

A participação nos sistemas de saúde de Brasil e Portugal: potencialidades e desafios

Recebido: 29.11.18
Aprovado: 12.12.19

Tânia Regina Krüger*
& Mauro Serapioni**

Resumo: O objetivo deste texto é analisar como o direito à participação é conceituado e como se expressa nos serviços públicos de saúde na realidade brasileira e portuguesa. Para este fim, o artigo desdobra-se em três itens: *i.* reflexão conceitual sobre o direito à participação nos serviços públicos de saúde; *ii.* análise das referências sobre a participação que constam dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e de Portugal; e *iii.* análise das formas como a participação se expressa no âmbito legal e institucional nos sistemas de saúde dos dois países. O texto segue uma perspectiva sócio-histórica da participação na saúde, sustentado em referências da literatura sobre o tema. Trata-se de um estudo bibliográfico e documental. Os resultados apontam, no Brasil, uma participação nos espaços institucionalizados – conselhos e conferências – do Sistema Único de Saúde (SUS), entendida como forma de democratização do Estado e da sociedade. Já a participação em Portugal, tendencialmente voltada para a melhor informação do paciente (literacia em saúde) e a defesa de seus interesses perante o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Palavras chave: Participação. Sistemas de saúde. Plano de Saúde. Brasil. Portugal.

Participation in the health systems of Brazil and Portugal: potentials and challenges

Abstract: The purpose of this paper is to analyze how the right to participation is conceptualized and how it is implemented in the Brazilian and Portuguese public health. To this end, the article unfolds into three items: i. conceptual reflection on public participation in the health systems; ii. analysis of the references on public participation found in the National Health Plans of Brazil and Portugal; iii. analysis of the legal and institutional participatory designs in the health systems of the two countries. The text, based in a bibliographic and documentary study, adopts a socio-historical perspective of participation in health, supported by Brazilian and Portuguese literature on the subject. The results indicate, in Brazil, a participation in the institutionalized spaces of the Sistema Único de Saúde (SUS) (Councils and Conferences), understood as a form of democratization of the state and society. In Portugal, participation tends to focus on better patient information (health literacy) and the defense of their interests before the Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Key-words: Public participation. Health system. Health plan. Brazil. Portugal.

* Tânia Regina Krüger é doutora em serviço social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora associada do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
Orcid: 0000-0002-7122-6088.
<tania.kruger@ufsc.br>

** Mauro Serapioni é doutor em sociologia pela Universidade de Barcelona; investigador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, Portugal; professor visitante na Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
Orcid: 0000-0002-5761-2660.
<mauroserapioni@ces.uc.pt>

Introdução

Os movimentos de redemocratização – após longos períodos de ditadura, na América Latina e na Europa, nomeadamente Espanha e Portugal – lutaram para que nas novas constituições nacionais aparecesse a participação como princípio. Assim, essa expressão emerge no arcabouço legal vinculado ao reconhecimento dos direitos sociais, da liberdade de expressão e à gestão democrática dos serviços públicos. A correlação de forças sociais e políticas foram se expressando na posterior regulamentação e implementação das formas diferenciadas dessa participação em conselhos, conferências, comitês e colegiados locais, regionais, estaduais e nacionais.

Para os objetivos deste texto, pretendemos identificar como o direito a participação é conceituado e como se expressa legal e praticamente nos serviços públicos de saúde. As reflexões seguem uma perspectiva sócio-histórica da participação na saúde, sustentadas em referências dos órgãos internacionais e conceitos da literatura sobre o tema. Trata-se de um estudo bibliográfico e documental.

Trataremos particularmente da participação em saúde na realidade portuguesa e brasileira. Nesses países, a conquista legal dos direitos políticos e sociais, com alguma perspectiva de generalização social, emergiu nas Constituições de 1976 e de 1988, respectivamente. Ao reconhecer os direitos sociais inéditos para seus cidadãos, o arcabouço legal colocou entre suas diretrizes e seus princípios – para a implantação das políticas sociais – a participação da sociedade. Participação esta deliberativa no caso brasileiro e consultiva no caso português.

O texto a seguir se estrutura em três partes. Inicialmente são discutidos alguns conceitos e as dimensões da participação em saúde como temas representativos da gestão pública democrática. Na sequência, apresentamos as referências em relação à participação que constam dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e de Portugal, para apreender a direção política dos sistemas de saúde em relação aos espaços de participação. Por fim, o estudo buscará identificar como o direito à participação nos serviços de saúde se expressa no âmbito legal e institucional em ambos os países.

Conceitos de participação nos serviços públicos de saúde

Convém esclarecer, para efeito deste trabalho, que a participação na saúde se vincula a um conceito de política social. Entendemos como democrática a política social de padrão institucional e redistributivista que se orienta pelo universalismo de direitos, a ampliação e a garantia, por parte do Estado, da proteção social, de caráter público e gestão estatal. A política social como instrumento de materialização dos direitos sociais tem seu histórico sustentado na luta social e política para ampliação da cidadania e o aprofundamento democrático, resgatando a articulação dialética entre política/finalidade, utilização de recursos/meios/técnica e atendimento de necessidades sociais coletivas (Pastorini, 1997). E é nessa perspectiva que pretendemos analisar a participação em saúde – hoje tema representativo da gestão pública democrática – quando se quer avançar para além da participação passiva e instrumental ou que ultrapasse a óbvia perspectiva da semântica vernacular – tomar parte.

Na literatura das políticas sociais, e em particular na área da saúde coletiva, temos um amplo leque de textos que tratam da participação – social, popular, da sociedade, da comunidade, do controle social e da gestão participativa – e buscam principalmente avaliar ou discutir a efetividade das instâncias criadas para dar voz à chamada sociedade civil (Pires, 2011).

O debate da participação com suas diferentes perspectivas e nomeações se vincula às tensões e tendências da democracia liberal. O desempenho do papel do Estado na reprodução da vida social em diferentes contextos históricos é o cenário fundante e alimentador das formulações sobre a participação. A participação emerge no âmbito do pensamento liberal quando se entende que o Estado deve ser capaz de garantir, além dos direitos dos indivíduos, os direitos coletivos (Almeida Neto, 2012).

Longe de contemplar todas as dimensões do presente debate, para as reflexões deste texto serão utilizados os conceitos de participação política e de participação social com base em Maria Lucia Vianna, Maria de Lourdes Cavalcanti e Marta Cabral (2009). A participação política, em seu sentido clássico, se refere à participação de todos os membros da pólis – condição de direito (ou de dever) universal.

Participar é tomar parte na criação da própria pólis e, portanto, ser parte, em condições de igualdade, da mesma (Vianna, Cavalcanti & Cabral, 2009: 225),

e, na Modernidade, tem o sentido de alargamento das bases sociais do sistema político e de que o trato da coisa pública diz respeito a todos. Mas a participação

política nos Estados democráticos tem convivido com a contradição e a impossibilidade de conciliar os objetivos práticos de racionalização da vida coletiva e da vida individual. Assim, se traduziu prioritariamente com a participação política expressa pelo voto, como direito universal e demanda de tomar parte nas decisões que afetam o coletivo.

Ao longo do século XX, essa participação passa a ser descrita a partir da impotência do cidadão em decidir a respeito de assuntos públicos, sua diluição na multidão e sua impessoalidade. Nesse debate emergem entendimentos de que participar não é apenas intervir na dimensão pública da política, mas interceder nas decisões e nas escolhas que concernem à vida privada dos indivíduos: onde morar, como preservar a saúde e o meio ambiente, em que ofício trabalhar etc. Assim, a participação passa a ser denominada como participação social e tende a ser aplicada a segmentos específicos da população: os pobres, os excluídos e as minorias. É claro que a nova conceituação de participação – participação social – não dá as costas à dimensão política. De todo modo, também trata de intervir em processos decisórios que atingem um coletivo desiludido com os mecanismos participativos tradicionais da democracia liberal, do qual emergem novos grupos de interesse através de associações, beneficiários de programas sociais, grupos identitários e organizações da sociedade civil com diferentes finalidades.

