

## O LUGAR DOS GRUPOS DE AUTO-AJUDA NA CONFIGURAÇÃO DO ESTADO-PROVIDÊNCIA

Tiago Correia

### Introdução

Este artigo analisa um conjunto de contributos sobre alternativas de mudança nos serviços de saúde em Portugal, explorando pistas que procuram integrar dois domínios de reflexão, praticamente inexplorados num (já) vasto campo de produção teórica em Portugal. Trata-se especificamente dos fundamentos do planeamento e dos princípios em que se baseia a prestação de cuidados de saúde consolidados ao longo do século XX.<sup>1</sup>

Assim, a estruturação dos argumentos aqui debatidos segue dois eixos fundamentais: por um lado, a discussão sobre a progressiva retracção do estado na sociedade portuguesa, ao nível específico do apoio e enquadramento da população na prestação pública de cuidados de saúde, pese embora a insistência na componente social do estado. Por outro, e sendo talvez aqui que resida a principal distinção em relação aos contributos produzidos nesta área, com base numa exploração teórica sobre o estado, analisam-se as características e funções dos grupos de auto-ajuda, fundamentalmente por manifestarem princípios de governância, *empowerment*, ou mesmo de parceria, na resposta às lacunas institucionais de prestação de cuidados de saúde.

Qualquer proposta de reflexão sobre o estado tem que lidar com o envolvimento de uma vastidão de problemáticas, quase que necessariamente acompanhadas por diversos pontos de vista nem sempre consensuais. O olhar pretendido neste artigo sobre o estado centra-se na aceção de providência, sobretudo nas concepções de Santos (1987) e Santos (1992), Santos e Ferreira (1998; 2001) e Mozzicafreddo (1992; 1994; 2002) para o exemplo português, e nos fundamentos mais abstractos desenvolvidos por Mishra (1995).<sup>2</sup> Em Portugal, Santos e Mozzicafreddo serão, porventura, dois dos autores com maior autoridade científica em torno da problemática do estado, dando rosto a duas posições habitualmente colocadas em terrenos teóricos

---

1 Artigo elaborado a partir da avaliação efectuada para a cadeira optativa de saúde, medicina e sociedade, nas licenciaturas em sociologia e em sociologia e planeamento do ISCTE, leccionada pela prof.<sup>a</sup> doutora Graça Carapinheiro, a quem, desde já, agradeço a disponibilidade e o apoio prestados para a realização e revisão deste artigo, apesar de, por isto, não lhe poder ser associado qualquer tipo de comprometimento em relação ao conteúdo e argumentos aqui apresentados.

2 Contudo, nem o debate português nem o debate internacional se extinguem neste conjunto específico de autores, mas, dado o objectivo deste artigo houve a necessidade de realçar aqueles que têm vindo a debater o estado-providência português desde a década de 1980, de modo a tentar compreender os seus contornos mais específicos e não tanto traços comparativos com outros modelos de estado-providência, onde aí podemos destacar, entre outros, Esping-Andersen (1990), Ferrera (2000) ou Silva (2002).

distintos. De facto, e tal como será discutido, se é verdade que as diferenças entre ambas são incontornáveis, não é menos verdade que isso não pode consubstanciar uma interpretação que simplesmente as remeta para um antagonismo demarcado. Aliás, e embora se deixe ao leitor essa avaliação, salienta-se que a orientação deste artigo procura, sempre que possível, traçar cruzamentos entre os contributos destas duas correntes, já que, principalmente ao nível dos pressupostos do modelo providência em Portugal, entre elas existem mais proximidades do que distâncias.

Exemplo dessa proximidade é o facto de o estado-providência dever ser analisado conjugando duas funções. No entendimento de Mozzicafreddo (1994; 2002), trata-se da definição de políticas de serviços sociais e de bens públicos e da aposta na regulação e estímulo à actividade económica. Por sua vez, Santos (1987) designa a conjugação de políticas sociais que permitam suavizar as lógicas capitalistas em relação ao bem-estar social, não negando a necessidade de princípios económicos que garantam a sustentação do mercado. Em todo o caso, é também nesta relação que se encontra o principal antagonismo entre ambos, ou pelo menos aquele que é mais notório por implicar a maior distinção conceptual. Se em Mozzicafreddo (2002) esta conduz a uma noção de conflitualidade, Santos (1992) centrar-se na ideia de complementaridade entre o capital e o trabalho, através de um processo de transformação do capital privado em capital social. Com isto, Santos concebe o projecto político do estado-providência partindo do incentivo e dinamização da actividade económica, para que a jusante se possam produzir meios capazes de garantir os fundamentos da justiça distributiva.

### **Pensar o estado-providência**

A reflexão sobre o estado-providência, segundo Mozzicafreddo (1994; 2002), apresenta como principais desafios em Portugal, e não só, os elevados custos orçamentais e os impactes económicos das políticas sociais. De facto, o caminhar para o final do século XX foi comportando inúmeras preocupações sobre a exequibilidade e sustentabilidade financeira deste modelo de estado, num crescente clima de abertura dos mercados internacionais, a par de uma pressão para que a orientação mercantilista se estendesse a cada vez mais dimensões da vida quotidiana, algo que Ferrera (2000: 458) designa por limitações exógenas. Para além disso, Jacquemin e Wright (1993, em Mozzicafreddo, 1994; 2002), conjugam com estes desafios um actual estado de “défice de solidariedade”, em que, muito embora os direitos cívicos tenham adquirido uma natureza universal, se tornou igualmente inequívoco o aumento das situações de marginalização social.

A proposta de interpretação de Santos (1987: 14) sobre o estado-providência, tanto num sentido teórico-abstracto, como nos seus contornos reais em Portugal, é formulada numa ideia concisa, mas muito elucidativa, como “uma forma política de Estado nos países capitalistas avançados num período em que o socialismo deixa de estar na agenda política do curto e médio prazo (...) [sendo] o resultado de um certo pacto teorizado no plano económico por Keynes entre o Estado, o capital e o trabalho (...)”, emergindo de alterações profundas do modelo anterior — estado

liberal. Ao estado cabe assegurar as exigências de crescimento económico, simultaneamente com as exigências sociais, logo, responder à necessidade de modernização sem comprometer a dimensão da justiça social. Ou, como Flora e Alber (1984, em Mozzicafreddo, 2002) consideram, ao estado é remetida a capacidade de anulação, ou melhor dizendo, de minimização dos efeitos das situações de incerteza e de risco que, progressivamente, se têm associado às causas e consequências do fenómeno da globalização.

Em Mozzicafreddo (1994; 2002), embora se encontre uma ampla discussão sobre múltiplos aspectos relacionados com o estado-providência, a vertente que aqui interessa reter centra-se nos mecanismos identificados como sustentáculos deste modelo, nomeadamente: a “democracia”, os “direitos de cidadania”, a “consolidação das normas de bem-estar” e, por último, a “institucionalização dos direitos associativos e do processo de participação”.

Em relação à “democracia”, Mozzicafreddo analisa-a enquanto sistema de orientação das preferências colectivas, pelo que a definição da intervenção estatal se confronta com os condicionalismos decorrentes do funcionamento das ideologias político-partidárias que a sustentam nesse período em concreto. Por conseguinte, torna-se incorrecto falar numa única forma de estado-providência, pois as ideologias partidárias são universos simbólico-políticos variáveis, espacial e temporalmente. A este nível, embora o entendimento de Santos (1987; 1992), Santos e Ferreira (2001) e de Mishra (1995) seja mais específico, pode, de facto, ser integrado na mesma linha de pensamento. Ou seja, defendem que ao estado-providência não cabe resolver contradições sociais, mas antes, tentar compatibilizá-las no conjunto de interesses e exigências dos grupos sociais que o representam num dado momento. Mishra (1995) ilustra de forma pertinente este fundamento, referindo-se a um modelo *diferenciado* do estado-providência, presente na governação americana e inglesa, assim como um modelo *integrado* do estado-providência na Áustria e Suécia. Se o primeiro, dotado de uma ideologia neoconservadora, seguiu uma lógica de limitação substancial da componente assistencialista, apostando no capital em detrimento do factor trabalho, o segundo — ideologia social corporativista — apostou num funcionamento concertado entre interesses económicos de mercado e estatais.<sup>3</sup>

Então, a matriz institucional do estado-providência não foi, nem continua a ser consensual, na medida em que as mesmas questões são equacionadas desde o início da sua formação (p. ex. os destinatários da protecção estatal e o peso desta função em relação às outras que o estado deverá assegurar). Sendo desafios centrais aparentemente simples, comportam, no entanto, uma forte indefinição e, sobretudo, uma

---

3 Note-se, contudo, que existem outras propostas analíticas para comparação entre os modelos de providência. Por exemplo, Esping-Andersen (1990) fala em três modelos distintos de estado social: o escandinavo, marcado por uma concepção de social-democracia, o continental, caracterizado por princípios corporativos e, por último, o anglo-saxónico ou liberal. Por outro lado, Silva (2002) ou Ferrera (2000) preferem acrescentar a esta tripartição um modelo adaptado ao sul europeu — Portugal, Espanha, Itália e Grécia — pela similitude das suas experiências de adaptação tardia ao modelo social.

dependência das ideologias partidárias. Com isto afirma-se que, muito embora a concepção teórica de estado assente no pressuposto de imparcialidade em relação a qualquer tipo de interesse particular, a aplicação de várias formas de estado desmente esta premissa.

