

# cescontexto

## **Trabalho, Produção e Lutas Sociais no Século XXI**

Atas do I Colóquio Internacional do Grupo de  
Estudos em Relações de Trabalho e Sociedade  
do Centro de Estudos Sociais (RETS/CES )

### **Organização**

Ana Alves da Silva

Alfredo Campos

Bia Silveira Carneiro

Elaine Santos

Saulo Aristides

Nº 16

Março, 2017

# Debates

[www.ces.uc.pt/cescontexto](http://www.ces.uc.pt/cescontexto)



## **Propriedade e Edição/Property and Edition**

Centro de Estudos Sociais/Centre for Social Studies

Laboratório Associado/Associate Laboratory

Universidade de Coimbra/University of Coimbra

**[www.ces.uc.pt](http://www.ces.uc.pt)**

Colégio de S. Jerónimo, Apartado 3087

3000-995 Coimbra - Portugal

E-mail: [cescontexto@ces.uc.pt](mailto:cescontexto@ces.uc.pt)

Tel: +351 239 855573 Fax: +351 239 855589

## **Comissão Editorial/Editorial Board**

Coordenação Geral/General Coordination: Sílvia Portugal

Coordenação Debates/Debates Collection Coordination: Ana Raquel Matos

ISSN 2192-908X

## Índice

<i>Ana Alves da Silva, Alfredo Campos, Bia Silveira Carneiro, Elaine Santos, Saulo Aristides</i>	
Introdução .....	5
<i>Ilona Kovács</i>	
Algumas tendências de mudança no mundo do trabalho e da produção: controvérsias .....	7
<i>Camila Lima</i>	
VIH/SIDA no ambiente de trabalho: riscos, proteção e (in)segurança jurídica.....	20
<i>Daniela Osorio-Cabrera</i>	
Economía solidaria: valoraciones y modos de organización del Trabajo de cuidados en colectivo. ....	35
<i>Isabel Sofia Fernandes Moio</i>	
(des)Emprego qualificado e economia do conhecimento: o papel dos centros para a qualificação e o ensino profissional.....	46
<i>Milena Barbosa de Melo</i>	
O direito à saúde e a qualidade dos medicamentos genéricos.....	62
<i>Paulo Marques Alves</i>	
A negociação coletiva e a regulação do emprego temporário em Portugal .....	76
<i>Priscilla dos Santos Gomes, João Arriscado Nunes, Maria Helena Barros de Oliveira</i>	
As lutas sociais no acesso à saúde em Portugal e no Brasil.....	92

## As lutas sociais no acesso à saúde em Portugal e no Brasil

**Priscilla dos Santos Gomes,**<sup>1</sup> Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
prissgomes@hotmail.com

**João Arriscado Nunes,**<sup>2</sup> Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra  
jan@ces.uc.pt

**Maria Helena Barros de Oliveira,**<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz  
mhelenbarros@globo.com

**Resumo:** Os movimentos sociais em Portugal e no Brasil têm sua história marcada por grandes embates, sobretudo nas lutas pela liberdade e democracia. Dentre as grandes conquistas no campo dos direitos sociais tem-se o direito à saúde, que corresponde a um conjunto de direitos relacionados aos princípios de dignidade, solidariedade e igualdade, advindos das transformações sociais ocorridas no século XX. Foram muitas ações que influenciaram as políticas públicas de saúde, levando Portugal a criação do Serviço Nacional de Saúde - SNS em 1979, e o Brasil à criação do Sistema Único de Saúde - SUS em 1988. Constata-se que os movimentos sociais portugueses e brasileiros contribuíram e continuam encorajando as lutas na construção de um acesso igualitário à saúde, tanto no campo metodológico quanto prático, fazendo com que as políticas públicas da saúde mantenham o direito à igualdade e universalidade.

**Palavras-chave:** lutas Sociais, acesso à saúde, direitos sociais.

### Introdução

O direito à saúde está disposto dentre os direitos fundamentais previstos na Constituição de Portugal de 1976 e do Brasil de 1988, estando este, entre as maiores conquistas constitucionais recentes na história social e política de ambos os países, fortalecidas sobretudo, pelas lutas dos movimentos sociais.