Um aparente consenso se constituiu em torno do tema participação, cada vez mais societalizado e cada vez menos politizado. Ao seu encontro acorrem conceitos díspares como capital social, empoderamento, responsabilidade social das empresas, gestão corporativa, terceiro setor, governança, conceitos estes que se originam, tanto de “novos campos” da ciência social – a socioeconomia, por exemplo –, ou da “descoberta de novas realidades” que se apresentam ao cientista social, quanto das modernas técnicas de administração (Vianna, Cavalcanti & Cabral, 2009: 237).

E a participação reivindicada na área de saúde, enquanto ideário organizativo, contempla elementos da participação política, entendendo a saúde como direito, o Estado como garantidor desse direito. A participação dos cidadãos na tomadas de decisões sobre o coletivo e a política pública não escapa dos elementos fundantes da participação social.

Podemos dizer que o setor saúde construiu nas últimas décadas um universo participacionista (Maricato, 2012), mas não se presume que exista um conceito único de participação. São inúmeras as intenções, finalidades, pautas, formas de organização e composição que perpassam esses inúmeros espaços de participação na saúde. Amélia Cohn e Yasmin Bujdoso, se perguntam:

Qual o papel que vem jogando nesse processo a participação da sociedade na formulação e na implementação das políticas públicas de saúde? (Cohn & Bujdoso, 2015).

Assim, na sequência, apresentaremos algumas perspectivas e experiências de participação em saúde.

O tema da participação na saúde apareceu na Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1978, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, sobre “Cuidados primários de saúde”, de forma bastante genérica: é direito e dever dos povos participarem individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. Sucessivamente, em 1986, foi organizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, e aprovou como

guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais (OMS, 1986: 4).

A Carta de Ottawa da OMS indica, igualmente, que o fortalecimento da ação comunitária é imprescindível para a promoção da saúde.

A conquista do direito à participação na saúde nem sempre significou uma organização e implementação imediata. Com as tensões e disputas democráticas de cada realidade emergiram, entre os anos de 1990 e 2000, espaços de participação na saúde. Na primeira década foram normatizados e organizados diferentes modelos de colegiados institucionalizados (conselhos e comitês) com composição paritária entre gestores públicos, usuários, trabalhadores, prestadores privados e do setor social, alguns com caráter deliberativo, outros de natureza consultiva.

Nos anos 2000, a participação na saúde ampliou seu leque de formas de organização e novas pautas foram introduzidas, tais como a de contemplar segmentos sociais vulnerabilizados de gênero, etnia, geração e portadores de patologia (Brasil, 2005; 2011). Permaneceram os colegiados participativos institucionalizados e se ampliaram as audiências públicas, as consultas públicas, as ouvidorias, as centrais de sugestões, as centrais de reclamação ou de satisfação do cliente/usuário (Brasil, 2009b; 2011; 2011; Portugal, 2012; 2015a). No âmbito reivindicativo do direito, a saúde, os fóruns setoriais e intersetoriais de políticas públicas, ou as associações de defesa dos usuários organizaram-se em nível local, estadual e nacional. Nesse contexto, ganham visibilidade social os novos movimentos sociais, que se organizam vinculados a segmentos de gênero, de etnia, de geração, população em situa-

ção de rua, pessoas com deficiência, portadores de patologias e saúde ambiental (Gohn, 2011).

Contemporaneamente, observa-se que este conjunto de espaços participativos institucionalizados e não institucionalizados organiza suas ações mediadas pelas redes sociais. E se somam a este amplo leque de participação na saúde os protestos, as manifestações e as petições que vêm sendo denominados de modernas técnicas de engajamento público para alargar a interação entre sociedade e Estado (UFSC, 2018; Crisóstomo & Santos, 2018; Lüchmann, Abrao & Kieling, 2019). Entre as modernas técnicas, há de se destacar a tecnopolítica (Malini, 2017; Sabariego, 2017), que se expressa como mobilização social e partilha de informações de forma ampla e veloz, por meio das redes sociais.

É relativamente um consenso na literatura que os conselhos e as conferências, as audiências e consultas públicas e ouvidorias, enquanto espaços participativos institucionalizados, criaram uma nova institucionalidade, pois propiciam a participação da sociedade na elaboração de políticas sociais e, em meio às disputas ou aos consensos, alargam o espaço decisório do Estado (Krüger & Oliveira, 2018), no entanto, tais espaços vêm interagindo com estas novas formas de participação e com as redes sociais, formando assim um novo desenho político-organizativo, uma multiplicidade de interfaces de participação nos assuntos públicos (Lüchmann, Abrao & Kieling, 2019).

No estudo sobre as formas de participação, no sul da Europa (Itália, Portugal, Grécia e Espanha), Ana Raquel Matos e Mauro Serapioni usam o termo participação no seguinte sentido:

Para se referir ao envolvimento direto da população (com ou sem doença) nas decisões sobre planejamento e organização da saúde pública. [...] o envolvimento] representa uma importante estratégia para superar o déficit democrático que ainda caracteriza muitos sistemas de saúde (Matos & Serapioni, 2017: 2).

Mas, no estudo dessas realidades, os autores concluem:

A participação nas decisões sobre saúde sobrevive ainda confinada ao seu enquadramento legislativo, sem grande correspondência a práticas efetivas (Matos & Serapioni, 2017: 8).

No caso brasileiro, o já citado estudo de Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) destaca a significativa incorporação do conceito de participação ao universo da saúde. Em

pesquisa sobre as experiências de conselhos e conferências de saúde, as autoras identificaram três conceitos gerais de participação:

- i.* participação como estímulo à ampliação da cidadania, para fomentar o capital social e contribuir para o empoderamento;
- ii.* participação como forma de democratização do Estado e da sociedade, participação essa voltada para a qualificação da gestão, a maior equidade na distribuição dos recursos, o acesso aos serviços e a melhoria da atenção à saúde;
- iii.* participação comunitária e no autocuidado relativos à medicina comunitária, na qual a responsabilidade é dividida entre famílias, comunidade e Estado.

Apesar destas dimensões não serem excludente e sua linha divisória mostrar-se tênue, os conselhos de saúde do país estariam, no geral, mais conexos à modalidade de participação política voltada à democratização do Estado e da sociedade. As experiências participativas inspiradas nos cuidados primários de saúde ou de fomento do capital social aproximam-se do que identificamos acima como participação social.

Os espaços de participação na saúde vêm sendo permeados do ponto de vista neoliberal, segundo Cohn e Bujdoso (2015), por duas dimensões fundamentais:

- i.* a relação entre o Estado e a sociedade transforma-se em uma tríade – Estado, mercado, sociedade –, pautada pela racionalidade da escassez de recursos para as políticas sociais, em especial para as de cunho universal;
- ii.* o mercado de serviços de assistência médica, que era uma força a ser combatida, passa progressivamente a ser um aliado nas propostas da gestão pública, já que é visto como um gestor dos recursos públicos apropriado à lógica do custo/efetividade.

Dessa forma, o mercado passa a ser um interlocutor no processo de participação, porque os prestadores de serviços de saúde têm assento nos conselhos.

Uma das sínteses preconizada pelas autoras é de que a participação da sociedade no Estado, engendrada a partir dos anos de 1980, tinha como objetivo democratizar o Estado via a penetração maior da sociedade civil no seu controle, na fiscalização e na politização. Mas, nos anos 2000, sua ação vem traduzindo-se em uma “participação negociada” (social), disputando projetos distintos, evidenciando o fraciona-

mento das demandas de cada grupo representado, o que dificulta que as demandas particulares se transformem em coletivas.