Santos (1992) confere uma especial atenção a esta questão, referindo-a como uma das principais contradições inerentes ao modelo. Para o autor, embora o estado-providência tenha sido pensado como um “(...) prestador geral de interesses gerais, acima dos interesses particulares das diversas classes sociais” (p. 195), e dado que são os princípios democráticos a sustentá-lo, por via dos processos eleitorais, directos e indirectos, a orientação das opções políticas estará implicitamente associada a essas expectativas ideológico-partidárias, não sendo necessariamente convergente com os fundamentos de bem-estar presentes nos alicerces teóricos do modelo. Para além do mais, se se tiver presente o contexto de globalização e as indefinições a que conduz, compreende-se de que forma é que a acção do estado encontra fortes restrições de actuação e uma tendencial subjugação às lógicas económicas internacionais. Isto conduz-nos então à necessidade de reconceptualização das já existentes teorias da regulação, na medida em que o final do século XX deve ser associado à perda de poder do estado, enquanto organismo dotado de legitimidade exclusiva de intervenção no palco nacional (Dabscheck, 1993). Considerando a terminologia de Santos (1992), esta falta de legitimação não é mais do que a extinção do estado enquanto mediador entre o capital e o trabalho e, por isso mesmo, uma contradição do seu funcionamento. Não será certamente difícil procurar, tanto na realidade portuguesa como no estrangeiro, exemplos onde as grandes empresas transnacionais, dotadas de uma forte influência político-económica, competem pela determinação da regulação do capital. Tal facto demonstra o seu papel central, legitimado sobretudo por uma elevada dependência das sociedades ocidentais dos grandes mercados financeiros e económicos.

Já em relação ao segundo mecanismo identificado, “direitos de cidadania”, Mozzicafreddo (2002) considera-o enquanto uma das manifestações do aumento das funções do estado-providência. Com efeito, à medida que os direitos de cidadania vão sendo institucionalizados, crescem as exigências perante o estado e, inevitavelmente, crescem também os gastos públicos. Apesar disso, a reflexão sobre estes direitos exige uma especial atenção, já que, mesmo considerando um aumento de responsabilidades do estado, não é de todo o mais adequado afirmar que os gastos advirão somente do seu funcionamento. Portanto, como defende Mishra (1995), dever-se-á proceder a uma divisão analítica em torno das funções do estado: por um lado, com deveres de regulação e, por outro, com deveres de implementação. Confere-se assim a possibilidade de que a concretização de determinadas políticas assistencialistas se processe por um conjunto específico de agentes sociais que vão para além do estado (p.ex. grupos cívicos, organizações não governamentais, movimentos sociais, etc.), pois a sua capacidade de criar determinadas bases institucionais e organizacionais não implica que a sua concretização se extinga em si (Mozzicafreddo, 2002).

Em terceiro lugar, o autor (*idem*) identifica a “consolidação das normas”, principalmente as que visam responder à necessidade de implementação dos fundamentos

de igualdade e universalidade, no sentido de minimizar os efeitos negativos dos desiguais processos de distribuição dos recursos. Embora este seja, a par do anterior, um dos principais desafios colocados ao estado-providência na prestação de cuidados de saúde, os resultados esperados não têm sido alcançados. Certamente por uma diversidade de motivos, mas sem dúvida que, pelo menos em Portugal, muitos deles associados à acção dos partidos políticos, com efeitos variáveis nos diferentes sectores de organização global da saúde.

Por fim, Mozzicafreddo dá conta da “institucionalização dos direitos associativos e do processo de participação” entre diversos parceiros sociais na consolidação das normas e, inevitavelmente, nas políticas que as concretizam. Neste sentido, e embora esta não seja uma posição consensual, nomeadamente para Santos (1992), a dimensão da concertação social ganha uma legitimidade institucionalizada e, por isso mesmo, funcional para a prossecução do estado-providência. É precisamente com base nesta discussão que o tema dos grupos de auto-ajuda ganha relevância, embora estes autores não lhe confirmem espaço nas suas formulações teóricas.

*A prestação pública de cuidados de saúde e os contornos do modelo social em Portugal*

“A problemática do estado-providência tem sido, de alguma maneira, subsumida tanto no papel desempenhado pelo estado no estímulo ao crescimento económico e na produção de factores de integração social, como na moderada dimensão quantitativa das políticas sociais” (Mozzicafreddo, 2002: 29). Partindo desta afirmação, e complementando com a perspectiva de Santos (1987), a procura do estado português de moderar as políticas sociais e económicas, desde o início da década de 1990, tem-se apresentado bastante reduzida. Então, se a questão da saúde e, conseqüentemente, a prestação de cuidados integra os direitos sociais estruturantes num modelo providência, falar na crise deste modelo é também falar na crise e fragmentação do sector da saúde.

Com efeito, a conflitualidade entre o assegurar de políticas sociais e de bens públicos, por um lado, e as políticas de regulação/estímulo da actividade económica, por outro, apresentou-se como uma das principais problemáticas constantes na sociedade portuguesa. Quando se afirma que estas dimensões são conflituantes, retoma-se a discussão anterior sobre os “direitos de cidadania” identificados por Mozzicafreddo (2002). Assim, e embora seja verdade que o estado possa complementar as funções de regulação com as de implementação, o que teoricamente permitiria diminuir a pressão sobre os gastos públicos, o que é facto é que o autor argumenta que o incentivo social tem sobretudo implicado aumentos significativos dos referidos gastos, originando um aumento da componente fiscal para o conjunto dos cidadãos (Bienaymé, 1982; Offe, 1984; Rueschemeyer, 1985, referidos por Mozzicafreddo, 1992; 1994; 2002).

Apesar de esta ser uma conflitualidade correspondente ao funcionamento lógico do modelo providencial, tanto Mozzicafreddo como Santos dão conta que o contexto português assume uma especificidade muito interessante ao nível da configuração assumida por esta conflitualidade. Neste sentido, partilham a opinião da

existência de um processo dialéctico entre a contracção do peso quantitativo do estado e a expansão do seu papel na regulação colectiva. Por outras palavras, e adequando aos contributos de Mishra (1995), ultimamente o estado tem-se manifestado mais como avaliador, no sentido de balizar as regras económicas e sociais, deixando muitas vezes para a esfera privada parte do seu investimento e produção. Aliás, retomando a discussão sobre a incapacidade do estado em se assumir como regulador exclusivo no palco nacional, Santos (1992) vai mais longe, afirmando que, para além da retracção quantitativa do estado, deve ainda ser considerada a sua retracção qualitativa.

Mesmo que esta seja uma inegável tendência que se foi aprofundando, de modo algum se pode concluir que este tenha sido o objectivo original pensado para o estado-providência português. Na realidade, embora a dimensão social do estado tenha originalmente passado pela articulação entre as lógicas de produção e de regulação, a forma como se foi institucionalizando conduziu à progressiva passagem da predominância das políticas de regulação sobre as políticas de produção. Concretizando esta problemática à luz do domínio da saúde, a reforma de 1971 é dos melhores exemplos da vontade do estado de trazer para a esfera pública um domínio tradicionalmente sustentado pelo sector privado de feição corporativa e pelo sector social, como é o caso do papel desempenhado pelas Misericórdias (Offe, 1975, referido por Santos, 1987), logo, uma tentativa de, assumidamente, substituir políticas distributivas (mobilização de recursos já existentes) por políticas produtivas (bens e serviços directamente produzidos pelo estado).<sup>4</sup>

Posto isto, a configuração específica do modelo providencial em Portugal, como acontece em qualquer contexto democrático livre, e indo ao encontro do que foi anteriormente referido por Mozzicafreddo, em última análise encontra-se dependente mais da vontade eleitoral do que propriamente dos grandes ideais políticos de outrora. Ou seja, se se tiver por base a análise de Mishra (1995), ou mesmo de Santos e Ferreira (2001), a leitura empírica dos modelos providenciais conduz à convicção da existência da constrição estrutural do estado-providência, a qual remete para uma tendência de aproximação entre as políticas, mesmo de partidos

---

4 Sucintamente, esta foi a última de três grandes reformas dos serviços de saúde que ocorreram desde o século XIX até à Revolução de Abril. Ainda num regime totalitário considera-se a reforma de 1971 como o suporte ideológico para a construção do sector da saúde em Portugal, defendendo-se que teve por base as políticas das décadas precedentes. O objectivo da reforma de 1971 foi o primeiro passo para a criação e funcionamento de um Serviço Nacional de Saúde, generalizado a toda a população, deixando de parte a noção predominante de caridade e, sobretudo, retirando do sector privado corporativo a exclusividade na acção de prestação de cuidados médicos (como é o exemplo das Misericórdias). Foi também responsável pela estruturação das carreiras dos funcionários de saúde, contribuindo portanto com um passo significativo para a profissionalização de todos os intervenientes na prestação de cuidados médicos (Carapinheiro e Page, 2001). Para além disso, não se pode deixar de ter presente que o facto de a reforma de 1971 ser considerada uma das mais importantes reformas de saúde produzidas até hoje em Portugal, se deve à ruptura que estabeleceu com um modelo de financiamento e de prestação de saúde que assentava nos princípios corporativos do *Estatuto Nacional de Trabalho*, envolvendo desta forma os regimes contributivos de patrões e operários, segundo o fundamento da harmonia de interesses entre o capital e o trabalho.

dotados de orientações ideológicas não coincidentes. Simões (2004) defende uma leitura semelhante para a orientação em Portugal, afirmando que, desde 1974, ocorreram mudanças nas estratégias políticas, mas nunca se produziram rupturas ideológicas relativamente ao Serviço Nacional de Saúde.<sup>5</sup> Neste domínio de discussão Carapinheiro e Page (2001) seguem a mesma linha de orientação, mas optam por uma leitura que, em vez de seguir a lógica da constrição estrutural, corresponde à perspectiva da limitação estrutural das políticas de saúde, já que, segundo os seus argumentos, os princípios que suportaram a criação e manutenção do SNS a partir da década de 1970, seguiram a tendência de prosseguimento dos objectivos da saúde pública, desenvolvida desde os anos 40 do século XX.

