

A participação pública no sistema de saúde português:

a experiência dos Conselhos de comunidade **

**Public participation in the Portuguese health system:
the experience of community councils**

Mauro Serapioni*

RESUMO: O tema da participação tem assumido grande relevância no âmbito das democracias ocidentais. De facto, um dos temas centrais dos processos de reforma sanitária dos últimos vinte anos tem sido o reconhecimento da centralidade do utente e da importância da sua voz. Em Portugal, os últimos dois Plano Nacionais de Saúde (2004-2010 e 2012-2016) atribuíram muita importância à participação pública. O Decreto-Lei n.º 28/2008 instituiu os Conselhos de Comunidades nos Agrupamentos dos Centros de Saúde com o objetivo de aproximar os cuidados primários à comunidade e incentivar a participação de diferentes atores, tanto instituições como associações. Este artigo, após analisar as principais etapas do processo de reforma do sistema de saúde português, focaliza o tema da participação no sistema de saúde e faz o ponto da situação em relação à questão da participação em Portugal. Posteriormente, descreve-se a metodologia adotada no estudo dos Conselhos de Comunidade, assim como os resultados desta análise, realçando as características desse fórum de participação, as suas potencialidades e desafios, assim como os seus principais pontos críticos.

Palavras-chave:
Participação pública, Sistema de saúde, Cuidado primário de saúde, Portugal. .

I ntrodução

As experiências realizadas nos últimos anos, no âmbito de projetos de reforma e de melhoramento da qualidade dos serviços de saúde, têm evidenciado a existência de diversos modos de entender e implementar a participação dos cidadãos no sistema de saúde, que podem ser envolvidos de maneiras diversas. Uma dessas formas pode ser através da aplicação de um questionário

(**) Este artigo tem beneficiado do financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia de Portugal, nomeadamente do projeto individual de Mauro Serapioni (SFRH/BPD/98655/2013).

orientado para conhecer o seu grau de satisfação em relação aos serviços oferecidos ou através do estabelecimento de instâncias de escuta das necessidades e reclamações dos usuários, tais como a ouvidoria, a “janela do paciente”, entre outras formas de interação. Nestes casos, trata-se de exercícios bastantes pobres, sobretudo se o objetivo for desenvolver um espaço de “cidadania ativa” (CROUCH, 1999; SANTOS E AVRITZER, 2002). Um passo no sentido de melhorar o diálogo entre o sistema de saúde e os cidadãos pode passar pela implementação de uma estrutura de representação cidadã com o objetivo não só de avaliar a qualidade dos cuidados prestados, como também de participar na análise das necessidades e dos problemas de acesso das comunidades aos serviços de saúde, na elaboração de propostas de melhoramento e, em geral, nos processos de decisão sobre saúde.

Na última década, o debate sobre a participação tem apontado a necessidade de adotar novas abordagens para reforçar essa interação entre cidadãos e seus representantes, por um lado, e profissionais e gestores, por outro. Neste sentido, os métodos deliberativos têm recebido um interesse crescente enquanto estratégias inovadoras e capazes de fortalecer a participação cidadã. A democracia deliberativa assenta, assim, em processos de decisão baseados na discussão e análise – preferentemente em pequenos grupos – dos diversos argumentos colocados pelos participantes que neles participam livremente e dotados de iguais oportunidades para expressarem os seus pontos de vista (CHAMBERS, 2003; DELLI CARPINI *et al.*, 2004; GRÖNLUND *et al.*, 2014). Os métodos deliberativos representam uma forma de participação que oferece aos indivíduos iguais oportunidades para expressarem os seus pontos de vista, conhecerem e compreenderem as posições de outros participantes, identificarem as preferências e problemas partilhados até ser possível alcançar um juízo fundamentado sobre temas de relevância pública (ABELSON *et al.*, 2003; DRYZEK, 2009; LEHOUX *et al.*, 2009). A prática deliberativa supõe, portanto, obrigatoriamente, um processo coletivo de tomada de decisão, em que os participantes interessados na discussão dos temas enfrentados têm a oportunidade de convergir sobre uma opinião compartilhada, dando voz e relevância a todos os argumentos apresentados. Esta ideia de democracia deliberativa é, aliás, muito antiga, tendo, nos últimos anos, adquirido maior destaque graças à influência da obra de Habermas. Esta perspectiva tem vindo a suscitar um grande interesse no setor da saúde, onde também se tem vindo a perceber a necessidade de criar uma ‘esfera pública’ (HABERMAS, 1992) onde se incentive o diálogo entre os diferentes atores do sistema de saúde.

