponsável é para aprofundar e desenvolver. Isto significa que todos os mecanismos organizacionais e/ou instrumentais devem ser aproveitados para atingir esse desiderato. De entre esses mecanismos faremos uma breve referência apenas a três: o *conceito de coprodução* conjugado com as *estratégias locais de saúde* e com as *tecnologias de informação e comunicação* aplicadas à saúde. Defendemos que da conjugação destes três mecanismos podem resultar benefícios com repercussões ao nível dos resultados em saúde, sustentabilidade do sistema, satisfação do utente, entre outros.

O conceito de coprodução ou a evolução para o paradigma do cidadão corresponsável

O conceito de coprodução começou por ser apresentado na década de 70 do século passado pelo prémio Nobel da Economia Elinor Ostrom e seus colegas. Este economista tentava explicar por que razão a prestação de serviços centralizado através de grandes instituições era menos eficaz do que o que tinha sido previsto. Mais tarde Edgar Cahn transformou este conceito académico numa agenda prática de mudança do sistema, nomeadamente através da criação de “*dólares de tempo*” e “*bancos de tempo*”.

Atualmente podemos definir coprodução como prestação de serviços públicos numa relação de igualdade e reciprocidade entre os profissionais, as pessoas que utilizam os serviços, suas famílias e seus vizinhos. Quando as atividades são coproduzidas desta forma, os serviços e os bairros tornam-se agentes muito mais eficazes de mudança⁽¹²⁾. De acordo com Bovaird⁽²⁾ o conceito de coprodução é um conceito revolucionário nos serviços públicos na medida em que coloca o cidadão e a comunidade no centro do processo de decisão.

O conceito de coprodução assenta em seis princípios fundamentais, a saber:

1. **Ativos:** transforma a perceção das pessoas de recetores passivos de serviços e encargos para o sistema numa outra onde são parceiros iguais na conceção e prestação de serviços.

2. **Capacidade:** altera o modelo de prestação de serviços públicos de uma abordagem centrada no défice para outra que reconhece e promove o desenvolvimento das capacidades das pessoas e apoia-as ativamente para as usarem em favor do indivíduo e da comunidade.
3. **Reciprocidade:** oferece às pessoas uma gama de incentivos para se envolverem, permitindo-lhes trabalhar em relações de reciprocidade com os profissionais e com outros cidadãos, num contexto de mútua responsabilidades e expectativas.
4. **Redes:** cria redes que envolvem os cidadãos e os profissionais como a melhor forma de transferir conhecimento.
5. **Esbatimento de papéis:** remove os limites bem definidos entre os profissionais e os beneficiários, e entre produtores e consumidores de serviços, reconfigurando as formas através das quais os serviços são desenvolvidos e prestados.
6. **Catalisadores:** capacita os serviços públicos para se tornarem facilitadores em vez de prestadores únicos e centrais.

McLaughlin⁽¹³⁾, defende que se este conceito estiver no âmago da organização de um novo sistema de saúde, este será mais produtivo e mais sustentável, porque assenta numa redefinição radical da parceria entre o sistema de saúde/profissionais de saúde, por um lado, e os cidadãos/consumidores de saúde, por outro. Entende que o atual conceito de coprodução evidencia uma nova ordem que integra uma posição prática que consiste numa parceria coprodutiva dialógica e dialética que identifica interesses partilhados, mais do que interesses conflitantes entre profissionais de saúde e cidadãos⁽¹⁴⁾.

Este conceito propõe uma profunda alteração da relação dos consumidores de saúde com o sistema, transportando-os de uma perspetiva exterior para uma outra interior ao sistema de saúde. Isto obriga a que todo o processo de produção de cuidados se modifique implicando uma alteração que vai da dimensão organizacional dos serviços de saúde às novas competências que os profissionais precisarão de desenvolver para tornar este modelo efetivo.

A investigação fornece-nos já alguns resultados relativos à utilização de estratégias de coprodução. Referiremos apenas algumas.