Por considerar que existem diversas formas de envolvimento dos cidadãos no sistema de saúde, Mauro Serapioni, Pedro Ferreira e Patrícia Antunes (2014) propuseram as três principais tipologias de interação entre os sistemas de saúde e os cidadãos: a participação, a consulta e a comunicação.

i. as atividades de participação podem ser institucionalizadas e ocasionais, desenvolvidas em diferentes níveis: o nível micro, que diz respeito à relação entre o profissional de saúde e o utente, para a escolha de terapias e tratamentos; o nível intermediário, referente ao processo de envolvimento dos utentes dentro de um serviço específico ou a participação no conselho consultivo; o nível macro, que se reporta à participação coletiva, quando os cidadãos são envolvidos nas decisões (prioridades, planejamento, organização e avaliação) sobre políticas do sistema de saúde;

ii. a consulta pública é de iniciativa dos responsáveis dos serviços, de forma a poderem recolher as opiniões, as preferências dos utilizadores de cuidados de saúde e cidadãos e assim realizar o monitoramento da satisfação;

iii. a comunicação pública, entendida como o fluxo informativo unidirecional das instituições e serviços de saúde para os cidadãos, expressando-se nas campanhas de saúde, nas cartas de direitos e deveres dos utentes, nas lojas do cidadão, nas linhas telefônicas, entre outras.

Buscamos também o conceito de participação na Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS), enquanto representante internacional das políticas de saúde:

Participar é uma forma de exercer direitos políticos e sociais, se dá de forma individual ou coletiva, de apoio ou pressão, direta ou indireta e é direcionada a influenciar decisões que contemplem os interesses coletivos e o exercício da cidadania. A participação é um importante instrumento para o aprofundamento e amadurecimento da democracia (OMS/Opas-Brasil, 2018).

Este conceito da OMS/Opas é bastante genérico e amplo, cabendo diferentes modalidades de participação, e indica que é uma forma de exercer direitos e amadurecer a democracia. Apesar de não mencionar a função pública estatal na garantia do

direito à saúde, este conceito tem elementos que o vinculam à participação política e social.

Para as análises desse texto sobre a participação na saúde, partilhamos a perspectiva de Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009), considerando a participação como forma de democratização do Estado e da sociedade e de ampliação da cidadania. Esta democratização da relação entre o Estado e a sociedade pode ser potencializada quando o pensar e o planejar determinarem o financiamento, decidirem sobre as prioridades, executarem e avaliarem os serviços de saúde que acontecem nos espaços públicos e coletivos, com o objetivo de atender precisamente às necessidades públicas e coletivas. A participação na saúde não é área exclusiva de uma ciência, de uma categoria profissional, de um grupo de especialistas ou gestores, mas diz respeito à totalidade social e, por isso, a democratização envolve a socialização do poder político na tomada das decisões.

Assim, a participação nos espaços da saúde pública não está circunscrita à arquitetura institucional do Estado, nem limitada a uma gestão de governo; diz respeito ao conjunto da cidadania de uma sociedade, pois, em última instância, está em pauta a socialização da riqueza socialmente construída. Não se trata de um processo linear ou homogêneo, uma vez que está recheado de múltiplos interesses. Por isso sua dinâmica ocorre em meio a conflitos, disputas e contradições, podendo ocorrer consensos e pactuações temporárias e temáticas (Krüger & Oliveira, 2018). Portanto, os novos mecanismos de participação de interface socioestatal (ouvidorias, audiências e consulta pública, petições) os grupos setoriais (portadores de patologias, associações voluntárias, meio ambiente, gênero e etnia), com suas demandas legítimas, socialmente podem também se apresentar e contribuir na composição da agenda de participação política.

Na sequência, o tema da participação política terá continuidade com a identificação e análise das referências à participação na saúde, nas decisões e nos serviços que constam dos Planos Nacionais Plurianuais de Saúde do Brasil e de Portugal.

A participação nos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e de Portugal

Nesta seção, propomo-nos a analisar as referências que os Planos Nacionais de Saúde (PNS) fazem aos espaços de participação. Está prevista a participação dos usuários no planejamento dos serviços de saúde tanto no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal (1979) como no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil (1990a).

No Brasil e em Portugal há uma relativa coincidência, pois os Planos Plurianuais das políticas setoriais emergem a partir dos anos 2000 e os Planos Nacionais de Saúde disponíveis para consulta começaram a ser editados a partir de 2004. O estudo dos planos aconteceu por meio de uma apreciação geral dos documentos e a seleção dos itens e conteúdo que ao tema se relacionam. Os documentos (PNS) dos dois países apresentam texto tecnicamente bem elaborado na análise situacional, descrevem a organização dos serviços e indicam as prioridades. Ambos apresentam nos elementos pré-textuais que foram construídos com contribuições nacionais e internacionais, e passaram por debates e consultas públicas envolvendo gestores, trabalhadores e usuários. Diferente do de Portugal – onde o Plano é mais delimitado ao campo da saúde –, o plano brasileiro, em alguns momentos, historiciza o processo de construção e da participação na saúde, remete aos objetivos do Plano Plurianual Federal e aponta elementos da sociedade como determinantes dos problemas de saúde, com ênfase na desigualdade.

*Portugal:
Planos Nacionais de Saúde e participação*

No caso de Portugal, pesquisamos três Planos Nacionais de Saúde dos seguintes períodos: 2004-2010, 2012-2016 e Revisão e Extensão do PNS 2012-2016 a 2020. Sobre a participação, não encontramos um item específico, apareceu bem disperso ao longo do documento, por isso retiramos conteúdos e apreciações que do tema se aproximam.

1. Por ocasião da elaboração do plano, era presidente da República Portuguesa (1996-2006) Jorge Sampaio (Partido Socialista) e chefe do governo José Manuel Barroso (abril de 2002 a julho de 2004), do Partido Social Democrata.

O *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*¹ apresenta suas principais estratégias a partir de um rápido diagnóstico com indicadores da saúde de vários segmentos sociais e dos serviços do SNS, fechando com um quadro geral de metas. Nos fundamentos do plano, observa-se a referência para a aproximação entre o cidadão e o poder político, a participação ativa na vida pública e o aumento do poder de escolha do cidadão. Sobre o tema da participação, as propostas do PNS se referem a dar voz à cidadania através de organizações da sociedade para influenciar prestadores de serviço, profissionais, bem como a administração pública. Como objetivos estratégicos, destacam-se: o aumento de opções de escolha do cidadão; o acesso à informação validada e isenta; a liberdade de escolha no acesso aos cuidados de saúde; o desdobramento dos mecanismos formais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde com experiências múltiplas de empoderamento; o desenvolvimento de estratégias de atenção aos excluídos e a promoção da redução das desigualdades em saúde e, por fim, a promoção de comportamentos de vida saudáveis. O PNS, ao tratar da rede de cuidados de saúde primários, destaca duas ações sobre a participação, o mesmo não acontece quando trata da rede hospitalar.

O *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*² foi fortemente influenciado pela crise financeira que levou Portugal a assinar o *Memorando de entendimento (Memorandum of understanding, 2011)* com a Troika (Comissão Europeia, Fundo Monetário Internacional e Banco Central Europeu), de maio de 2011 a junho de 2015. Como contrapartida aos empréstimos concedidos ao país, o plano assumiu responsabilidades, que, a nosso ver, estão em plena sintonia com as cláusulas da saúde inscritas no *Memorando* da Troika:

O PNS afirma o reforço da capacidade do sistema de saúde como uma resposta fundamental para a crise econômica e um fator de garantia do suporte social e do desenvolvimento econômico (Portugal, 2012: 4).