De qualquer modo, o estudo sobre o estado-providência português implica que seja considerado como um processo rápido e de características intermédias. Com isto, Mozzicafreddo (1992; 2002) afirma que somente se pode falar do estado-providência a seguir à Revolução de Abril e, que para além disso, é inegável que a sua especificidade remete para uma articulação entre características assumidamente de países mais desenvolvidos, em simultâneo com assimetrias que conduzem para elementos presentes em países menos desenvolvidos. Santos e Ferreira (2001) também partilham a mesma leitura, referindo que a realidade nacional se enquadra em processos característicos de países em estadios de desenvolvimento intermédio, mas integrados em organizações centrais no sistema-mundo. De facto, em 1986, Portugal era considerado o país com a maior taxa de pobreza dos 12 que compunham na altura a CEE (Campos, 1991), pelo que faz todo o sentido designar um “semi-estado-providência” em Portugal (Santos, 1987; 1992).

Assim, o que se procura analisar é o facto de em Portugal as conjunturas políticas variáveis constituírem uma das principais razões de impactes no estabelecimento dos cuidados de saúde, nomeadamente em termos da igualdade de acesso da população, bem como na eficiência dos seus processos. Com efeito, desde a década de 1970, que os constantes avanços e retrocessos nas políticas de saúde caracterizam o funcionamento do sector na realidade nacional, num contexto internacional de distribuição dos cuidados de saúde, o qual foi, e continua a ser, responsável por uma rigidez na adequação dos recursos limitados às múltiplas e ilimitadas necessidades de saúde (Higgs e Jones, 2001).

O final da década de 1990 deu conta de uma “inevitável” necessidade de gestão racional dos recursos despendidos para a saúde, sob pena de estes não satisfazerem as necessidades de toda a população, mesmo dentro de um sistema institucional de providência (New, 1996, referido em *ibidem*). Além de se ter atingido este ponto de esgotamento dos recursos, também tem sido muitas vezes discutida a falta de exequibilidade da protecção e do apoio social padronizados, aquando da constituição do estado-providência, no pós-II Guerra Mundial,

---

5 A este nível convém não esquecer que no decorrer da década de 1980, aquando da Aliança Democrática, teve de haver intervenção do Tribunal Constitucional para que o governo não pudesse extinguir o Serviço Nacional de Saúde (assunto debatido pela primeira vez por Carapinheiro e Pinto, 1987). Mas, para além deste episódio, de facto não houve nenhum outro que conduzisse à ideia de ruptura ideológica.

onde, por exemplo se insere o National Health Service de Inglaterra. A justificação atribuída, “falácia de Beveridge” (*ibidem*: 144), conduz à leitura proposta por Santos (1987) no pressuposto de que, à medida que os direitos sociais vão sendo conquistados, mesmo em contextos de crise e de estagnação económica, os indivíduos não aceitam a sua retracção ou diminuição. Aliás, este é um dos aspectos que contribui para as contradições internas ao modelo providência (Santos, 1987; Santos e Ferreira, 1998; 2001).

Retomando a discussão sobre a situação de indeterminação da orientação política a adoptar em Portugal, a par de uma história recente da democracia, em que o estado se apresenta fortemente centralizado e autoritário, “(...) por via das próprias contradições que advêm de um formalismo interno demasiado burocrático” (Santos, 1992: 136), conclui-se que isso tem resultado em défices significativos na prestação de cuidados de saúde. Assiste-se a lógicas de privatização em sectores que, *a priori*, deveriam ser mantidos sob a alçada pública, precisamente por serem estratégicos, assim como a sucessivas revogações de medidas políticas dos governos anteriores (Simões, 2004). Este é o caso em concreto da saúde e da educação, cujas orientações não devem coincidir com uma posição empresarial numa lógica de mercado. Por exemplo, no período da governação da Aliança Democrática (de 1980 a 1984), a intervenção no sector da saúde representou duros golpes no ainda recente Serviço Nacional de Saúde. Ora, se em 1975 tinha sido alcançada uma importante vitória na prossecução dos objectivos de descentralização e participação (com diversos parceiros no âmbito regional e local), e o estabelecimento do Serviço Médico à Periferia (Santos, 1987), a governação da Aliança desconfigurou estas medidas. Neste contexto, Campos (1986, em Simões, 2004) afirma que “(...) a tendência manifestada, em 1975, de descentralizar a administração dos serviços de saúde foi convertida em mera desconcentração administrativa e, ao fim de algum tempo, descaracterizada pela infiltração da componente partidária”. Com efeito, a orientação foi no sentido de, tentando desenvolver alternativas ao modelo do SNS, apostar na revogação legislativa que suportava este serviço.

Tal como se pode verificar no quadro 1, um outro aspecto associado a esta orientação política foi o forte desincentivo à participação pública na prestação de cuidados. Ora, se em 1980 o sector público seguia a tendência de aprofundar a produção de cuidados (sendo responsável por 71,2% de todo o financiamento na saúde), já em 1985, com o fim da Aliança Democrática, constata-se uma repartição do financiamento praticamente igualitária entre público e privado. Somente com base neste indicador é possível ilustrar a afirmação de que a saúde, como qualquer outra componente do estado-providência, em vez de concretizar ideias teóricas de bem-estar, depende directamente dos interesses que vinculam a orientação partidária, mesmo que as ideologias políticas dos partidos que assumiram o poder em Portugal, desde o 25 de Abril, sejam bastante próximas. Desde o governo da Aliança Democrática que a história recente da democracia em Portugal se insere no significado de *construção estrutural do Estado*, desenvolvido por Mishra (1995). Por exemplo, segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001, em Simões, 2004: 128-129), as medidas do governo socialista seguiram, em traços gerais, a mesma linha ideológica das governações anteriores, sobretudo por “indisponibilidade para correr riscos políticos, como aumento de tensões

**Quadro 1** Evolução da estrutura percentual na relação entre financiamento público/privado no sector da saúde em Portugal

Anos	% financiamento público	% financiamento privado
1975	59,4	40,6
1980	71,2	28,8
1985	57,1	42,9
1987	60,9	39,1

Fonte: *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, 1989 (em Mozzicafreddo, 1992: 69)

e confrontações que inevitavelmente estão associadas a reformas desta natureza.” Outros exemplos podiam ser apresentados. Contudo, considera-se perceptível que, enquanto se mantiver o actual sistema cíclico, marcado por uma ausência de estratégias inovadoras nos princípios e nas opções, torna-se praticamente inadequado pensar na adaptação do Serviço Nacional de Saúde em relação às actuais exigências, nomeadamente no sentido de responder aos desafios colocados à sua eficácia e eficiência.

Chegado este momento duas conclusões podem ser estabelecidas: por um lado, que há remessa de infra-estruturas físicas capazes de responder à prestação de cuidados de saúde que o estado envia para o sector privado, segundo lógicas de contratualização (Campos, 1986, em Carapinheiro e Pinto, 1987)<sup>6</sup> e, por outro, que os gastos decorrentes destas políticas foram combatidos através de sucessivas reformas dentro do sector público, entre as quais, a aplicação de princípios empresariais na gestão hospitalar é o exemplo mais recente.

Este funcionamento coincide com aquilo que O'Connor designa por *complexo social-industrial* (em Santos, 1987; 1992), enquanto aliança estabelecida entre estado e capital privado. As políticas sociais do estado-providência têm-se reconfigurado, assentando em parte na remercadorização dos seus valores, ou como Campos (1991: 17) afirma, “(...) o nosso sistema público de saúde, para além do alcance limitado que revela em termos financeiros, está a ser lentamente privatizado em termos das entidades prestadoras”. Todas estas medidas, em vez de operarem no sentido da eficácia e eficiência do sector, traduziram-se numa fragilidade na prestação de cuidados de saúde, evidenciando uma efectiva dependência que o estado-providência em Portugal tem perante os diversos grupos com poder social (Ferrera, 2000).

