



Ministério da Educação – Brasil
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM
Minas Gerais – Brasil
Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas
Reg.: 120.2.095 – 2011 – UFVJM
ISSN: 2238-6424
QUALIS/CAPES – LATINDEX
Nº. 06 – Ano III – 10/2014
<http://www.ufvjm.edu.br/vozes>

Acesso à saúde contemporâneo no Brasil e em Portugal como um direito social

Profª. MSc. Priscilla dos Santos Gomes
Doutoranda em Sociologia – Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida na Universidade de Coimbra/CES - Portugal
Mestre em Ciências da Educação e Bacharel em Direito (Unigranrio)
<http://lattes.cnpq.br/2422340171087083>
E-mail: priscilla.santos.gomes@gmail.com

Resumo: O acesso à saúde é um Direito Social que têm como inspiração o valor da igualdade entre todos os seres humanos e nesse sentido as políticas públicas brasileiras e portuguesas têm medido esforços para atender às recentes demandas sociais. O direito à saúde é parte de um conjunto de direitos denominados de direitos sociais, relacionados aos princípios de dignidade da pessoa humana, solidariedade e igualdade, que visam atingir a justiça social. No Brasil, a conquista do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988, foi a conquista da principal política pública de saúde contemporânea que atende aos cidadãos. Em Portugal a criação do Sistema Nacional de Saúde – SNS, regulamentado no Decreto Lei nº 56 de 26 de agosto 1979, permitiu novos modelos de acesso à saúde pela população. Em ambos os países, o acesso à saúde exige permanentes ações políticas do Estado, razão pela qual, o direito à saúde ainda é bastante desigual.

Palavras-chave: Acesso à saúde. Políticas públicas. SUS. SNS. Direitos sociais.

Introdução

O direito à saúde é parte de um conjunto de direitos denominados de direitos sociais, estes, previstos nas Constituições e normas vigentes, tanto no Brasil, quanto em Portugal. O acesso à saúde é um Direito Social que têm como inspiração o valor da igualdade entre todos os seres humanos.

A diversidade de situações em que se procura afirmar e realizar a saúde como um direito fundamental não pode ser abordada sem considerar a relação de constituição mútua entre concepções do direito à saúde e concepções de saúde (NUNES, 2009).

De acordo com Silva (2010), os direitos sociais são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações desiguais.

Assumir que a saúde é um direito fundamental, porém, implica considerar as transformações por que têm passado, durante as últimas décadas, as concepções do que é a saúde e, em particular, a ampliação do conceito de saúde (NUNES, 2009).

A tutela estatal e o agir positivo, ao ensejarem a criação e efetivação de políticas públicas, fazem com que esses direitos adquiram caráter coletivo (BAHIA, 2013).

Em termos de Brasil, três fatos históricos contribuíram para melhorar as políticas públicas de acesso à saúde, que foram respectivamente, a Constituição Federal de 1988, a promulgação das Constituições Estaduais em 1989 e a Lei nº 8080/1990 denominada de “Lei Orgânica da Saúde”.

A partir de 1989 com as novas Constituições Estaduais, o acesso à saúde foi ampliado e as Leis foram estabelecendo novas ações, que resultaram na criação do SUS - Sistema Único de Saúde.

O SUS é resultado de um longo processo social, que teve como ação fundamental, mudar a forma como o Brasil visava garantir a atenção à saúde de seus cidadãos.

Ocorreu no Brasil, especialmente a partir da Constituição de 1988, uma reordenação do sistema de saúde brasileiro, nos quais foram dispostos a partir de

então no âmbito do Estado, intensas mudanças nas políticas públicas destinadas à saúde, nas quais se consignaram os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade e o controle social como eixo diretivo das ações de saúde.

Segundo Lobato e Giovanella (2012) considera-se sistema de saúde “como o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população”.

Em Portugal, a partir de 1974 a política de saúde passou por significativas modificações, tendo surgido condições políticas e sociais que permitiram no ano de 1979 a criação do Serviço Nacional de Saúde - SNS, através do qual o Estado assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todos os cidadãos.

A partir da Constituição Federal portuguesa de 1976, através do texto promulgado no artigo 64, no que se refere ao direito à saúde, expressa que “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. (PORTUGAL, 1976).

De acordo com o artigo 9º da Constituição vigente em Portugal, entre as tarefas fundamentais, em termos de acesso à saúde, é dever do Estado “Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais”.

O Ministério da Saúde português é o responsável pelo desenvolvimento da política da saúde dos portugueses, bem como de gerir os seus Sistemas de Saúde.

Assim, o Estado português assegura o direito à protecção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, todos dependentes do Ministério da Saúde.

Foram muitas mobilizações e conquistas sociais nos últimos 30 anos, seja em Portugal, seja no Brasil, em seus percalços, se traduziu numa experiência corroborativa ao que Silva (1999) define sobre a escolha dos casos, “a eleição de um terreno não é uma escolha, é a produção de um lugar”.

Tal produção permeia experiências que são partilhadas nos discursos e nas representações reconstruídos constantemente naquele espaço. O que faz com que, aquele espaço não seja estático. “É o local onde as acções dos sujeitos e a

consciência dessas ações se vêem reconstruídas pela ação e consciência de um terceiro – o investigador” (RAPOSO, 2003; LIMA, 2012).

1. Políticas públicas de acesso à saúde no Brasil

Constata-se no Brasil através do SUS que as ações e serviços públicos de saúde são desenvolvidos obedecendo ao princípio constitucional da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sendo o dever do Estado suprir as necessidades de toda população.