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Sociologia na Universidade de Coimbra/CES - Portugal, com cotutela no Programa Internacional de Doutorado de Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida na FIOCRUZ/RJ - Brasil, nas áreas de Relações de Trabalho, Desigualdades Sociais e Sindicalismo. Mestre em Ciências da Educação, Especialista em Gestão Educacional e Bacharel em Direito.

<sup>2</sup> Professor Catedrático de Sociologia da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, co-coordenador do Programa de Doutorado "Governança, Conhecimento e Inovação" e Investigador Permanente do Centro de Estudos Sociais. Membro do Conselho Consultivo da Associação Portuguesa de Sociologia. Membro da coordenação do projeto ALICE - Espelhos estranhos e lições imprevistas.

<sup>3</sup> Pesquisadora Titular do CESTE, responsável pela área da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Coordena o Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman/GDIHS. É responsável, no Mestrado e Doutorado, pela disciplina Direito e Saúde, e no Lato Sensu, pelo Curso de Especialização em Direito Sanitário. Desenvolve atividades de cooperação técnica com a OAB, com a University Georgia State Law e EMERJ.

Os movimentos sociais organizados devem ser analisados como um sistema que busca os meios jurídicos para atingir os objetivos de promover o bem estar social, e neste contexto, o Estado deve ser analisado como um sistema que coordena os meios para atingir os objetivos de promover o bem comum.

O contexto das lutas de classe que viabilizou os grandes pactos social-democratas entre capital e trabalho, e desenvolvido no âmbito das Constituições Dirigentes dos Estados de Bem-Estar, o conceito de direito social pressupõe historicamente um aparato regulatório capaz de impor políticas sociais pela via de mecanismos tributários com sentido redistributivista, implicando um tratamento eminentemente coletivo para a questão dos riscos sociais (Ewald, 1988).

Os estudos apontam a luta de classes como categorias centrais na sociedade capitalista. Mas também mostram que as transformações capitalistas ocorridas em todo o globo terrestre, desde as últimas décadas do século XX, produziram um movimento que metamorfoseou as classes sociais fundamentais e que esse movimento tem profunda incidência sobre a luta social, em particular pela fragmentação da classe trabalhadora (Antunes, 2000).

De acordo com Melucci (2001) os movimentos sociais são construções sociais, sistemas de ação no sentido de que suas estruturas são construídas por objetivos, crenças, decisões e intercâmbios, todos eles operando em um campo sistêmico.

A questão fundamental é que, quando tratamos de políticas públicas de provisão de bem-estar ou de políticas sociais, estamos nos referindo sempre à atuação governamental (Manning, 2000).

Através das políticas públicas, o Estado, permite a criação das diferentes formas e dos diversos modelos de acesso à saúde, assim como suas respectivas relações sociais. Para viabilizar o acesso à saúde, tanto no campo metodológico quanto prático, as políticas públicas devem centrar-se no direito à igualdade e universalidade, vinculadas às políticas sociais, cuja visão e compromisso futuro a favor da sociedade devem ser pautados no Direito.

O Direito somente se efetiva se a sociedade melhorar suas condições de vida, se a desigualdade social for extinta ou abertamente diminuída, se houver uma política de promoção do desenvolvimento humano e social, e com erradicação da pobreza. Esta segurança constitucional é que visa garantir o acesso universal ou tendencialmente universal e manter serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Neste aspecto, todas as políticas públicas se efetivam a partir da premissa de que estas ocorrem efetivamente a partir do aparelho estatal.

Históricamente, não é possível separar a luta política dos trabalhadores da sua luta econômica. Pode-se constatar isso, nos dias atuais, com as paralizações e greves a favor do aumento de salários, diminuição da jornada, direitos sociais, melhor acesso à saúde, cujos movimentos ganham cada vez mais significado político. Estes movimentos, de uma certa maneira atingem o aparelho e a política do Estado.

A sociedade se conformaria em um todo complexo e interdependente, sujeita a múltiplas determinações. Um determinado nível do desenvolvimento das forças produtivas corresponderia a um determinado desenvolvimento da produção, do comércio e do consumo. Um determinado nível do desenvolvimento da produção, do comércio e do consumo, corresponderia a um determinado desenvolvimento das formas de organização social – organização da família, das classes sociais etc. Um determinado nível de desenvolvimento das formas de organização social, corresponderia a um determinado Estado. Um determinado desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção, corresponderia a determinadas expressões ideológico-culturais (Marx e Engels, 1952).

