Caminhos da saúde em Portugal: um estudo sob a perspectiva do Serviço Social

Health pathways in Portugal: a study under the Social Work perspective

Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira¹

Danila Carrijo²

Noémia Mendes Lopes³

RESUMO

O artigo apresenta uma das categorias de análise abordadas em tese de Doutorado em Serviço Social, a qual investigou aspectos da saúde no Brasil e em Portugal. Embora os sistemas de saúde do Brasil e de Portugal tenham semelhanças, em Portugal não consta a existência da judicialização do direito à saúde, conforme se observa no Brasil. A investigação realizada no exterior objetivou conhecer os caminhos do acesso à saúde em Lisboa e região, através de uma abordagem qualitativa, sendo realizadas entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais de hospitais de Lisboa e região. A metodologia também foi pautada na revisão bibliográfica, com um período de estudos acerca do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos aspectos relacionados ao mesmo, assim como uma análise documental de assuntos referentes às particularidades que envolvem o direito à saúde no citado país, especificamente, seus aspectos legais (legislações regulamentadoras existentes). Os resultados obtidos apontaram os caminhos do acesso à saúde “não judicializada” em Portugal. O presente estudo foi possibilitado através do Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE), financiado pela CAPES⁴.

Palavras-chave: Serviço Social. Portugal. Serviço Nacional de Saúde (SNS). Direito à Saúde.

¹ Assistente Social, Doutora em Serviço Social, Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UNESP - Universidade Estadual Paulista, Campus de Franca. Telefone (16) 99976-1170, e-mail: cirleneoliveira@terra.com.br.

² Mestre e Doutora em Serviço Social, Assistente Social do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). Telefone: (16) 99155-8361, e-mail: danilacarrijo@hotmail.com.

³ Socióloga, Professora Associada do Instituto Universitário Egas Moniz (IUEM) e Investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia CIES/ISCTE-IUL. Exerce a atividade de docência e de investigação científica nas áreas da Sociologia, da Sociologia da Saúde e da Sociologia das Profissões. E-mail: nlopes@egasmoniz.edu.pt.

⁴ Edital 19/16 e processo nº 88881.135101/2016-01.

ABSTRACT

The article presents one of the categories of analysis addressed in a PhD thesis in Social Work, which investigated aspects of health in Brazil and Portugal. Although the health systems in Brazil and Portugal have similarities, in Portugal there is no existence of judicialization of the right to health, as observed in Brazil. The research carried out abroad aimed to know the ways of access to health in Lisbon and region, through a qualitative approach, and semi-structured interviews were conducted with social workers from hospitals in Lisbon and region. The methodology was also based on the literature review, with a period of studies about the National Health Service (NHS) and its related aspects, as well as a documentary analysis of issues related to the particularities that involve the right to health in that country, specifically, its legal aspects (existing regulatory laws). The results obtained pointed the ways of access to “non-judicialized” health in Portugal. The present study was made possible through the CAPES-funded Doctoral Sandwich Program (PDSE).

KEYWORDS: Social Work. Portugal. National Health Programs (SNS in Portuguese). Right to Health.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultante da pesquisa de Doutorado em Serviço Social, realizada no período de 2014-2018, sobre o acesso ao direito à saúde no Brasil e em Portugal, num estudo aproximativo entre os dois países. Para este artigo foi realizado um recorte da pesquisa desenvolvida em Portugal⁵, que apresentou como objetivo específico analisar sob a perspectiva de assistentes sociais que atuam em hospitais de Lisboa e região, os caminhos de garantia do acesso à saúde no país. Tal estudo somente foi possibilitado após aprovação na seleção do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), vinculado à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), contribuindo para a permanência da pesquisadora pelo período de quatro meses em Portugal.

A pesquisa foi construída a partir investigações sobre o acesso à saúde na cidade de Lisboa e região, com a participação de assistentes sociais que trabalham em hospitais. Procurou-se identificar os caminhos do acesso à saúde, uma vez que em estudos preliminares

⁵ Referente ao item “O contexto da saúde em Lisboa e região”, especificamente a categoria de análise “caminhos para o acesso à saúde”, presente no capítulo 4 da tese.

constatou-se não ocorrer a judicialização⁶ do direito à saúde que em Portugal, fenômeno que ocorre no Brasil.

Inicialmente é importante apontar que “judicializar” as questões de saúde não se caracteriza como algo singular, tratando-se da recorrência ao Poder Judiciário na busca de garantia de direitos constitucionais pois no cotidiano do cidadão temos também a judicialização de várias expressões da questão social, judicialização da política e judicialização de conflitos.

O termo judicialização da política é contemporâneo e remonta estudos realizados no início da década de 1990. Tal atualidade dos estudos em torno desta temática se faz pelo fortalecimento do Poder Judiciário e dos direitos fundamentais, nas constituições do pós Segunda Guerra Mundial (FALAVINHA, 2013, p.76).

A judicialização da política possui uma estreita relação com a judicialização da saúde, uma vez que a saúde, enquanto um direito social, para que seja assegurada a sua garantia, contempla a existência de políticas públicas. Pode-se compreender a judicialização das políticas públicas como ações movidas por cidadãos que cobram legalmente o direito à proteção.

Para o recorte do objeto deste artigo, o estudo apresenta como eixo central os relatos dos assistentes sociais que atuam em instituições hospitalares de Lisboa e região⁷, para se conhecer como se estabelece o percurso de acesso à saúde no contexto de Portugal. A abordagem qualitativa, utilizada na realização da pesquisa, abrange o significado apresentado pelos sujeitos em relação a sua realidade, contribuindo para a apreensão das mediações existentes.

A opção por Portugal decorre do fato de que, assim como no Brasil, o direito à saúde é considerado um direito de todo cidadão. Considerando os estudos bibliográficos sobre o eixo

⁶ Como um dos objetivos da tese foi identificar a efetividade do direito à saúde pela via judicial, o fenômeno chamado judicialização, e considerando que Portugal não tem o referido fenômeno, a pesquisa investigou como se estabelece o percurso de acesso à saúde no citado país.