De acordo com Behring & Boschetti (2006) é interessante conhecer o papel do Estado e os interesses envolvidos na regulamentação e desenvolvimento das políticas públicas e os caminhos adotados em sua efetivação, para, desta maneira, desvendar o significado real da política de saúde para os sujeitos envolvidos e compreender a articulação dessas situações sobre a vida humana em que predomina o econômico.

A discussão sobre políticas sociais não se refere tão-somente às formas de articulação do Estado com o capital, mas também às manifestações das forças sociais, da organização e da mobilização das classes subalternas na alteração da ordem estabelecida em uma conjuntura específica. Assim, “a análise de uma política deve levar em consideração as formas de organização do Estado e da sua relação com a sociedade civil no conjunto da dinâmica social e econômica” (FALEIROS, 2010).

É esse pensamento construído historicamente, que orienta a ideia de inviabilidade, ineficácia e até de descrença em torno das políticas públicas de saúde, que se pretende decompor na análise desta realidade social em que “[...] se inserem as políticas sociais como processos inscritos na sociedade burguesa” (BEHRING & BOSCHETTI, 2006).

No Brasil, o monitoramento anual do acesso de internações no sistema público de saúde, é organizado por Estados da Federação, vejamos:

Na figura (1) constata-se as internações por Estados da Federação de 1987 a 2007 no serviço público de saúde no Brasil. Denotam que na região sudeste ocorreu os maiores índices de acesso de pacientes internados nas unidades hospitalares do SUS. Dados estes, baseados no departamento de informática do Sistema Único de

Saúde do Brasil – DATASUS. Verifica-se que o Estado de Minas Gerais obteve um alto índice de acesso com cerca de 30 milhões de internações entre os anos de 1985 a 2007 (DATASUS, 2014.)

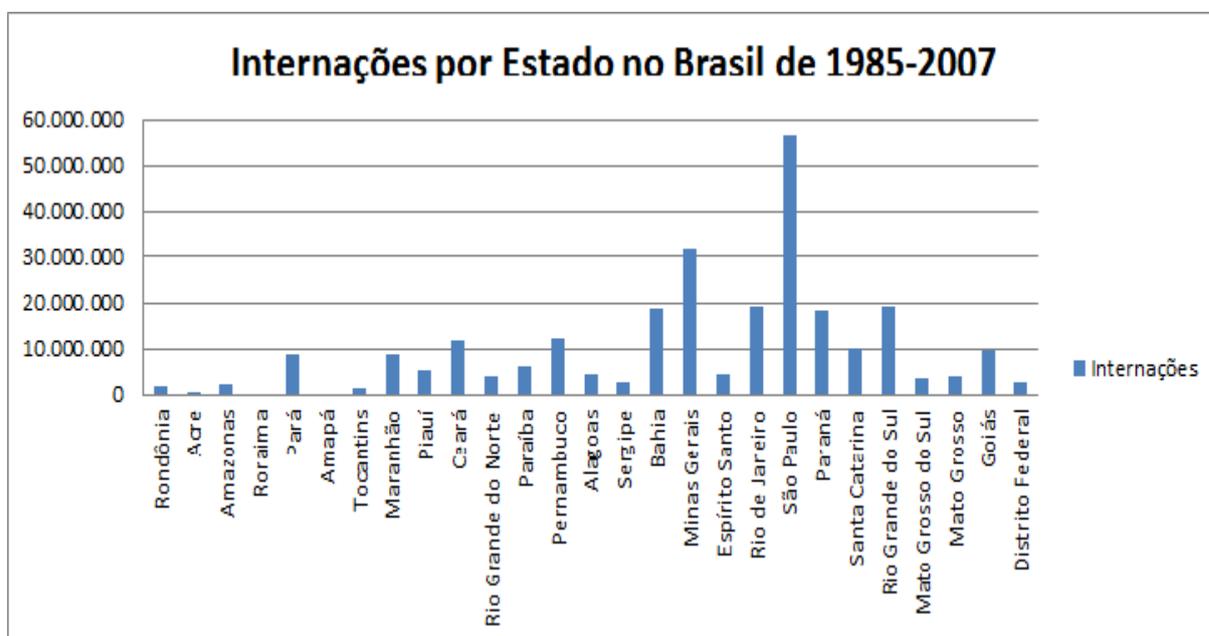


Figura 1 – Indicadores de internação por Estado da Federação aos serviços de saúde no Brasil de 1985 a 2007 (DATASUS, 2014).

Na figura (2) constata-se o total de internações por regiões do Brasil no período de 1985 a 2007, onde a região norte alcançou 6% (16.172.249 internações), no nordeste obteve 27% (73.963.284 internações), no sudeste ocorreram 42% (112.627.453 internações), na região sul 18% (47.627.441 internações), e no centro-oeste ocorreu 7% de internações (20.058.364 internações).