A regulação social da modernidade capitalista é constituída por dois lados. Um lado é composto por processos que geram desigualdade e exclusão, e outro, que estabelece mecanismos que permitem controlar ou manter esses processos, dentro de certos limites. (Santos, 1999).

A história de toda sociedade é a história de lutas de classes e a luta de classes para Marx e Engels (1952) é a sua síntese nas diferentes formações sociais, considerando, qualquer que seja a época, que a sociedade é o lugar de um conflito (aberto ou dissimulado) entre opressores e oprimidos. A compreensão teórica do movimento histórico reivindica que, até hoje, a história da humanidade é a história da luta de classes.

As políticas sociais são apresentadas assim, como pacotes de mitigação às carências de alimentação, habitação e saúde, dentre outras, através de programas sociais que não representam ou mesmo, não aspiram, a nenhuma mudança estrutural dessa realidade de precariedades. Estas políticas, tanto a nível nacional quanto a nível local, potencializam o acesso de forma diversa e sinérgica, sobretudo à educação, ao ordenamento do território, às leis trabalhistas e ao bem estar social.

Os movimentos sociais em Portugal e no Brasil, objetivando a proteção social, ocorreram através de relações, processos, atividades e instrumentos que visavam desenvolver as responsabilidades públicas na promoção da seguridade e do bem estar social. Os serviços de saúde resultantes destas lutas sociais levaram à criação de um Serviço Nacional de Saúde – SNS em Portugal, consagrado pela regulamentação jurídica de 1979, e de forma similar o Brasil criou o Sistema Único de Saúde – SUS a partir da Constituição Federal de 1988.

## Metodologia

Neste estudo à análise ocorreu por meio dos métodos descritivos, dedutivos e da abordagem sequencial também denominada de ciclo de políticas públicas. Descreveram-se os fatos e fenômenos dentro de uma determinada realidade. Complementando a abordagem sequencial, o enfoque foi do tipo exploratório e descritivo (Selltiz *et al.*, 1975) e que contou com a utilização de quatro métodos, que são: o dedutivo, o quantitativo, o analítico e o estatístico (Bourguignon, 2008).

O campo de estudos da efetivação das políticas públicas está fortemente atrelado às necessidades de desenvolvimento das melhorias dos processos político-administrativos. São estes, que permitem o desenvolvimento das atividades metodológicas, que vão planificar essas políticas, incluindo-se concomitantemente as de acesso à saúde (Lima e D'Ascenzi, 2013).

As metodologias descritivas e dedutivas se juntam aos estudos sociológicos em conjunto às normas jurídicas e constitucionais, de modo a enriquecer a experiência sobre o tema, visando construir solidez aos resultados e melhor compreender as formas e as lutas pelo acesso à saúde no Brasil e em Portugal.

Para Triviños (1987), os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar. Neste sentido, analisamos o acesso à saúde como um direito social, as conquistas históricas, leis, e de como alcançar uma saúde justa, igualitária, universal e gratuita, tanto nos sistemas de saúde do Brasil, quanto em Portugal.

## As lutas sociais em Portugal

As lutas sociais em Portugal tiveram um grande marco com a necessidade de combater a peste bubônica que atingia duramente a cidade do Porto no ano de 1899, quando então, se iniciou a primeira organização dos serviços de saúde pública em Portugal através do Decreto de 28 de

Dezembro que criou o Instituto Central de Higiene, que a partir de 1929 foi denominado de Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

No ano de 1901 foi apresentado o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, onde o Estado assistia apenas às camadas mais pobres da população.

O programa de construção de hospitais “Casas de Misericórdias”, se estabeleceu, em 1946, através da Lei nº 2011, propiciando no ano de 1958, a criação do Ministério da Saúde e da Assistência com o Decreto-Lei nº 41825 de 1958.

Os atendimentos à saúde ocorriam através das centenárias casas de Misericórdias, dos Hospitais Estatais, dos serviços privados que atendiam exclusivamente à população de maior padrão econômico, e dos serviços de Saúde Pública que tinham como objetivo principal atender às demandas de vacinações e proteção materno-infantil (OPSS, 2001). Foi este modelo que deu origem à criação das políticas públicas de saúde para o surgimento dos hospitais gerais.

