A TENDENCIAL MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL

Bia Santos Correia[1]
Pâmela Karoline Lins Alves[2]
Mayara Soledade Viana[3]

RESUMO

O presente artigo pretende analisar, a partir de um referencial teórico histórico-crítico, o avanço da mercantilização da saúde em Portugal. O objetivo desta análise é proporcionar uma melhor compreensão tanto dos aspectos e consequências da atuação do setor privado no sistema de saúde, quanto dos impactos sobre os usuários. Dessa forma, pretende-se realizar um levantamento bibliográfico e documental de alguns artigos, teses, leis, decretos; de modo a oferecer uma construção contextualizada da história da saúde em Portugal enquanto base interpretativa para a análise sobre a mercantilização dos serviços públicos de saúde, e sobre a repercussão no financiamento do Sistema Nacional de Saúde. Com isso, analisa-se que o Sistema Nacional de Saúde de Portugal tem sido um meio para viabilizar a mercantilização desse setor, por meio de mecanismos como o fortalecimento dos seguros de saúde e o avanço das taxas moderadoras. Aspecto que torna desigual o acesso à saúde.

Palavras-chave: Saúde; Portugal; Mercantilização; Financiamento; SNS.

ABSTRACT

This article intends to analyze, from a historical-critical theoretical framework, the advance of the commodification of health in Portugal. The objective of this analysis is to provide a better understanding of both the aspects and consequences of the private sector's performance in the health system, as well as the impacts on users. Thus, it is intended to carry out a bibliographic and documentary survey of some articles, theses, laws, decrees; in order to offer a contextualized construction of the history of health in Portugal as an interpretative basis for the analysis of the commodification of public health services, and on the repercussion on the financing of the National Health System. Thus, it is analyzed that the National Health System of Portugal has been a means to enable the commercialization of this sector, through mechanisms such as the strengthening of health insurance and the advance of the moderating rates. An aspect that makes access to health unequal.

Keywords: Health; Portugal; Mercantilization; Financing; SNS.

[1] Assistente social. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS/UFPE. E-mail: biascorreia@gmail.com
[2] Assistente social. Doutoranda em Serviço Social pelo PPGSS/UFAL. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS/UFPE. E-mail: pamelat9@hotmail.com
[3] Assistente social. Mestre em Serviço Social pelo PPGSS/UFPE. E-mail: mayarasoledadeviana1@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O ponto escolhido para a investigação ergue-se com a curiosidade acerca das "taxas moderadoras", que são recolhidas no acesso ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), e que conduziram ao questionamento acerca do seu caráter "público".

O acesso à saúde em Portugal torna-se um direito fundamental, conforme Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948[4], tendo como principal viabilizador, o Estado. Porém, observa-se que a população tem contribuído duplamente com o sistema, por meio do pagamento de impostos e pela cobrança das taxas moderadoras; gerando desigualdades de acesso entre aqueles podem ou não contribuir.

Para alcançar respostas a tais inquietações, os seguintes objetivos deverão ser cumpridos: explorar a questão do Fundo Público e sua composição, bem como a sua origem e nova forma no processo neoliberal em Portugal; entender o processo do Sistema Nacional de Saúde desde a sua criação, através de uma pesquisa sobre a contextualização histórico-política com ênfase nos seus principais marcos legislativos; compreender o processo de mercantilização da saúde, analisando dados estatísticos, e consolidá-los com alguns estudos empíricos sobre a relação público-privada do sistema de saúde português; o financiamento do sistema e dos serviços, até à insustentabilidade do SNS, como consequência da mercantilização provocada pelo processo neoliberal que dificulta a luta pelo direito à saúde gratuita e de qualidade. Neste ínterim, recorreremos ao levantamento bibliográfico legislativo e empírico permanentemente articulado com reflexões críticas contempladas no contexto do componente curricular.

2. A QUESTÃO DO FUNDO PÚBLICO

O fundo público compõe todos os recursos auferidos ao Estado para a sua atuação. Segundo Salvador (2019), uma das principais formas de realização do fundo público é por meio da extração de recursos da sociedade na forma de impostos, contribuições e taxas. A composição do fundo público, conforme afirma Salvador

[4] "Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, *saúde e bem-estar*, […] *cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis* […]" (Artigo XXV. Disponível em: <https:// nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em 5 de setembro de 2019. Grifo nosso.)