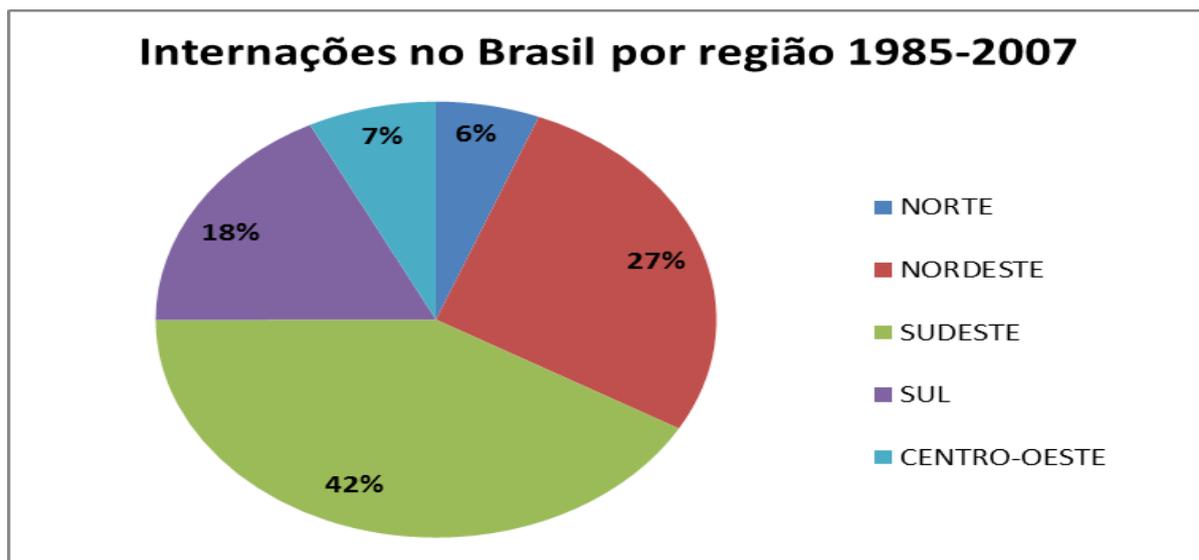


Figura 2 – Indicadores por região de internação/ acesso aos serviços de saúde no Brasil de 1985 a 2007 (DATASUS, 2014).

Analisando uma projeção considerando o Nordeste com a mesma população do Sudeste no ano de 2007, na qual, o seu número de internações seria cerca de 4.864.007, se verifica uma diferença de 487.634, internações, tendo, portanto, a região Nordeste um maior número de internações em comparação ao Sudeste em 2007. Logo os indicadores demonstraram um desigual acesso entre a região nordeste e sudeste do Brasil.

O Brasil tem tido um gasto muito baixo com a saúde, comparativamente com os países mais ricos. Na comparação com países desenvolvidos constata-se que Portugal, no ano de 2006 gastou \$1.494 per capita em saúde, quase quatro vezes mais que o Brasil que gastou \$367 per capita. A estimativa do gasto público per capita/ano de Saúde no Brasil comparada a outros países no ano de 2006 é apresentada na Tabela (1).

Tabela 1 – Gasto per capita em Saúde de países em desenvolvimento incluindo Brasil no ano de 2006 (SANTOS E AMARANTE, 2010).

Países em desenvolvimento	Per capita US\$
Paraguai	131
México	327
Brasil	367
Chile	367

Uruguai	430
Colômbia	534
Argentina	758

Tabela 2 – Gasto per capita em Saúde de países desenvolvidos incluindo Portugal no ano de 2006 (SANTOS E AMARANTE, 2010).

Países desenvolvidos	Per capita US\$
Portugal	1.494
Inglaterra	2.434
Canadá	2.585
França	2.833
Dinamarca	2.812
EUA	3.074
Noruega	3.780

O direito à saúde é também o mesmo dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, aos quais todos os demais direitos estão subordinados.

Desta forma, a proteção à saúde será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo, não de cada indivíduo ou família, mas de todos os cidadãos (LOBATO E GIOVANELLA, 2012).

2. Políticas públicas de acesso à saúde em Portugal

Durante o período de 1970 a 2001, Portugal passou por sucessivas transformações dentro de um contexto social, jurídico e econômico, na qual, influenciou de forma direta no acesso à saúde.

Constata-se na figura (3), o número de internamentos em Portugal, onde em 1970 ocorreram 618.664 internamentos para uma população de 8.668.267 habitantes, em comparação com o ano de 2001 onde ocorreu 823.044 internações para uma população de 10.356.117 habitantes, havendo, portanto um aumento de 7,14% para 7,95% no acesso à saúde. (OPSS - Relatório Primavera, 2003).