No entanto, a presença da iniciativa privada no sector da saúde não pode simplesmente ser interpretada como um obstáculo à prossecução de políticas de bem-estar.<sup>7</sup> Em vez disso, o que deve ser sujeito a crítica é a forma como essa “parceria” tem sido desenvolvida em Portugal e um pouco pelo sul europeu (*ibidem*: 463), nomeadamente ao nível dos efectivos problemas de financiamento do sector, da complexa articulação das diversas unidades públicas — hospitais e centros de saúde —, dos interesses políticos que influenciam a constituição dos órgãos de gestão e, por

6 Campos (1991) dá conta que, em 1983, uma grande parcela do financiamento público ao sector da saúde se destinava ao pagamento de bens e serviços adquiridos ao sector privado, assumindo a designação de *transferências*.

último, da forte componente burocrática do sector. Então, tendo por base o legado histórico fortíssimo que os sectores privados corporativo e social desempenharam, a especificidade nacional terá de ser entendida na importância social e simbólica de entidades prestadoras de cuidados que não se limitaram exclusivamente ao sector público. Este sentido corporativista enraizou-se e complexificou-se de tal forma no sistema de saúde português que, actualmente, não se pode pensar em políticas de assistência dirigidas somente à esfera pública.<sup>8</sup>

Neste âmbito, Mozzicafreddo (2002: 59) refere-se ao sector da saúde como um sector tendencialmente misto, muito por culpa da “lógica vigente de racionalização financeira no fornecimento de bens, serviços e equipamento no sector da saúde e de centralização das prestações de serviços.” Logo, o estado tem vindo tendencialmente a reconfigurar a sua função, passando de financiador e fornecedor de serviços públicos a financiador de serviços prestados pela iniciativa privada, albergando na sua lógica de organização e produção os princípios da concorrência do sector privado, em que as diversas entidades competem entre si pela prestação de cuidados (Mendo e Félix, 1994, referidos por Simões, 2004).

Na tentativa de aproximação às problemáticas sobre os grupos de auto-ajuda e às lacunas na prestação pública de cuidados de saúde, seria de todo pertinente dar conta de um conjunto de indicadores que justificassem esta relação. À partida, o indicador que melhor pode contribuir para determinar a pertinência de tais grupos, assim como as suas possíveis áreas de incidência, é precisamente o facto de não existir qualquer tipo de informação estatística, tanto em contexto nacional, como internacional (p. ex. INE, Eurostat).

Na realidade, embora nos últimos anos a função dos grupos de auto-ajuda tenha sido alvo de alguma reflexão por parte de diferentes domínios científicos (p. ex. ciências médicas e, mais recentemente, as ciências sociais), o que se verifica é que o recurso a eles é ainda muito limitado e pouco representativo. Em rigor, tal

7 Esta análise coincide em grande medida com o debate que Silva (2002) faz sobre o modelo de *welfare* característico dos países do sul da Europa, tendo por base a tipologia tripartida de Esping-Andersen (1990): social-democrata, corporativa e liberal. Nessa argumentação específica, os traços comuns entre este conjunto de países podem justificar a sua inclusão no modelo corporativo característico do bloco continental, embora esse corporativismo não resulte da conquista de direitos de cidadania, mas antes das opções políticas de regimes autoritários tendo em vista o controlo social e a fidelidade ao estado. Para um aprofundamento do debate sobre os estudos comparativos de *welfare* aconselha-se vivamente a leitura de Silva (2002). Nesse artigo, são apresentados diversos argumentos sobre os critérios analíticos que devem suportar a definição de tipologias de *welfare*, sobretudo para o sul europeu, destacando Esping-Andersen de Ferrera, na medida em que a especificidade que apontámos sobre o significado do corporativismo em Portugal e no sul europeu pode justificar a necessidade de um modelo de *welfare* próprio para além dos inicialmente sugeridos por Esping-Andersen.

8 A este nível é de salientar que, segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 1987, grande parte das consultas e dos meios de diagnóstico são prestados por entidades privadas em regime de subsistemas (Campos, 1991), lógica esta que se aprofunda em 2001, por exemplo, nos actos complementares de diagnóstico e de terapêutica (análises clínicas, electrocardiogramas, exames radiológicos e tratamentos de fisioterapia) e em cuidados de saúde primários, já que as entidades convencionadas e o sistema de reembolsos efectuam cerca de 97,9% dos actos, contra 2,1% prestados pelos centros de saúde (Direcção-Geral de Saúde, 2004).

parece dever-se a uma falta de crença do pensamento político sobre os resultados e, sobretudo, sobre o espaço que tais grupos possam vir a ocupar em articulação com o Serviço Nacional de Saúde.

Devido à realidade ser ainda bastante incipiente, somente será possível dar conta desta problemática por aproximação, isto é, a análise tem necessariamente de socorrer-se de um conjunto de indicadores indirectos que justifiquem a necessidade dos grupos de auto-ajuda na prossecução dos objectivos de bem-estar defendidos no modelo providência.

No sentido de permitir a comparação das situações verificadas no conjunto de países da União Europeia, antes do alargamento a 25 estados-membros, são apresentados quatro indicadores (despesa pública no sector da saúde em relação ao total de despesa no sector; despesa do governo no sector da saúde em relação ao total de despesa pública; despesa na área da protecção social do sector da saúde em relação ao total de despesa pública no sector da saúde; e despesa pública no sector (*per capita*) que, para além de ilustrarem algumas das discussões anteriormente referidas no domínio português, permitem enquadrá-lo nas principais tendências verificadas no conjunto de países da União Europeia.

Partindo da leitura do quadro 2 é possível concluir que, muito embora este seja um intervalo temporal pouco significativo para contemplar análises evolutivas, permite descortinar algumas tendências.<sup>9</sup> Concretamente ao nível das verificadas em Portugal, e tendo em conta que o intervalo 1998-2002 compreendeu uma transição política (queda do XIV governo constitucional de António Guterres e constituição do XV governo por Durão Barroso), estes indicadores, fortemente sensíveis à orientação política dominante, não sofreram grandes flutuações. Ainda assim, a transição de um governo socialista para um de orientação social-democrata deu conta de um aumento da parcela do Orçamento de estado destinado ao sector da saúde, assim como de um aumento da despesa pública à custa do sector privado, em consonância com países onde o modelo social mais se consolidou (p. ex. Dinamarca). Em termos políticos, estes dados nada permitem concluir, já que independentemente das medidas adoptadas por esse novo governo de centro/direita, o período em análise acaba antes que seja possível identificar os impactes decorrentes. Mas colocando de parte esta questão, sem surpresa, Portugal assume genericamente uma posição algo frágil em matéria da saúde, sobretudo na intervenção pública, já que em 1998 apresenta um valor algo próximo do verificado em 1987 (quadro 1). Na realidade, somente em 2002 é que Portugal ultrapassou a média dos 15 países da UE considerados, relativamente ao indicador que relaciona a despesa na saúde em termos da globalidade da despesa pública.

Apenas com base neste indicador é possível obter uma leitura de como ocorre o investimento estatal, ou a falta dele, em relação a um sector cujos objectivos não

---

9 Embora não se possa compreender os motivos que estiveram na base destes comportamentos, chama-se a atenção para variações bastante significativas em países como a Itália e o Luxemburgo, para o indicador da ponderação entre despesa pública e privada no sector da saúde, a Irlanda ao nível da preocupação governamental com o sector da saúde, e a Bélgica a par do Luxemburgo em relação à protecção social na saúde.

**Quadro 2** Comparação da estrutura e da dinâmica da prestação de cuidados de saúde entre os países da UE (a 15 membros)

	Despesa pública no sector da saúde em relação ao total de despesa no sector		Despesa do governo no sector da saúde em relação ao total de despesa pública		Despesa na área da protecção social do sector da saúde em relação ao total de despesa pública no sector da saúde		Despesa pública no sector da saúde <i>per capita</i> ( / )	
	1998	2002	1998	2002	1998	2002	1998	2002
Alemanha	78,6	78,5	17,1	17,6	87,0	87,4	1618	1843
Áustria	69,7	69,9	9,9	10,5	56,6	58,9	1135	1293
Bélgica	70,2	71,2	11,9	12,8	89,3	77,7	1194	1492
Dinamarca	82,0	82,9	11,9	13,1	0,0	0,0	1463	1785
Espanha	72,2	71,3	13,1	13,6	11,8	7,2	825	975
Finlândia	76,3	75,7	10,0	11,0	19,4	21,0	1022	1225
França	76,0	76,0	13,1	13,8	96,8	96,8	1413	1733
Grécia	52,1	52,9	10,2	10,8	37,5	35,6	619	800
Irlanda	76,5	75,2	13,6	16,4	1,1	0,8	948	1483
Itália	71,8	75,6	11,1	13,3	0,1	0,1	1078	1366
Luxemburgo	90,9	85,4	12,8	12,0	82,7	94,0	1763	2183
Holanda	67,2	65,6	11,2	12,2	93,9	93,8	1095	1403
<b>Portugal</b>	<b>67,1</b>	<b>70,5</b>	<b>12,8</b>	<b>14,2</b>	<b>7,7</b>	<b>6,5</b>	<b>722</b>	<b>1001</b>
Reino Unido	80,4	83,4	13,9	15,8	0,0	0,0	1077	1501
Suécia	85,8	85,3	11,8	13,5	0,0	0,0	1402	1787
<b>UE 15</b>	<b>74,5</b>	<b>74,6</b>	<b>12,3</b>	<b>13,4</b>	<b>38,9</b>	<b>38,7</b>	<b>1158</b>	<b>1458</b>

Fonte: Sistema de Informação Estatística da Organização Mundial de Saúde (2006)

permitem o retorno de capitais investidos. Não obstante, este valor de 14,2% de despesa não pode ser interpretado como um ponto forte da realidade nacional. Isto é, *per se*, o indicador em causa é conclusivo sobre a parcela de gastos públicos destinados à saúde, mas se em simultâneo se considerarem os outros dois indicadores, apreende-se que o estado português faz parte do conjunto de países que maior espaço abriram ao sector privado, em simultâneo com níveis mais ou menos elevados na despesa pública com a saúde. Tal facto é então revelador de um sistema de saúde diferenciado, em que, muito embora seja remetida para o sector privado a prestação de determinados cuidados de saúde, o SNS não revela uma situação de proveito e de equilíbrio financeiro com essa parceria.