Em Portugal, como em outros países do Sul e Este da Europa, o envolvimento de pacientes, usuários e cuidadores nos processos de decisão do sistema de saúde é um fenómeno bastante novo. Foi o mesmo Plano Nacional de Saúde

2004-2010 que reconheceu a insuficiência de mecanismos de participação no sistema de saúde português e realçou a importância de colocar as pessoas no centro das decisões políticas. Assim, nos últimos dez anos foram levadas a cabo várias iniciativas com o propósito de incentivar a participação dos cidadãos. Porém, a participação pública ainda se limita a existir apenas enquanto lei e nas intenções dispostas em documento oficiais (BARROS *et al.*, 2011). Nesta situação caracterizada pela falta de canais de participação institucionais é absolutamente necessário reconhecer e fortalecer o papel e a importância das organizações da sociedade civil (associações de doentes, comissões de utentes, grupos de voluntariado, entre outras), pela sua potencialidade em influenciar, mais do que os cidadãos individualmente, todos os que tomam decisões no âmbito do sistema de saúde. Esse novo papel está configurando uma nova forma de ‘cidadania’ em saúde que considera o paciente não apenas como um beneficiário passivo dos serviços de saúde, mas como um ator consciente, com capacidade para participar ativamente nas decisões políticas.

Este artigo, após analisar as principais etapas do processo de reforma do sistema de saúde português, focaliza o tema da participação no sistema de saúde, fazendo o ponto da situação da questão da participação em Portugal. Posteriormente, descreve-se a metodologia adotada no estudo dos Conselhos de Comunidade, assim como os seus resultados dessa análise, realçando as potencialidades deste dispositivo, assim como os seus principais pontos críticos.

O processo de reforma do sistema de saúde português

Depois da Revolução Democrática de 1974, em Portugal, iniciou-se um processo de reestruturação dos serviços de saúde que culminou, através da Lei 56/1979, com a instituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O SSN reconhecia a direção unificada do sistema de saúde, a gratuidade, a gestão descentralizada e participada e o caráter supletivo do setor privado (SERAPIONI, 2010). O SNS, desde a sua instituição, em 1979, teve de enfrentar diversos problemas, dentre os quais, subfinanciamento, concentração de recursos no setor hospitalar, escassa coordenação entre atenção primária e secundária, falta de incentivos aos médicos para trabalhar no setor público e desigualdade no acesso ao serviço público devido a uma forte presença do setor privado (BENTES *et al.*, 2004). Para afrontar tal situação, nos últimos vinte anos, foi tomada uma série de medidas legislativas, as quais serão brevemente apresentadas. Uma etapa importante do processo de reforma foi norteada pela Lei Base de Saúde (Portugal, 1990) e pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (PORTUGAL, 1993), que incorporam alguns elementos das políticas neoliberais em voga neste período nos países ocidentais. O maior

papel atribuído ao setor privado na prestação de cuidados e no financiamento provocou uma diferenciação no acesso aos serviços de saúde e colocou novamente em primeiro plano o problema da equidade. Neste período foi também realizada uma primeira etapa do processo de regionalização do sistema de saúde através da criação de cinco Administrações Regionais de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

O período 1997-2002 caracteriza-se pela adoção de princípios do *New Public Management*, em coerência com o processo de reforma do governo britânico dirigido pelo Partido Trabalhista. Sucessivamente, entre 2002 e 2004, com o objetivo de tornar o sistema mais eficiente, foram aprovadas algumas normas dirigidas a reforçar o sistema de saúde misto, baseado nos pressupostos de complementaridade entre o setor público, social e privado. Em 2004 foi aprovado o novo Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PORTUGAL, 2004), através do qual o governo do Partido Socialista retoma o percurso de reforma que tinha encaminhado no final do milénio. São preconizadas diversas intervenções: a) um novo estatuto legal para os hospitais públicos e a reorganização da oferta de serviços hospitalares que implicou, por exemplo, a requalificação das salas de parto, provocando movimentos de contestação popular; b) ao nível dos cuidados primários foram criadas, em 2006, as primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF) e, em 2008, foram instituídos os sistemas locais de saúde (ACES – Agrupamento de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde), cuja missão é prestar cuidados primários à população de uma determinada área geográfica; c) foi instituída, em 2006, a rede de Cuidados Continuados Integrados para dar resposta às necessidades dos doentes crónicos e em situação de dependência, cuja situação de saúde não requer internamento hospitalar, mas intervenções sociais e de saúde de carácter preventivo, curativo ou paliativo. Como assinala o Observatório Europeu sobre Políticas e Sistemas de Saúde (BARROS, SIMÕES, 2007), o problema comum da maioria dos projetos de reforma é constituído pelo limitado grau de implementação, devido a múltiplos fatores: falta de participação dos cidadãos, descontinuidade das políticas de saúde, inércia da burocracia, etc.. Ainda hoje, o sistema de saúde português se caracteriza pela copresença de diversos subsistemas assistenciais: o Sistema Nacional de Saúde; um grupo de seguros públicos para funcionários do sector estadual; um consistente setor de seguros de saúde voluntários, além do sistema do desembolso direto (*out of pocket*) (BARROS *et al.*, 2011). Na opinião de Barros (2008), esta segmentação do sistema de saúde poderia acentuar as desigualdades em saúde. Neste sentido, a existência de uma proporção considerável da população desfrutando da dupla cobertura (estimada entre 20% e 25%), por meio de subsistemas públicos ou privados, indica a existência de desigualdades de acesso (BARROS *et al.*, 2011). De facto, entre as diversas prioridades estabelecidas, tanto no Plano Nacional de Saúde 2004-2010