(2018), tem sua origem na exploração da força de trabalho, pois o Estado, para cumprir suas múltiplas e contraditórias funções, apropria-se de parte da mais-valia socialmente produzida, mas não somente, apropria-se também do trabalho necessário na forma de salário.

> Marx tinha consciência da exploração tributária sobre os trabalhadores e como os impostos pesavam sobre os meios de subsistência. No livro I de *O Capital*, volume II, Marx (1987b, p.974) destaca que 'o regime fiscal moderno encontra seu eixo nos impostos que recaem sobre os meios de subsistência mais necessários, encarecendo-os, portanto, e traz em si mesmo o germe da progressão automática. A tributação excessiva não é um incidente; é um princípio'" (SALVADOR, 2018, p. 96).

Com a ascensão do neoliberalismo no mundo, os recursos do fundo público tornam-se cruciais para a acumulação capitalista. Dessa forma, as diretrizes apontadas pela política neoliberal, segundo Abramides (2019), são a priorização da estabilidade econômica por meio da disciplina orçamentária na contenção de gastos em políticas sociais, restauração da taxa natural de desemprego e reformas fiscais de incentivo aos agentes financeiros.

Na atual fase do capitalismo[5], O'Connor (1977) analisa que o Estado teria duas funções contraditórias que condicionaria suas ações: criar condições favoráveis para a reprodução do capital e, ao mesmo tempo, assegurar a reprodução da força de trabalho. Ou seja, garantir as bases para a acumulação e legitimação capitalista. Porém, diante da crise vivenciada em 1970 e da necessidade do capital em criar as condições de retomada de sua taxa de lucro, torna-se necessário ampliar a função de "acumulação" do Estado, em detrimento da desestruturação da sua função de "legitimação".

Em uma abordagem crítica do neoliberalismo, Dardot e Laval (2016) tecem uma análise do papel do Estado capitalista diante da hegemonia neoliberal generalizada. Dessa forma, eles abordam que não há uma redução do Estado e nem do seu aparato, mas o seu reengajamento político sobre novas bases, novos métodos e novos

[5] Compreende-se essa atual fase como de Capitalismo Tardio, segundo Ernest Mandel (1982). Para o autor, a análise marxista de Capitalismo Tardio baseia-se nos estudos de Lênin sobre o Imperialismo. Nesse aspecto, o Capitalismo Tardio não é uma nova época do desenvolvimento capitalista; mas sim, constitui um desenvolvimento ulterior da época imperialista, de capitalismo monopolista, identificado no período pós-guerra (MANDEL, 1982, p.5).

objetivos. Nesse sentido, os autores destacam o caráter disciplinar dessa nova política,

> que dá ao governo um papel de guardião das regras jurídicas, monetárias, comportamentais, atribui-lhe a função oficial de vigia das regras de concorrência, [...] confere-lhe o objetivo de criar situações de mercado e formar indivíduos adaptados às lógicas de mercado (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 191).

Além disso, os referidos autores analisam o Estado como credor de última instância, desempenhando um papel de "salvador" das instituições financeiras e capitalistas em risco, "essas intervenções apenas ilustram em grande escala o princípio da 'nacionalização dos riscos e da privatização dos lucros'" (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 204).

Isto posto, observam-se processos, em Portugal, de aumento significativo da apropriação do fundo público pelo capital. No âmbito da saúde, isso pode ocorrer, seja pela compra direta do Estado aos serviços ofertados na rede privada, seja na redução da capacidade de financiamento do Sistema Nacional de Saúde. Ou seja, pode representar um aumento da exploração tributária sobre os trabalhadores.

> A rigor, todos os recursos que compõem o fundo público advêm do trabalho, fonte de toda a riqueza: da parte necessária de sua jornada, onde o trabalhador repõe suas forças e que equivale ao salário; e da parte excedente de sua jornada, que na relação de exploração que sustenta o modo de produção capitalista, será apropriada na forma do juro, do lucro e da renda da terra, que serão também tributados pelo Estado. No entanto, estes últimos, os donos dos meios de produção, da terra e do dinheiro, não são impedidos de lançar no preço do produto, que vai para os consumidores (parte significativa desses, os trabalhadores), os "custos" da tributação. [...] Por outro lado, enquanto em geral os trabalhadores são tributados na fonte, os donos dos meios de produção e das propriedades não o são, o que gera a sonegação fiscal tratada com leniência pelo Estado. [...] Assim, se a carga tributária representa o esforço de toda sociedade para sustentação das atividades do Estado, ela é sobretudo uma questão de luta de classes, já que essa carga recai de forma desigual sobre as classes e seus segmentos, e pode expressar também desigualdades regionais, no ambiente da heterogeneidade estrutural brasileira, o que implica em tensões no pacto federativo (BEHRING, 2018, p. 199).