Um outro argumento que poderia ser apresentado sobre o estado em Portugal é que o sector privado, funcionando segundo uma óptica de mercado, se centra em especialidades menos dispendiosas, e naquelas que apresentam menores situações de risco de investimento de capital e médico, transferindo essas situações para o serviço público. De facto, isso explicaria uma percentagem mais elevada do que a média europeia, em termos da parcela de Orçamento destinada à saúde. Contudo, este argumento é posto em causa quando se verifica que o indicador da despesa pública *per capita* apresenta valores muito baixos para o contexto europeu a 15 membros. A principal conclusão que se retira ilustra precisamente o que foi dado conta em Santos (1987; 1992), Santos e Ferreira (2001) e Mozzicafreddo (1992; 1994; 2002), já que os gastos públicos, em vez de

serem canalizados para a prestação de cuidados, traduzem-se no pagamento de serviços ao sector privado.

Tais contornos conduzem à ideia da falta de eficiência de um serviço público, o qual pode ser encontrado em países como a Holanda ou a França, cujos indicadores revelam uma articulação integrada entre público e privado, ou seja, embora estes países apresentem percentagens semelhantes a Portugal na relação entre despesa pública e privada no sector, por outro lado, é de notar que mais de 90% da despesa pública no sector desses países se destina à área da protecção social, enquanto que em Portugal esse valor, para além de não chegar ao patamar dos 10%, dá conta de uma estagnação. Enfim, apreende-se que tais países adequam a presença privada na prestação de cuidados de saúde à forte componente pública na defesa da protecção social nesse domínio.

Tendo em conta que procurar comparações entre países tão díspares assume uma elevada complexidade, visto que em cada um deles a forma como se manifesta a prestação pública de cuidados é muito específica e implica consequências distintas, aplicou-se a técnica da definição de tipologias *clusters*. Foram então definidos quatro grupos distintos com base nos três primeiros indicadores: aquele que em Santos e Ferreira (2001) é designado por *bloco continental* — França, Alemanha e o Benelux — e que se apresenta como o mais simples de interpretar, dada a regularidade de realidades entre eles; o grupo que engloba os países nórdicos (Dinamarca, Suécia e Finlândia), os do sul europeu (Portugal, Espanha Itália) e ainda os insulares (Irlanda e Reino Unido). Os dois últimos grupos acabam por se destacar como as duas situações mais díspares, as quais podiam ser agregadas entre si, não fossem tão distintos os seus contornos políticos (cf. Mishra, 1995), tendo-se optado por as considerar separadamente: a Grécia, por um lado, e a Áustria, por outro.<sup>10</sup>

A leitura comparada destes grupos de países pode ser estendida a diversos domínios, contudo, dada a orientação que se procura aqui destacar, convém circunscrevê-la a algumas reflexões. Em primeiro lugar, há que referir que, para os indicadores em análise, o grupo composto pelo Benelux, Alemanha e França apresenta a maior fidedignidade em termos da regularidade de situações que compreende:

- uma forte relação de despesa pública em relação ao total da despesa do sector, ou seja, geralmente acima da média da UE, mas com situações de estagnação ou mesmo de diminuição;
- à excepção da Alemanha, uma parcela da despesa pública na saúde em relação

---

10 Note-se que a tipologia proposta se refere somente a dimensões associadas à configuração dos sistemas públicos de saúde nestes países, não podendo ser traduzida em modelos de providência no sentido em que Esping-Andersen (1990) ou Ferrera (1996, em Silva, 2002) os discutem. O objectivo fundamental com este exercício é a sistematização dos pontos de proximidade e de ruptura que o SNS português apresenta comparativamente aos outros países da UE; daí que os quatro conjuntos definidos não coincidam com os modelos de providência referidos nessas abordagens.

- ao total de despesa pública próxima da média da UE e mesmo do segundo grupo de países;
- componente de protecção social relevante na despesa pública no sector.

Por sua vez, o grupo onde são incluídos os países do sul e do norte europeu, passando ainda pelas ilhas não pode ser lido com a mesma facilidade que o anterior, aliás, devido à limitação evidente dos indicadores utilizados, poucas são as conclusões que devem ser destacadas, sob pena de se proceder a incorrectas incursões sobre o estado da prestação de cuidados públicos de saúde. Mesmo assim, salientamos os seguintes aspectos:

- situações indefinidas da despesa pública no sector por referência à totalidade da despesa, ou seja, na relação entre despesa pública e privada, compreendo países onde essa despesa é significativa (p. ex. Reino Unido, Suécia ou Dinamarca) e outros que apresentam percentagens próximas da média europeia (p.ex. Espanha, Finlândia, Itália ou Irlanda); à semelhança do grupo anterior estes países apresentam uma certa estagnação, fugindo a essa tendência Portugal, Itália e Reino Unido;
- peso da despesa no sector em relação ao total da despesa pública muito próximo do primeiro grupo e da média europeia;
- nenhuma ou baixa despesa na componente de protecção social na saúde.

Por último, em relação aos dois países que foram colocados em situações distintas, salienta-se que a Áustria apresenta uma relação entre a despesa pública e privada mais baixa do que a média da UE, sendo isso mais significativo para a Grécia que regista uma divisão praticamente igualitária entre sector público e privado. À semelhança dos dois conjuntos de países já descritos, a despesa do governo no sector é bastante próxima da média europeia, enquanto que em termos da despesa na área da protecção social na saúde a Áustria regista percentagens próximas do grupo continental, distanciando-se da média europeia, mas principalmente da Grécia.

Retomando algumas das reflexões presentes na discussão sobre o estado-providência, o facto de a Áustria não estar próxima da realidade sueca parece estranho do ponto de vista político, na medida em que Mishra (1995) se refere a estes dois países como o exemplo por excelência da presença do social corporativismo, aquando do início da crise do estado-providência. Não obstante, embora não se possuam os elementos necessários para a interpretação da efectiva distinção destes dois regimes ideologicamente semelhantes, ilustra-se o sentido da expressão da “constricção do estado” desenvolvida nos pontos iniciais deste artigo. Este conceito alerta para uma possível discrepância entre as políticas implementadas e as orientações ideológicas, por exemplo, entre esquerda e direita.

### Para a problematização dos grupos de auto-ajuda em Portugal

*Debate sobre a crise do modelo providência em Portugal: a governância enquanto suporte social não institucionalizado*

A assunção da crise do estado-providência não é de todo consensual. Para Santos (1987; 1992) e Santos e Ferreira (2001), somente é possível falar na instabilidade do modelo quando a conjugação simultânea entre acumulação e legitimação estatal não segue a mesma tendência, isto é, quando o estado deixa de ser capaz de relacionar positivamente a noção de crescimento económico com a de equidade social. É em parte, a própria acção do estado que produz estes efeitos perversos, visto que “a rigidez das políticas sociais ao atenuar, por exemplo, as consequências sociais do desemprego, enfraquece os mecanismos de disciplina da força de trabalho de que o capital se recorre para restaurar as condições de rentabilidade” (Santos, 1987: 24). Neste âmbito, a desarticulação é propiciada por contextos como o de estagnação económica (falha do processo de acumulação), em que as exigências sociais, para além de não diminuírem proporcionalmente, podem mesmo aumentar. Os autores consideram esta como uma realidade transversal a qualquer modelo providência, já que a incluem como uma das contradições inerentes à sua concepção. Para além disso, e respeitando o que foi anteriormente referido, o facto de o estado se basear num modelo democrático traduz-se na vontade “natural” que os partidos demonstram em não deixar os cargos governativos. Então, não é possível pensar que o estado-providência irá acabar, porque serão os próprios partidos a actuar muito antes dessa insustentabilidade, mesmo que motivados somente pela conservação do poder.