O documento de gestão faz referência ao fato de parte substancial da capacidade de preservação do potencial de saúde estar sob a responsabilidade do cidadão, das famílias, das comunidades, das organizações da sociedade civil, do setor privado e social; e ressalta, ainda, que seus esforços são decisivos para a concretização do sistema de saúde (Portugal, 2012). Dentre os pressupostos do PNS, destaca-se a perspectiva do cidadão como parte essencial do Sistema de Saúde, em seus diferentes papéis:

- i. de doente, com necessidades específicas;
- ii. de consumidor, com expectativa e direito a cuidados de qualidade;
- iii. de contribuinte provedor de recursos e de financiamento; e, por fim
- iv. de coprodutor de cuidados, mediante adesão terapêutica e promotor de comportamentos que promovem tanto sua saúde como a dos outros.

Ao analisar os efeitos da política da Troika, pode-se observar imediatamente a redução dos gastos em saúde pública entre 2009 e 2017, de 69,9% para 66,6% (OCDE, 2018) e os impactos negativos no sistema de saúde e, sobretudo, nos grupos sociais vulneráveis. Várias pesquisas destacaram o aumento de transtornos na saúde mental, a elevação do número de casos de suicídios (De Vogli, 2014) e de comportamentos de risco, incluindo aqueles relacionados à dependência de drogas e de álcool (OPSS, 2016), tanto em Portugal como nos demais países da Europa do Sul. É opinião compartilhada que a crise interferiu no acesso aos cuidados de saúde. Segundo o Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Eurostat, 2019), Portugal

2. Por ocasião da elaboração do plano era presidente da República Portuguesa (2006-2016) Aníbal António Cavaco Silva, do Partido Social Democrata e chefe do governo Pedro Passos Coelho (junho de 2011 a novembro de 2015) do Partido Social Democrata.

é um dos países em que as necessidades não atendidas de exames médicos, para o quintil mais pobre da população, aumentaram significativamente desde 2011. Mesmo o aumento das taxas moderadoras, por parte dos usuários dos serviços de atenção primária, na rede hospitalar e na emergência ajudou a reduzir o acesso ao tratamento (Serapioni, 2019), especialmente entre a população cujo poder de compra é limitado (Barros *et alii*, 2015). Assim, a duplicação de copagamentos, juntamente com o aumento do tempo de espera devido à falta de profissionais, agravaram ainda mais a situação daqueles que não têm renda para utilizar o setor privado (Hespanha, 2017).

Ao se comparar o PNS de 2012-2016 com o do período de 2004-2010, aquele reduziu significativamente as expressões relativas ao cidadão, bem como aumentou as referências a doente e a consumidor. A universalidade dos serviços e a participação da sociedade civil praticamente desapareceram como expressões no documento. É notório que o Sistema Nacional de Saúde passa a ser denominado de Sistema de Saúde, pois o Plano “propõe-se ser uma fundação para o Sistema de Saúde do século XXI” (Portugal, 2012: 2).

3. Esteve na Presidência do país Aníbal António Cavaco Silva (março de 2006 a março de 2016), do Partido Social Democrata e Marcelo Rebelo de Sousa (a partir de março de 2016), também do Partido Social Democrata. O chefe do governo era de Pedro Passos Coelho (junho de 2011 a novembro de 2015) do Partido Social Democrata. A partir de novembro de 2015, assumiu a chefia do governo António Costa, do Partido Socialista.

O *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*³ (Portugal, 2015a) formalmente é ainda vigente, mas foi completamente reformado pelo novo governo de centro-esquerda que substituiu o governo de centro-direita em novembro de 2016. De fato, o governo de Portugal apresentou um ambicioso programa intitulado “Defender o SNS e promover a saúde”. Neste primeiro programa, observa-se a adoção de uma nova linguagem – o protagonista é o Serviço Nacional de Saúde e não mais o sistema de saúde, com seus componentes público, privado e do terceiro setor – e um papel mais ativo atribuído ao Estado. O programa do governo reconhece os efeitos negativos produzidos pelo aumento dos custos de saúde para as famílias e declara sua intenção de restaurar o equilíbrio entre o Estado e as famílias no financiamento da saúde:

32% dos gastos atuais das famílias devem ser progressivamente convertidos em valores que não discriminam o acesso ou tornam as famílias insolventes (Portugal, 2015b: 92).

Ao examinar as propostas incluídas no programa do governo, em particular as medidas para corrigir as políticas anteriores, que alimentaram críticas e protestos de cidadãos e associações (taxas moderadoras, eliminação do transporte de pacientes, programa de vacinação etc.), um nível significativo de realizações foi implementado pelo novo governo. Importa destacar as intervenções para reduzir ou eliminar as taxas moderadoras e aquelas voltadas para os grupos sociais vulneráveis.

Por fim, é importante lembrar a criação, em 2016 – e sua efetiva implementação, em 2017 –, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), já previsto pela Lei de Bases de 1990, mas nunca estabelecido. O CNS, formado por representantes de pacientes, de profissionais de saúde, delegados de municípios, universidades e muitas outras entidades do território, traduzindo um passo importante na democratização do sistema nacional de saúde e um primeiro impulso à participação da sociedade civil na programação e avaliação de políticas de saúde.

Nos Planos de Portugal, o tema da participação apareceu bem disperso ao longo dos documentos. Podemos compreender que é um tipo de participação para a obtenção de conhecimentos com vistas à tomada de decisões individuais sobre a própria saúde (prevenção e/ou formas de tratamento) e para acessar corretamente os serviços. Essa participação pode se materializar por meio de linhas eletrônicas diretas entre utentes e profissionais; de conselhos consultivos de formação mista; do apoio à gestão dos centros de saúde e hospitais e da vinculação a organizações da sociedade civil dedicadas ao setor saúde. Na linguagem dos documentos, parece que o papel de cidadão foi progressivamente se metamorfoseando no papel de doente, consumidor e financiador do sistema.

Cabe observar também na retórica dos PNS uma redução nas referências à universalidade dos serviços e da obrigação do Estado quanto à garantia da saúde e sua responsabilidade, indicando-se ser atribuição dos vários segmentos sociais. Além disso, é notável que, nos dois últimos PNS, o Sistema Nacional de Saúde, passou em muitos momentos a ser denominado de Sistema de Saúde. Na avaliação de Antonio Arnault (2009), a confusão dos termos Serviço Nacional de Saúde e o Sistema de Saúde pode significar a desqualificação das bases democráticas que construíram o SNS português e o distanciamento do significado da participação política.

Em parte, essas observações dos PNS encontram sustentação nas análises de Jorge Simões e Luís Lima (2016). Para ambos, os processos eleitorais têm colocado em disputa o caráter predominantemente público e universal do SNS, por isso foram observados consensos progressivos

sobre as novas ideias, tais como a separação entre financiamento, prestação e regulação do sistema, a criação de um mercado de saúde regulado pelo Estado, mais autonomia e responsabilização para as unidades prestadoras públicas, alteração do financiamento dos hospitais e centros de saúde (Simões & Lima, 2016: 292).

Brasil:

Planos Nacionais de Saúde e participação

Estão disponíveis ao público os Planos Nacionais de Saúde do Brasil de 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015 e 2016-2019, em um documento único, ao contrário de Portugal, onde os planos são apresentados em partes. Todos os planos foram aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde⁴.

4. Exceção do PNS 2016-2019, que não menciona a aprovação pelo CNS, mas em pesquisa paralela nas atas, observa-se que foi aprovado. Conselho Nacional de Saúde, Atas 2016. Ata 283ª RO-06, 07 e 08 de julho. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_16.htm>. Acesso em: 23 Abr. 2018.