O'Connor (1977) também analisa a relação tributária como expressão da luta de classes devido as disputas presentes em torno dela, seja para direcionar seus recursos para o capital, seja para garantir o financiamento de políticas públicas à classe trabalhadora. "Cada mudança importante no equilíbrio das forças políticas e classistas é registrada pela estrutura tributária. Dizendo-o de outro modo, os sistemas

tributários são apenas formas particulares dos sistemas de classes" (O'CONNOR, 1977, p.203).

Para o referido autor, o sistema tributário cumpre duas funções principais: permite que o capitalista aumente seus ganhos e bens, pois as crescentes despesas estatais aumentam seus lucros e pesam mais sobre o salário real; além de cobrir os custos das despesas capitalistas de caráter social (infraestrutura, transporte etc.). Com isso, o trabalhador tem seus salários cada vez mais apropriados pelo Estado e pelos capitalistas nas formas de exploração, gerando uma dependência seja na relação capital-trabalho, seja na necessidade de contrapartida do Estado via políticas públicas.

> Esta é uma interessante contradição do sistema tributário: por um lado, o fardo dos impostos recai sobre a classe trabalhadora; por outro lado, a classe trabalhadora exige cada vez mais despesas (de consumo social e correntes de caráter social) exatamente porque tem o *status* de classe trabalhadora. Pode ser fato que quanto maior for o nível de exploração tributária mais elevado será o nível de despesas governamentais e, pois, a necessidade de mais exploração tributária (O'CONNOR, 1977, p. 214).

Além disso, de acordo com Salvador (2019), o fundo público tem sido central para socorrer instituições financeiras falidas durante as crises bancárias, à custa dos impostos pagos pelo cidadão. Desse modo, analisa-se que todo este contexto de disputas em torno do fundo público, beneficia a supercapitalização[6] das políticas sociais, que significa a transformação do setor de serviços – que engloba a saúde, a educação, o lazer etc. – em meios de valorização do capital ocioso. Ou seja, conforme apontado por Behring (2018), ao tempo em que o capital se apropria do fundo público, ele cria nichos para a realização do excedente acumulado, por meio da mercantilização dos serviços sociais.

Nesse sentido, avaliamos que o Estado capitalista português fortalece os processos de mercantilização da saúde, por preferir comprar serviços na rede privada em vez de fortalecer a rede própria. Além da migração de parte da população, que

[6] É vista por Mandel (1982) como um processo decorrente da migração do capital e da busca por lucro na esfera da reprodução social, até então invisibilizada pelo capitalismo. "A mecanização, a padronização, a superespecialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social" (MANDEL, 1982, p. 271).

possuem um poder aquisitivo, à assistência à saúde privada, via contratualização com os seguros de saúde.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE EM PORTUGAL

A ditadura salazarista, conhecida também por Estado Novo, nomeada e fundada por António Salazar, durou mais de quarenta anos em Portugal; iniciada com a aprovação da Constituição de 1933 e finalizada no dia da Revolução dos Cravos, a 25 de Abril de 1974. No regime, os índices de bem-estar (saúde, taxa de mortalidade infantil, esperança média de vida, educação, alfabetização, etc.) estiveram perto dos países considerados subdesenvolvidos[7], com destaque para o fato de que a submissão do proletariado fora essencial para manter e compactuar com a ordem capitalista:

> O Estado Novo realiza a incorporação controlada do proletariado na vida pública, dando-lhe lentamente acesso à escola, saúde, etc. O proletariado cede por isso (consenso) mas também pela coerção (ditadura); o núcleo duro do movimento sindical, os melhores e mais aguerridos dirigentes tinham sido eliminados ou cooptados pela República. […] Assim se explica *a incorporação do proletariado na ordem que vai garantir a sustentação social da modernidade da ordem capitalista* (VARELA; GUEDES, 2016. p. 34).