como no Plano 2012-2016, cabe ressaltar as estratégias para reduzir o impacto dos determinantes sociais e para melhorar o acesso aos serviços de saúde, fatores-chave para a redução das desigualdades. Entre das prioridades estabelecidas pelo atual Plano de saúde (2012-2016) para dar impulso ao processo de reforma, importa assinalar as seguintes: a) consolidação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, para responder às novas necessidades sociais e de saúde da população que exige diferentes respostas para atender o aumento doentes crónicos ou com dependências funcional; b) extensão da cobertura das Unidades de Saúde Familiar para toda a população; c) promoção e multiplicação de mecanismos de participação do cidadão.

A participação dos cidadãos no Serviço Nacional de Saúde português

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 atribuiu muita importância à participação cidadã e tem reafirmado o compromisso do Ministério da Saúde em apoiar o desenvolvimento de diversos mecanismos para envolver pacientes, usuários e comunidades. Entretanto, o plano reconheceu a pobreza de mecanismos formais e informais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde e recomendou dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil. Ao mesmo tempo reconheceu que embora a legislação, já a partir dos anos 90, tivesse passado a garantir alguns mecanismos formais para encorajar a participação no sistema de saúde, na prática esses não têm sido implementados (PORTUGAL, 2004). A Lei de Bases da Saúde (Portugal, 1990) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (PORTUGAL, 1993), por exemplo, tinham previsto a participação dos cidadãos em várias instâncias: a) a nível central, no Conselho Nacional de Saúde, órgão de consulta do Governo, que inclui representantes dos usuários eleitos pela Assembleia da República; b) a nível regional, nos Conselhos Regionais de Saúde, órgãos consultivos das respetivas Administrações Regionais de saúde (ARS), do qual fazem parte representantes dos municípios; c) a nível sub-regional (concelho), através da existência de uma Comissão Concelhia de Saúde, cuja composição integra um representante do município e um representante dos interesses dos usuários, eleito pela Assembleia Municipal; d) a nível dos hospitais, nos Conselhos Gerais (Portugal, 1988), órgãos de participação e de consulta que incluía, entre outros, um representante da associação ou liga de usuários ou amigos do hospital; e) a nível de cuidados primários foram ainda criados os Conselhos Consultivos (Portugal, 1999) para assegurar a participação dos cidadãos e de instituições locais, públicas e privadas. Em relação ao *gap* entre discurso e prática participativa, o Observatório Europeu sobre Políticas e Sistemas de Saúde observa que,

apesar de algumas iniciativas interessantes tomadas para incentivar o envolvimento dos pacientes, com a finalidade de encorajar a população a assumir a responsabilidade em relação à sua própria saúde e obter melhor qualidade dos cuidados prestados, a participação ainda continua confinada às referências legislativas e a intenções anunciadas nos documentos (BARROS *et al.*, 2011). Nos últimos anos, várias iniciativas foram encaminhadas para incrementar o envolvimento e a confiança dos cidadãos no sistema de saúde: em cada uma das cinco administrações regionais (responsáveis pelo desenvolvimento de mecanismos de participação) foi instituído um observatório para promover um melhor uso dos serviços, oferecer um maior nível de satisfação e garantir um efetivo envolvimento dos cidadãos; foram ativadas linhas eletrônicas diretas entre usuários e respectivos médicos de família; foram criados procedimentos formalizados para apresentar queixas e reclamações; foram organizadas diversas reuniões consultivas com diferentes *stakeholders* (WHO-Europe, 2006); foram criados conselhos consultivos mistos (usuários, profissionais e políticos) para apoiar a gestão dos centros de saúde e hospitais; foram realizados vários estudos de avaliação da satisfação dos usuários dos Centros de Saúde (FERREIRA *et al.*, 2005; CABRAL e SILVA, 2009) e das Unidades de Saúde Familiar, que têm representado uma primeira estratégia de aproximação entre sistema de saúde e cidadãos. Entretanto, como assinala também o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, existe a necessidade de promover o “empoderamento comunitário e social através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo de interesse naquela comunidade” (PORTUGAL, 2004, p.66). De facto, as organizações da sociedade civil (associações de pacientes, de consumidores, de sindicatos dos idosos, etc.), apesar das históricas debilidades que as caracterizam (NUNES e MATIAS, 2007), são mais aptas do que os cidadãos isolados para desenvolver uma relação intensa e significativa com os representantes do sistema e influenciar o seu comportamento e atuações. Portanto, na ausência de canais de participação institucionais, é fundamental reconhecer e fortalecer o papel e a importância das organizações de pacientes pela sua capacidade de influenciar quem toma as decisões no âmbito do sistema de saúde (SERAPIONI e MATOS, 2014).