Inversamente, e tendo por base os contributos de Campos (1991), ou mesmo de Mozzicafreddo (2002), é já possível pensar na crise do estado-providência, embora não avancem para uma outra alternativa a nível institucional. Por outras palavras, tentam perceber até que ponto é correcto pensar em mecanismos que, não se substituindo ao estado, às suas instituições e às suas políticas, criem condições para que se minimizem os efeitos negativos provocados por vazios na legislação e pela diminuição do alcance das políticas definidas e implementadas para a prestação igualitária de cuidados de saúde.

Neste sentido, e tal como foi já anteriormente referido, embora não seja de todo correcto situar ambas as perspectivas em posições distintas, porque transversalmente são identificadas referências sobre enredos mantidos pela população portuguesa perante dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, o que é facto é que a análise de Santos (1987; 1992) e Santos e Ferreira (1998; 2001) conduz a uma leitura mais restritiva do estado-providência. Ora, se para Santos, tecnicamente nem sequer é possível falar-se na presença de um estado-providência em Portugal, devido a demasiadas características e indicadores periféricos existentes na realidade nacional, pensar-se na sociedade-providência não será mais do que um desses exemplos. Tendo por base estes contributos, o contexto português é muito específico em relação à forma como adapta, ou como conjuga, diferentes modos de produção de saúde. Ao lado da medicina oficial — *modos de produção de saúde estatal e*

*capitalista* —, encontra-se uma forte componente da medicina popular de produção artesanal — *modos de produção da sociedade-providência* (Santos, 1987: 62), assente em importantes princípios ao nível da constituição de redes de solidariedade, ou como Silva (2002) refere, a noção de *welfare familiarista*, com implicações para a dimensão do género (Ferrera, 2000). A par deste traço, que Santos (1992) considera comum aos países do sul europeu, deve-se ter ainda presente um estado frágil, no sentido em que se apresenta excessivamente dependente dos designados grupos de pressão, económicos e políticos. Aliás, Silva (2002), na exemplificação da aplicação do modelo bismarckiano aos esquemas de substituição dos rendimentos, ou seja, na protecção social dos países do sul europeu, dá conta de existência em Portugal duma estrutura de protecção desequilibrada, para não dizer mesmo radical (Ferrera, 2000: 460), que se associa a clientelismos políticos e a economias informais. Esta é uma análise muito próxima da de Ferrera (*idem*: 458), para o qual os tempos actuais de pressão económica, a par das adversidades provocadas pelos efeitos da globalização não têm permitido ao conjunto de países onde se inclui Portugal “(...) completar a parábola do desenvolvimento, aplanando gradualmente os desequilíbrios internos com um maior crescimento (institucional e quantitativo)”.

Com base em Bastos e Levy, Santos (1987) considera em especial as práticas nativistas, revivalistas e naturalistas, quer em espaço rural, quer em espaço urbano, para dar conta da forma como os indivíduos têm encarado estas dimensões ao nível dos processos de tratamento e cura. E com isto conclui que “nas sociedades periféricas as redes de solidariedade actuam ao nível microssocial e têm pouca capacidade para se generalizarem. Ao nível macrossocial estas sociedades são “abstractas” porque internamente desarticuladas e geram recorrentemente situações em que todos estão de acordo, mas em que, apesar disso, não há consensos nem acções concatenadas.” (p. 71). Apesar disso, as referências escolhidas para este artigo deixam transparecer que os seus contributos sofreram, em algum sentido, um processo de reconfiguração. Se inicialmente Santos (*idem*) assumiu a inviabilidade de qualquer alternativa que se situasse fora da componente institucional do estado, mais recentemente Santos e Ferreira (2001) iniciam uma abordagem sobre o potencial da sociedade civil pelos socialmente excluídos — aquilo a que designa por “concretização de uma globalização contra-hegemónica” (Mendes e Seixas, 2005: 4), o que de qualquer modo continua a não estabelecer relação com os grupos de auto-ajuda.

Em Mozzicafreddo (2002) essa associação aos grupos de auto-ajuda encontra-se igualmente ausente, sendo apenas possível conceptualizá-los tendo por base um entendimento de cidadania proposto por Marshall e Bottomore (1992, em *ibidem*). Neste sentido, o exercício da cidadania pode ocorrer em múltiplos contextos, e em diversas dimensões, onde se enquadram, por exemplo, os elementos sociais, políticos e civis, e que capacitam os actores sociais para o exercício de poder. Concretamente, em termos dos direitos sociais, sem dúvida que, actualmente, estes vão para além da mera reivindicação ao nível da prestação de serviços sociais e económicos, ou seja, perante as efectivas desigualdades que o estado-providência não consegue superar, atribuem-se competências de autonomia, para que sejam os próprios actores a exercerem acções em domínios como o da saúde. De resto, este argumento pode

ser enquadrado na fundamentação do princípio de *cidadania social*, desenvolvido por Wilensky (1975), Flora e Alber (1984) e Mishra (1995) (referidos por Mozzicafreddo, 2002: 190).

Tanto Santos (1992), como Mozzicafreddo (1992), para além de Ferrera (2000) quando discute a componente social do estado na Europa meridional, avaliam que o estado-providência em Portugal foi assumindo uma posição dualista. Se por um lado fomentou a capacidade de definição de direitos sociais, por outro mostrou-se incapaz em os assegurar, pela sua não institucionalização. Sem dúvida que esta constatação dos autores explica grande parte da inconsistência institucional, no entanto, no quadro dos grupos de auto-ajuda, isso não pode ser percebido como uma limitação à autonomia da acção dos actores sociais.

Mesmo seguindo o pressuposto que o estado em Portugal assumiu um papel demasiado centralizador e autoritário, tal não desacredita em nada a proposta de governância que aqui se procura desenvolver. Por um lado, porque os governos reconhecem as limitações das suas intervenções num contexto de fortes pressões decorrentes do processo de globalização. Por outro, são os próprios indivíduos a reconhecerem cada vez mais a importância das suas iniciativas na prossecução de objectivos que não sejam alcançados pela esfera institucional. Actualmente, acaba até por ser o próprio estado a favorecer medidas de desenvolvimento de âmbito local, por via da conjugação de diversos parceiros (públicos, privados, actores estratégicos, IPSS, etc.).

A este nível, torna-se então imprescindível um correcto entendimento sobre o que aqui se propõe. A crítica efectuada a Santos (1987; 1992) relaciona-se especialmente com a sua inicial leitura sobre o estado-providência, sobretudo em termos da redutora assunção de que a sociedade-providência seria a única manifestação de bem-estar fora da componente institucional. A sociedade-providência tem sido descrita como a estratégia desenvolvida em países em transição para o desenvolvimento, ou seja, marcados pela simultaneidade de realidades características de países de centro e de periferia. Ora, tal como será aprofundado adiante, a conceptualização produzida à volta dos grupos de auto-ajuda não coincide com estes fundamentos, partilhando unicamente a noção de surgirem de “baixo para cima”. De facto, e ao contrário da proposta da sociedade-providência, estes grupos são recorrentes em países com diferentes ritmos de desenvolvimento, através da mobilização dos indivíduos que reconhecem que a realidade social compreende situações de desarticulação e de falta de apoio ao nível institucional. Portanto, todas as críticas que Santos (1987; 1992) estabelece à sociedade-providência enquanto alternativa viável à crise do estado-providência, embora sejam de extrema relevância, não se enquadram na manifestação concreta dos grupos de auto-ajuda que aqui se procura aprofundar.

Com efeito, mais recentemente tem-se apostado no argumento de que os particularismos locais não podem estar exclusivamente sujeitos a políticas gerais produzidas pelo poder central, dotando os parceiros com autonomia na tomada de decisão, simplesmente para que os objectivos centrais da justiça social, na prestação de cuidados de saúde, sejam uma realidade. Então, o alargamento dos espaços de legitimidade política e social representa um dos elementos positivos da integração

sistémica dentro do quadro institucional do estado-providência (Mozzicafreddo, 2002). O papel desempenhado pela cidadania confere aos actores, por igual, o poder de participação nos diversos processos de tomada de decisão e a capacidade de negociação com os referidos parceiros, independentemente da sua natureza pública ou privada, devido à modificação da estrutura institucional operacionalizada pelo próprio estado. Complementando esta leitura, o que se procura evidenciar é que, para além do facto de o sistema público de saúde se encontrar intimamente dependente das ideologias políticas, sem dúvida que a realidade portuguesa apresenta uma necessidade estrutural ao nível da governância, assente no reforço de *empowerment* da comunidade e que, sem esta dimensão na base das políticas de saúde, dificilmente se poderá pensar em eficácia e eficiência do sector.<sup>11</sup>

O conceito de governância, segundo a Comissão Europeia (2001, em Simões, 2004: 94), deve ser entendido como: “o conjunto de regras, processos e práticas que dizem respeito à qualidade do exercício de poder a nível europeu, essencialmente no que se refere à responsabilidade, transparência, coerência, eficiência e eficácia”. Com isto, a grande conclusão que interessa demonstrar, tendo em linha de conta os problemas do sector da saúde em Portugal, reside na ausência de princípios de descentralização das competências e, principalmente, das responsabilidades, ou seja, a necessidade de fomentar a articulação entre as diversas fontes de poder — pública, privada e social — da qual podem surgir novas políticas de assistencialismo na saúde.<sup>12</sup>

Mas a tónica que aqui se procura evidenciar, para além do reconhecimento de que o estado tem desempenhado funções ambíguas,<sup>13</sup> é que, muito embora a cultura de responsabilização dos agentes sociais tenha pouca influência em Portugal e principalmente uma fraca capacidade de mobilização da população, a sua existência é fundamental. Segundo Alain Touraine (1994, citado por Guerra, 2002a: 91): “É contra essa visão que é preciso redefinir a ideia de desenvolvimento como uma associação, não só da democracia e do crescimento mas, mais profundamente ainda, de uma herança cultural e de projectos de futuro (...). Haverá maior denegação da liberdade democrática do que a condenação de uma maioria dos seres humanos a não poderem ser sujeitos da sua própria história?”.