No ano de 1963 foi promulgada 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.

Pelo Decreto nº 413 em 27 de setembro de 1971, se concretizou pela primeira vez em Portugal, a reforma da saúde portuguesa, resguardando o direito à saúde para todos os cidadãos.

O Ministério da Saúde foi criado em 1974, já considerando os princípios que levariam à promoção da saúde pelo SNS, os quais foram definidos na Lei nº 48 de 24 de agosto de 1990, denominada Lei de bases da Saúde.

No ano de 1962, as lutas se intensificaram nas manifestações do 1º de Maio e as lutas do proletariado agrícola pelas 8 horas, que resultaram numa importante contribuição ao desenvolvimento da oposição democrática que levou à criação da Frente Patriótica de Libertação Nacional.

A grande luta recente foi a Revolução dos Cravos de 25 de Abril de 1974, que é fruto de movimentos anteriores e silenciosos, como as grandes lutas dos trabalhadores nos anos de 1943 e 1944, que estiveram diretamente ligadas ao forte movimento democrático que se clareou após a segunda guerra mundial.

A Intersindical Nacional é uma confederação sindical fundada, a 1 de outubro de 1970, em Lisboa. A Intersindical teve um papel dinamizador nas lutas reivindicativas, pois quando ocorreu o 25 de Abril os sindicatos participantes na Intersindical associaram meio milhão de trabalhadores, resultado de lutas reivindicativas de 1973-74, fruto da imprensa sindical através de uma rápida transmissão de informações sobre as lutas dos trabalhadores e sobre as suas reivindicações e palavras de ordem comuns e de interesse social.

Segundo Montañó e Duriguetto (2010) os movimentos sociais são expressões do processo de organização da classe trabalhadora, da luta de classes e lutas sociais.

O movimento democrático recebeu o impulso e, em 1976, foi aprovada a Constituição da República, a qual, dispõe no artigo 64º que “todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, sendo esta a primeira constituição que propõe mudanças e avanços nas políticas públicas de saúde em Portugal.

A política de saúde em Portugal passou a ter um Serviço Nacional de Saúde – SNS, consagrado pela regulamentação jurídica de 1979, através do Decreto Lei nº 56/1979 de 26 de agosto, que era dependente da Secretaria do Estado da Saúde do então Ministério dos Assuntos Sociais.

Consequentemente, através da influência das políticas públicas de saúde que ocorriam em toda a Europa, e também com a força dos movimentos sociais portugueses, Portugal criou em

1979 o Serviço Nacional de Saúde – SNS, no qual, todos os cidadãos obtinham acesso gratuito à saúde.

Atualmente, os principais meios de saúde portugueses que prestam serviços de saúde podem ser divididos em três tipos:

- Hospitais: situados nas principais cidades e vilas portuguesas com maior número de população, garantem cuidados de saúde de grau superior, como cirurgias, e consultas de diversas especialidades;
- Centros de Saúde e USF (Unidade de Saúde Familiar): garantem ao utente consultas de algumas especialidades, consultas com o seu médico de família, tratamentos de enfermagem e cirurgias de pequena dimensão;
- Postos Médicos: localizados principalmente nas localidades sede de freguesia, garantem ao utente consultas com o seu médico de família e tratamentos de enfermagem de grau primário.

Em Portugal, um processo bem-sucedido de reforma sanitária levou o país a suplantarem em aproximadamente duas décadas a antiga precariedade do setor, conduzindo o setor à modernidade em saúde, em padrões compatíveis com os demais membros desenvolvidos da União Europeia, cuja base do sistema reformado é a Unidade de Saúde Familiar.

A Unidade de Saúde Familiar – USF, tem por missão manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde, de forma personalizada, com acessibilidade e continuidade.

Esta estratégia de reforma vêm permitindo obter resultados com os pacientes melhores cuidados, baseados principalmente em melhores recompensas pelas boas práticas exercidas dos profissionais das áreas de saúde, onde o principal objetivo foi melhorar a acessibilidade, a satisfação de profissionais e usuários, a qualidade, continuidade e eficiência.

## As lutas sociais no Brasil

No Brasil as lutas dos movimentos sociais contribuíram para a criação do Sistema único de Saúde – SUS, que ocorreu a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

De acordo com Scherer-Warren (1987) são “elementos constitutivos fundamentais para a compreensão dos movimentos sociais: a práxis, o projeto, a ideologia e a direção e organização”.