De acordo com os resultados do estudo exploratório de Lobo (2008, p. 369-70), o grau de participação comunitária nos cuidados de saúde primários não é considerado satisfatório por várias razões: a falta de informação e conhecimento sobre os projetos e as atividades realizadas pelos Centros de Saúde; a falta de confiança nas próprias capacidades; a percepção de não ter a força e a capacidade de provocar mudanças no âmbito dos serviços de saúde tradicionalmente dominados pelo poder profissional e a inadequada estrutura organizacional existente no âmbito dos cuidados de saúde primários.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 atribui, novamente, clara ênfase à centralidade do cidadão no âmbito do sistema de saúde, identificando a Cidadania em Saúde como um dos seus quatro eixos estratégicos, junto com Equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, Qualidade em saúde e Políticas saudáveis (PORTUGAL, 2012a). Para promover a Cidadania em saúde o plano indica uma série de instrumentos, tais como: informação, formação, consulta, auscultação e participação nas decisões. Sucessivamente, apresenta inúmeros exemplos de instrumentos para a informação e consulta, mas poucos dispositivos (apenas os Conselhos de Comunidade e os Conselhos Consultivos dos hospitais) são mencionados para promover a participação nos processos de decisão, refletindo a limitada experiência neste campo e a limitada presença de canais e métodos de participação no sistema de saúde português. Finalmente, o Plano menciona as boas práticas de *empowerment* e de participação da sociedade civil, destacando o papel importante que pode ser desenvolvido pelas Associações de doentes e as Comissões de utentes, assim como as Ligas dos amigos e os Grupos de voluntariado.

Ainda em Portugal, as associações de doentes começam a destacar-se como atores sociais de relevo no que toca à participação em saúde, desempenhando um papel extremamente pertinente na representação e defesa dos pacientes, apesar das suas várias limitações a este nível de atuação. Uma análise das experiências de doença rara e das associações em torno do parto destaca interessantes práticas de mediação desenvolvidas entre vários intervenientes no domínio da saúde, tais como profissionais, instituições prestadoras de cuidados, decisores políticos, comunidades científicas e essas associações (FILIPE *et al.*, 2014). Neste domínio, e dada a ausência de canais institucionais capazes de promover uma participação regular, tal como os dois últimos planos nacionais de saúde assinalam (Plano de 2004-2011 e de 2012-2016), tem-se mostrado fundamental o papel desempenhado por estas associações nos processos de decisão sobre saúde.

Tal como acontece em outros países do sul da Europa, encontramos em Portugal uma grande discrepância entre o que está estipulado na lei, sob o ponto de vista normativo, e a prática efetiva do sistema de saúde.

Metodologia do estudo

Desenho do estudo

Este estudo teve como objetivo avaliar se os CC realmente representam um espaço de participação pública efetiva, onde os representantes dos usuários e das comunidades locais foram capazes de captar as necessidades e

demandas dos pacientes, elaborar propostas e negociar com os representantes dos outros segmentos do CC as possíveis opções e ações para melhorar os serviços prestados. Para estudar o tema da participação social no campo dos sistemas de saúde português adotamos uma metodologia de pesquisa mista, baseada em técnicas de coleta de dados qualitativos e quantitativos. Esta abordagem permitiu entrar em contacto com um número significativo de ACES espalhados em todo o país, através do envio de um questionário via internet e, ao mesmo tempo, compreender e analisar alguns aspetos críticos referentes ao funcionamento e à dinâmica dos CC, através de entrevistas em profundidade com alguns informantes-chave.

Técnicas de coleta de dados

Relativamente à parte quantitativa da pesquisa, foi enviado um questionário a todos os diretores executivos dos 67 ACES, obtendo 24 respostas (35,82%), provenientes das cinco regiões continentais do país.

