



# COMPARAÇÃO ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: ANÁLISE GERAL

COMPARISON BETWEEN THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM AND THE PORTUGUESE HEALTH SYSTEM:  
GENERAL ANALYSIS

COMPARACIÓN ENTRE EL SISTEMA DE SALUD BRASILEÑO Y EL SISTEMA DE SALUD PORTUGUÉS:  
ANÁLISIS GENERAL

*Gustavo Bacelar Fontenele Araujo*<sup>1</sup>

*Liuhan Oliveira de Miranda*<sup>2</sup>

*Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Nolêto*<sup>3</sup>

*Willden John Lopes de Aguiar*<sup>4</sup>

*Anderson de Melo Moreira*<sup>5</sup>

*Daniela Reis Joaquim de Freitas*<sup>6</sup>

## RESUMO

.....

**E**ste artigo compara aspectos do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português. Mostra-se interessante comparar esses dois países por conta de sua proximidade cultural, histórica e linguística, além de seguirem o modelo de sistema de saúde regido pelo governo. O SUS resultou de uma construção histórica de vários setores na sociedade brasileira e baseia-se nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Assim, no Brasil, a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado garantido pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Em Portugal, a saúde também é um direito do cidadão garantido pela Constituição. Como ocorreu no Brasil, estabeleceu-se que a saúde deveria ser gratuita, porém, em 1989 o texto constitucional foi alterado e a saúde gratuita passou a ser tendencialmente gratuita. Portugal adotou o caminho da não gratuidade; no caso brasileiro, a sociedade civil optou pelo ideal do SUS (uma saúde igualitária, gratuita e universal), mas ainda é preciso que o governo aplique mais recursos no setor para que ele se efetive na prática.

.....

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Sistema de Saúde de Portugal; Estudo Comparativo.

1. Enfermeira. Aluna de pós-graduação em Oncologia Multiprofissional no Centro de Pós-Graduação e Educação Continuada do Centro Universitário do Norte Paulista (UNIPÓS/UNORP). Teresina (PI), Brasil.

2. Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil.

3. Enfermeiro no Hospital da Polícia Militar do Piauí (HPMPI). Pós-graduado em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Teresina (PI), Brasil.

4. Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil.

5. Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP). Professora na Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina (PI), Brasil.

6. Enfermeira. Aluna de mestrado em Enfermagem na UFPI. Teresina (PI), Brasil.

## ABSTRACT

*This article compares aspects of the Brazilian National Health System (SUS) and the Portuguese National Health Service (SNS). It is worth comparing these two countries due to their cultural, historical, and linguistic closeness, in addition to the fact they follow the model of a government-run health system. The SUS stemmed from a historical construction of several sectors in the Brazilian society and it is based on the principles of universality, integrality, equity, decentralization and social participation. Thus, in Brazil, health is a citizen's right and a State's duty guaranteed by the 1988 Federal Constitution (FC/1988). In Portugal, health is also a citizen's right guaranteed by the Constitution. Just as this happened in Brazil, it was established that health should be free of charge, but in 1989 the constitutional text was altered and the health free of charge became tendentially free of charge. Portugal has adopted the non-gratuity path; in the Brazilian case, civil society has chosen the SUS ideal (an egalitarian, free of charge, and universal health), but there is still a need that the government invests more resources in the sector so that it becomes effective in practice.*

**Keywords:** *Brazilian National Health System; Portugal's Health System; Comparative Study.*

.....