Na década de 60, Portugal dispunha dos valores mais baixos da União Europeia, com uma cobertura de 18% da população para uma média europeia de 70,9%[8]. Segundo Eira (2010), em 19 de julho de 1963 é, então, aprovada a Lei n.º 2120 que publica as bases da política de saúde e assistência na qual se atribui ao Estado a manutenção dos serviços, garantindo que estes não sejam entregues à iniciativa privada, bem como à possível criação de instituições particulares. Foi somente em 1971, porém, que é reconhecido pela primeira vez o direito à saúde a todos os cidadãos[9]; bem como provê-se a organização do Ministério da Saúde e de Assistência[10]. Doravante, o Estado passa de participante parcial, para responsável pelas políticas de saúde e sua execução.

---

[7] *cf*. VARELA, 2012. pp. 71-108.
[8] *cf*. RIBEIRO; BAGANHA; PIRES, 2002. pp. 3-4.
[9] "O princípio enunciado na base I da referida lei, de que a política de saúde e assistência tem por objectivo o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais, para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações, constitui *a consagração do reconhecimento do direito à saúde implícito na própria Constituição* […]" (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. pp. 1406-1407. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/632738>. Acesso em 13 de setembro de 2019. Grifo nosso.)
[10] *cf*. Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro. pp. 1434-1445. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/632740>. Acesso em 13 de setembro de 2019.

Com a criação do SNS e, posteriormente, a hegemonia neoliberal, se evidencia a primeira revisão constitucional[11] – que descentraliza a gestão do SNS, fixando as "taxas moderadoras"[12] – e a segunda revisão[13] – que altera o artigo 64.º referente à saúde, legitimando o seu carácter não gratuito do SNS, incumbindo a "socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentos", ou seja, o financiamento público dos custos em saúde:

> O SNS passou de "gratuito" a "tendencialmente gratuito" e ao estado passou a incumbir "orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos" (isto é para o financiamento público dos custos em saúde) que substituiu "a socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos" (que implicava a orientação do estado para a prestação pública dos cuidados de saúde e a produção estatal de medicamentos e afins). Abriu-se assim uma janela constitucional à maior intervenção do setor privado na prestação e no financiamento de cuidados de saúde e também à gestão privada de unidades públicas de saúde (CRISÓSTOMO, 2016. p. 38) [14].

Atualmente, o sistema de saúde de Portugal divide-se em três sistemas: Serviço Nacional de Saúde (SNS); regimes de seguros sociais (públicos e privados); e seguros voluntários privados.

4. MERCANTILIZAÇÃO DO SNS PORTUGUÊS

Ainda nos anos noventa, a Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS dão o corpo legislativo à mercantilização da saúde em Portugal, indo ao encontro da ideia, vigente no Estado Novo, da necessidade que exige a gestão estatal, dos centros de saúde e dos hospitais, de obedecer às regras empresariais, bem como o reforço *participativo* do setor privado (VARELA; GUEDES, 2016).

---

[11] "Artigo 64º. […] §2. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e *gratuito* [...] §4. *O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada*." Lei Constitucional n.º 1/82, de 30 de setembro. pp. 3176-3177. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/ 375254>. Acesso em 20 de setembro de 2019. Grifo nosso. *cf*. nota 13, do presente trabalho.

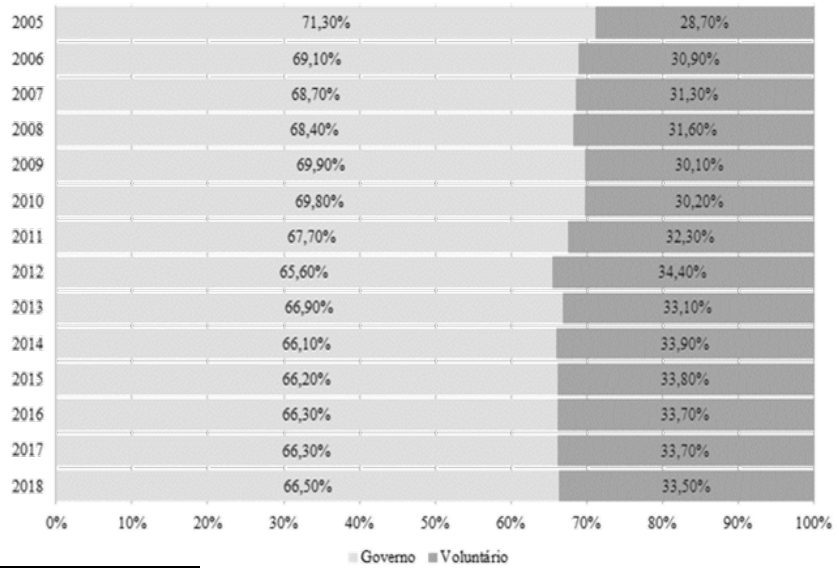
[12] Leia-se: contribuições financeiras diretas ao SNS, pelos usuários dos serviços.