Os grupos de suporte de leigos de autocuidado são um bom exemplo de educação por pares usados para ensino de competências de autocuidado e que os mesmos são efetivos no incremento da autoeficácia e dos níveis de energia entre doentes com doenças de evolução prolongada e é provável que sejam custo eficazes num período superior a seis meses⁽¹⁵⁾. Custo-efetividade dos Programas de Doentes Peritos e verificaram uma sensível redução de custos por pessoa, demonstrando que este programa é uma alternativa custo-efetiva

aos cuidados tradicionais a pessoas com doenças de evolução prolongada⁽¹⁶⁾. Por sua vez Joosteen *et al.*⁽¹⁷⁾ desenvolveram uma revisão sistemática, usando apenas RCTs, comparando a diferença entre o impacto das decisões partilhadas e não partilhadas em doentes de evolução prolongada. Concluíram que a tomada de decisão partilhada pode ser utilizada de forma eficaz para chegar a acordo sobre decisões de longo prazo no tratamento de pessoas com doenças crónicas. Por última referência para os Programas de Parceria Enfermeira-Família nos EUA os quais foram avaliadas por um período superior a 15 anos, tendo-se constatado uma redução do abuso e negligência de crianças em 48%, de prisão de adolescentes de 61% e de “comportamento incorrigível” por 90%. Analisado em escala traduz-se num benefício no valor de cinco vezes o investimento e uma economia no gasto público de cerca de 41.000 dólares por criança envolvida (ver <http://www.nursefamilypartnership.org/>).

Para concluir a apresentação deste conceito referir que de acordo com Boyle e Harris⁽¹⁸⁾ a coprodução tem condições para criar a mais importante revolução nos serviços públicos desde o Relatório Beveridge.

As Estratégias Locais de Saúde

Relativamente ao conceito de estratégias locais de saúde podemos defini-lo como o conjunto de metas de saúde, parceiros sociais (comprometidos), atividades (efetivas na concretização dessas metas), e de recursos (existentes ou mobilizáveis) capazes de melhorar o estado de saúde da comunidade, num contexto de elevada complexidade⁽¹⁹⁻²²⁾. Os mesmos autores acrescentam que as referidas estratégias são essencialmente um “motor de mudança” local. De acordo com os elementos apresentados rapidamente se percebe a proximidade entre este conceito e o anteriormente referido (i.e., coprodução). Ambos pressupõem participação ativa de todos os atores e ação local coordenada.

As tecnologias de informação e comunicação (TIC) aplicadas à saúde

As TIC podem ser definidas como ferramentas que facilitam a comunicação e o processamento e transmissão de informações por meios eletrónicos. As TIC estão cada vez mais presentes na vida de todos, pelo que as questões relativas à literacia que as mesmas exigem são cada vez menos um problema. As TIC “invadiram” os meios clínicos e neste momento, estão presentes em todas as áreas desde as administrativas (clínicas e não clínicas) até ao dia-a-dia de todos os profissionais de saúde, através dos instrumentos que usam ou dos gestos que empreendem. De tal modo que é já possível elencarem-se um conjunto de benefícios que advêm do seu uso, nomeadamente:

- 1 – **Promovem a disseminação** de informações de saúde pública e facilitam o discurso público e diálogo em torno das grandes ameaças à saúde pública;

2 – **Permitem consulta remota**, diagnóstico e tratamento através da telemedicina e tele-homecare;

3 – **Facilitam a colaboração e cooperação** entre os profissionais de saúde, incluindo a partilha de abordagens de aprendizagem e de formação;

4 – **Tornam a investigação em saúde** mais eficaz e facilitam a divulgação e acesso a resultados da investigação;

Deste modo pode-se afirmar que as TIC têm potencial de impacto sobre muitos aspetos do sector da saúde. A capacidade das comunidades para acederem aos serviços de saúde é influenciada pela maior informação e os processos de comunicação, mediada pelas TIC.

O próximo passo neste desenvolvimento consiste na bidireccionalidade de comunicação entre profissionais/serviços e utentes, todos com acesso não só aos *outputs*, mas também aos *inputs*.

EM JEITO DE CONCLUSÃO

Das ideias aqui apresentadas resulta claro que a participação do cidadão, apesar de preconizada e defendida, quer por razões de princípio, quer de resultados em saúde, está longe de ser uma realidade amplamente difundida e presente na organização do sistema de saúde e no dia-a-dia dos cuidados de saúde a todos os níveis. Todavia, por forças das circunstâncias financeiras e económicas que estamos a atravessar, mas também das múltiplas alterações demográficas e sociais ocorridas, impõe-se uma alteração de paradigma. A alteração que aqui propomos consiste na transição de utente-consumidor a cidadão corresponsável através da utilização integrada de instrumentos já existentes, a saber: a coprodução, as estratégias locais de saúde e as tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde.