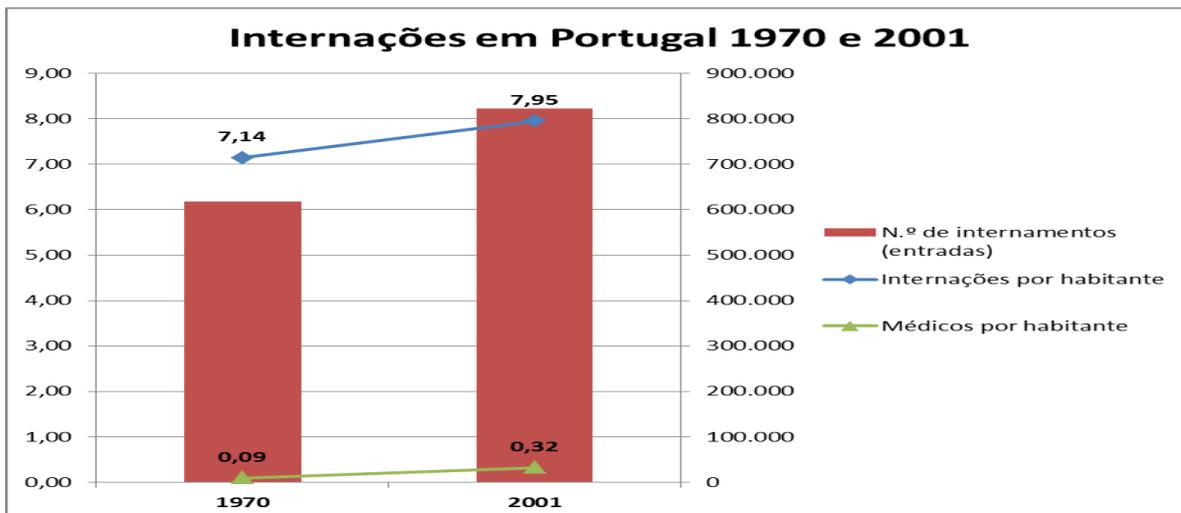


Figura 3 – Comparação entre 1970 e 2001 do desenvolvimento na Saúde em Portugal (OPSS - Relatório Primavera, 2003).

No ano de 1970, havia em Portugal 8.156 médicos inscritos, e em 2001 comparativamente tivemos um aumento de mais de 300% registrando o total de 33.233 médicos, enquanto no mesmo período, o número de internações aumentou apenas 11,34%.

Na figura (4) constata-se a evolução do número de consultas em Portugal, entre os anos de 2005 até o ano 2013 nas especialidades médicas no Serviço Nacional de Saúde, contabilizando as consultas catalogadas nas PPP - Parceria Público-Privadas, EPE – Entidade Pública Empresarial e SPA – Setor Público Administrativo. (Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde do SNS, 2013).

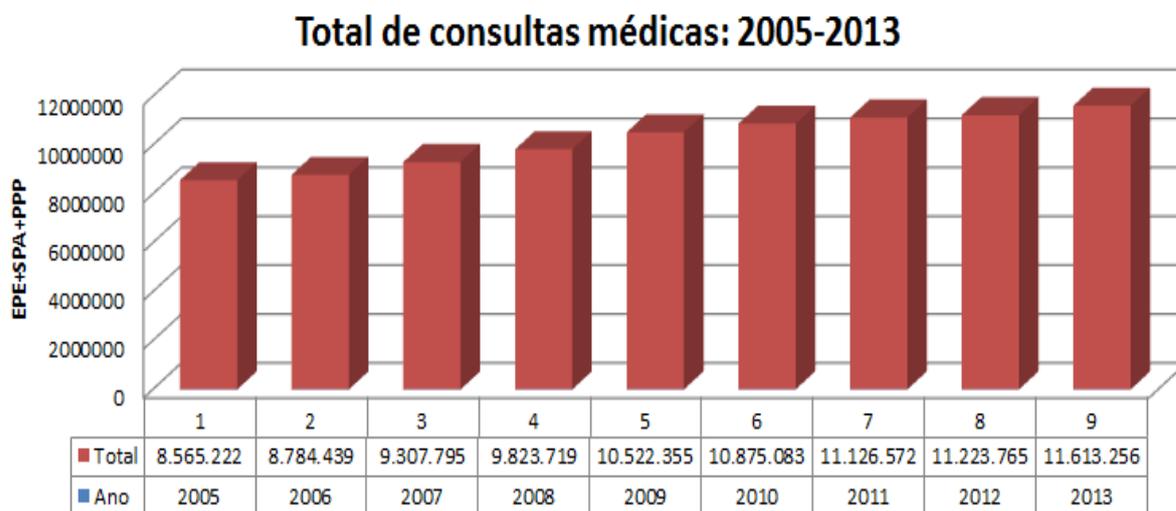


Figura 4 – Evolução do número de consultas hospitalares do SNS 2005-2013. (Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde do SNS, 2013).

Verifica-se um crescente progresso nos últimos nove anos no nível total de consultas hospitalares. Como se constata, o contínuo aumento da produção de consultas nos hospitais do SNS significa dizer que um maior número de cidadãos obteve acesso a esta tipologia de cuidados hospitalares em Portugal.

3. Como viabilizar o acesso igualitário à saúde previsto constitucionalmente no Brasil e em Portugal.

A aproximação das áreas do direito e da saúde, como um novo campo de conhecimentos, à feição das exigências do estado moderno, surge, como sentido de dar materialidade estrutural e comportamental ao que a nova ordem constitucional exige das políticas públicas de saúde (VASCONCELLOS E OLIVEIRA, 2008).

No Brasil, nos últimos anos, tem se assistido ao retorno de uma tradição de política desenvolvimentista, com uma nova roupagem, instituindo o que se tem denominado de neodesenvolvimentismo.

Contudo, tal fenômeno na política econômica do país se inscreve no mesmo quadro social indicado no continente europeu por Estanque (2012), visto que, como evidencia o sociólogo Ruy Braga, “o modelo de desenvolvimento brasileiro coloca o futuro da economia brasileira sob risco, e com a oferta de vaga de baixa remuneração” (BRAGA, 2012).

É neste processo de transformações que se encontram milhares de pessoas, famílias, comunidades e grupos sociais, que são afetadas principalmente pelo “relaxamento de normas, subcontratações, salários medíocres, discriminações ao sabor dos indivíduos e organizações contratantes, migrações forçadas em troca de quase nada” (ALVES, 2008).

Em Portugal, o intenso processo de precarização laboral, bem como nos demais países da comunidade europeia, coloca em relevo duas características marcantes da atual fase do sistema do capital.