Neste âmbito, aquilo a que Touraine se refere não é mais do que ideia de apropriação, individual e colectiva, do poder social, portanto, a necessidade de um processo de *empowerment* dos actores sociais.<sup>14</sup> Assim, num contexto de crise

11 Note-se, no entanto, o argumento de Carapinheiro e Page (2001), com base em Mechanic, de que, devido ao enquadramento dos diversos estados-nação em organizações supranacionais, a necessidade sentida de convergência das políticas acaba por se traduzir numa crescente desigualdade, exclusão e quebra dos índices de cidadania, partindo da orientação neo-liberal de racionalização dos custos.

12 Seguindo a terminologia da teoria do pluralismo assistencial (Mishra, 1995).

13 Tanto ao nível da definição de generosos objectivos sociais e dos compromissos essenciais nas políticas de saúde, como também ao nível da dificuldade em se adequar a processos de descentralização na moderação do conflito entre os interesses públicos e privados (Sakellarides, 2003, citado por Simões, 2004; Santos, 1992).

14 Segundo a definição de Friedman (1996, referido por Guerra, 2002a).

do estado-providência, a par com constantes pressões decorrentes do processo de globalização, tem de se encontrar novas formas e novos mecanismos de regulação de poder, sobretudo por via da tomada de decisão das comunidades organizadas.

Muito embora se tenha recorrido a noções e conceitos sociológicos dos actuais modelos e estratégias de planeamento, considera-se que a sua utilização para os problemas no sector da saúde pode representar um acrescido valor analítico. Falar hoje em dia de soluções para o problema da prestação de cuidados de saúde em Portugal poderá implicar a incorporação de um debate tradicionalmente afastado deste domínio: como desenvolver lógicas de participação, parceria e concertação? Como pensar na estratégia de actores, segundo a emergência de um novo contrato social? Como institucionalizar na cultura nacional princípios da democracia participativa?

*A funcionalidade dos grupos de auto-ajuda  
num sistema potencialmente disfuncional*

É precisamente perante este vazio que se introduzem os contributos de Kelleher (2001) sobre a existência dos *novos movimentos sociais*. Este exemplo é, porventura, o que melhor pode ilustrar a superação das lacunas identificadas na concepção teórica do estado-providência, assim como concretizar a noção de *empowerment* encontrada em Guerra (2002a).

Apesar de a designação de *novos movimentos sociais* englobar uma grande variedade de movimentos, dotados de objectivos e natureza distintos, o que é certo é que em todos eles é possível encontrar semelhanças. Em primeiro lugar, tanto Offe (1985, citado por Kelleher, 2001), como Tejerina (2005) identificam-nos enquanto movimentos que superam as “simples” questões associadas às desigualdades e às lutas de classes,<sup>15</sup> estando por isso apoiados em dimensões referentes às formas de vida, segundo políticas não institucionais. Em segundo lugar, Ray (1993: 60, citado por *ibidem*: 120) refere que “(...) social movements are the nomads of the present; submerged networks and laboratories of experience where new answers are invented and tested.”

Nesta linha de pensamento podem então ser incluídos os grupos de auto-ajuda enquanto manifestações muito específicas de apoio, enquadramento e redefinição das identidades dos actores sociais. Pela sua configuração, estes ilustram o significado de responsabilização, participação e parceria, enquanto capacidade de dotar os actores com mecanismos cognitivos, de modo a serem eles a criarem as alternativas a um sistema de saúde cujas limitações os afectam quotidianamente (Tejerina, 2005).

A constituição destes grupos, enquanto parte dos *novos movimentos sociais*, foi mais comum na Europa e nos Estados Unidos (Rogers e Pilgrim, 1991, referidos por Kelleher, 2001), o que na opinião de Habermas (segundo a leitura de White, 1989,

---

15 Encontra-se na obra de Kelleher a referência que os movimentos sociais que estiveram na base desse tipo de contradições (em relação às classes sociais) assumiram a designação de velhos movimentos sociais.

referido por Kelleher, 2001) se deveu à alienação da vida quotidiana.<sup>16</sup> Esta alienação não é mais do que um contexto social onde ocorre o aumento da racionalidade instrumental sobre os fundamentos de bem-estar — *colonização* — e o *empobrecimento cultural* (White, 1989, em *ibidem*). Então, nos movimentos sociais, surge como possibilidade a dotação dos actores de conhecimentos e, sobretudo, de consciência de que a sua acção pode ser activa e participativa na superação destes limites estruturais (Stewart, 1990 referida em *ibidem*).

Com efeito, a abordagem proposta tenta realizar um diagnóstico bastante interessante sobre o “estado” do estado-providência, onde se destacam os já descritos processos de ausência de enquadramento por parte do poder institucional. Por conseguinte, conclui-se que o surgimento destes movimentos ocorreu no quadro de contingências específicas, aprofundadas a partir da segunda metade do século XX, nomeadamente, a retracção da influência dos serviços públicos. Efectivamente, esta acabou por se traduzir na ausência de apoio à população, na desarticulação do sistema de valores e numa excessiva acepção técnica sobre a eficiência das políticas, que outrora foram concebidas numa acepção de equidade social.

Anteriormente, foi referido que os novos movimentos ultrapassavam a componente política, contudo, tal não significa que estes não assumam um papel determinante nesta dimensão. Sendo assim, concretamente no campo da medicina, os grupos de auto-ajuda representam a capacidade de crítica e de diálogo, trazendo para o domínio público as falhas associadas a uma orientação médica voltada exclusivamente para a saúde — *healthism* (conceito aplicado por Glassner, 1989, em Kelleher, 2001: 122). De facto, estes são entendidos como um último reduto para todos os que sofrem de doenças que não se enquadram institucionalmente na prestação pública de cuidados, na já referida concepção de racionalização instrumental, ou que não têm outro tipo de enquadramento possível.

Os grupos de auto-ajuda, segundo o entendimento de Katz e Bender (1976, referidos por Kelleher, 2001: 132), podem ser divididos em “(...) those in which the main activity is members sharing their problems and supporting one another, which call inner-focussed groups, and those whose main activity is acting as a pressure group to improve facilities for people with that particular condition, which they call outer-focussed.” Tendo por base esta questão, torna-se significativo pensar que, actualmente, existem grupos para múltiplas doenças dentro da tipologia das doenças crónicas, evidenciando, desta forma, o carácter funcional que este mecanismo assume para o equilíbrio das limitações do estado-providência, em concreto na prestação de cuidados de saúde (p. ex. grupos de diabéticos, de cancro, de epilepsia, entre outros). Mas para além disso, estes grupos chegam mesmo a incorporar responsabilidades que teoricamente são atribuídas à função do estado-providência.

Segundo Habermas (1987, citado em Kelleher, 2001), a mais-valia da introdução dos grupos de auto-ajuda deve-se à sua capacidade de desenvolver uma

16 De salientar que o conceito de alienação não é utilizado pelo autor. No entanto, dada a orientação dos seus contributos, considera-se relevante a aplicação deste termo, muitas vezes limitado à perspectiva marxista, não sendo esse o objectivo aqui presente.

narrativa, enquanto acção comunicativa capaz de incluir os indivíduos. Isto é, constituir um sistema que em si agregue os actores sociais, pela transmissão de valores, pela integração social e pela socialização. Enfim, um sistema dotado de mecanismos que possibilitem a formação de identidades sociais adaptadas à situação de doença, já que, indo ao encontro dos contributos de Scambler (1987), de Williams (1989) e de Vicent (1992) (referidos em *ibidem*), a medicina tornou-se num sistema especializado de conhecimento, apropriando cada vez mais domínios para a sua esfera específica. Ocorre, portanto, um processo de monopolização de aspectos que outrora pertenciam à esfera pública, mas que a medicina agregou ao seu conhecimento e à sua responsabilidade.<sup>17</sup>

### Pistas de reflexão

Chegado a este ponto espera-se ter justificado a ideia de que a existência dos grupos de auto-ajuda possibilita uma problematização, ainda que incipiente, no actual modelo biomédico, sobre a superação das limitações da prestação pública de cuidados de saúde a nível institucional. Contudo, não se pode deixar de considerar algumas limitações a esta proposta, principalmente pensando na sua adequação à realidade portuguesa. Em primeiro lugar, a imprescindível tomada de consciência e mobilização de recursos, por parte da sociedade civil, de forma a estabelecer apoio fora dos quadros institucionais (Tejerina, 2005). De facto, em Portugal este pressuposto encontra uma forte relutância, tanto pela falta de tradição, como também por um certo imobilismo que os actores conferem à sua acção individual, estando constantemente à espera de um qualquer tipo de apoio proveniente do estado, ao qual é identificada uma visão paternalista.