Basicamente preconiza-se um sistema no qual o cidadão é coator em todas as decisões de saúde, quer as de natureza individual, quer familiar e comunitária. Esse modelo terá tanta mais possibilidade de êxito quanto mais for baseado em estratégias locais, adequadas a realidades concretas e com recursos integrados. Todo este processo pode agora ser muito mais facilitado se baseado nas TIC, com estas a facilitarem a circulação de informação, o acesso aos recursos e a autogestão dos processos de saúde-doença.

BIBLIOGRAFIA

1. OECD. *Health at a Glance: Europe 2012*. Paris (FR): OECD Publishing; 2012. DOI: 10.1787/9789264183896-en
2. Beveridge, W. *Social Insurance and Allied Services*. London (GB): HMSO.1942. 1-20 p.
3. Lalonde, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa (CA) : Ministry of Supply and Services Canada; 1974. 1-76 p.
4. World Health Organization. *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Cazaquistão (KZ): World Health Organization; 1978.
5. World Health Organization. (1986) *Health promotion santé: charté d'Ottawa*. Ottawa (CA): WH O; 1986 Nov 17-21.
6. Active Citizenship Network (IT). *European Charter of Patients' Rights*. Rome (IT): Active Citizenship Network; 2002. 1-10 p.
7. Ministério da Saúde (PT). *Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (2011) - Orientações para a Organização e Funcionamento dos Gabinetes do Cidadão nos ACES*. Lisboa (PT): Administração Central do Sistema de Saúde. 2011.
8. Gonçalves C, Alves I, Ramos V. *Cidadão e saúde: Da resposta a necessidades à gestão de expectativas, incluindo o papel dos media*. *Saúde-em-Rede*. 2010 Mar: 1-18.
9. Barros PP, de Almeida Simões J. *Portugal: Health system review*. *Health Systems in Transition*. 2007; 9(5): 1-140.
10. Boyle D, Harris M. *The Challenge of Co-Production: How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services*. London (BG): Nesta; 2009. 1-23 p.
11. Lobo L. *Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários*. *Aná. Psicológica* [Internet]. 2008 [citado em 24 mar 2013]; 26(.2): 367-371. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a17.pdf>
12. Nesta's People Powered (GB). *People Powered Health Co-production Catalogue*. London (BG): Nesta; 2012. 1-88 p.
13. McLaughlin H. 'Partnerships: Panacea or Pretence?'. *Journal of Interprofessional Care*. 2004; 18(2):103-113.

14. Dunston R, Lee A, Boud D, Brodie P, Chiarella M. Co-Production and Health System Reform – From Re-Imagining To Re-Making. *The Australian Journal of Public Administration*. 2009; 68(1):39–52.
15. Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Richardson G, Gardner C, Gately C, Rogers A. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2007 [Citado em 24 mar 2013]; 61(3) 254-261. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech.2006.053538>
16. Richardson G, Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Gardner C, Gately C, Rogers A. Cost effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for patients with chronic conditions. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2008 [Citado em 24 mar 2013]; 62:4 361-367 Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech.2006.057430>
17. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert, GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2008; 77(4): 219-226.
18. Bovaird, T. 2007. 'Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services.' *Public Administration Review* 67(5):846–860.
19. Santos AI, Dias C, Gonçalves C, Sakellarides C. Estratégias Locais de Saúde. UNL-Escola Nacional de Saúde Pública (BR); 2010.
20. Christopher JL, Murray KK, Nicole V. Cross-National Comparisons: Perspective: People's Experience Versus People's Expectations. *Health Aff* [Internet]. 2001 [Citado em 24 mar 2013]; 20(3) : 21-24; Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.21>
21. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2012 Report [Internet]. Danderyd (SE): Health Consumer Powerhouse; 2012 [Citado em 24 mar 2013]. 1-81 p. Disponível em: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>
22. McNamara K, Edit. Improving Health, Connecting People: The Role of ICTs in the Health Sector of Developing Countries. A Framework Paper. *infoDev* [Internet]. 2007 [Citado em 24 mar 2013]; (7): 2-65. Disponível em: <http://www.infodev.org/en/Publication.84.html>

Correspondência: mjl@uevora.pt