5. Quando da elaboração do plano, era presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores), de 01 de janeiro de 2003 a 01 de janeiro de 2011. vice-presidente José de Alencar (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), ministro da Saúde Humberto Costa, de 01 de janeiro de 2003 a 08 de julho de 2005. O PNS aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 04 agosto de 2004 e publicado no *Diário Oficial da União* do dia 10 de dezembro de 2004 (Portaria n.º 2.607/2004).

O *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil 2004-2007*⁵ tem como grande objetivo, contemplado no Plano Plurianual (PPA) do período (Brasil, 2004): promover o cumprimento do direito constitucional à saúde. A ênfase situa-se no compromisso de combater a desigualdade na saúde e em vários momentos ao se referir ao SUS, menciona que ele é resultado de um processo participativo, destacando a diretriz constitucional de participação da comunidade e sua materialização nos conselhos e conferências de saúde.

Sobre a participação, ela aparece no diagnóstico situacional como um dos itens da gestão em saúde. O item historiciza o processo de participação do SUS caracterizando os conselhos e as conferências nas três esferas de governo, elenca os avanços nos processos participativos que não estão descolados dos obstáculos: a divisão de poder gestor e o conselho; o caráter deliberativo dos conselhos, ainda não exercido na maioria dos municípios; a diversidade de organização e a relação com os movimentos sociais; a diversidade regional das necessidades da população e as condições institucionais de funcionamento. Do lado da gestão executiva do SUS, não há cultura de transparência na gestão pública, nem na difusão das informações; precária estrutura de escuta do cidadão e dos usuários do SUS.

Com este diagnóstico, o objetivo do plano quanto a participação é:

Fortalecer a gestão democrática do SUS, reforçando as instâncias formais, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do controle social e implantando mecanismos de defesa dos direitos da população no Sistema (Brasil, 2005: 196).

Desse objetivo, desdobram-se as seguintes metas: realizar a XIII Conferência Nacional de Saúde; criar o cadastro dos conselhos e estabelecer a rede de intercâmbio; aprovar o Código de Defesa dos Usuários; implantar a Ouvidoria Nacional de Saúde e atender a cerca de 1,5 milhão/ano de usuários; estabelecer a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde e implantar ouvidorias nos estados e em 25% municípios de

grande porte; promover a formação de cerca de 20 mil/ano conselheiros e realizar cursos de informação sobre o SUS para programadores de duas mil emissoras de rádio comunitárias.

O *Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011*⁶ apresenta quatro grandes objetivos que se desdobram em 12 diretrizes, e uma delas é dedicada “à ampliação e ao fortalecimento da participação e do controle social” (Brasil, 2009a: 7). Este plano, na análise situacional da gestão em saúde, apresenta cinco desafios e um deles é a participação social. Neste PNS, aparece como novidade o Sistema Participa-SUS, que contempla auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação da gestão do SUS, comitês, consulta a grupos específicos, consultas públicas, mesas de negociação, conselhos de gestão participativa, conselhos locais, entre outras práticas de controle social e de gestão (Brasil, 2009b).

A diretriz de ampliação e fortalecimento da participação menciona a disposição de retomar a Reforma Sanitária, a consciência do direito à saúde e a defesa do SUS. Para tanto, propõe prover de infraestrutura os conselhos, realizar educação permanente, criar uma rede de cooperação entre os conselhos; divulgar as experiências bem sucedidas, buscar novos canais de escuta na população, aperfeiçoar a metodologia das conferências de saúde, bem como a mobilização social, o acesso na avaliação do SUS e a ouvidoria em saúde.

Essa diretriz sobre o fortalecimento da participação no SUS propõe a criação de estrutura, bem como oferecer condições para que os espaços institucionalizados tenham condições de funcionar, mas o que ganha ênfase nessas propostas são os mecanismos sistematizados no Participa-SUS. O papel dos conselhos e das conferências, conforme o disposto na Lei n.º 8.142/1990 (avaliar, deliberar, fiscalizar, propor diretrizes) não são mencionados, ganhando destaque a ouvidoria e a escuta. A tendência dessas propostas silencia quanto ao papel decisório das instâncias tradicionais de participação e parece iniciar um apelo à participação da sociedade civil por diferentes formas de expressão, reduzindo o papel democratizador e deliberativo dos conselhos. Assim, o papel deliberativo dos conselhos sequer é mencionado.

O *Plano Nacional de Saúde 2012-2015*⁷ apresenta na análise situacional os espaços de participação com as seguintes ênfases:

- i. dados quantitativos da participação em saúde pelo país (110 mil conselheiros e 15 mil capacitados);
- ii. baixa capilaridade das resoluções e deliberações, sustentabilidade financeira e estrutural;

6. Por ocasião da elaboração do plano, era presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores), de 01 de janeiro de 2003 a 01 de janeiro de 2011. vice-presidente José de Alencar (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), falecido em 29 de março de 2011, ministro da saúde José Gomes Temporão de 16 de março de 2007 a 31 de dezembro de 2010. O PNS foi apresentado em agosto e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em outubro 2009.

7. Na ocasião de elaboração do plano era presidente Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores), de 01 de janeiro de 2011 a 12 de maio de 2016, vice-presidente Michel Temer (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), ministro da Saúde Alexandre Padilha de 01 de janeiro de 2011 a 03 de fevereiro de 2014. O plano foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em julho de 2011.

iii. ouvidorias como canais de ampliação dos espaços de participação social; e

iv. apresentação do resultado a partir de pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em novembro de 2010, que avaliou a percepção da população sobre os serviços do SUS.

A esse diagnóstico sobre a participação no SUS cabem alguns comentários:

▫ Os espaços de participação do SUS não aparecem como resultado do movimento social da Reforma Sanitária, mas como inovação institucionalizada pelo SUS.

▫ Apresenta uma investigação sobre os conselhos no país, suas dificuldades de estruturação, as políticas de capacitação e educação permanentemente desenvolvidas, a inclusão digital dos conselhos e o desafio de fortalecer a cultura democrática e a gestão participativa.

▫ Nesse diagnóstico, o papel deliberativo, fiscalizador, propositivo e avaliativo dos conselhos não é mencionado, há uma relativa ênfase sobre a gestão compartilhada. O papel democratizador, a garantia do direito à saúde, as possibilidades de socialização das decisões da política de saúde igualmente não são mencionados. Parece se começar a indicar um papel colaboracionista entre a gestão e os espaços de participação.

8. Quando da elaboração do Plano, era presidente Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores), de 01 de janeiro de 2011 a 12 de maio de 2016, vice-presidente Michel Temer (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), ministro da Saúde Ricardo Barros, de 13 de maio de 2016 a 27 de março de 2018. O PNS não faz referência à aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, mas está registrada na ata de julho de 2016.

O PNS tem 14 diretrizes e o tema da participação apareceu na Diretriz 12 como foco na ampliação da participação social para o aprimoramento da gestão do SUS. Em termos de ação, indica que os conselhos deverão ser fortalecidos em suas estruturas, na diversificação da participação, nas capacitações para os segmentos mais vulneráveis. O documento propõe que a participação significa uma estratégia para erradicar a extrema pobreza e contribuir para consolidação das políticas de equidade.

O *Plano Nacional de Saúde de 2016 a 2019*⁸, no item Estrutura apresenta oito eixos temáticos indicados pelo Conselho Nacional de Saúde, dos quais um é dedicado a Participação e Controle Social. Na análise situacional não há item específico sobre os espaços de participação, como nos três PNS anteriores. São 13 grandes objetivos, cada um com suas metas. O objetivo 11 é fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã (Brasil, 2015).

O texto retoma de maneira genérica a conquista do direito à saúde, o papel do Estado e a função da participação popular no SUS. Mas as ações centram-se no acesso aos serviços de saúde com equidade pelas populações vulneráveis e a meta novamente indicada é a capacitação. A transparência e a ouvidoria são mais uma vez apresentados como canais de interação com os usuários do SUS. O tema da participação ainda foi evidenciado no papel dos conselhos de saúde indígena e nas consultas públicas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (Conitec).