⁷ Salienta-se que já no início dos estudos no exterior, o projeto de investigação fora submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz e considerado aprovado (Comissão de Ética /Proc. Interno nº 566).

temático do acesso à saúde em Portugal, partiu-se do pressuposto da não existência da judicialização da saúde no referido país.

Parte-se da constatação de que, no Brasil, ocorre uma judicialização volumosa de demandas em saúde, ao passo que, em Portugal, a judicialização é praticamente inexistente. De início, é possível sugerir que tais diferenças ocorrem em função dos padrões sociais e econômicos de cada um desses países, mas a complexidade da questão é ainda maior, pois versa sobre a correferencialidade de estruturas e culturas em cada localidade. (ASENSI, 2013a, p. 13).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto em 1988 na Constituição Federal, caracteriza-se como um marco na saúde do país. Em Portugal temos o Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual foi regulamentado pelo Decreto Lei n. 56 de 26/08/79 (PORTUGAL, 1979, p. 2357-2363). Assim, em ambos os países, legalmente, há a busca pela promoção da saúde como um direito universal e igualitário⁸.

As políticas de saúde do Brasil e de Portugal possuem pontos em comum, sendo os seus sistemas atuais resultantes de mobilizações da população e conquistas sociais, que preconizam a ação do Estado para assegurar o que está instituído legalmente, quanto ao atendimento a ser oferecido à população.

[...] tanto o Brasil como Portugal garantem de forma tardia o direito à saúde, resultante do processo de redemocratização vivenciado por ambos os países. Portugal conseguiu a universalidade da saúde após a Revolução dos Cravos, na Constituição democrática de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde. No Brasil, esta conquista é resultante da Constituição Cidadã de 1988, que se consolida no Sistema Único de Saúde com as Leis Orgânicas da Saúde de 1990. (BRAVO, 2010, p. 218).

Outro ponto também de convergência apontado por Bravo (2010) é que em ambos os países as contrarreformas contam com início em 1990, com o objetivo de privatização de políticas sociais, com destaque à saúde, e retirada de direitos sociais.

⁸ 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.” (GOMES, 2014, p. 3).

Brasil e Portugal estão vivenciando atualmente os mesmos impasses originários da retração do Estado e das influências do neoliberalismo acentuadas pela mundialização do capital. Como exemplos importantes na saúde devem-se apontar o desfinanciamento do setor público e a entrega da gestão dos serviços ao setor privado (BRAVO, 2010, p. 218).

O lócus da pesquisa foram quatro hospitais pertencentes a um único Centro Hospitalar de Lisboa e outros dois hospitais, cada um em uma das pequenas cidades metropolitanas da capital portuguesa.

A escolha das assistentes sociais para a realização da pesquisa de campo se deu por intermédio de profissional docente em Serviço Social⁹: mediante contato inicial com a referida docente, esta indicou a profissional responsável pelo Serviço Social do Centro Hospitalar de Lisboa. Após a explicação dos objetivos da pesquisa, a profissional fez a indicação de seis assistentes sociais com disponibilidade em participar da investigação; destas foram selecionadas quatro profissionais¹⁰. As duas instituições pesquisadas pertencentes à Região Metropolitana de Lisboa foram indicadas pela orientadora de Doutorado Sanduíche.

Em Portugal a pesquisa de campo ocorreu com profissionais atuantes no Serviço Social hospitalar, que realizavam atendimento a usuários portadores de patologias de saúde variadas e que necessitavam de diferentes tratamentos ou medicamentos.

Após a autorização dos profissionais participantes, as entrevistas foram gravadas, salientando anteriormente a assinatura prévia através do Termo de Consentimento Informado.

As entrevistas foram realizadas seguindo um Guião¹¹ de questões semiestruturadas, que objetivou a obtenção de maior número de informações relacionadas ao objetivo da investigação e, que pudesse conduzir a construção de categorias empíricas, para

⁹ A docente citada é residente em Portugal e tem expressiva interlocução com o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP – Campus de Franca, desenvolvendo atividades acadêmico-científicas.

¹⁰ Cada assistente social selecionada trabalha em um dos seis hospitais indicados que compõem um mesmo Centro Hospitalar (em localizações distintas). A indicação foi recomendada pela orientadora do exterior, considerando-se o perfil de atendimento dos hospitais.

¹¹ Termo utilizado por investigadores em Portugal, que consiste em um roteiro de questões.

posteriormente a aplicação da técnica de análise de conteúdo.

Segundo Minayo (2010), procedendo à decodificação das falas e interpretação dos dados, considerando que através desta são encontradas respostas para as questões formuladas e, também, por possibilitar ir além das aparências.

1 O DIREITO À SAÚDE EM PORTUGAL: BREVES REFLEXÕES

Asensi (2013b) revela que a configuração da saúde como um direito em Portugal tem congruências e divergências em relação aos pressupostos do direito à saúde no Brasil.

A literatura sobre saúde em Portugal salienta que na década de 40 do século XX foram constituídas as primeiras perspectivas de direito à saúde em Portugal. Trata-se de um período denominado por Graça Carapinheiro e Paula Page (2002) como *edificação estrutural dispersa*. Nesta década, segundo as autoras, foram solidificadas as bases do “movimento de saúde pública” no país. Porém, deve-se ressaltar que este movimento não guarda relação direta com o “movimento de reforma sanitária” brasileiro. Isto porque o movimento português ocorreu por influência - e, em alguns casos, determinação - de instituições internacionais, notadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, por sua vez, podemos conceber o movimento como uma reunião de intelectuais, estudantes, sanitaristas e outros com o objetivo de construir um modelo de saúde pública nacional, com foco na ampliação da cidadania em saúde e na democratização radical do sistema. (ASENSI, 2013b, p.168, grifo do autor).

Em Portugal, no movimento para uma saúde pública, houve a participação de instituições internacionais¹². As bases do sistema de saúde português foram consolidadas na década de 1940, com influência da OMS (ASENSI, 2013b).