No que diz respeito à parte da pesquisa qualitativa, foram entrevistados nove informantes-chave, entre diretores executivos dos ACES, presidentes dos Conselhos de Comunidade, responsáveis da Administração Regional de Saúde, profissionais das Unidade de Saúde Familiar e representantes das Comissões de utentes.

Outro importante recurso metodológico utilizado neste estudo foi a análise documental que representou uma fonte de informação muito proveitosa para compreender aspetos relevantes da realidade analisada. Nesse sentido, foram identificados e analisados todos os documentos relevantes para o estudo (documentos produzidos pelo Ministério de Saúde (MS), pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), pela Escola Nacional de Saúde Pública, pelos ACES e pelas Associações de pacientes e Comissões de utentes). Documentação adicional foi recolhida durante toda a duração do projeto, incluindo planos de saúde nacionais, regionais e locais, assim como as informações divulgadas nos *sites dos ACES das ARS e do MS*. Juntamente com os resultados do questionário, esta documentação tem permitido identificar questões merecedoras de serem aprofundadas nas entrevistas com os informantes-chave. Na perspectiva da triangulação metodológica que tem norteado esta pesquisa, os resultados da análise documental foram cruzados com os dados advindos das entrevistas e do questionário.

Análise de dados

Para examinar o material qualitativo da nossa pesquisa, foi utilizada a análise temática, a partir da noção de tema utilizada na análise do conteúdo. Segundo

Bardin (1995, p. 106), o tema é utilizado como unidade de análise para estudar “motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências, etc.”. As entrevistas do nosso estudo foram transcritas integralmente e, sucessivamente, com o material obtido foi efetuada análise de conteúdo. Esta análise permitiu captar as representações sociais dos informantes a partir de alguns elementos constitutivos do discurso. O tratamento de forma metódica das informações permitiu analisar em profundidade o conteúdo das entrevistas e, ao mesmo tempo, satisfazer as exigências metodológicas que esta operação requereu.

No que se refere aos questionários, os dados coletados foram processados e analisados com recurso ao programa SPSS.

Resultado

Os Conselhos de Comunidades: origem, composição e características

Em coerência com as recomendações do Plano 2004-2010, várias iniciativas têm sido desenvolvidas no sentido de encorajar a participação cidadã no sistema de saúde. O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, instituiu, no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários, 68 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com o objetivo de reduzir as desigualdades de saúde e superar a tradicional situação de marginalização dos cuidados primários. Este decreto reconheceu a importância de envolver a comunidade e instituiu os Conselhos de Comunidades (CC) com o objetivo de aumentar a ligação dos cuidados primários aos cidadãos e incentivar, portanto, a participação dos diferentes atores locais nas decisões referentes a saúde e a organização dos serviços.

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que integram um centro de saúde e que prestam cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais: i) Unidades de saúde da família; ii) Unidade de cuidado de saúde personalizados; iii) Unidade de cuidado na Comunidade; iv) Unidade de saúde pública; v) Unidades de recursos assistenciais partilhados. Os ACES são “serviços desconcentrados” (PORTUGAL, 2008) das cinco Administrações Regionais de Saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve) e estão sujeitos ao seu poder de direção. Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem “Atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidado na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (PORTUGAL, 2008). O número de pessoas residentes na área

do ACES não deve ser inferior a 50.000 nem superior a 200.000. O ACES se compõe dos seguintes órgãos: Diretor executivo, Conselho executivo, Conselho clínico e o Conselho de Comunidade. O Conselho de Comunidade (CC), ou seja, a instância de participação prevista pelo Decreto-Lei 28/2008, é presidido por um representante indicado pelas câmaras municipais da área de atuação do ACES e é composto por representantes das seguintes entidades (PORTUGAL, 2008):

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

O CC reúne ordinariamente uma vez por semestre e, extraordinariamente, sempre que é convocado pelo seu presidente ou a pedido de dois terços dos seus membros. As deliberações são tomadas por maioria simples dos votos (PORTUGAL, 2008). Compete ao CC as seguintes atividades: a) dar parecer sobre os planos plurianuais e anuais de atividades do ACES, e respetivos orçamentos, antes de serem aprovados; b) acompanhar a execução dos planos de atividade, podendo obter do diretor executivo do ACES as informações necessárias; c) alertar o diretor executivo para factos reveladores de deficiência grave na prestação de cuidados de saúde; d) dar parecer sobre o relatório anual de atividades; e) assegurar a articulação do ACES, em matéria de saúde, com os municípios da sua área geográfica; f) propor ações de educação e promoção da saúde e de combate à doença; g) dinamizar as associações e redes de usuários, promotoras de equipas de voluntariado (PORTUGAL, 2008). Trata-se, obviamente, de um fórum de participação consultivo no qual os representantes das câmaras municipais e de outras entidades (associações de usuários, de voluntariado, etc.) são envolvidos para contribuírem com as suas opiniões e pontos de vista sobre determinados aspetos da organização e da gestão dos serviços locais de saúde. No entanto, o presidente do Conselho de Comunidade, que é também membro do Conselho executivo do ACES conjuntamente com o Diretor executivo e o Presidente

do Conselho clínico, no âmbito desse órgão, tem poder deliberativo, já que participa no processo de tomada de decisões.