O conjunto dos planos brasileiros fazem sempre uma vinculação ao SUS, no sentido de fortalecê-lo e ampliá-lo, em alguns momentos retomam os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e sua origem no movimento da Reforma Sanitária. O papel do Estado como coordenador, gestor e financiador ora é mais, ora é menos enfatizado.

A Lei n.º 8.142/1990, que dispõe sobre a participação no SUS, via conselhos e conferências nas três esferas de governo, foi perdendo sua centralidade enquanto participação política em relação aos novos espaços de participação no SUS, que se aproximam do que foi qualificado como participação social. Ao longo da linha histórica dos PNS, os conselhos e as conferências foram sendo equiparados aos novos mecanismos de participação social, com destaque as ouvidorias, as consultas e as audiências públicas. Em nosso entender, estes últimos são importantes canais de comunicação do gestor e com os vários segmentos sociais, canais de reclamação, sugestão e perguntas, mas estão longe de ser colegiados democratizadores e deliberativos da política de saúde. As demandas desses novos canais participativos podem sim subsidiar as pautas da gestão e dos conselhos. Destaca-se ainda no conjunto dos documentos a preocupação em dotar de infraestrutura os conselhos e realizar capacitações para conselheiros e outros segmentos sociais com potencialidade de relação com os espaços de controle social na saúde.

Portugal e Brasil: participação no SNS e no SUS

Na sequência apresentamos um breve panorama dos processos participativos nas políticas de saúde no Brasil e em Portugal. Participação deliberativa no SUS e consultiva no SNS.

O SUS, no texto constitucional, endossa algumas propostas fundantes da cidadania e democracia moderna, entre elas a participação da sociedade junto ao poder público. Tal participação foi institucionalizada em dois colegiados: os conselhos

9. “No Brasil, a expressão controle social tem sido utilizada como sinônimo de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, especificamente no campo das políticas sociais, desde o período da redemocratização dos anos de 1980. A utilização da expressão com este sentido foi propiciada pela conjuntura de lutas políticas pela democratização do país frente ao Estado autoritário, implantado a partir da ditadura militar. [...] após a institucionalização dos mecanismos de controle social sobre as políticas públicas e sobre os recursos a elas destinados, tem-se como desafio que esses não se tornem mecanismos de formação de ‘consentimento ativo’ das classes subalternas em torno da conservação das relações vigentes de domínio da classe dominante” (Bravo & Correia, 2012: 127 e 133). Outras reflexões sobre o sentido de controle social no SUS podem ser encontradas em Stotz (2006).

10. Os dados relativos ao número de conselheiros de saúde foram compilados por meio de contato telefônico, em 19 de dezembro de 2017, com apoio de Wilany Santos, técnico da informação do Conselho Nacional

de saúde e as conferências de saúde, organizados nas três esferas de governo. Os conselhos de saúde, também caracterizados como instância de controle social⁹, são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo e sua organização é comumente estruturada com reuniões mensais. Sua composição é paritária, com representantes dos usuários, dos trabalhadores da saúde, dos gestores públicos da saúde e dos prestadores privados de serviços de saúde. As conferências de saúde são convocadas quadrienalmente, com o propósito de avaliar e indicar proposições relacionadas à formulação da política setorial (Brasil, 2012).

Com informações autodeclaradas em novembro de 2017, existiam, no país, 4.657 conselhos, entre os estaduais e os municipais, somando 61.234 conselheiros titulares (Conselho Nacional de Saúde, 2017)¹⁰. Além do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com mais 48 membros titulares e 48 suplentes. A relevância dessa representatividade é evidenciada quando se observa que supera, segundo Leonardo Avritzer (2009), o de vereadores.

Os conselhos e as conferências municipais, estaduais e nacional de saúde, estabelecidos no limite da burocracia estatal, vêm de alguma forma redefinindo as relações entre Estado e sociedade nos últimos 30 anos. Esses espaços de participação – como espaços de socialização da política – foram responsáveis por pautar, na agenda do Executivo, serviços de atendimento às necessidades sociais básicas da maioria da população, porém isso vem ocorrendo de maneira tímida, pois os indicadores da desigualdade permanecem alarmantes.

Sobre os 30 anos de práticas participativas na saúde, destacam-se abaixo alguns aspectos positivos. Segundo Avritzer (2009), nas localidades onde são mais atuantes, os conselhos de saúde e de assistência social acabam tendo um efeito positivo na organização da política pública. Para Tânia Krüger e Andréia Oliveira (2018), essas práticas participativas, mesmo institucionalizadas e colocadas no limite da burocracia estatal, nas últimas décadas, vêm de alguma forma alargando os limites do Estado, pois sujeitos sociais historicamente excluídos das decisões públicas (pessoas com deficiência e patologias, negros, mulheres, agricultores, idosos, jovens etc.) passam a participar das proposições, da deliberação, da fiscalização e da avaliação das políticas públicas. A existência de conselhos municipais representa a interiorização territorial do debate do SUS no país e tais colegiados podem ser uma oportunidade de socialização da política (planejamento, projetos, serviços e financiamento), pois grupos sociais sub-representados conseguem expressar suas necessidades, negociar seus interesses e conhecer um pouco mais da agenda governamental. Como desafios para os espaços participativos, vimos a reprodução de elementos da cultura política autoritária e clientelista (Salles, 1994; Ianni, 2000) e

a baixa representatividade; o funcionamento por demanda da legislação; dificuldade de segmentos populares debaterem os temas burocráticos da gestão da saúde (Krüger & Oliveira, 2018); e governos com retórica de defesa da participação, mas a ignorá-la em suas gestões (Dantas, 2014; Moroni, 2009).

Ainda que se apontem muitas contradições, é inegável o avanço democrático que os colegiados de participação institucionalizada proporcionaram no âmbito da gestão do SUS e de outras políticas sociais no país. Os desafios suscitados por essas práticas de gestão participativa não se situam apenas no aperfeiçoamento democrático do SUS, mas também na construção de um projeto social que garanta a redistribuição da riqueza e a socialização do poder político (Avritzer, 2009; Paiva, Rocha & Carraro, 2012).

Em Portugal, o Decreto n.º 56/1979, que regulamentou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), previu uma gestão democrática e indicou no artigo 19 que competia ao SNS promover a descentralização decisória e a participação dos usuários no planejamento e na gestão dos serviços, mas foi a Lei de Bases da Saúde, de 1990, que previu a criação do Conselho Nacional de Saúde para representar os interessados no funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde e estabelecer-se como órgão consultivo do governo. Mas o conselho foi instituído somente em 2016, pelo Decreto-Lei n.º 49/2016, para garantir a participação dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde na definição das políticas, contando com a participação das autarquias, dos profissionais, dos conselhos regionais e institucionais, como forma de promover uma cultura de transparência e prestação de contas perante a sociedade. O Conselho Nacional de Saúde se reúne ordinariamente pelo menos duas vezes por ano (Portugal, 2016).

Em 1993, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Portugal, 1993) reconheceu a participação da população na definição da política de saúde, criou órgãos consultivos de âmbito nacional, regional e concelhio e previu o direito dos pacientes de constituírem entidades que os representassem, que defendessem os seus interesses e colaborassem com o sistema de saúde. Na mesma direção, em 1999, o Decreto-Lei n.º 157 (Portugal, 1999) estabeleceu o regime de criação e organização dos conselhos consultivos dos centros de saúde, com a finalidade de assegurar a participação de cidadãos, instituições e comunidades locais.