Segundo Bravo (2010), assim como no Brasil, Portugal garante a universalidade da saúde no processo de redemocratização vivenciado pelo país e presente em Constituição aprovada por um Estado democrático e de direito.

¹² “As bases internacionais deste movimento remontam a 17.01.1912, ocasião em que se realizou, em Paris, uma Convenção Sanitária que daria origem à Convenção Sanitária Internacional, cuja Carta de Confirmação viria a ser assinada na mesma cidade em 21.06.1926. No caso português, esta Convenção foi integralmente publicada no ano de 1942, isto é, justamente na década da edificação estrutural dispersa do sistema de saúde do país.” (ASENSI, 2013b, p. 168).

A reestruturação do sistema de saúde em Portugal decorre da Constituição democrática de 1976 convocada após o processo revolucionário de 1974, conhecido como Revolução dos Cravos, que cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que garante a gratuidade do serviço (BRAVO, 2010, p. 206).

Todavia, para Asensi (2013b), o status normativo da saúde em Portugal está mais relacionado à Declaração dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) - (ao conceito de saúde), do que com a Constituição.

Através da Constituição da República Portuguesa (CRP), no ano de 1976 e em seu artigo 64º é então abordado o tema saúde “Todos tem direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. Também já previsto de que seria criado um serviço nacional de saúde “universal, geral e gratuito”. A CRP indica como incumbência prioritária do Estado de acordo com o artigo 64: “3. [...] a) Garantir o acesso de todos os cidadãos independentemente de sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e reabilitação; [...]” (PORTUGAL, 2005, p. 4652, grifo do autor).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) completa neste ano de 2019 o seu 40º aniversário; foi instituído pela Lei n. 56/79 de 15 de setembro (PORTUGAL, 1979). Através desta, entre outras questões, estabeleceu-se “[...] uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção e saúde.” (PORTUGAL, 2018).

A Lei citada traz em seu artigo 1º (o qual trata das disposições gerais): “É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à proteção à saúde, nos termos da Constituição.” (PORTUGAL, 1979, p. 2357). Assim, a legislação prevê a prestação de cuidados globais de saúde a toda população.

Anterior à criação do SNS, referente aos séculos XIX e XX, a assistência médica em Portugal competia “[...] às famílias, as instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência.” (PORTUGAL, 2017).

Embora o artigo 4º da Lei n. 56/79 de 15 de setembro (PORTUGAL, 1979, p. 2357) aponte para a garantia de acesso a todos os cidadãos, independente de sua condição econômica, destaca-se o que consta a seguir no artigo 6º, ou seja, a garantia do atendimento está condicionada a fatores, dentre os quais, disponibilidade financeira. “A garantia consagrada no artigo 4º compreende o acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.” (PORTUGAL, 1979, p. 2357).

Após a aprovação da CRP em 1976, no tocante à saúde, as modificações no texto original ocorreram nas duas primeiras revisões constitucionais. No ano de 1982, sendo acrescentada a gestão descentralizada e participada no SNS e na revisão de 1989, quando o SNS passa de gratuito para “tendencialmente gratuito”¹³.

Assim, através da 2ª revisão constitucional portuguesa, em 1989, ocorre a alteração no artigo 64º, com a previsão de que a proteção da saúde no país seria então realizada por “2. [...] a) [...] um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. (PORTUGAL, 2005, p. 4652, grifo do autor).

Em 1990, com a aprovação da Lei n. 48/90 de 24 de agosto “Lei de Bases da Saúde” (PORTUGAL, 1990, p. 3452-3459) a saúde deixou de ser somente um direito, mas também responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado.

Já no ano de 1986, através do Decreto Lei n. 57/86, de 20 de março (PORTUGAL, 1986, p. 669-671), são regulamentadas as condições do direito ao acesso à saúde, inclusive a previsão de pagamento de taxas moderadoras, conforme será apresentado a seguir:

Regulamenta as condições do exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. O diploma visa estabelecer uma correta e racional repartição dos encargos do Serviço Nacional de Saúde, quer pelos chamados subsistemas de saúde, quer ainda por todas as

¹³ O cidadão poderá pagar uma parte do serviço, ou seja, o SNS não é atualmente preconizado como gratuito assim como o SUS.

entidades, de qualquer natureza, que por força da lei ou de contrato, sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos. Salva ainda que, porque os estabelecimentos oficiais não têm como objetivo a obtenção de qualquer lucro, os preços a cobrar deverão aproximar-se, tanto quanto possível, dos custos reais. Prevê ainda taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização para além do razoável (PORTUGAL, 2017).

A Constituição da República Portuguesa (PORTUGAL, 2005, p. 4652, grifo nosso) em seu artigo 64.^o ¹⁴, aborda a temática saúde como:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
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**;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
 - c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
 - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
 - e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de

¹⁴ Citação obtida junto à legislação correspondente a VII Revisão Constitucional (ano de 2005), mas esclarecendo que a Constituição da República Portuguesa data do ano de 1976, como já exposto.

- tratamento e diagnóstico;
- f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.
4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

Quanto ao princípio da universalidade do direito à saúde em Portugal, Crisóstomo (2016, p. 46), revela que foi plenamente alcançado e pode ser entendido como “[...] todos os cidadãos portugueses podem recorrer a ele.” Porém, quanto ao “[...] princípio de generalidade ainda se encontra por cumprir em muitas áreas de prestação de cuidados de saúde.”

Sobre a previsão do copagamento dos serviços de saúde por parte dos usuários, as exceções contemplam os grupos considerados mais vulneráveis (crianças e idosos), pensionistas, pessoas de baixo rendimento e situações de doenças crônicas ou graves.

O acesso às prestações de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde implica o pagamento de taxas moderadoras nos casos de realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, nos serviços de urgência hospitalares e centros de saúde e, nas consultas (PORTUGAL, 2003, p. 4537).