[13] "Artigo 64º. [...] §2. O direito à protecção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, *tendencialmente gratuito* [...] [...] 3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: [...] d) Disciplinar e controlar as *formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde* [...]." Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho. p. 2734. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/496551>. Acesso em 20 de setembro de 2019. Grifo nosso.

[14] Parece ponto pacífico para a literatura especializada que a segunda revisão constitucional ocorre, entre 1985 e 1995, numa fase de mudança da fronteira entre público e privado, quase que invariavelmente a favor do privado.

No decurso dos últimos anos, a intervenção do setor privado na saúde em Portugal tem sido progressivamente mais ativa. Este fenômeno explica-se também pelo fato da construção do Estado-Providência[15] ter-se dado num contexto de crise internacional, com a adoção de restrições e austeridade para a população, por parte dos outros países (CARREIRA, 1996). Portugal, de acordo com os dados estatísticos da OCDE, apresenta uma lógica de evolução financeira da saúde entre os anos 1974 e 1990; contudo, o país manifesta uma diminuição da vertente pública e um maior acréscimo no investimento do componente privado, tendendo a agravar com o avançar dos anos. Para confirmar-se esta observação, debruçou-se sobre dados mais recentes acerca desta relação do público e privado na saúde portuguesa, e deparou-se com informações publicadas pela *Organisation for Economic Co-operation and Development* que comparam o financiamento dos gastos totais anuais com os cuidados de saúde em Portugal ao longo dos anos 2005 até 2018, dividindo-os em "Governo"[16] e "Voluntário"[17]:

Figura 1 – Gastos com Saúde: Participação pública [governo] e privada [voluntário] em porcentagem (%) de gastos com saúde, 2005 – 2018.



[15] Em contraste com os modelos de sociedade capitalistas estabelecidas e avançadas, uma vez que o deficit providencial é, em parte, no cerne cultural da realidade portuguesa, compensado pela atuação de uma sociedade abastada em relações de comunidade – na qual vige a ajuda mútua e o inter(re)conhecimento – poder-se-ia, também, como propõe Boaventura de Sousa Santos, caracterizar o Estado Português como *semi-Estado-Providência*. cf., para um aporte mais detalhado acerca desta interessante construção conceitual, SANTOS, 1993. p. 46.

[16] Gastos governamentais com o setor público, que incluem os impostos pagos pelos contribuintes, e seguros de saúde obrigatórios.

[17] Seguros de saúde voluntários e fundos privados, pagamentos diretos das famílias (taxas de moderação), ONGs e empresas privadas.

Fonte: OECD Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. Disponível em: < https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>. Acesso em 20 de setembro de 2019.

Como pode-se observar, Portugal tem uma participação governamental na saúde cada vez mais decrescente, ao contrário da participação do setor privado, que em 2005 tinha 28,7%, passou a comparecer com 33,5% em 2018. Neste sentido, parece razoável então considerar o crescimento do fenômeno da mercantilização da saúde, através do aumento da participação privada nos gastos da saúde do país, que de acordo com Eira (2010), ainda apresenta potencial para continuar a crescer, presumindo-se que valha 700 e 800 milhões de euros por ano. O mesmo autor cita Oliveira (2010, *apud ibdem.*) que aponta cinco características do sistema de saúde em Portugal que são favoráveis à oferta privada:

> (1) a mobilidade do pessoal do SNS para o sector privado, (2) a possibilidade de os médicos aumentarem o seu rendimento através de actividade no sector privado, (3) os incentivos à criação de unidades privadas e a contratualização do sector privado pelo sector público desde os anos 80, (4) a criação de vários programas especiais de recuperação de listas de espera (tendo o sector público recorrido à contratualização privada em alguns destes programas) e (5) o sistema de deduções fiscais para gastos em saúde (EIRA, 2010, p.25-26).