Entretanto, em 2012, a nível nacional houve um processo de concentração dos ACES e os CC acompanharam esta reorganização, passando de 67 para 46 (PORTUGAL, 2012b). Esta reestruturação obrigou a um novo começo. De facto, a atividade dos CC, ainda antes de ocorrer o processo de fusão dos ACES, era muito incipiente e, tal realidade, em conjunto com as alterações acentuadas nas estruturas dos ACES, condiciona ainda hoje o seu desenvolvimento e o potencial de participação do cidadão (SERAPIONI *et al.*, 2014).

Potencialidades, desafios e pontos críticos dos Conselhos de Comunidade

Embora tratando-se de uma experiência recente e ainda em fase de implementação, os CC representam um dos poucos canais de participação disponibilizados pelo sistema de saúde, no âmbito dos cuidados primários, para promover a participação cidadã, tanto através de representantes das comunidades locais, como de representante das associações de usuários e de voluntariado. Porém, o processo de reforma dos cuidados de saúde primários não aconteceu em simultâneo e, conseqüentemente, também os CC alcançaram resultados bastantes distintos nas cinco regiões do país. Na região centro, por exemplo, de acordo com o relato de um representante da Administração Regional de Saúde, *“o nível de participação não é homogéneo e, em alguns casos, o Conselho de Comunidade ainda não foi constituído”*. Entretanto, é preciso assinalar, como realça o mesmo informante, que *“em Portugal não há muita tradição e experiências de empowerment”*.

O processo de constituição, e as primeiras reuniões dos CC, tiveram um papel importante na sensibilização dos atores que normalmente não participam na esfera de decisão sobre as questões da saúde. Numa pesquisa de caráter nacional, realizada pelo Centro de Estudos Sociais e pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra foi possível analisar com detalhe o processo de constituição dos CC e reunir informações sobre o seu funcionamento, a sua composição e os principais obstáculos que se lhe interpuseram na primeira fase de implantação. A maioria dos ACES (quase 80% dos que responderam ao inquérito) já tinha constituído os respetivos CC, embora somente 65% estivessem funcionando, sendo que os restantes CC nunca se tinham reunido. Entre as barreiras identificadas durante o processo de constituição e de desenvolvimento dos Conselhos, cabe destacar as seguintes: i) inércia das entidades na nomeação dos representantes; ii) dispersão geográfica entre os elementos constituintes do CC; iii) influência

excessiva das autarquias; iv) falta de associações de usuários para constituir o CC; v) interesses corporativos dos representantes (SERAPIONI *et al.*, 2014).

Na mesma linha se inserem os resultados de outra pesquisa realizada em 2011 e cujo objetivo era monitorar o processo de implantação dos cuidados de saúde primários e avaliar, apesar do desenvolvimento ainda incipiente, as potencialidades dos CC em promover a cidadania em saúde e formas mais efetivas de participação dos cidadãos (RAMOS e BARBOSA, 2011). Porém, os resultados da pesquisa realçaram as dificuldades dos CC em dinamizar as ligas de amigos, as associações de doentes e, no geral, as redes de utentes. Neste sentido, 60% dos presidentes de Conselhos de Comunidades que responderam ao questionário afirmou que no próprio ACES não foram dinamizados e promovido este tipos de iniciativas (RAMOS e BARBOSA, 2011). Esta pesquisa apontou, tal como outros pontos críticos destacados também pelo nosso estudo, a realização de poucas reuniões pelos CC e a falta de representantes das associações de usuários que ainda não estão presente em muitos deles.

Relativamente ao tema das reuniões, cabe questionar - a partir das experiências internacionais - se um órgão de representação das necessidades das comunidades de um ACES, como é o caso dos CC, pode reunir apenas duas vezes ao ano. Neste sentido, é interessante o testemunho de um representante de uma comissão de utente:

“O Conselho de Comunidade cada vez está a reunir menos. Embora a lei preveja apenas duas reuniões ao ano, na nossa opinião deveria reunir mais de duas vezes ao ano, para poder acompanhar de forma adequada todas as questões que afetam a saúde, mas infelizmente isso não acontece. No ano passado o Conselho reuniu somente uma vez”.