Consideram-se em situação de insuficiência económica, para efeitos de isenção de pagamento de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de saúde, os utentes¹⁵ que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal, dividido pelo número de pessoas a quem cabe a direção do agregado familiar (sujeitos passivos ao nível da declaração de IRS) seja igual ou inferior a 1,5 vezes o valor do indexante de apoios sociais (IAS), correspondente, em 2014, a € 628,83 (PORTUGAL, 2017).

Em 2004, através do Decreto-Lei n. 90 (PORTUGAL, 2004, p. 2377-2379), foi estabelecido o regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos de venda ao público. Sobre a questão, consta em dados obtidos na página oficial do SNS que por parte do Estado ocorre através de quatro escalões, os quais contemplam 90%, 69%, 37% e 15%. O regime ainda prevê comparticipações em função de beneficiários e em função das patologias ou de grupos especiais de usuários.

¹⁵ Utente é um termo comumente utilizado em Portugal para se referir ao usuário dos serviços de saúde e, optou-se por também adotá-lo no presente trabalho.

A variação dos mesmos está relacionada às indicações terapêuticas, sua utilização e o consumo para doentes portadores de certas morbidades.

As mudanças na CRP no que concerne à saúde atribuem ao Estado a não responsabilidade de promoção da saúde, mas que este poderá então celebrar acordos com entidades privadas assim como o apoio e fiscalização a estas nas atividades na área de saúde (CRISÓSTOMO, 2016).

[...] responsabilidade conjunta pela saúde, ou seja, dos cidadãos, da sociedade e do Estado (antes era principalmente do Estado); criação de seguro-saúde; estabelecimento de taxas moderadoras a serem cobradas pelo SNS e a flexibilização da gestão dos serviços podendo ser desenvolvida por meio de convênios e cooperativas médicas através de prestação de serviços privados no setor público (BRAVO, 2010, p. 207).

Tratando-se de um comparativo entre o Brasil e Portugal, Bravo (2010) sinaliza que as modificações e alterações ao Projeto de Saúde democrática “[...] começam a ocorrer nos dois países a partir dos anos 1990, com influência das agências internacionais que indicam a necessidade de contrarreforma do Estado e a política de ajuste.” (BRAVO, 2010, p. 206).

2 O CONTEXTO DA SAÚDE EM LISBOA E REGIÃO: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa de campo realizada junto aos seis assistentes sociais, que atuam em diferentes hospitais de Lisboa e região¹⁶. Visando à preservação do sigilo proposto, os profissionais serão identificados como: AS1, AS2, AS3, AS4, AS5 e AS6¹⁷.

2.1 Caminhos para o acesso à saúde

As solicitações que se apresentaram em comum aos profissionais estão relacionadas ao

¹⁶ Foram entrevistados profissionais de seis hospitais, sendo o tempo médio de cada entrevista de 1 hora e 20 minutos, totalizando aproximadamente 7 horas e trinta minutos de entrevistas.

¹⁷ Salienta-se que foi preservada nas falas das profissionais a ortografia e gramática utilizada em Portugal.

acesso a medicamentos. Tratando-se do ponto em questão, “caminhos para o acesso à saúde”, em específico aos medicamentos, foram apontados como recursos existentes a **Farmácia Hospitalar, Fundo de Maneio, Ação Social** e no caso de Lisboa, a **Santa Casa de Misericórdia**.

Nós o que fazemos é encaminhar para os serviços da comunidade e quando eu digo serviços da comunidade, para as entidades de ação social que acabam por estar com essa alçada, portanto, estamos a falar, por exemplo, em Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia, é quem de facto tem a alçada da Ação Social, na cidade de Lisboa. Fora da cidade, já para os concelhos¹⁸, a alçada é da Segurança Social. Portanto, são entidades que tutelam, digamos assim, a ação social e obviamente o nosso trabalho aí é fazer o encaminhamento para essas entidades, obviamente falando com os nossos interlocutores, com os nossos colegas [...]. (AS 5).

No trecho anterior fica evidenciado o papel do assistente social quanto ao encaminhamento dos utentes aos recursos existentes.

O **Fundo de Maneio** foi mencionado em cinco das seis entrevistas realizadas e, conforme os relatos, o mesmo tem um valor entre 200 a 400 euros mensais, aproximadamente. Este consiste em uma verba mensalmente destinada ao Serviço Social hospitalar, para ser utilizada no atendimento dos casos que requerem um auxílio imediato, ou seja, nas demandas urgentes, até que ocorra uma resposta por parte dos outros recursos disponíveis.

Contudo, considerando ser este um valor previamente determinado, observa-se que caso haja a necessidade de atendimento de uma demanda com um valor que então ultrapasse o disponibilizado ao setor, não é resolvido pela equipe, como aponta a profissional.

[...] é feito previamente o estudo socioeconómico, que justifique o apoio económico para a aquisição do apoio medicamentoso, nessa altura portanto, tentamos que, portanto, na comunidade apoiem, portanto, através da Segurança Social, da ação social na impossibilidade de se garantir esse apoio,

¹⁸ A palavra concelho na ortografia portuguesa, e que foi aqui empregada, significa circunscrição administrativa ou município.

nós hospital garantimos. (AS 1).

O Fundo de Maneio consiste em uma ação de caráter excepcional e, com incapacidade para o atendimento de valores mais elevados.

Nós, Serviço Social, temos um fundo de maneio, um fundo de maneio muito pequenino, para ter uma ideia... É cerca de 5 000 euros por ano [...]. (AS 6).

Os dados obtidos indicaram que o Fundo de Maneio é uma verba atribuída pelo conselho de administração hospitalar. No caso, os utentes são encaminhados para a farmácia da comunidade para a retirada do medicamento, sendo então o pagamento efetuado com o fundo mencionado.

Para que ocorra o atendimento do utente pelo Fundo de Maneio, é realizada uma avaliação por parte dos assistentes sociais dos hospitais. Geralmente, há o fornecimento de uma guia para então esta ser apresentada à farmácia com a qual há o acordo; assim, o utente vai à farmácia e levanta a medicação. Todavia, consta também a entrega a ele do dinheiro para a aquisição do medicamento.