Serapioni e Sesma (2011, p. 604) afirmam que o sistema de saúde em Portugal não tem conseguido reduzir as despesas privadas que têm crescido significativamente ao longo dos últimos anos, levando ao aumento das taxas moderadoras pagas pelos usuários dos serviços, gerando problemas patentes de equidade – separando quem pode e quem não pode pagar. A este fenômeno, acrescemos o pagamento indireto através de impostos e descontos do salário mensal que os portugueses destinam ao sistema de saúde pública. Ferreira e Mendes (2018) denominam estes dois episódios como “Mercantilização Explícita” e “Mercantilização Implícita” do financiamento e da oferta de serviços:

Figura 2 – quadro comparativo.

Mercantilização explícita		Mercantilização implícita	
Financiamento	**Oferta de serviços**	**Financiamento**	**Oferta de serviços**
Pagamento direto / Copagamento Seguro Privado	Terceirização de serviços auxiliares Atendimento de pacientes privados na rede pública Incorporação setor privado na oferta de serviços Gestão privada de instituições públicas Privatização (*stricto sensu*)	Parceria público-privada	Nova gestão pública Aumento da concorrência entre prestadores de serviço (públicos) Pagamento por resultado - hospitais Pagamento por resultado - médicos

Fonte: FERREIRA; MENDES, 2018. p. 2162.

5. O CAMINHO ATÉ À (IN)SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SNS

Como vimos, o SNS assume os princípios de *universalidade*, por atender a toda a população; *geral*, por abarcar praticamente todos os setores de cuidados nos serviços públicos de saúde (exceto para a saúde mental e dentária); e *tendencialmente gratuito*, por ser financiado tanto via pagamento de impostos (principal fonte), quanto pelo seguro privado (fonte suplementar). De acordo com Eira (2010. p. 22), as famílias portuguesas têm gastos cada vez maiores com as despesas em saúde, e gastam o dobro quando comparadas com a média dos restantes países europeus. Além disso, segundo dados do estudo para o Millenium BPC (2017), cerca de 40% da população portuguesa estava coberta por um seguro de saúde, que tem se direcionado pelo avanço dos serviços privados.

A crise econômica, vivenciada entre 2008 e 2013, trouxe bastante retrocessos nas conquistas nos direitos à saúde pública, tanto para os seus trabalhadores, como para os seus usuários. No entanto devemos relembrar que antes da onda neoliberal e da crise capitalista, Portugal chegou a ser um dos países com o melhor sistemas de saúde do mundo (VARELA; GUEDES, 2016). Simões (2018) aponta os vários desafios e obstáculos que permanecem ainda hoje, sendo alguns deles: a *sustentabilidade financeira do SNS*; salários dos profissionais do setor público; organização dos cuidados primários na luta por um acesso menos desigual aos cuidados de saúde; procura por um acordo mais efetivo de profissões em saúde; a

mobilidade dos pacientes na União Europeia; regulamentação da saúde em Portugal; papel da população nos espaços para o debate das políticas de saúde.

Relativamente à (in)sustentabilidade financeira, Sousa (2009) sugere que, para garantir um sistema de saúde justo, flexível e sustentável, é necessário olhar para além do orçamento, e focar, por uma questão de ética, na eficiência e eficácia da gestão do SNS. Argumento esse que Mendes e Carnut (2017. p. 3) referem como uma "típica artimanha do argumento neoliberal" com o objetivo de racionalizar o gasto diante pressões orçamentárias. Desta forma, o neoliberalismo adota estratégias para a sua propagação e fortalecimento, sendo que uma delas passa pela procura de legitimação e aprovação, através da procura de argumentos de culpabilização dos trabalhadores e dos usuários do sistema público de saúde pela falta de organização ou gestão dos poucos recursos (tanto materiais, financeiros, salariais, como humanos) que lhes são disponibilizados.

Por conseguinte, são criados cada vez mais espaços de intervenção do setor privado, sob a justificativa da melhoria na gestão e, consecutivamente, o aumento da responsabilidade individual no financiamento dos serviços. Uma das medidas de responsabilização financeira são as "taxas moderadoras", que são, para uma parte da população, justificáveis, e para outra parte, medidas seletivas e até punitivas para os utilizadores dos serviços.