Sem dúvida, o ponto mais crítico, pelo menos na primeira fase de implantação dos CC, é a limitada presença de associações de usuários nas áreas de atuação dos ACES. De facto, o nosso estudo revelou que cerca da metade dos CC não inclui os representantes das associações de usuários entre das entidades representadas. Para compensar esta carência, várias estratégias foram desenhadas. Num ACES, por exemplo, de acordo com o relato de um informante, recorreram *“ao banco do voluntário das prefeituras para identificar voluntários que pudessem integrar as associações de usuários”*. Em outro ACES foi criada *“uma comissão instaladora promovida por um grupo de pessoas com diversas sensibilidade e de diversas profissões”* que tem desenvolvido um interessante trabalho de organização e sensibilização da população, com o objetivo de formar uma comissão de utentes, de forma a dar plena legitimidade ao processo de representação da perspetiva e da voz das comunidades integrantes do ACES.

Para além da falta de representantes de associações de usuários, questiona-se se a atual composição dos CC é realmente adequada para dar voz aos usuários dos cuidados de saúde primários. Ou seja, face a uma ampla presença de representantes das prefeituras que integram o ACES de outras instituições públicas e privadas (sindicatos dos trabalhadores, associações de empregadores, hospitais, segurança social, escolas, etc.), não se poderá considerar insuficiente a representação dos usuários (um único representante no meio de 10 ou 15 representantes de outros segmentos sociais) na constituição do CC? Nesse sentido, é interessante apresentar o relato de outro entrevistado que revela que há o risco de que algumas entidades possam se aproximar do Conselho de Comunidade para defender alguns interesses comerciais:

“O representante da associação das farmácias estava muito preocupado pela reorganização geográfica das Unidades de Saúde Familiar que implicava a redução de vendas das farmácias que permaneciam distantes das novas unidades”.

Algumas conclusões

Os últimos Planos Nacionais de Saúde (2004-2010 e 2012-2016) reconheceram a escassez de mecanismos formais de participação no sistema de saúde português e enfatizaram a importância de reforçar o papel de pacientes e usuários e sua valiosa contribuição nos processos de decisão política. Assim, várias iniciativas têm sido desenvolvidas no sentido de encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde. O processo de reforma, ainda em curso, sem dúvida tem contribuído para a redução da autorreferencialidade do sistema de saúde e para a promoção de mais interações com o seu ambiente humano. Como temos observado, percebe-se uma maior preocupação em incorporar a voz dos usuários na configuração do sistema de saúde, embora tratando-se de um fenómeno muito recente, sobretudo quando comparado com a grande tradição participativa desenvolvida nos países anglo-saxónicos do norte da Europa. Em Portugal, a tónica tem sido colocada na necessidade de implementar direitos coletivos e de capacitar os cidadãos, quer através do desenvolvimento das associações da sociedade civil, quer através da instituição de várias instâncias e canais de participação dos cidadãos. Os Conselhos de Comunidade dos Agrupamentos dos Centros de Saúde podem ser considerados uma promissora estratégia de envolvimento dos usuários no âmbito dos cuidados primários. Porém, os resultados da avaliação da primeira fase do processo de implementação levantam algumas questões acerca da capacidade deste modelo de participação vir a reduzir os vieses evidenciados por outras experiências internacionais, ou seja: a) promover e valorizar a participação dos usuários; b) influenciar os que tomam as decisões no âmbito dos Agrupamentos dos Centros de Saúde; e c) representarem todas as categorias de usuários da área de abrangência do CC, incluindo os grupos sociais mais desfavorecidos e vulneráveis.

Artigo

Recebido: 15/01/2016

Aprovado: 10/03/2016

Keywords: Citizens' participation, Health system, Primary health care, Portugal.

ABSTRACT: The topic of public involvement has assumed great relevance within western democracies. In fact, one of the central issues of health care reforms of the last twenty years has focused on the enhancement of citizens' perspective and voice. In Portugal, the last National Health Plans (2004-2010 and 2012-2016) gave great importance to public participation. Following the recommendations of the first plane, the Decree-Law No. 28/2008 established the Community Councils in the Primary Health Centre Groups, which aims at approximating primary healthcare and community, as well as fostering the participation of local stakeholders, both institutions and associations, in decision-making processes. After analysing the main stages of the Portuguese health system reforms, this article focuses on public participation in health by making the state of art of citizen participation in Portugal. Subsequently, it describes the methodology used in the study of the Community Councils, as well as the main results of the analysis, highlighting the features of that participatory device, its potentialities and challenges, and its most critical points.