Já a medicação contemplada pela **Farmácia Hospitalar** ficou demonstrada como sendo aquela destinada ao tratamento de patologias diversas, com o seu fornecimento gratuito e a retirada diretamente na unidade hospitalar na qual o utente realiza o tratamento, ou seja, a medicação é assegurada pelo hospital, sem custos.

[...] se o hospital prescreve uma medicação que é fundamental, seja uma medicação hospitalar, o hospital assegura a medicação. (AS 1).

[...] o que eu posso dizer-lhe é que é assim, temos uma farmácia hospitalar. Farmácia hospitalar tudo o que é doenças como da Sida, Tuberculose [...] portanto os retrovirais, os imunossuppressores para os doentes transplantados, tudo o que tem a ver com rim, fígado, hemodiálise, todo esse tipo de serviços, toda essa medicação que é crónica, que é habitualmente para a vida inteira, o doente leva daqui do hospital gratuitamente. (AS 6).

Foi mencionada a realização de avaliação socioeconômica pela equipe de Serviço

Social para o fornecimento de medicamentos via Fundo de Maneio; porém, para o atendimento via Farmácia Hospitalar, os dados apontaram que o serviço é disponibilizado a todos os utentes inseridos no SNS, independente da condição econômica e, ainda, que poderão ter um elevado custo:

[...] há medicação, como disse, que é dada e é gratuita pelas farmácias hospitalares e não passa sequer por nós. Desde que o médico prescreva está dentro dos quadros clínicos. (AS 5).

[...] essa medicação, são fortunas. A gente nem imagina quando custará ao hospital a manutenção destes tratamentos. (AS 4).

Conforme aponta AS 3, dentre os recursos externos ao hospital, existem a **Segurança Social** e a **Santa Casa de Misericórdia**.

[...] temos de fazer todo um trabalho de encaminhamento para a rede de estrutura de suporte, no sentido de, ou a segurança social, ou a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Porque há aqui duas nuances. Em Lisboa quem regulamenta a Ação Social é a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Fora de Lisboa, em todo o país, em todas as outras zonas do país, é a Segurança Social e, portanto, nós encaminhamos. (AS 3).

Historicamente, em 1498, em Lisboa, surgiu a primeira Santa Casa de Misericórdia¹⁹. De acordo com o Estatuto da Santa Casa de Misericórdia, presente no Decreto Lei n. 235/2008 de 3 de dezembro (PORTUGAL, 2008, p. 8627-8638), em seu artigo 1º do Capítulo I sobre a “Denominação e Natureza Jurídica”, o qual trata da Natureza, âmbito e atribuições, temos “1 - A Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, adiante designada por SCML, é uma pessoa colectiva de direito privado e utilidade pública administrativa” (PORTUGAL, 2008, p. 8629).

E, segundo o artigo 3º nos revela quanto ao âmbito de atuação “A SCML prossegue as suas atribuições na área do município de Lisboa, podendo alargar a sua actividade a outras

¹⁹ É mais conhecida pela sua Ação Social e por assegurar a exploração dos jogos sociais do Estado em Portugal, mas desenvolve também um importante trabalho nas áreas de Saúde, Educação e Ensino, Cultura e Promoção da Qualidade de Vida. Intervém ainda no apoio e realização de atividades para a Inovação, Qualidade e Segurança na prestação de serviços, e na promoção de iniciativas no âmbito da Economia Social. Pode, a pedido do Estado ou de outras entidades públicas, desenvolver atividades de serviço ou interesse público (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA, 2018).

áreas do território nacional para a realização dos seus fins estatutários” (PORTUGAL, 2008, p. 8629).

A ação social se constitui numa das áreas de intervenção da Santa Casa de Misericórdia, ressaltado ser apenas a realidade de Lisboa, ou seja, o mesmo não ocorre nas demais regiões, de acordo com os dados obtidos.

Se não conseguir nós encaminhamos à Segurança Social. Se for um doente de Lisboa recorreremos à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (AS 3).

A universalidade é considerada um princípio base da proteção social portuguesa, com o indicativo de que todos devem contar com o direito à Segurança Social, que é composta pelos sistemas: Previdencial, Complementar e de Proteção Social e Cidadania. É no artigo 63º da CRP que a Segurança Social portuguesa é assegurada como direito de todos.

A “Acção Social” em Portugal é exercida por um conjunto diversificado de entidades: o Estado, as autarquias locais e as organizações da sociedade civil.

Enquanto organizações públicas mais próximas dos cidadãos, as Autarquias Locais detêm, potencialmente, um importante papel na prevenção e combate àqueles fenómenos, que deveria ser acompanhado de correspondente importância em matéria de atribuições e competências legais, estratégias locais e recursos operacionais (CARDOSO, 2012, p. IV).

Em linhas gerais, a Segurança Social portuguesa é um sistema que conta como objetivo assegurar os direitos básicos dos cidadãos “[...] e a igualdade de oportunidades, bem como promover o bem-estar e a coesão social para todos os cidadãos portugueses ou estrangeiros que exerçam atividade profissional ou residam no território” (SEGURANÇA SOCIAL, 2012). Está regulamentada na Lei de Bases Gerais do Sistema de Segurança Social Lei n. 4/2007 de 16 de janeiro (PORTUGAL, 2007, p. 345-356).

Além do Fundo de Maneio e da Farmácia Hospitalar (como já mencionado), há então outros dois caminhos para auxílio aos utentes, com a participação do Serviço Social (através de encaminhamentos), que são a Segurança Social e a Santa Casa de Misericórdia (no caso de Lisboa).

Novamente consta a necessidade de um estudo socioeconômico prévio pelos assistentes sociais, que justifique o apoio a ser oferecido pelos setores, para a aquisição do medicamento.