Portugal encontra-se entre os países da OCDE com maior percentagem nos gastos das famílias com saúde (tendo em conta o rendimento familiar) e esse fenômeno deve-se à política das taxas moderadoras no acesso ao SNS e na comparticipação de medicamentos; a restrições do acesso aos serviços do SNS (tempos de espera altos e cobertura/prestação do SNS baixos). Segundo Crisóstomo (2016), os dados de 2015 da OCDE apontam que Portugal apresenta uma despesa pública em saúde abaixo da média dos países europeus (tanto nos gastos de saúde per capita, como em percentagem do PIB, e também na percentagem da despesa em saúde na despesa total). Em linhas gerais, o capítulo "Desigualdades sociais em saúde: evidência recente para Portugal" *Observatório Português dos Sistemas de Saúde* (2016), afirma que

> O peso da despesa privada em saúde, em Portugal, associado a um risco elevado de pobreza ou exclusão social, tem implicações no acesso a cuidados de saúde e agrava as desigualdades entre cidadãos de maior e menor rendimento (CRISÓSTOMO, 2016, p.45).

Ora, a partir destas constatações diagnósticas, cabe-nos arrematar, à guisa de conclusão, que a expansão da mercantilização do SNS em Portugal, que se tem vindo a observar e sobre a qual nos debruçamos histórico-criticamente, considerando como fio condutor os impactos oriundos deste processo para questão social, como principal agravante a diminuição da sustentabilidade financeira do próprio sistema que o projeta e regulamenta.

6. CONCLUSÃO

Com este artigo, não pretendemos, dada a extensão do tema abordado, apontar para nenhuma conclusão prática e imediata. Contudo, pretendemos, de maneira meramente propedêutica, com o levantamento dos pontos supramencionados, abrir portas para novas discussões relativas ao crescimento da mercantilização dos serviços públicos de saúde em Portugal e do aumento dos custos, da saúde pública, às famílias portuguesas. Daí o nosso questionamento e o levantamento desta problemática acerca do aumento das restrições ao acesso financeiro à saúde, que são colocadas progressivamente às famílias e trabalhadores portugueses, em circunstâncias tais que, para além de não lhes ser garantida a gratuidade deste serviço, ainda lhes seja descontado mensalmente uma porcentagem salarial que, em tese, seria reinvestida no sistema de saúde.

O validamento da Constituição da República Portuguesa pela descentralização da gestão do SNS e do caráter “tendencialmente gratuito” (e sua conservação há três décadas)[18]; a diminuição do financiamento governamental e aumento do privado; a fraca interiorização dos direitos dos usuários, famílias e civis[19] e a baixa participação dos portugueses no sistema de saúde[20], contribuem para que, o caminho para um SNS gratuito, seja cada vez mais árduo e distante. Enquanto isso, o fundo público da saúde custa cada vez mais às famílias portuguesas, e simultaneamente aumenta os ganhos do capitalista.

[18] *cf.* FERREIRA; MENDES, 2018. p. 2160.
[19] *cf.* PORTUGAL, 2005. p. 9. O autor faz ainda referências a outros estudos empíricos que relatam a relação dos usuários com os serviços de saúde públicos, revelando uma fraca (quando não inexistente) interiorização dos próprios direitos.
[20] *cf.* SERAPIONI; SESMA, 2011.

O combate por um SNS gratuito continua sendo acreditado pela população, como insustentável, por considerarem um sistema inevitavelmente pago. A trabalho por um SNS efetiva e objetivamente "gratuito" continua naqueles que acreditam ainda existe resistência contra a exploração e acumulação da mais-valia capitalista, que responsabiliza, cada vez mais perceptivelmente, a população, pelo sustento do (que deveria ser) *direito* aos serviços saúde de qualidade. Direito este, destaque-se, inalienável à condição humana[21].

Importante fora também refletir acerca das limitações que encontramos ao pesquisar sobre a *necessária* reorganização da *gestão do SNS*, apontadas pelo Estado, enquanto *caminho incontornável* para a melhoria do sistema de saúde; além da substancial dificuldade na recolha de bibliografia com discussões críticas sobre o aumento da participação do setor privado no SNS. Um dos maiores desafios na realização deste artigo, cuja experiência acreditamos ser contributo para a própria reflexão acerca do objeto pesquisado, fora exatamente a coleta de dados relativa aos gastos indiretos, que os portugueses investem em saúde, nomeadamente através do pagamento de impostos e das contribuições mensais que vão para os serviços de saúde. Ressalte-se ainda a facilidade que fora encontrar dados sobre o gasto governamental com a saúde, tanto por percentagem do PIB, como *per capita*. Pontos e questões estas, acerca das quais pretendemos nos debruçar em trabalhos ulteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARREIRA, H. M. **As Políticas Sociais em Portugal**. Lisboa, Gradiva, 1996. 334 p.