Segundo Estanque (2009) e Wacquant (1999), o aumento das preocupações acerca da insegurança social é também favorável ao desenvolvimento de políticas

de disciplinamento e controle, para combater o atual quadro de precariedade e incerteza social, sem que seja necessário modificar as suas verdadeiras causas. O que significa dizer que as novas políticas sociais que têm sido implementadas agem, sobretudo nas consequências mais visíveis dos problemas causados pela práticas não liberais.

Por outro lado, o aumento dos trabalhadores temporários e a perceptível redução da categoria dos trabalhadores permanentes, contribuíram para diminuir a arrecadação de impostos e conseqüentemente a redução de investimentos na área de saúde, principalmente em Portugal.

Como consequência do respeito à ordem constitucional, provocadas por processo recente de amadurecimento social, baseadas nos princípios constitucionais no Brasil e da mesma forma em Portugal, estão se criando novas relações sociais, políticas, econômicas e culturais.

Constata-se em ambos os países uma evolução constitucional recente e democrática, que bem ou mal, ambos buscaram, e que se avigoram para manter a saúde e o seu acesso como um direito igualitário e universal, mas, como veremos neste trabalho, este ainda é um processo que se encontra igualmente em construção no Brasil e também em Portugal.

4. Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil

O Sistema Único de Saúde – SUS é um sistema público de ações e serviços de saúde no Brasil, instituído com a promulgação da Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988 e definido na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, como o “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990).

O SUS é constituído e está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território brasileiro, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania, ele insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

O marco do processo constituinte ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e contribuiu para a realização de um imenso debate em torno de temas relacionados à saúde como direito à cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento no setor, mantendo este debate até a aprovação e promulgação da Constituição Federal de 1988. Os temas tratados na VIII Conferência foram de intensos desafios que foram e ainda serão enfrentados na política de saúde brasileira.

O ambiente constitucional era de forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar. Por isso, associou-se descentralização com democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social).

4.1 Princípios e diretrizes do SUS

A Constituição Federal define que o SUS se constitui num sistema único, organizado como uma rede regionalizada e hierarquizada e com a diretriz de descentralização, com direção única em cada esfera de governo (Art. 198). Mas não define o tipo de descentralização que o SUS deverá adotar, nem como se constituirá efetivamente a rede hierarquizada e regionalizada.

A Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, apresenta, no Artigo 15, as atribuições comuns dos três gestores e, nos Artigos 16, 17 e 18, as atribuições específicas de cada esfera, tratando de diversos assuntos, porém, abordando poucos pontos sobre as competências assistenciais em saúde.

Assim dispõe o Art. 1º da Lei 8.080/90: “o Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde”.

4.2 Arcabouço legal do SUS

Disposto no Art. 7º da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram

o Sistema Único de Saúde – SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Como decorrência da Constituição Federal de 1988, elaborou-se no período de 1989–1990 a Lei n. 8.080, de setembro de 1990 – a chamada Lei Orgânica da

Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais.

A Lei Orgânica da Saúde regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece os princípios e as diretrizes, entre eles destacam-se:

a) Acesso universal em todos os níveis de assistência

A expressão “acesso universal” significa dizer que todas as pessoas têm os mesmos direitos legalmente garantidos das ações e serviços que necessitarem, independentemente de seu grau de complexidade ou custo.

É direito de todos os cidadãos o acesso igualitário às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde. Garantido legalmente como dever do Estado para se suprir as necessidades de toda população.

Com o princípio da Universalidade constitucionalmente garantido, a condição socioeconômica do indivíduo não deve implicar no acesso diferenciado. Todos terão o acesso à saúde igualitário, sem nenhum tipo de distinção.

b) Igualdade na assistência à saúde

O princípio da igualdade reitera que todos são iguais perante a lei, sem distinção de cor, raça, sexo ou condição social. Tendo assim, todos os cidadãos por força legal à assistência a atenção da sua saúde. Acesso este, a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, tanto individuais, quanto coletivos, independente da complexidade do custo para que reduzam os riscos de doenças e agravos e propiciem o cuidado à saúde de todos os cidadãos.

c) Integralidade da assistência

A integralidade da assistência é a garantia de condições de atendimento adequado para todos os cidadãos, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação. Devem ser consideradas as políticas de saúde com as demais políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde.

d) Participação da população

É garantido a participação da comunidade na formulação, fiscalização e acompanhamento da implantação de políticas públicas de saúde nas diferentes

esferas de governo. Neste espaço, a sociedade tem a transparência no planejamento e na prestação das contas e ações públicas desenvolvidas no Sistema Único de Saúde.

Entretanto, uma intensa reação da sociedade civil organizada levou à Lei 8.142, de dezembro de 1990, que, no seu artigo 1º, regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

e) Descentralização político-administrativa

A descentralização se fez por meio da descentralização de competências e receitas tributárias para estados e municípios. Na saúde, houve clara opção preferencial pela municipalização.

Na descentralização político-administrativa cada esfera de governo é associada a um comando único, também chamado de direção única, como forma de garantir na gestão política da saúde a democratização, a melhor eficiência e o melhor acompanhamento das contas e das políticas públicas.

4.3 O processo de implantação do SUS

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde foi efetivamente iniciado a partir das definições estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. A implantação do SUS vem se inserido como um processo social em permanente construção.

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor.

O processo constituinte conformou-se em um espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por

intelectuais do movimento da reforma sanitária. O texto final negociado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário:

» A saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais.