Em termos formais, para a cidade de Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia é a responsável pelo estudo socioeconômico de todas as situações que sejam e que estejam para ser avaliadas. Portanto, imagine, uma situação de maus tratos... imagine os idosos que há uma situação complicada, pode haver um relato da situação ao Ministério Público e o Ministério Público, quem é que vai incumbir de estudar? É a Misericórdia. Se o doente for da freguesia do concelho de Loures, que é fora de Lisboa, da freguesia de Santa Iria da Azoia, é à segurança social que ele pede. (AS 4).

Também, tratando-se de exames, foi apontado que os recursos existentes são os mesmos dos medicamentos (ou seja, Santa Casa de Lisboa ou Segurança Social).

No relato a seguir, identifica-se que a resposta da Santa Casa de Misericórdia se mostra mais célere do que a da Segurança Social, que como já dito, é o recurso existente para as localidades fora de Lisboa.

[...] embora, em Portugal a Segurança Social não seja uma resposta tão rápida e tão eficaz como a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (AS 3).

É assim, há a isenção econômica, está a ver com o poder econômico das pessoas, a própria Segurança Social cruza os dados com as finanças, e sabem se a pessoa tem ou não tem rendimento para poder fazer [...] e atribui a isenção [...]. (AS 1).

Na fala de AS1 consta que há um “cruzamento de dados” entre as Finanças²⁰ e a Segurança Social, o que parece confrontar a solicitação de saúde com as reais condições econômicas do utente.

Além dos recursos citados anteriormente, no depoimento das entrevistadas constam outros, que não possuem a mesma estrutura da Santa Casa de Misericórdia ou Segurança

²⁰ O Ministério das Finanças português, de acordo com o que foi esclarecido nos diálogos das entrevistas realizadas, é órgão com pontos semelhantes à Receita Federal do Brasil, vinculada a qual há a declaração do imposto de renda, realizada anualmente.

Social; contudo, parece corresponderem como alternativas possíveis, nos casos em que o utente não preencha as exigências dos outros serviços, ou pela especificidade da situação.

Há um grupo de voluntariado que são os vicentinos, não sei se já ouviu falar, que estão ligados à igreja, a igreja católica, e que se organizam, e eles próprios criam bolsas às vezes de apoios assim a pessoas [...] Pronto, são coisas assim pontuais. Há uns tempos tive também uma senhora do norte que vinha acompanhar o marido aqui [...]. A estadia foi mais demorada do que ela perspectivava e a senhora referiu realmente dificuldade em manter-se cá em [...] a acompanhar o marido porque tinha de estar a pagar uma pensão e, portanto, isso ficava muito oneroso. Contactei também uma obra vicentina que lhe pagou dez dias de estadia numa pensão. Pronto, às vezes são coisas pontuais, não é nada muito estruturado, estes apoios assim um bocadinho extra. Portanto, os que estão efetivamente... que estão estruturados, com base na avaliação socioeconómica, é realmente o nosso Fundo de Maneio, a Misericórdia e a Segurança Social. (AS 6).

O relato de AS 6 indicou uma possibilidade, não com tão grande alcance (pelo que ficou evidenciado), mas que atenderia a situações emergenciais e, ainda, conforme se observa, reforça o já apresentado quanto aos três principais recursos no atendimento dos casos que são: Fundo de Maneio, Santa Cada de Misericórdia e Segurança Social.

Ocorreu também o questionamento se os caminhos se restringiriam aos três principais recursos citados e a fala de AS 5 revelou a existência de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)²¹ e as associações de doentes, de determinado tipo de doenças ou instituições de apoio social no geral.

As Instituições Particulares de Solidariedade Social e que têm às vezes ações sociais, ficaram com esses projetos. O que acontece é que às vezes essas instituições têm subprojectos que trabalham em parceria às vezes com os centros de saúde e têm outros patrocínios que conseguem, lá está, como a ação social não dá resposta, conseguem outros apoios, ou conseguem apoios próprios para as pessoas que acompanham, ou seja, se for a freguesia do lado já não conseguem apoiar mas aos

²¹ Nota 22 – “São instituições constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos: Apoio a crianças e jovens; Apoio à família; Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; Promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; Educação e formação profissional dos cidadãos; Resolução dos problemas habitacionais das populações.” (VALDUGA; FERREIRA, 2016, p. 34).

seus utentes têm o apoio da ação social normal mas, se não conseguir, já sabem que têm o cabaz... Isto acontece muito, por exemplo, na parte das crianças, crianças e jovens, que muitas vezes as próprias instituições acabam por angariar biberões e latas de leite... Supostamente na ação social acontece isso mas como a resposta não é rápida muitas instituições acabam por ter os próprios fundos, sejam eles económicos ou mesmo de bens que permitam apoiar a pessoa no imediato. (AS 2).

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) então também constam como alternativa ao atendimento da demanda nas questões de saúde. Foram ainda citadas as associações de apoio social.

[...] não quer dizer que também não haja, e posso lhe dizer que há também atualmente instituições particulares de solidariedade social e múltiplas associações de apoio social que acabam por também ter alguma atividade de apoio e estou a falar de imensas, algumas, em que têm capacidade de por vezes ajudar, ou financeiramente, ou facultando mesmo diretamente medicação. (AS 5).

Nos relatos também foi mencionado o voluntariado e as “juntas de freguesias”, que oferecem apoio em determinadas situações, com atividades voltadas a ação social e dirigidas a população residente nas freguesias.

O governo português adotou como estratégia de amenização do impacto econômico dos serviços de saúde, baseada em orientações de organismos internacionais, uma ênfase numa responsabilidade do indivíduo: “[...] trata-se de uma perspectiva mais ampla de responsabilidade, que se relaciona à ideia de cuidado de si [...] um dos efeitos disto foi o fortalecimento de redes de solidariedade informais [...]” (ASENSI, 2013b, p. 181).

Compreendo que a saúde é um direito do cidadão e, portanto, um dever do Estado na perspectiva da proteção social, esta estratégia é causa de indagação e também indignação por tratar de forma isolada, individual, uma realidade concreta, uma demanda que é coletiva, pertencente ao indivíduo social, pertencente à uma classe ou segmento.