CORREIA DE CAMPOS, A. SIMÕES, J. **O Percurso da Saúde**. Portugal na Europa. Coimbra: Edições Almedina, 2011. 236 p.

CRISÓSTOMO, S. **O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa**: saúde. Lisboa: Sociologia, Problemas e Práticas, 2016. (Número especial, pp. 33-48.)

Decreto-Lei n.º 11 de 15 de janeiro de 1993. In Diário da República n.º 12/1993, 1º Suplemento, Série I-A de 1993-01-15. Lisboa: Ministério das Finanças, 1993. pp. 129-134. Disponível em: <*https://dre.pt/application/conteudo/518992*>.

[21] *cf.* nota 1, do presente trabalho.

Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro de 1971. In Diário da República n.º 228/1971, 1º Suplemento, Série I de 1971-09-27. Lisboa: Ministério das Finanças, 1988. pp. 1434-1445. Disponível em: <*https://dre.pt/application/conteudo/632740*>.

EIRA, A. A. **A Saúde em Portugal**: A procura de cuidados de saúde privados. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 2010. (Tese de Mestrado. 72 p.)

FERREIRA DE SOUSA, P. A. **O sistema de saúde em Portugal**: realizações e desafios. Lisboa: Acta Paulista de Enfermagem, 2009. (v. 22, n. especial. pp. 884-894.)

FERREIRA, M. R. J. MENDES, A. N. **Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2018. (vol.23, n.7. pp. 2159-2170.)

Lei n.º 48 de 24 de agosto de 1990. In Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-90. Lisboa: Assembleia da República, 1990. pp. 3452-3459. Disponível em: <*https://dre.pt/application/conteudo/581619*>.

MENDES, Á. CARNUT, L. **A saúde pública continua na mira do austero Banco Mundial**. Campinas: Dominguera, 2017. (nº 27. pp. 2-8)

MIGUEL, J. P. COSTA, C. **A reforma da saúde em Portugal**: à procura da eficiência. Lisboa: Revista portuguesa de saúde pública, 1997. (vol. 15, nº 2. pp. 5-17)

MOZZICAFREDDO, J. **Estado-providência e Cidadania em Portugal**. Oeiras: Celta Editora, 2000. 222 p.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. **Procuram-se Novos Caminhos.** Relatório de Primavera. Lisboa: OPSS, 2016. Disponível em: < file:///C:/Users/biasc/AppData/Local/Temp/Relatorio%20Primavera%202016%20-%20Sa%C3%BAde%20procuram-se%20novos%20caminhos.pdf >. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

PORTUGAL, S. *"Quem tem amigos tem saúde"*: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. In: **Anais do Simpósio Família, Redes Sociais e Saúde**. Hamburgo; 2005. (pp. 1-23)

RIBEIRO, J. S. BAGANHA, M. I. PIRES, S. **O sector da saúde em Portugal**: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, 2002. (Oficina Nº 182. 33 p.)

SANTOS, B. S. O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: o caso português. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Portugal: um retrato singular**. Porto: Edições Afrontamento, 1993. (pp. 17-56)

SERAPIONI, M. SESMA, D. **A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul**: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo. Lisboa: Sociologia online, 2011. (n. 2, pp. 599-629)

SIMÕES, J. O futuro dos sistemas públicos de saúde – Portugal. In: CUPERTINO DE BARROS, F. P. (Org.) CONASS Debate. **O futuro dos sistemas universais de saúde**. Brasília: CONASS, 2018.

VARELA, R. Rutura e Pacto Social em Portugal. Um Olhar sobre as Crises Económicas, Conflitos Políticos e Direitos Sociais em Portugal (1973-1975, 1981-1986). In: VARELA, R. (Ed.) **Quem paga o estado social em Portugal?** Lisboa: Bertrand Editora, 2012. (pp. 71–108).

_____. GUEDES, R. (Coord.) **História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal**: a saúde e a força de trabalho, do Estado Novo aos nossos dias. Lisboa: Conselho Regional Sul da Ordem dos Médicos; Observatório para as Condições de Vida, FCSH/UNL; Instituto de História Contemporânea (FCSH/UNL), 2016. 257 p.

VIEIRA DA SILVA, M. **Políticas públicas de saúde**: tendências recentes. Lisboa: Sociologia, Problemas e Práticas, 2012. (Nº 69, pp. 121-128.)