Referências

ABELSON, Julia; FOREST, Pierre-Gerlier; EYLES, John; SMITH, Patricia; MARTIN, Elisabeth.; GAUVIN, François-Pierre. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation process, *Social Science and Medicine*, 57: 239-251, 2003.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*, Lisboa: Edições 70, 1995.

BARROS, P, MACHADO, S, SIMÕES, J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011, 13(4):1-156.

BARROS, Pedro, SIMÕES, Jorge. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*; 9(5): 1-140, 2007.

BARROS, Pedro. Desigualdades em Saúde. Como as superar? Painel Temático sobre a ADSE integrado na 10^a Conferência Nacional de Economia da Saúde, Lisboa, 2008.

BENTES, Margarida, DIAS, Carlos Matias; SAKELLARIDES, Constantino. BANKAUSKAITE, Vaida. *Health care systems in transition: Portugal, European observatory on health and policies*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.

CABRAL, Manuel, SILVA, Pedro. *The Portuguese and the NHS today: access, evaluation and attitudes of the Portuguese population towards health and the NHS*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2009.

CHAMBERS, Simone. *Deliberative Democratic Theory*, *Annual Review of Political Science*, 6: 307-323, 2003.

CROUCH, Colin. La ampliación de la ciudadanía social y económica y la participación, in GARCÍA, Soledad e STEVEN, Lukes. (orgs.), *Ciudadanía, justicia social, identidad y participación*. Madrid: Siglo Veintiuno, pp. 257-285, 1999.

DELLI CARPINI, Michael; COOK, Fay Lomax; JACOBS, Lawrence. Public Deliberation, Discursive Participation, and Citizen Engagement: A Review of the Empirical Literature, *Annual Review of Political Science*, 7: 315-344, 2004.

DRYZEK, J. Democratization as Deliberative Capacity Building, *Comparative Political Studies*, 42, 11: 1379-1409, 2009.

FERREIRA, Pedro, RAPOSO, Vítor. GODINHO. Paula. *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2005.

FILIFE, Ângela M; RORIZ, Marta; COSTA, Daniel N; MATIAS, Marisa; NUNES, João A. Coletivos sociais na saúde: o ativismo em torno das doenças raras e do parto em Portugal, in SERAPIONI, M. e MATOS, A.R. (orgs.), *Saúde, Participação e Cidadania. Experiências do Sul da Europa*. Coimbra: Almedina, 175-193, 2014.

GRÖNLUND, Kimmo; BÄCHTIGER, André; SETÄLÄ, Maija (orgs.). *Deliberative mini-public. Involving Citizens in the Democratic Process*, Colchester: European Consortium for Political Research (ECPR), 2014.

HABERMAS, Jürgen. Further reflections on the Public Sphere, in CALHOUN, Craig. (org.), *Habermas and the Public Sphere*. Cambridge: The MIT Press, pp. 420-438, 1992.

LOBO, Liliana. Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primária, *Análise Psicológica*, 26, 367-371, 2008.

LEHOUX, Pascale; DAUDELIN, Genevieve, DEMERS-PAYETTE, Olivier, BOIVIN, Antoine. Fostering deliberations about health innovation: What do we want to know from publics? *Social Science & Medicine* 2009, 68: 2002-2009.

NUNES, João Arriscado, MATIAS, Marisa. Patients organizations as emergent actors in the health arena: the case of Portugal, *RECIIS, Electronic Journal Inf. Innov. Health*, 1(1), 105-108, 2007.

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

PORTUGAL. Assembleia da República. Lei de Bases da Saúde. Lei n. 48/90 de 24 de Agosto, 1990.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Decreto-Lei n. 11/93, de 15 de Janeiro, 1993.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 157/99, de 10 de Maio, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.

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

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2012.

PORTUGAL. Ministerio da Saude, Alteração ao Decreto-Lei n. 28/2008, Decreto-Lei n. 253/2012, novembro de 2012.

RAMOS, Vítor; BARBOSA, Patrícia. Monitorização do desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários, I e II Medição. Questionário aos Presidentes dos Conselhos de Comunidade. Lisboa: Ministério da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública/UNL, 2011.

SANTOS, Boaventura de Sousa; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In Santos BS, organizador. Democratizar a democracia. Os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002, p. 39-82.

SERAPIONI, Mauro. Il sistema sanitario portoghese, Salute Internazionale on line, <http://saluteinternazionale.info/2010/09>, 1-8, Settembre 2010.

SERAPIONI, Mauro; MATOS, Ana Raquel. Citizen participation and discontent in three Southern European health systems, *Social Science & Medicine*, 123:226-233, 2014.

SERAPIONI, Mauro; FERREIRA, Pedro; ANTUNES, Patrícia. Participação em saúde: conceitos e conteúdos, *Nota Económica*, 40:26-40, 2014.

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