## RESUMEN

*Este artículo compara aspectos del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil y del Servicio Nacional de Salud (SNS) de Portugal. Vale la pena comparar estos dos países debido a su cercanía cultural, histórica y lingüística, además del hecho de que siguen el modelo de sistema de salud administrado por el gobierno. El SUS surgió de una construcción histórica de varios sectores en la sociedad brasileña y se basa en los principios de universalidad, integralidad, equidad, descentralización y participación social. Por lo tanto, en Brasil, la salud es un derecho del ciudadano y un deber del Estado garantizado por la Constitución Federal de 1988 (CF/1988). En Portugal, la salud también es un derecho del ciudadano garantizado por la Constitución. Tal como sucedió en Brasil, se estableció que la salud debería ser gratuita, pero en 1989 el texto constitucional se modificó y la salud gratuita se volvió tendencialmente gratuita. Portugal ha adoptado el camino de no gratuidad; en el caso brasileño, la sociedad civil ha elegido el ideal del SUS (una salud igualitaria, gratuita y universal), pero aún existe la necesidad de que el gobierno invierta más recursos en el sector para que sea efectivo en la práctica.*

**Palabras clave:** *Sistema Único de Salud de Brasil; Sistema de Salud de Portugal; Estudio Comparativo.*

.....

## INTRODUÇÃO

Diversos países têm mostrado formas variadas de lidar com a questão da saúde. Na sociedade brasileira, há um clamor público diante de um quadro preocupante das condições do setor saúde. Diferentes setores têm debatido formas de melhorar o atendimento à saúde – que se mostra precário, principalmente nas camadas mais pobres da população<sup>1</sup>.

Apesar das diversidade de concepções de saúde ao redor do mundo, há uma preocupação de garanti-la; isso suscita múltiplas dúvidas, que serão obviamente cruciais no processo de promoção da saúde. Na maioria das sociedades modernas, as respostas a essas dúvidas assumem a forma de *sistema de saúde*<sup>2</sup>. O sistema de saúde de uma sociedade envolve muitos aspectos, conceitos e valores dessa população. Na análise de tal sistema observa-se, por exemplo, se não foi(foram) instituído(s), de modo implícito, um ou mais conceitos de saúde dominante(s), que está(estão) atrelado(s) a determinantes de naturezas diferentes, podendo ser estes: i) sociais; ii) econômicos; iii) ambientais; e iv) culturais. De

modo geral, o sistema de saúde é um reflexo da sociedade, assim como a sociedade sofre os reflexos de seu sistema de saúde<sup>1,3</sup>.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para fins de comparação entre sistemas de saúde, deve-se observar: i) recursos materiais, humanos, financeiros, tecnológicos e organizacionais; ii) demanda e oferta de serviços considerando acessibilidade, distribuição e qualidade; e iii) fatores determinantes e condicionantes das necessidades de saúde das populações, avaliando os resultados<sup>4</sup>. Não se deve entender o sistema de saúde apenas como ações e órgãos vinculados exclusivamente ao Estado, entendendo o sistema de saúde meramente como uma política de Estado. O sistema de saúde seria, antes, um conjunto de instituições, ações e programas sociais que contemplam entes privados e públicos, sendo o conceito de sistema de saúde mais relacionado à conjuntura de funcionamento dos serviços de saúde em um país<sup>2,4</sup>.

No setor saúde, costumam-se elencar quatro pilares de sustentação: i) promoção; ii) prevenção; iii) assistência; e

iv) recuperação. A ênfase atribuída a cada pilar varia de país para país. Algumas vezes, a opção de alocar recursos a um desses pilares pode resultar em déficit de recursos em outro pilar. Nesse sentido, a prevenção costuma ser mais eficiente e apresentar melhor custo-benefício do que a assistência<sup>5-8</sup>.

Este artigo compara aspectos do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e do Serviço Nacional de Saúde português, por meio de revisão da literatura. Mostra-se interessante comparar esses dois países por conta de sua proximidade cultural, histórica e linguística, além de seguirem o modelo de sistema de saúde regido pelo governo.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura, de natureza narrativa, com o propósito de comparar os sistemas de saúde de Portugal e do Brasil, a fim de compreender suas especificidades. Para tal comparação, recorreu-se à análise de normativas dos dois países e à pesquisa bibliográfica em bancos de dados internacionais (SciELO, Bireme, PubMed e Lilacs) – utilizando como palavras-chave, em português, inglês e espanhol: i) sistema de saúde; ii) Brasil; iii) Portugal; iv) saúde pública; e v) assistência. Os critérios de inclusão foram: i) artigos publicados entre 2006 e 2017; ii) artigos alinhados à temática desta revisão de literatura; e iii) artigos que não consistissem em revisão de literatura. A discussão também abrangeu a legislação de ambos os países.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 52 artigos com as palavras-chave adotadas; selecionamos 14 artigos que atenderam a todos os critérios de inclusão.