Embora a legislação, já a partir dos anos 1990, faça inúmeros indicativos no sentido de garantir alguns mecanismos formais para encorajar a participação no sistema de saúde, na prática esses não foram implementados. Em termos operacionais –

de Saúde. Os dados desta nota estão disponíveis em: http://conselho.saude.gov.br/web_cadastro/ e http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/demonstrativo.html (Conselho Nacional de Saúde, 2017).

segundo Serapioni (2016) – a gestão do sistema de saúde passou a reconhecer a importância dessa participação somente na segunda metade dos anos 2000, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

O Decreto-Lei n.º 28/2008 instituiu os Conselhos de Comunidades (CC) nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (Aces) com o objetivo de aproximar os cuidados primários à comunidade e de incentivar a participação de diferentes atores, tanto institucional como associativamente. O artigo 31 do decreto trata de sua composição e funcionamento e, neste prisma, chama a atenção o fato de que os CC devem reunir-se ordinariamente uma vez por semestre. O estudo de Ana Raquel Matos e Mauro Serapioni avaliou que:

Entre as barreiras identificadas ao funcionamento dos CC, destacam-se alguma inércia na nomeação dos representantes, a influência excessiva das autoridades locais no processo participativo e a falta de associações de usuários para integrar os CC. O aspecto mais crítico, no entanto, é a presença ainda limitada das associações de usuários nas áreas de intervenção do Aces (Matos & Serapioni, 2017: 5).

Importa contudo assinalar algumas experiências promovidas nos últimos anos. Destaca-se, em nível nacional, o funcionamento regular do CNS a partir de 2017, e em nível local as iniciativas de organização das Comissões de Utentes e Ligas de Amigos, no âmbito das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN, 2015).

Entretanto, no âmbito da sociedade civil, nos últimos anos, as associações de doentes começam a se destacar como atores sociais de relevo no que toca à participação em saúde. Nesse domínio, e dada a ausência de canais institucionais capazes de promover uma participação regular, o papel desempenhado por essas associações têm exercido uma pressão crescente, no sentido de reivindicar novos espaços e canais de participação (Crisóstomo & Santos, 2018).

Notas finais

O que este texto nos apresenta, a partir dos itens tratados, é que há diferentes maneiras de definir a participação, inúmeras possibilidades e formas de expressá-la e de organizá-la, evidenciando as dificuldades de abrigá-las em um único marco teórico ou político. Mas nosso texto foi guiado por um entendimento de que realizar a política de saúde com a participação de vários segmentos da sociedade civil, dos trabalhadores da saúde e dos prestadores de serviços do setor privado e filantrópico é uma escolha e uma decisão política.

Esta escolha política está longe de ser linear e isenta de conflitos. As duas experiências analisadas evidenciam uma escolha de colocar a participação como um dos fundamentos do sistema público de saúde. No entanto, a escolha do campo legal não ganha imediatamente corpo institucional e prático na gestão dos governos. Ou seja, as práticas participativas na saúde, nas sociedades brasileira e portuguesa, estão longe de refletirem ou serem retílineas ao arcabouço legal. A cultura política de cada país, as demandas da sociedade mediante os movimentos sociais ou as associações de usuários e as opções dos governos marcaram a trajetória da implementação dos espaços participativos na saúde.

Avaliamos, pelo arcabouço legal e documentos estudados, que a retórica participação em saúde está presente tanto no SNS como no SUS; no entanto, as trajetórias de práticas participativas são bastante diferentes. No Brasil, ora por demanda da legislação, ora por pressão da sociedade civil, os espaços institucionalizados da saúde foram implantados e funcionam com certa regularidade. A pesquisa mostrou-nos que no Brasil a relação democrática entre Estado e sociedade, a garantia dos direitos de cidadania e a progressiva incorporação dos segmentos vulneráveis constituiu-se, em grande medida, no motor e na pauta dos espaços participativos do SUS. A qualidade dessa participação – em termos de representatividade dos segmentos sociais –, a qualificação de conselheiros, a infraestrutura administrativa dos conselhos e a incorporação de outros segmentos foram seguidamente temas de destaque e de questionamentos nos PNS. A conjuntura política regressiva que vem se instalando no Brasil, desde 2016, provavelmente repercutirá de forma igualmente regressiva nos espaços de participação e na elaboração dos PNS. Tarefas estas que deixaremos para novas pesquisas.

Em Portugal, a legislação e as referências sobre participação nos PNS, sobre os direitos de cidadania e sobre a democratização das decisões do Estado em relação ao SNS não se evidenciam da mesma forma que nos documentos do Brasil. Parece predominar o entendimento de que participar é intervir na tomada de decisões em todos os aspectos da vida que afetam os indivíduos em relação à sua doença (vida pessoal e familiar do paciente, da família, dos cuidadores), a promoção da saúde, o contato com os profissionais e na busca certa do serviço de saúde. A organização das associações de pacientes e a literacia em saúde são estratégias bastante recomendadas (nos PNS e na legislação) para que o papel de cidadão, de doente e de consumidor seja desempenhado de forma consciente; que favoreça à boa relação com os serviços; que a realização do tratamento seja adequado; e, que faça a defesa de seus interesses junto ao SNS. No entanto, destaca-se que a cidadania em saúde vem sendo difundida em Portugal por meio dos conselhos de comunidade junto a atenção primária, o funcionamento do Conselho Nacional

de Saúde e o ativismo da sociedade civil. Tais espaços estão colocando na agenda pública a importância da participação social nas decisões sobre o planejamento e a gestão em saúde.

Com menos ênfase no Brasil e com mais ênfase em Portugal, observamos que se trata da participação em saúde como mecanismo propositalmente destinado a incluir segmentos que, na esfera da sociedade (ou do mercado), em sua vida cotidiana, encontram-se excluídos de oportunidades de escolha. Esta concepção de incluir os excluídos, sem necessariamente tratar da desigualdade social de saúde, preconiza a ampliação do direito de escolha do participante, concebido como consumidor de bens e serviços oferecidos por uma multiplicidade de prestadores, preferencialmente do setor privados e social/filantrópico. A concepção que propõe a criação de mecanismos participativos que venham a ampliar o direito dos cidadãos em influenciar o processo de decisão política no âmbito do Estado e que seja descentralizado o processo decisório, vem sendo secundarizada.

Referências

ALMEIDA NETO, Américo Rodrigues de. Participação e democracia para os liberais do século XIX. *Aurora*, v. 5, n. 2, p. 41-55, Jan.-Jun. 2012.

ARNAULT, Antonio. *Serviço Nacional de Saúde – SNS. 30 anos de resistência*. Coimbra: Coimbra Editora, 2009.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF-AN). *7x7 medidas, novo ciclo dos cuidados de saúde primários 2015-2018*. Lisboa: USF-AN, 2015.

AVRITZER, Leonardo. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: AVRITZER, Leonardo (Org.). *Experiências nacionais de participação social*, p. 27-54. São Paulo; Belo Horizonte: Cortez; Editora UFMG, 2009.

BARROS, Pedro Pita *et alii*. *Políticas públicas em saúde: 2011-2014 – Avaliação do impacto, Healthcare Initiative Research*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde. Brasília (DF), 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_cadastro/>. Acesso em: 19 dez. 2017

———. Plano Nacional de Saúde de 2016 a 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

———. . Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Maio 2015a.

———. . Portaria n.º 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

———. . Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016. Versão completa. Maio 2012. Disponível em: <<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>>. Acesso em: 03 Abr. 2018.

———. . Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 453, de 10 de maio de 2012a.

———. . Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012 a 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

———. . Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bibspi.planejamento.gov.br/bitstream/handle/iditem/147/pns2008_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 Abr. 2018.

———. . Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa-SUS. 2009b.

———. . Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Série B. “Textos Básicos de Saúde”. Brasília: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009c.