No entanto, segundo Guerra (2002b) isto também não pode ser interpretado como um estado anómico da sociedade portuguesa. Se, por um lado, os índices de participação política, na sua vertente tradicional (p. ex. votos) segue a tendência da estabilização (Villaverde Cabral e outros, 2000, em *ibidem*), por outro, novas formas de participação, como o associativismo local, têm vindo a ganhar progressiva expressão. Aliás, Guerra propõe que esta característica se enquadra nos traços que conferem especificidade à realidade portuguesa.

Em segundo lugar, destaca-se a forma como tem sido exigida a presença de alguns destes grupos. Ou seja, o despertar para a sua necessidade, dada a efectiva limitação do modelo providência e o reconhecimento de boas práticas, pode conduzir ao efeito perverso de institucionalização. Segundo Habermas (1987, em Kelleher, 2001) esta é uma contradição da sua concepção, já que perde a necessária

---

17 Não obstante, esta perspectiva pode ser enquadrada no afastamento que Habermas impõe à lógica weberiana. Com efeito, se para Weber a racionalização das estruturas de poder, onde se pode incluir o poder médico institucional, se sobrepõe à racionalização das éticas e culturas, Habermas, introduzindo esta questão dos movimentos sociais, dá conta que os processos de racionalização ocorrem, de igual modo, nesses sistemas comunicativos da esfera pública (Higgs e Jones, 2001).

capacidade de distância e de avaliação crítica em relação à acção médica. Em última análise, ficam também eles confinados ao poder estrutural desempenhado pelo domínio médico.

Assim, em jeito de conclusão, considera-se que a alternativa que os grupos de auto-ajuda representam não pode ser absorvida pela necessidade institucional. Será certamente um erro se isso for objecto de instrumentalização política, pelo que são os próprios actores os responsáveis pela sua concepção, implementação e manutenção, segundo uma lógica de solidariedade e apoio mútuo. Quando muito, seria desejável uma maior articulação entre a prestação pública de cuidados e estes “serviços comunitários”, já que o diálogo permanente entre eles pode traduzir-se em melhorias significativas na garantia e cumprimento dos pressupostos de bem-estar e de justiça social criados com o estado-providência.

### Referências bibliográficas

- Campos, A. Correia de (1991), "Estado-providência: perspectivas e financiamento: o caso da saúde", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 9, pp. 9-26.
- Carapinheiro, Graça, e Margarida Gameiro Pinto (1987), "Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 3, pp. 73-109.
- Carapinheiro, Graça, e Paula Page (2001), "As determinantes globais do sistema de saúde português", em Graça Carapinheiro e Pedro Hespanha (orgs.), *Risco Social e Incerteza: Pode o Estado Social Recuar Mais?* (vol. 3), Porto, Afrontamento, pp. 81-122.
- Dabscheck, Braham (1993), "Industrial relations and theories of interest group regulation", em Roy Adams e Noah Meltz (orgs.), *Industrial Relations Theory: Its Nature, Scope and Pedagogy*, Londres, Institute of Management and Labour Relations, pp. 227-254.
- Direcção-Geral de Saúde (org.) (2004), *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2001*, Lisboa, DGS.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.
- Ferrera, Maurizio (2000), "A reconstrução do Estado social na Europa Meridional", *Análise Social*, 151-152, pp. 457-475.
- Guerra, Isabel Carvalho (2002a), *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O Planeamento em Ciências Sociais*, Cascais, Principia.
- Guerra, Isabel Carvalho (2002b), "O território como espaço de acção colectiva: paradoxos e possibilidades do jogo estratégico de actores no planeamento territorial em Portugal", em Boaventura de Sousa Santos (org.), *Democratizar a Democracia*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, pp. 341-372.
- Higgs, Paul, e Ian Rees Jones (2001), "Finite resources and infinite demand: public participation in health care rationing", em Graham Scambler (org.), *Habermas, Critical Theory and Health*, Londres, Routledge, pp. 143-162.
- Kelleher, David (2001), "New social movements in the health domain", em Graham Scambler (org.), *Habermas, Critical Theory and Health*, Londres, Routledge, pp. 119-142.
- Misra, Ramesh (1995), *O estado-providência na Sociedade Capitalista: Estudo Comparativo das Políticas Públicas na Europa, América do Norte e Austrália*, Oeiras, Celta Editora.
- Mendes, José, e Ana Seixas (2005), "Acção colectiva, protesto e cidadania", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 72, pp. 3-6.
- Mozzicafreddo, Juan (1992), "O estado-providência em Portugal: estratégias contraditórias", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 12, pp. 57-89.
- Mozzicafreddo, Juan (1994), "O estado-providência em transição", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 16, pp. 11-40.
- Mozzicafreddo, Juan (2002), *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta.
- Santos, Boaventura de Sousa (1987), "O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, pp. 13-74.
- Santos, Boaventura de Sousa (1992), *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*, Porto, Edições Afrontamento.

- Santos, Boaventura de Sousa, e Sílvia Ferreira (1998), "Para um reforma solidária da Segurança Social", *Sociedade e Trabalho*, número especial de Segurança Social, pp. 50-58.
- Santos, Boaventura de Sousa, e Sílvia Ferreira (2001), "A reforma do Estado-Providência entre a globalizações conflituantes", em Graça Carapinheiro e Pedro Hespanha (orgs.), *Risco Social e Incerteza: Pode o Estado Social Recuar Mais?*, Porto, Afrontamento (vol. 3), pp. 177-226.
- Silva, Pedro Adão e (2002), "O modelo de *welfare* da Europa do Sul: reflexões sobre a utilidade do conceito", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 38, pp. 25-59.
- Simões, Jorge (2004), *Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*, Coimbra, Almedina.
- Tejerina, Benjamín (2005), "Movimientos sociales, espacio público y ciudadanía", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 72, pp. 67-97.

Tiago Correia. Bolseiro de doutoramento, FCT. E-mail: tiago.correia@iscte.pt

### **Resumo/ abstract/ résumé/ resumen**

#### *O lugar dos grupos de auto-ajuda na configuração do estado-providência*

Com base na discussão sobre as características, processos e dinâmicas do estado em Portugal, este artigo procura levantar algumas pistas de debate sobre a limitação da resposta institucional à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde, para que, em última análise, seja possível identificar os contornos do funcionamento do modelo do estado social na realidade portuguesa. Articulando dimensões habitualmente presentes no domínio do planeamento, como, por exemplo, a governância, o *empowerment* ou o *parthenariado*, pretende-se constituir a base de uma discussão sobre a sustentabilidade dos grupos de auto-ajuda, enquanto eventual elemento de resposta a problemas situados ao nível da prestação pública de cuidados de saúde.

Palavras-chave estado-providência, Serviço Nacional de Saúde, grupos de auto-ajuda.

#### *The place of the self-help groups in the configuration of the Welfare State*

The aim of this article is to propose a debate about the overcome of the Portuguese National Health Service limitations, supported by a discussion about the State characteristics, processes and dynamics. In addition, is demanded a clarification of the existence and functioning of the social State model in Portuguese reality. Linking dimensions commonly presented in the planning sphere, such as governance, empowerment or partnership, this article pretends to discuss the self-help groups sustainability, while part of public health care production.

Key-words Welfare State, National Health Service, self-help groups.

*La place des groupes d'entraide dans la configuration de l'État-providence*

En partant du débat sur les caractéristiques, les processus et les dynamiques de l'état au Portugal, cet article pose quelques pistes pour le débat sur les limites de la réponse institutionnelle concernant la prestation de soins de santé par le Service National de Santé portugais, afin de pouvoir, en dernière analyse, identifier les contours du fonctionnement du modèle de l'état social dans la réalité portugaise. En articulant des dimensions habituellement présentes dans le domaine de la planification, telles que la gouvernance, l'*empowerment* ou le partenariat, cet article entend constituer la base d'un débat sur la soutenabilité des groupes d'entraide, en tant qu'élément éventuel de réponse à des problèmes situés au niveau de la prestation publique de soins de santé.

Mots-clés état-providence, Service National de Santé, groupes d'entraide.

*El lugar de los grupos de auto-ayuda en la configuración del "estado-providencia"*

Basándose en la discusión sobre las características, procesos y dinámicas del estado en Portugal, este artículo busca levantar algunos temas de debate sobre la limitación de la respuesta institucional a la prestación de cuidados de salud en el Servicio Nacional de Salud, para que, en último análisis, sea posible identificar los contornos del funcionamiento del modelo del estado social en la realidad portuguesa. Articulado dimensiones habitualmente presentes en el dominio del planeamiento, como por ejemplo, la gobernanza, el *empowerment*, o el partenariado, se pretende constituir la base de una discusión sobre la sustentabilidad de los grupos de auto-ayuda, eventualmente, como elemento de respuesta a problemas situados a nivel de la prestación pública de cuidados de salud.

Palabras-llave estado-providencia, Servicio Nacional de Salud, grupos de auto-ayuda.