» A saúde como direito de todos e dever do Estado.

» A relevância pública das ações e serviços de saúde; e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Criou-se, assim, na Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 – Título VIII, da Ordem Social; Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da Saúde, artigos 196 a 200, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de relevância pública, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

A Constituição Federal de 1988 definiu em seu artigo 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade.

§ 1º. O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O texto constitucional demonstra que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi a ruptura da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos, havia a saúde previdenciária a que tinham direitos os portadores da carteirinha do Inamps; para os

não incluídos, restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes.

Ao longo do ano de 1989, procederam-se negociações para a promulgação da lei complementar que daria bases operacionais à reforma e iniciaria a construção do SUS.

As conquistas populares no Brasil têm apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde.

5. Serviço Nacional de Saúde - SNS em Portugal

A partir do reconhecimento do direito a um padrão de vida que garanta a saúde, com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos (artigo 25), a saúde foi consagrada como direito fundamental em diferentes constituições, incluindo a Constituição da República Portuguesa (NUNES, 2009).

Até à criação do Sistema Nacional de Saúde em Portugal, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com Barros (1999) a reforma da saúde concretizada pelo Decreto nº 413/1971 de 27 de setembro de 1971 consolidou pela primeira vez em Portugal o direito à saúde para todos os cidadãos.

Segundo Gonçalves Ferreira (1988) um sistema de saúde pode ser visto como “um conjunto dos diversos tipos de recursos do Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde” (Ferreira, 1988, apud Almeida, 1999).

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Conforme promulgado pela Constituição de Portugal de 1976, o Serviço Nacional de Saúde - SNS tem gestão descentralizada e participada, e tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva.

O SNS possui autonomia administrativa e financeira, estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local, e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados.

Durante a segunda metade do século XX, Portugal sofreu com grandes mudanças sociais, econômicas e políticas, em períodos de tempo muito curtos, principalmente com a democratização e a descolonização ocorrida na década de 1970, incluindo-se nestas transformações no ano de 1985, a entrada na Comunidade Econômica Europeia, e pouco tempo depois a integração do País na União Monetária Europeia em 2000.

No ano de 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos.

Ainda em 1999, seguindo a mesma forma de atuação dos Sistemas de Saúde - SLS, são criados os Centros de Responsabilidade Integrada – CRI, que constituem-se em verdadeiros órgãos de gestão intermédia. Estes, mesmo sem quebrar a unidade de conjunto, são dotados de poder decisório, permitindo a tomada de decisões.

5.1 Princípios e diretrizes do SNS

A Constituição Federal de Portugal de 1976 expressou no Artigo 64 o direito à saúde. Antes de 25 de Abril de 1974 a saúde em Portugal tinha várias vias diferenciadas (OPSS, RELATÓRIO DE PRIMAVERA, 2001).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o organismo através do qual o Estado Português assegura o direito à saúde (promoção, prevenção e vigilância) a todos os cidadãos de Portugal. A sua criação remonta a 1979, após se terem reunido as condições políticas e sociais provenientes da reestruturação política portuguesa de 1974.

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações.

Portugal passou a ter um Serviço Nacional de Saúde (SNS), consagrado pela regulamentação jurídica, em 1979, Decreto Lei nº 56/1979 de 26 de agosto, passando a estar dependente da Secretaria do Estado da Saúde do então Ministério dos Assuntos Sociais (também ele criado em 1974).

A definição de Sistema Nacional de Saúde está presente em seu Estatuto: “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados com a saúde funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

5.2 O processo de implementação do SNS

Durante a segunda metade do século XX Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico. Consideramos durante este período cinco fases distintas, que correspondem, geralmente, a cinco agendas políticas diferentes:

- a) Antes dos anos 70
- b) Do início dos anos 70 a 1985 – estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS)
- c) De 85 a 95 – regionalização do SNS e novo papel para o sector privado
- d) De 95 a 2005 - uma “nova gestão pública - new public management” para o SNS
- e) A partir de 2005 à actualidade – As novas reformas em curso

Historicamente a saúde em Portugal foi evoluindo e pode ser sintetizado da seguinte forma: em 1899 o Dr. Ricardo de Almeida Jorge, médico e investigador, iniciou a organização dos serviços de saúde pública com o Decreto de 28 de Dezembro e o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. Na época, a prestação de cuidados de saúde era então de natureza privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

Foi promulgada a Lei nº 2011 no ano de 1946, que estabeleceu a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde, lançando a base para uma rede hospitalar. Iniciando-se o programa de construção de hospitais às Misericórdias.

Criado através do Decreto-Lei nº 41825 no ano de 1958 o Ministério da Saúde e da Assistência em Portugal. Em 1963 promulgou-se a Lei nº 2120, sobre as bases da política de saúde e assistência. Esta atribuiu ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada. No ano de 1968, o Decreto-Lei nº 48357, regulou algumas carreiras da saúde, como os médicos e enfermeiros, criando, respectivamente, a Lei nº 48358, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais.

5.3 Arcabouço legal do SNS

O primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde com a reforma do sistema de saúde e assistência conhecida como “reforma de Gonçalves Ferreira”, deu-se no ano de 1971 pelo Decreto-Lei nº 413/1971, de 27 de Setembro, que promulgou a organização do Ministério da Saúde e Assistência, são explicitados princípios, como sejam o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde. Nasceram os “centros de saúde de primeira geração”.