Foram os movimentos sociais os responsáveis por abrir o diálogo com o Estado e a Sociedade e assim puderam intervir estrategicamente a partir de uma ação política no desenho de políticas públicas macroeconômicas.

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. Direitos estes, advindos das transformações sociais ocorridas a partir do século XX.

As lutas Sociais no Brasil e a conjuntura social das décadas de 1920 e 1930, com suas características econômicas e políticas, possibilitaram o surgimento das políticas sociais brasileiras. Na década de 1920, ocorreram tentativas de extensão da saúde pública por todo o país, no entanto no ano de 1923 se deu a reforma Carlos Chagas, que tinha como objetivo ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União.

Neste mesmo período, foram pautadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, incidindo em algumas medidas, dentre elas, destaca-se a criação das CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões, no ano de 1923, conhecida como Lei Elói Chaves.

A intervenção do Estado na saúde inicia em 1930, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde e organizada uma política nacional de saúde a partir de dois eixos: da saúde pública e da medicina previdenciária ligada aos IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensão) e suas categorias correspondentes.

O subsetor de medicina previdenciária só virá superar o de saúde pública a partir de 1966, em plena ditadura militar, período no qual não ocorreram grandes avanços nas políticas de saúde até a década de 1980.

Desde o início da década de 1980 e fortemente na década de 1990, tanto no Brasil, quanto em Portugal, ambos realizaram um redesenho estrutural das políticas públicas, adequando os órgãos do governo para atender a uma nova sociedade, com novos valores, em um novo ambiente organizacional de controle intensificado, visto que se tornou pressionado para aumentar a sua eficiência, com base nos preceitos constitucionais.

As políticas devem ser norteadas de forma a facilitar a transformação, através da identificação dos obstáculos à mudança, bem como dos potenciais catalisadores da mesma, existindo uma estratégia de desenvolvimento, uma função pública fortemente capacitada e políticas públicas adequadas como elementos essenciais que, em conjunto, moldam o processo de transformação.

O marco do processo constituinte ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, por representar o marco de uma nova era para a saúde no Brasil por alterar a composição dos delegados, incorporar a participação da sociedade civil e aprovar as diretrizes para a criação do SUS (Andrade et al, 2013).

Realizada em 1986, a VIII Conferência 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 Conferência foram de intensos desafios que foram e ainda serão enfrentados na política de saúde brasileira.

A luta dos movimentos sociais que levou a Constituição Federal de 1988 a inclusão da Saúde no Capítulo da Seguridade Social, artigos 196 a 200. Tais artigos introduzem grandes inovações, como a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da atenção, a descentralização na gestão e na execução das ações de saúde, como também a participação da sociedade na discussão, na formulação e no controle da política pública de saúde.

## **A multidimensionalidade do acesso à saúde**

O acesso à saúde engloba diferentes fatores e pode ser analisado através de diversos tipos de abordagens, sendo um tema multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização.

Daí, a importância da definição do que seja o acesso à saúde e as tentativas da criação de um modelo que possam mensurar o conceito de acesso, têm sido objeto de interesse de muitos autores e pesquisadores. Ao longo do tempo, o conceito de acesso à saúde tornou-se mais complexo, com a incorporação de diferentes aspectos, muitas vezes de difícil mensuração.

Aday e Andersen (1974) definiam o acesso como uma ideia mais política do que operacional e conceituaram o acesso aos serviços de saúde tomando como base as características da população, a disponibilidade organizacional e a distribuição geográfica do sistema de saúde. Para os autores são indicadores de acesso: a renda, as fontes de renda e características da fonte regular de cuidado, onde se incluem a cobertura e extensão por seguro saúde, tipo de pagamento, tempo de viagem médio e tempo de espera para o atendimento.

A acessibilidade geográfica refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços de saúde.

Posteriormente, McIntyre e Mooney (2007) incluíram como acesso à saúde a liberdade no uso dos serviços. Onde o nível educacional, a bagagem cultural, crenças, a condição social e econômica dos pacientes, assim como, a relação com o sistema de saúde permitiria uma maior liberdade para o paciente utilizar o sistema de saúde.