Neste sentido o autor citado, acrescenta que quanto ao direito à saúde em Portugal observa-se uma “fragilidade institucional que pode influenciar diretamente a cultura e as suas oportunidades políticas de **reivindicação de direitos no país**” (ASENSI, 2013B, p. 178, grifo

nosso). A ideia de saúde enquanto um dever do Estado, segundo o autor fora enfraquecida com o tempo, reafirmando que a própria concepção de saúde enquanto uma política pública em Portugal tem uma amplitude ainda restrita.

Outra questão apontada que também se julga relevante, quanto aos caminhos para acesso aos medicamentos, é a denominada farmácia social, que parece ter o seu surgimento no período da crise que atravessou o país.

Neste período de crise que atravessamos houve serviços que se organizaram que chamam as farmácias sociais, precisamente com a recolha de medicação, portanto, doações de medicação pelos próprios utentes, que não utilizam e que devolviam e, pronto, e provavelmente também laboratórios, etc. Formaram-se pequenas farmácias que se chamam farmácias sociais no sentido precisamente haver aqui um maior aproveitamento de forma a ajudar os utentes mais carenciados. (AS 6).

A comparticipação oferecida pelo SNS parece contribuir em grande medida com a redução dos valores para a aquisição dos medicamentos, “facilitando” a aquisição dos mesmos.

É muito difícil de avaliar porque nós não controlamos o valor. Mas, sim, mas acreditemos que não seja tão elevado e, até por experiência própria. Nós já tivemos experiência de familiares internados, portanto, nunca nos foi posto: “olha, agora o senhor tem que ir para casa, mas levem estes 400 euros de medicamentos”. Não, porquê? Porque as comparticipações de facto estão ativas e funcionam. Portanto, aquele medicamento já vem com aquelas comparticipações [...]. (AS 4).

Habitualmente preços mais elevados têm comparticipações, tem isenções, acabam por ficar com valores confortáveis. (AS 6).

No relato de AS 4 a seguir, observa-se uma possível atuação por parte das associações de doentes, podendo então exercer movimentos reivindicatórios quanto a avaliações socioeconômicas para o fornecimento de medicamentos, nos casos de doenças crônicas; este procedimento teria assim assegurado o direito de acesso ao seu tratamento medicamentoso, independente de sua renda mensal ou de seus familiares.

[...] nós fizemos avaliações socioeconômicas para medicamentos que eram

medicamentos de uso crónico em hospital de dia, por exemplo, para a hepatite ou para outras doenças e essa necessidade de avaliação terminou, porquê? Porque o doente tem acesso ao medicamento, tem direito ao acesso a este medicamento. Portanto, não fazia sentido uma avaliação socioeconómica de um doente que tem direito àquele medicamento porque, pela doença crónica que tem [...] Porque as associações [...] fazem um movimento contra estas práticas que vieram a ditar isto, não é? No fundo, porque a questão, as pessoas a ser sujeitas a avaliações para ceder ou não ceder a medicação em função do seu rendimento, quando está definido que estas pessoas destas doenças crónicas que estão bem definidas e identificadas, têm acesso à medicação e, portanto, o conselho da administração teve de deixar por aí. (AS 4).

Eu acho que a medicação para situações crónicas, para todas elas, deveria ser gratuito. (AS 6).

Fica evidente neste relato (AS6) da profissional de Serviço Social a não existência da cobertura total de tais casos pelo Sistema de Saúde em Portugal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho, conforme já indicado, apresentou o resultado de uma investigação realizada em Portugal, contemplando uma das categorias analisadas na tese de Doutorado. O estudo desenvolvido no citado país permitiu conhecer a realidade de um sistema de saúde semelhante ao brasileiro, mas que não conta com a judicialização do direito à saúde. Entretanto, identificou-se que a não utilização da via judicial não poderá ser considerada um indicativo de existência de um sistema de saúde sem problemas.

O direito à saúde é um direito social e requer políticas públicas para a sua efetivação. As múltiplas determinações do Estado, dentro do contexto de uma sociedade capitalista, obstaculizam a efetivação dos direitos sociais. Como desdobramento, a judicialização das expressões da questão social através de ações individuais é uma estratégia adotada, e que inclusive é encontrada no Brasil pelos cidadãos que carecem de atendimentos em diversas demandas.

Portugal e Brasil enfrentam as consequências de um processo tardio de implantação

das suas políticas de proteção social, assim como vivenciam contextos econômicos e sociais complexos, os quais impõem ao Serviço Social e demais profissões um desafio cotidiano de busca da garantia do acesso dos cidadãos aos direitos, no caso, o da saúde.

No Brasil e em Portugal, na década de 1990 “[...] assiste-se a sucessivas alterações no sistema de saúde, com o argumento de falta de recursos por parte do Estado” (BRAVO, 2010, p. 207), as quais objetivaram privatizações das políticas sociais e retirada dos direitos sociais, portanto, atingindo a política de saúde.

A “gratuidade” da saúde do SNS é diferente do SUS, uma vez que em Portugal há as chamadas taxas moderadoras, com a previsão após alteração constitucional de um serviço de saúde tendencialmente gratuito.

No Brasil e em Portugal, a materialização de direitos sociais, no caso a saúde, dentro dos moldes constitucionalmente estabelecidos por cada país, não atinge a sua efetividade, decorrente de vários obstáculos impostos à sua prática, entre eles, influências dos organismos internacionais e posições ideológicas contrárias.

As alterações na legislação portuguesa, sobretudo a de 1989, fizeram com que fosse aberta uma janela constitucional, com desdobramentos no SNS, propiciando assim maior intervenção do setor privado, inclusive, na gestão.

Em Portugal, confirmou-se a hipótese inicial de não haver judicialização da saúde, sendo revelado pelos assistentes sociais entrevistados os caminhos do acesso à saúde, seja para aqueles sem recursos financeiros (Fundo de Maneio, Santa Casa de Misericórdia de Lisboa e Segurança Social) ou para a população em geral (Farmácia Hospitalar). Salienta-se que nos relatos dos profissionais portugueses o que esteve presente foi a questão do acesso aos medicamentos.