Em 1973 surge o Ministério da Saúde, autonomizado face à Assistência, através do Decreto-Lei nº 584/1973. No entanto, em 1974, é transformado em Secretaria de Estado (da Saúde) e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais pelo Decreto-Lei nº 203/1974, de 15 de Maio. Surgem as condições políticas e sociais que vão permitir a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1974.

Em 1976 foi aprovada a Constituição da República Portuguesa, que dispõe no artigo nº 64.º que “todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”.

Criou o SNS (Sistema Nacional de Saúde) em 1979 pela Lei nº 56/1979, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição.

Em 1983 o Decreto-Lei nº 344-A/1983, aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, que cria o Ministério da Saúde. O Despacho Normativo nº 97/1983, de 22 de Abril, aprova o Regulamento dos Centros de Saúde, dando lugar aos “centros de saúde de segunda geração”.

Em 1984 a criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, através do Decreto-Lei nº 74-C/1984, põe fim aos serviços médico-sociais da Previdência e marca a expansão do SNS. A partir deste decreto o clínico geral adquire o estatuto de “médico de família”.

Em 1989 na 2ª Revisão Constitucional, a alínea “a” do n.º 2 do artigo 64, é objeto de alteração, estabelecendo que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

Em 1992 o Decreto-Lei nº 54/1992 estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência. Avaliza que as receitas arrecadadas com o pagamento parcial do custo dos atos médicos constituirão receita do Serviço Nacional de Saúde, contribuindo para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços. O documento enfatiza os princípios de justiça social.

O Sistema de Saúde português atual foi regulado por dois diplomas legais, a partir da Lei nº 48/1990 de 24 de Agosto denominada de Lei de Bases da Saúde, e pela Lei nº 22/1993 que criou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Em 1999 o Decreto-Lei nº 374/1999, de 18 de Setembro, cria os CRI – Centros de Responsabilidade Integrados. Os CRI constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneos e ou afins.

Ainda, em 1999, foi estabelecido o regime dos SLS - Sistemas Locais de Saúde, através do Decreto-Lei nº 156/1999. São criados assim os chamados “centros de saúde de terceira geração”. Os centros de saúde de terceira geração, compreendem pessoas coletivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde. Prevê ainda a existência de associações de centros de saúde.

Em 2003 através do Decreto-Lei nº 173/2003, aplica as taxas moderadoras, com o objetivo de moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde, reforçando o princípio de justiça social no Sistema Nacional de Saúde.

Neste mesmo ano, nasce a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro. Traduz-se, desta maneira, a separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador. Os cidadãos têm direito a saúde tendencialmente gratuita, muito embora, os utentes têm de pagar as suas consultas, tratamentos e cirurgias.

Segundo, Juan Mozzicafreddo (2000) “o desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado, reflectindo muito claramente as contradições e as lutas internas, entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico”.

Conclusões

A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e económica da sociedade. O acesso à saúde no Brasil e em Portugal exige permanente ação do Estado na realização dos programas sociais, que tem por finalidade proteger o indivíduo contra as investidas abusivas dos órgãos estatais, não permitindo a sua violação.

O estudo das políticas públicas do acesso à saúde no Brasil e Portugal no mundo contemporâneo nos permite assinalar as diferenças de acesso aos serviços de saúde e seus impactos para se pensar em políticas públicas funcionais que promovam a igualdade e a universalidade no acesso e na qualidade do atendimento dos serviços públicos.

Os Direitos Sociais são conquistas dos movimentos sociais ao longo dos séculos, e principalmente no século XX, estes, são fruto da reflexão antiliberal e da ascensão do Estado de Bem Estar Social, que foi predominante na Europa.

Para tanto, o SUS em seu arcabouço de leis, normas, resoluções e diretrizes é um marco definitivo na garantia do direito a saúde do cidadão brasileiro, por determinar um carácter universal às ações e aos serviços no país.

As dificuldades de crescimento económico, o baixo nível de riqueza, e as acentuadas desigualdades na distribuição dos rendimentos em Portugal, faz com

que, aumente a percentagem dos gastos sociais no PIB, não havendo progressos na proteção social sem crescimento econômico. A proteção contra os resultados negativos deve assentar-se nas políticas de emprego, no amparo contra o endividamento e em uma política ativa de promoção do acesso aos serviços de saúde.

Ambos os países, apesar das crises temporárias, lutam para manter a igualdade e justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, fundadas na harmonia social e comprometida na ordem nacional e internacional, com a solução pacíficas das controvérsias.

Abstract: Access to health care is a social law whose inspiration the value of equality among all human beings and in this sense the Brazilian and Portuguese public policies have measured recent efforts to meet social demands. The right to health is part of a set of so-called rights of social rights, related to the principles of human dignity, equality and solidarity, aimed at achieving social justice. In Brazil, the conquest of the Unified Health System - SUS, in 1988, was the main achievement of contemporary public health policy that meets citizens. In Portugal the creation of the National Health Service - SNS regulated in Decree Law No. 56 of August 26, 1979, allowed new models of access to people's health. In both countries, access to health requires permanent political actions of the state, which is why the right to health is still very uneven.

Keywords: Access to healthcare. Public policies . SUS. SNS. Social rights

Referências

ALMEIDA, Hélder Jaime. **A unidade funcional de saúde – impacto nos barômetros do sistema nacional de saúde português**, XXVI Curso de administração hospitalar, 1996-1998. Escola Nacional de Saúde Pública, 10-59, 1999.