Alguns elementos que poderiam ser utilizados como indicadores de capacidade de acesso e de pagamento foram sugeridos por Sanchez & Ciconelli (2012) e também pelos autores McIntyre e Mooney (2007), tais como:

- Custos diretos com saúde, como, por exemplo, preços de consultas, custos de testes diagnósticos, custos de medicamentos;
- Custos indiretos, como custos com transporte, alimentação especial e perda de produtividade em decorrência do tratamento;
- Elegibilidade dos indivíduos para a cobertura de planos de saúde ou o sistema público de saúde;
- Renda, poupança, elegibilidade a crédito.

Ambos os países admitem o direito à saúde, mas limitam seu acesso condicionando os fatores econômicos da população. Para uma parcela da população portuguesa e brasileira, com melhor situação econômica a capacidade de pagar por serviços de saúde também é uma forma de acesso à saúde.

Deste modo, há um esforço para manter a saúde e o seu acesso como um direito igualitário e universal, mas, este ainda é um processo, que se encontra igualmente em construção, tanto no Brasil, quanto em Portugal. Neste sentido, o acesso à saúde no Brasil e em Portugal, exige permanente ação da Sociedade e do Estado, mesmo estando garantido constitucionalmente e complementado pelas leis da saúde.

## **Acesso à saúde em Portugal**

Em Portugal, somente com a promulgação da Constituição de 1976, foi expresso a definição de saúde. Em seu artigo 64º 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”.

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 efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais”.

Para assegurar este direito o Estado deve garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição econômica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, sendo essa a missão do Serviço Nacional de Saúde.

Em Portugal, com a criação das taxas moderadoras, a questão do acesso se intensificou à medida que foram aumentando os custos em saúde para a população, resultado dos intensos debates, oriundos das recentes reformas do Serviço Nacional de Saúde.

A equidade e o acesso universal aos cuidados de saúde em Portugal são garantidos pela Lei nº 56/79 do Serviço Nacional de Saúde, como também, na Lei nº 48/90 de Bases da Saúde. Estas Leis postulam a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a

sua condição social, econômica, ou local onde habitem, bem como, preveem a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços.

O acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade, e assim, o Serviço Nacional de Saúde deve garantir a equidade no acesso, de modo, a diminuir as desigualdades sociais.

Assim sendo, dispõe a Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, no CAPÍTULO III - Do Serviço Nacional de Saúde, Base XXIV – Características, onde o Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

O conceito de acesso à saúde em Portugal remete-se ao conceito dos cuidados de saúde, sendo este um pilar fundamental das políticas de saúde no país. A questão do acesso aos cuidados de saúde é indissociável da questão de equidade do sistema de saúde. Neste aspecto, o SNS – Serviço Nacional de Saúde oferece uma cobertura universal.

Segundo Ferreira (2011), no contexto português, uma das questões frequentemente invocadas na definição de equidade no sistema político e económico é à austeridade. Com efeito, o interesse coletivo sob a forma de esforço conjunto convoca o dilema de como combinar sacrifício e justiça social.

A equidade em termos de conceito é alvo de uma grande amplitude de interpretações, que mudam em função dos valores morais, da formação e do entendimento pessoal das pessoas que o utilizam (Le grand, 1989).

A equidade é um dos mais importantes objetivos do SNS, estando disposto na Lei do Serviço Nacional de Saúde Lei n.º 56 de 1979 no artigo 4º que “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social”.

Nesse contexto o acesso aos cuidados de saúde é prioritariamente aquele que deve permitir o acesso das pessoas ao seu potencial de saúde.

Para a sociedade portuguesa, a equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas ou aquelas potencialmente evitáveis, em um ou mais aspectos da saúde, onde os principais aspectos a serem considerados são o ponto de vista social, geográfico e demográfico.

## **Acesso à saúde no Brasil**

Segundo Tolêdo (2016), “o processo de construção da cidadania no Brasil nunca foi linear. No entanto, é nos anos 1980 que se inauguraram novos tempos para a cidadania”. Para o autor, é nesse período que vários militantes de lutas sociais no país aliaram-se a novos parceiros, sem tradição associativa, iniciaram várias frentes de articulação, fundaram organizações, lideraram movimentos, possibilitando uma nova proposta social no país, que influenciaria em mudanças na cultura política nacional.