Obteve-se no estudo realizado a ótica profissional, apontando-se a importância de uma investigação junto aos usuários (utentes), quanto à efetividade em relação aos serviços oferecidos, ficando, portanto, o indicativo da continuidade da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ASENSI, F. D. Judiciário e estratégias de efetivação do direito à saúde no Brasil e em Portugal. **Via Iuris**, México, n. 14, p. 11-21, jan./jun. 2013a. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273929754002>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- ASENSI, F. D. **Direito à saúde**: práticas sociais reivindicatórias e sua efetivação. Curitiba: Juruá, 2013b.
- BRAVO, M. I. S. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 102, p. 205-221, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n102/a02n102.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2018.
- CARDOSO, M. J. F. **Ação social dos municípios portugueses: potencialidades e limitações**. 2012. 281f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Instituto Universitário de Lisboa, 2012. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6346/1/Tese%20Julia%20-%20Formatada.v50.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2018.
- CRISOSTOMO, S. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa: saúde. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL), Lisboa, Portugal. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, n. esp., p. 33- 48, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/nesp1/nesp1a04.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.
- FALAVINHA, D.H.S. **A judicialização da saúde e o controle judicial de políticas públicas**: uma análise de como o Poder Judiciário pode contribuir para a efetivação do direito à saúde na sociedade brasileira. 2013, 193f. (Dissertação de Mestrado em Direito). Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca-SP, 2013.
- GOMES, P. S. Acesso à saúde contemporâneo no Brasil e em Portugal como um direito social. **Vozes dos Vales**, Diamantina, ano 3, n. 6, p. 1-25, 2014. Disponível em: <http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2014/10/Acesso-%C3%A0-sa%C3%BAdade-contempor%C3%A2neo-no-Brasil-e-em-Portugal-como-um-direito-social.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PORTUGAL. Constituição da República Portuguesa, de 2 de abril de 1976. **Diário da República**. Lisboa, I Série, n. 86, [p. 1-93], 10 abr. 1976. Disponível em:

https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/337/201908131642/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma. Acesso em: 25 jul. 2018.

PORTUGAL. Lei n. 56, de 15 de setembro de 1979. Cria, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. **Diário da República**, Lisboa, I Série, n. 214, p. 2357-2363, 15 set. 1979. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1979/09/21400.pdf>. Acesso em: 9 set. 2016.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 57, de 20 de março de 1986. **Diário da república**. Lisboa, I Série, n. 66, p. 669-671, 20 mar. 1986. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/14463/decreto-lei-57-86-de-20-de-marco#text>. Acesso em: 5 jun. 2018.

PORTUGAL. Lei n. 48, de 24 de agosto de 1990. Lei de Bases da Saúde. **Diário da República**. Lisboa, I Série, n. 195, p. 3452-3459, 24 out. 1990. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2018.

PORTUGAL. Decreto-Lei n. 173, de 1 de agosto de 2003. **Diário da República**. Lisboa, I Série A, n. 176, p. 4537-4538, 1 ago. 2003. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/652284>. Acesso em: 23 jul. 2018.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n. 90, de 20 de abril de 2004. **Diário da República**. Lisboa, I Série A, n. 93, p. 2377-2379, 20 abr. 2004. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/652284>. Acesso em: 15 abr. 2018.

PORTUGAL. Lei Constitucional n. 1, de 12 de agosto de 2005. Sétima revisão constitucional. **Diário a República**. Lisboa, I Série, n. 155, p. 4642-4686, 15 ago. 2005. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/243653>. Acesso em: 25 jul. 2018.

PORTUGAL. Lei n. 4, de 16 de janeiro de 2007. Aprova as bases gerais do sistema de segurança social, **Diário da República Eletrónico**, 1.ª série, n. 11, p. 345-356, 16 jan. 2007. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/38295/LEI_4_2007/c554d492-8dd4-476d-9b2d-a77d318b6b57. Acesso em: 22 jul. 2018.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Decreto-Lei n. 235, de 3 de dezembro de 2008. **Diário da República Eletrónico**, 1.ª série, n. 234, p. 8629-8638, 3 dez. 2008. Disponível em: [http://imgs.santacasa.viatecla.com/share/2016-03/2016-03-07145931_f7664ca7-3a1a-4b25-9f46-2056eef44c33\\$72f445d4-8e31-416a-bd01-d7b980134d0f\\$7C2DC30C-FC2A-4A68-9486-202B4DA489D3\\$\\$storage_image\\$\\$pt\\$1.pdf](http://imgs.santacasa.viatecla.com/share/2016-03/2016-03-07145931_f7664ca7-3a1a-4b25-9f46-2056eef44c33$72f445d4-8e31-416a-bd01-d7b980134d0f$7C2DC30C-FC2A-4A68-9486-202B4DA489D3$$storage_image$$pt$1.pdf). Acesso em: 16 jul. 2018.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. **Taxas moderadas**. atual. 26 set. 2017. Lisboa, 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/taxas-moderadoras/>. Acesso em: 10 maio 2018.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. **História do SNS**. atual. 19 out. 2018. Lisboa, 2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/taxas-moderadoras/>. Acesso em: 10 maio 2018.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LISBOA. Lisboa, 2018. Disponível em: <http://www.scml.pt/>. Acesso em: 28 jul. 2018.

SEGURANÇA SOCIAL. **A segurança social**: objetivos e princípios: o que é. Lisboa, 2012. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/objectivos-e-principios>. Acesso em: ago. 2018.

VALDUGA, T.; FERREIRA, J. A assistência social em pauta: os constrangimentos para o Serviço Social no Brasil e em Portugal. In: CONSERVA, M. S.; ALVES, J. M.; SILVA, E. L. P. (org.). **A gestão da proteção social em debate**. João Pessoa: CCTA, 2016. E-book. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/wp-content/uploads/2017/04/ebook-tematico-1_a-gestao-da-protecao-social_concluid.pdf. Acesso em: 4 jul. 2018.