Alves, Luiz Roberto. **Trabalho, cultura e bem-comum: leitura crítica internacional**, São Paulo: Annablume; FAPESP, 2008.

BAHIA, Lígia. **Sistema Único de Saúde**, disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>, acessado em 01/08/2013.

- BARROS, Pedro Pita. **Os sistemas privados de saúde e a reforma do sistema de saúde**, 1999.
- BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm> Acesso em 26 julho de 2014.
- BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo: Cortez Editora, 2006.
- BRAGA, Ruy. **“Condições de trabalho estão muito precárias”**, Revista Caros Amigos, ano XVI, nº 182, pp. 20-22, 2012.
- BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988, In: Vade Mecum, 11ª ed. São Paulo: Saraiva, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Coletâneas e normas para o controle social no sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- DATASUS, **Departamento de informática do Sistema único de saúde do Brasil** (2014). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br> Acesso em: 31 de jul 2014.
- ESTANQUE, Elísio. **“O Estado social em causa: Instituições, políticas sociais e movimentos sociolaborais no contexto europeu”**. Silva, Filipe Carreira (org.) (2012), *Atitudes Perante o Estado e as Políticas Sociais* (título provisório). Lisboa: ICS PIORE, Micheal. (1979). *Birds of passage: migrant workers and industrial society*. New York, Cambridge University Press, 2012.
- ESTANQUE, Elísio. **“Sociologia e engajamento em Portugal: Reflexão crítica sobre trabalho e sindicalismo em tempos de crise”**. In *Cadernos CRH - Centro de Recursos Humanos da Universidade Federal da Bahia (UFBA)*, vol. 22 no. 56, Salvador da Bahia, mai/ago, 2009.
- ESTANQUE, Elísio; Costa, Hermes A. **Trabalho, precariedade e movimentos sociolaborais**, in Casaca, Sara Falcão [Org.], *Mudanças Laborais e Relações de Género: novos vetores de (des)igualdade*. Coimbra: Almedina, 2012.
- FALEIROS, V. P. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2010
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para os municípios brasileiros** (2013). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/estimativa_dou.shtm Acessado em 08 de agosto de 2014.

- LOBATO, L.B.C. E GIOVANELLA, L. **Sistemas de Saúde, origens, componentes e dinâmica, em Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora: Fiocruz/Cebes, 2ªed., 2012.
- LIMA, Cristiano França. (2012) **Recuperação de fábricas por trabalhadores: o cotidiano do trabalho no labirinto do capital**. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21468/3/Tese_CristianodeFranca.pdf Acessado em 01 de agosto de 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, **História do Serviço Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+Nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>. Acessado em 01/08/2013. Data de envio: 16 de julho de 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. NOB - **Norma Operacional Básica**. 1993 e 1996. Disponível: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/11/biblioteca.html>. Acessado em 24 de Agosto 2013.
- MOZZICAFREDDO, Juan. **Estado-providência em Portugal**. Celta Editora, 2000.
- NUNES, J.A; **Velhos e novos desafios ao direito e à justiça**, in Revista Critica de Ciências Sociais, n. 87, 2009.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMA DE SAÚDE (OPSS), **Conhecer os caminhos da saúde**: relatório de primavera da OPSS. Lisboa: OPSS, 2001.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DO SISTEMA DE SAÚDE (OPSS), **Saúde que rupturas?** OPSS. Lisboa: OPSS, 2003.
- PORTUGAL, **Constituição da República Portuguesa de 1976**. Disponível em <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf> Acesso em 20 de julho de 2014.
- RAPOSO, Paulo. **A construção antropológica de um terreno: performances culturais**. In: CARIA, Telmo H. (org.) *Experiência Etnográfica em Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento, 2003.
- RELATÓRIO anual sobre **acesso a cuidados de saúde do SNS** (2013). Disponível: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/relatorio+anual+sns+2013.htm> Acessado em 20 jul 2014.
- SANTOS, N.R. e AMARANTE, P.D.C. (Orgs.) **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**, Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- SILVA, José Afonso da. **"Direito Const. Positivo"**, Malheiros Ed., 15ª ed., 1999.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito constitucional Positivo**. 33ª ed. São Paulo: Malheiros, p. 286, 2010.

VASCONCELLOS, L.C.F. e OLIVEIRA, M. H. B. **Direitos Humanos e Saúde no Trabalho**. Saúde e direitos humanos. v.4, n.4, p. 113-134, 2008.

WACQUANT, Loic., " **Suitable enemies**": **Foreigners and immigrants in Europe's Prisons**". Punishment and Society, pp. 215–223, 1999.

Data de envio: 10 de setembro de 2014.

Texto científico recebido em: 10/09/2014

Processo de Avaliação por Pares: (*Blind Review* - Análise do Texto Anônimo)

Publicado na Revista Vozes dos Vales - www.ufvjm.edu.br/vozes em: 31/10/2014

Revista Científica Vozes dos Vales - UFVJM - Minas Gerais - Brasil

www.ufvjm.edu.br/vozes

www.facebook.com/revistavozesdosvales

UFVJM: 120.2.095-2011 - QUALIS/CAPES - LATINDEX: 22524 - ISSN: 2238-6424

Periódico Científico Eletrônico divulgado nos programas brasileiros *Stricto Sensu*

(Mestrados e Doutorados) e em universidades de 38 países,

em diversas áreas do conhecimento.