Foi somente na Constituição de 1988 que foi expresso um conceito ampliado de saúde, no Artigo 196, onde: “é direito de todos e dever do Estado”, garantido, mediante políticas sociais e económicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Quando se menciona a dimensão do acesso à saúde no Brasil, tem que se considerar o contexto histórico de sua construção do Sistema Único de Saúde – SUS, seus princípios basilares e as garantias jurídicas inerentes à sua constituição como sistema universal.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania (Belmartino, 1992).

Discute-se o acesso no contexto dos princípios do SUS, explicitando suas características legais, suas características históricas e a função teleológica – ação racional organizada para produzir um fim, uma finalidade – da cidadania na produção dos serviços de saúde.

Quirino e Montes (1986), apontam para a importância, no que se refere a uma cidadania plena, não só dos direitos dos cidadãos, mas também de seus deveres: [...] através desses direitos [políticos] os cidadãos se tornam responsáveis pela organização do poder, de tal forma que sua participação, por meio dos vários sistemas de representação e dos vários tipos de escolha que podem realizar, lhes dá uma percepção de si próprios como artífices do próprio Estado, em igualdade de condições com relação a todos os demais.

As ações coletivas nos anos 1980, no Brasil, foram impulsionadas pelos anseios de redemocratização, os anos 1990, das lutas cívicas pela cidadania. Na década de 90 ocorreu uma elevação de lutas que afetaram a população, refletindo no cotidiano da vida dos cidadãos.

Segundo Dagnino (1994), é a partir dos anos 90 que surge uma nova noção de cidadania, a qual está intrinsecamente ligada à experiência concreta dos movimentos sociais, tanto os do tipo urbano quanto os movimentos de mulheres, negros e homossexuais. De acordo com Dagnino, a organização desses movimentos aliada à luta por direitos – tanto de igualdade como da diferença – constituiu a base de uma nova noção de cidadania e, sobretudo, a construção e difusão de uma cultura democrática contributiva à criação de um espaço público onde os interesses comuns e os particulares, as especificidades e diferenças podem ser discutida.

Nesse caso, o exercício de cidadania tem um grande potencial de produzir resultados concretos, tendo em vista as reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população.

É importante reconhecer que houve um crescimento importante da cobertura do SUS, sobretudo para muitos segmentos da população mais pobre, que não tinham nenhum tipo de acesso aos serviços de saúde.

Para a sociedade brasileira, o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma constante exigência de luta dos principais movimentos sociais, nos quais essa reivindicação passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania.

## Conclusões

A experiência social tem mostrado que é através da luta de classes e seus movimentos, que se avança na consciência social e política dos trabalhadores. A luta social de classes, sobretudo na sua vertente reivindicativa, sempre foi o fator decisivo que conduziu ao desenvolvimento das sociedades a favor do trabalho, de melhores condições econômicas, da educação e do acesso universal à saúde.

As recentes políticas públicas, sobretudo na área da saúde, foram conquistas influenciadas pelos movimentos sociais e políticos que ocorreram, principalmente na segunda metade do Século XX, muito atuantes no Brasil e em Portugal, que levaram à criação do SUS no Brasil e do SNS em Portugal.

Após a inserção da universalidade e do acesso à saúde nas Constituições Federais de ambos os países, a sociedade tem se conscientizado efetivamente que é a destinatária final da proteção à saúde que lhe deve ser conferida pelo Estado.

No entanto, em ambos os países o acesso à saúde vem sendo dificultado com a cobrança de taxas moderadoras e constante judicialização, ferindo os princípios constitucionais, que têm impedido a concretização desse direito fundamental, sobretudo às camadas de menor poder aquisitivo da população. Assim, considerando que o direito à saúde está inserido entre os direitos sociais, é dever do Estado proporcionar ações e serviços que assegurem a todos um atendimento preventivo e curativo.

Uma das grandes problemáticas no Brasil e de Portugal é a descontinuidade administrativa governamental, que a cada governo se põe e contrapõe, sendo esta uma das principais características acentuadas em várias esferas do setor público, revelada na interrupção de obras, projetos, programas sociais, sobretudo quando sobrevêm as mudanças dos gestores públicos, afetando especialmente o acesso à saúde. As lutas sociais continuam.