———. . Portaria n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

———. . Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil (2004-2007). Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_saude_Brasil.pdf>. Acesso em: 10 Abr. 2018.

———. . Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências.

———. . Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. *Serv. Soc. Soc. [online]*, n. 109, p. 126-150, 2012.

COHN, Amélia; BUJDOSO, Yasmin Lilla. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. *Tempo Social*, v. 27, n. 1, p. 33-47, Jun. 2015.

CRISÓSTOMO, Sofia; SANTOS, Margarida. Participação pública na saúde: das ideias à ação em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 117, p. 167-186, 2018.

DANTAS, André. Todos pela participação: quando o consenso denuncia a dominação. In: MONTANO, C. (Org.). *O Canto da sereia: crítica a ideologia e aos projetos do terceiro setor*, p. 103-143. São Paulo: Cortez, 2014.

DE VOGLI, Roberto. The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection. *International Journal of Equity in Health*, v. 13, n. 58, 2014.

EUROSTAT. Eurostat database. Luxembourg, European Commission. Health care expenditure by financing scheme, 2019. Disponível em: <<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>>. Consulta em: 25 Fev. 2019.

FONTES, Virgínia. *O Brasil e o capital-imperialismo: teoria e história*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

FUNG, Archon. Putting the public back into governance: the challenges of citizen participation and its future. *Public Admin. Rev.*, n. 75, p. 513-522, 2015.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Rev. Bras. Educ.*, v. 16, n. 47, p. 333-361, Ago. 2011.

HESPANHA, P. As reformas dos sistemas de saúde na Europa do Sul: crises e alternativas. In: RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, Isabela (Orgs.). *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*, p. 81-110. Rio de Janeiro: Hucitec, 2017.

KRÜGER, Tânia Regina; OLIVEIRA; Andréia. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. *Argum*, v. 10, n. 1, p. 57-71, Jan./Abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18621/13181>>.

IANNI, Octávio. Polarização da cultura política. In: RATTNER, Henrique (Org.). *Brasil no limiar do século XXI*, p. 97-104. São Paulo: EdUSP, 2000.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; ABRAO, Rachel; KIELING, Matheus. Interfaces das interfaces socioestatais. Um estudo sobre as ouvidorias. *Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação da Câmara dos Deputados*, v. 28, p. 145-176, 2019.

MALINI, F. Tecnopolítica: a viralidade indígena em rede e os novos modos de mobilização. *Midianinja*, 24 Abr. 2017. Disponível em: <<http://midianinja.org/fabiomalini/tecnopolitica-a-viralidade-indigena-em-rede-e-os-novos-modos-de-mobilizacao/>>. Acesso em: 11 Set. 2018.

MARICATO, Ermínia. Nunca formos tão participativos: reflexões sobre os movimentos sociais urbanos. In: MARICATO, Ermínia. *O impasse da política urbana no Brasil*, p. 89-98. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

MATOS, Ana Raquel; SERAPIONI, Mauro. O desafio da participação cidadã nos sistemas de saúde do sul da Europa: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 1, p. 1-11, 2017.

MEMORANDUM OF UNDERSTANDING (MU). Portugal – Memorandum of understanding Central Bank, European Commission, International Monetary Fund. 17 May 2011. Disponível em: <https://www.jn.pt/infos/pdf/Memorando_troika.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

MORONI, José Antônio. O direito a participação no governo Lula. In: AVRITZER, Leonardo (Org.). *Experiências nacionais de participação social*, p. 107-141. São Paulo; Belo Horizonte: Cortez; Editora UFMG, 2009.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Health Statistics. Frequently requested data*. Paris: OCDE Publishing, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 Set. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 Ago. 2018.

———. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: OMS, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE BRASIL (OPAS BRASIL). *Participação social*. Brasília: OMS; Opas Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1798:participacao-social&Itemid=748>. Acesso em: 24 Ago. 2018.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). Procuram-se novos caminhos: Relatório de Primavera. Coimbra: OPSS, 2016. Disponível em: <[www.http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf](http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf)>. Acesso em: 13 Jan. 2019.

PAIVA, Beatriz Augusto de; ROCHA, Mirella; CARRARO, Dilceane. Participação popular e assistência social na América Latina: teses, contextos dilemas. In: STUCHI, Carolina; PAULA, Renato; PAZ, Rosângela (Orgs.). *Assistência social e filantropia: cenários contemporâneos*, p. 271-288. São Paulo: Veras Editora, 2012.

PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria “concessão-conquista”. *Serviço Social & Sociedade*, v. 18, n. 53, p. 80-101, 1997.

PIRES, Roberto Rocha. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: Ipea, 2011.

PORTUGAL Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 49, de 23 de agosto 2016. Estabelece o Regime Jurídico do Conselho Nacional de Saúde.

———. . Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Maio 2015a.

———. . Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019. 2015b. Disponível em: <<https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>>.

———. . Lei n.º 15/2014, de 21 de março de 2014. Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

———. . Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016. Versão completa. Maio 2012. Disponível em: <<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>>. Acesso em: 03 Abr. 2018.

———. . Ministério da Saúde. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

———. . Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – Prioridade para 2004-2010. Mais Saúde para Todos. Lisboa, fevereiro de 2004a.

———. . Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010. Mais Saúde para Todos. Lisboa fevereiro de 2004b.

———. . Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 157/1999, de 10 de maio de 1999. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

———. . Ministério da Saúde. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 11/1993. Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, 1993.

———. Ministério da Saúde. Assembleia da República. Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde, 1990.

———. Ministério da Saúde. Assembleia da República. Lei n.º 56/79, de 15 de setembro de 1979. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.

SABARIEGO, Jesús. *Tecnopolítica y recientes movimientos sociales globales: hacia una democracia basada en lo común*. Comunicação apresentada no Congreso da Unión Latina de la Economía Política de la Información, la Comunicación y la Cultura (Ulepicc); Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina (Ciespal), Quito (Ec), 2017.

SALES, Teresa. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. *RBCS*, Ano IX, n. 25, p. 26-37, Jun. 1994. Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=212:rbc-25&catid=69:rbc&Itemid=399>.

SERAPIONI, Mauro. Il Servizio Nazionale di Salute portoghese tra crisi, processi di riforma e nuove sfide. In: GIARELLI, Guido; GIOVANNETTI, Vito (Orgs.). *Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea. Un'analisi comparata*, p. 127-145. Milano: Angeli, 2019.

———. A participação pública no sistema de saúde português: a experiência dos Conselhos de comunidade. *O Público e o Privado*, n. 27. Jan./Jun. 2016.

SERAPIONI, Mauro; FERREIRA, Pedro Lopes; ANTUNES, Patrícia. Participação em saúde: conceitos e conteúdos. *Notas Econômicas*, p. 26-40, Dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14195/2183-203X_40_2>.

SIMÕES, Jorge; LIMA, Luís Vale. A entidade reguladora da saúde. In: LOUREIRO, João; PEREIRA, André Dias; BARBOSA, Carla. (Coords.). *Direito da saúde. Estudos em homenagem a Guilherme de Oliveira*, v. I – “Objeto, redes e sujeitos”, p. 285-306. Coimbra (PT): Almedina, 2016.

SIMÕES, Jorge de Almeida *et alii*. Portugal health system review. *Health Systems in Transition*, v. 19, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/337471/HiT-Portugal.pdf>. Acesso em: 09 Nov. 2018.

STOTZ, Eduardo Navarro. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. *Saúde em Debate*, v. 30, p. 149-160, Maio/Dez. 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Ciência para a redução das desigualdades. Semana Nacional de Ciência e Tecnologia (SNCT), 2018. Pro-pesq/UFSC. Disponível em: <<http://propeq.ufsc.br/>>. Acesso em: 20 Ago. 2018.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, n. 21, p. 218-251, Jun. 2009.