## Referências bibliográficas

Aday, Lu. Ann.; Andersen Ronald (1974), *Framework for the study of access to medical care. Health Services Research*.

Andrade, Liliane Lopes *et al.* (2013), *As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Tempus - Actas de Saúde Coletiva.

Antunes, Ricardo (2000), *Os sentidos do trabalho*. São Paulo: Editora Boitempo.

Belmartino, Susana (1992), “Políticas de salud: ¿formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar?”, in Fleury Teixeira, S. (Org.), *Estado y Políticas Sociales em América Latina*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 51-57.

Bourguignon, Jussara Ayres (2008), “A centralidade ocupada pelos sujeitos que participam das pesquisas do Serviço Social”. *Revista Textos & Contextos*, 7, 2, 302-312.

Brasil (1988), *Constituição da República Federativa do Brasil*. Consultado a 2 de fevereiro de 2017, disponível em [https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/ind.asp](https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/ind.asp).

Dagnino, Evelina (1994), “Os movimentos sociais e a emergência de uma nova cidadania”, in Dagnino (org.), *Anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense, pp. 103-115.

Ewald, François (1988), “A concept of social law”, in Teubner, G. (Ed.), *Dilemmas of law in the Welfare State*. Berlin: Walter de Gruyter.

Ferreira, António Casimiro (2011), “A sociedade de austeridade: Poder, medo e direito do trabalho de exceção”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 95, 119-136.

Le Grand, Julian (1989), “Equidade: saúde e cuidados de saúde”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 5-15.

Lima, Luciana Leite; D'ascenzi, Luciano (2013), “Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas”, *Revista de Sociologia e Política*, 21, 48, 101-110.

Manning, Nick (2000), “Social Needs, Social Problems an Social Welfare”, in Pierson, Christopher and Castles, Francis, *The Welfare State – A reader*. Cambridge: Polity Press.

Marx, Karl; Engels, Friedrich (1952), *Obras escogidas*. Tomo II. Moscou: Ediciones en Lengua Extranjeras.

Melucci, Alberto (2001), *A Invenção do Presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis, Editora: Vozes.

Mcintyre, Di; Mooney, Gavin [Orgs.] (2007), *The economics of health equity*. New York: Cambridge University.

Montaño, Carlos; Duriguetto, Maria Lucia (2010), *Estado, classe e movimento social*. São Paulo: Cortez.

OPSS, Observatório Português do Sistema de Saúde (2001), *Relatório Primavera: conhecer os caminhos da saúde*. Lisboa: OPSS.

Portugal (1976), *Constituição da República Portuguesa*. Consultado a 2 de fevereiro de 2017, disponível em <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf>.

Portugal (1990), *Lei de Bases da Saúde n.º 48 de 24 agosto de 1990*. Consultado a 6 de fevereiro de 2017, disponível em <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>.

Portugal (1979), *Serviço Nacional de Saúde. Lei n.º 56 de 15 de setembro de 1979*. Consultado a 6 de fevereiro de 2017, disponível em [http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/Leis\\_area\\_saude.aspx#LBS](http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/Leis_area_saude.aspx#LBS).

Quirino, Célia Galvão; Montes, Maria Lúcia (1986), *Constituições*. São Paulo: Ática.

Sanchez Raquel Maia; Ciconelli, Rozana Mesquita (2012), “Conceitos de acesso à saúde”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31, 3, 260-268.

Santos, Boaventura de Sousa (1999), “A construção multicultural da igualdade e da diferença”, *Oficina do CES*, 135.

Scheren-Warren, Ilse (1987), “Componentes dos Movimentos Sociais”, in *Movimentos Sociais: um ensaio de interpretação sociológica* [2 ed]. Florianópolis: Editora da UFSC.

Selltiz, Claire; Cook (1975), *Métodos de pesquisa nas relações sociais* [2ª ed.]. São Paulo: EDPVEDUSP.

Tolêdo, Herculis Pereira (2016), “Lutas sociais e cidadania: reflexões sobre os movimentos sociais como elementos de resistência e posicionamento político da sociedade brasileira”, in *XI Seminário de Pesquisa em Ciências Humana – Sepech. Humanidades, Estado e desafios didático-científicos*, Londrina.

Triviños, Augusto Nivaldo Silva (1987), *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.