Comparamos os índices de desenvolvimento e economia do Brasil e de Portugal (Tabela 1)<sup>9,10</sup>.

**Tabela 1** – Semelhanças e diferenças dos sistemas de saúde brasileiro e português

Semelhanças	Diferenças	
	Brasil	Portugal
Similaridades históricas e culturais, como a língua portuguesa.	País da América do Sul.	País da Europa.
Adotam um sistema de saúde descentralizado.	Extenso território e menor densidade populacional.	Território menor, maior densidade populacional.
Dever do estado de garantir a saúde da população.	Organização federalista.	Organização unitarista.
Princípio da justiça social.	Menor produto interno bruto (PIB) <i>per capita</i> : US\$ 8.649,95.	Maior PIB <i>per capita</i> : US\$ 19.813,31.
Consideram a saúde humana sob uma perspectiva integral.	Maior desigualdade econômica na população.	Menor desigualdade econômica na população.
Coexistência de serviços de saúde públicos e privados.	Menor índice de desenvolvimento humano: 0,755.	Maior índice de desenvolvimento humano: 0,830.

Fonte: Elaborada pelos autores.

O Brasil tem extenso território terrestre (8.515.759,090 km<sup>2</sup>) – trata-se do quinto maior país do mundo em termos de área<sup>11</sup>; sua população de 207.652.865 habitantes também corresponde à quinta maior do mundo<sup>9</sup>. Apesar de populoso, como o país tem extenso território, sua densidade demográfica é baixa (24,8 habitantes/km<sup>2</sup>)<sup>9</sup>.

Como se observa na Tabela 1, o índice de desenvolvimento humano brasileiro é 0,755; seu PIB *per capita* é de US\$ 8.649,95 – menos da metade do PIB de Portugal (US\$ 19.813,31). O IDH português (0,830) é considerado muito elevado para um país europeu com território de apenas 92.090 km<sup>2</sup> e uma população de 10.324,611 habitantes. O índice Gini português é de 36,0<sup>10,12</sup>, ao passo que o Brasil apresenta desigualdade social bem maior representada pelo mesmo índice – de fato, a situação social da maioria da

população se mostra mais precária no Brasil.

Observa-se que Portugal e Brasil, apesar de sua proximidade em termos de história e cultura, têm muitas diferenças geográficas, o que provoca grande impacto no sistema de saúde como um todo (considerando que a saúde depende de vários determinantes). Em geral, os países da Europa apresentam melhores condições sociais do que os países da América do Sul<sup>2,3,13</sup>.

Questões históricas favoreceram a opção pelo federalismo na Constituição brasileira e pelo unitarismo na Constituição portuguesa. Isso influencia diretamente a organização dos sistemas de saúde de ambos os países, que, contudo, aderiram a sistemas de saúde descentralizados. No Brasil, conta-se com a presença marcante dos diversos entes federativos, na organização do sistema, participando de sua gestão e

coordenação. Em Portugal, há regiões de saúde sediadas em diferentes cidades que cobrem o território<sup>3,4,8</sup>.

Tendo uma história geral marcada pela desigualdade social, o Brasil apresenta uma história da saúde permeada por lutas em prol do aumento das garantias sociais. Na época do Brasil Colônia, a situação da saúde pública era bastante precária. As primeiras escolas de Medicina foram criadas em Salvador e no Rio de Janeiro, com a chegada da família real portuguesa. No início do século XX, o Rio de Janeiro estava tomado por epidemias, o que levou o governo republicano a executar políticas sanitárias – conhecidas como *modelo campanhista*. Até então, a assistência à saúde dos brasileiros pobres era realizada somente por meio de casas de misericórdia<sup>3,14,15</sup>. Com a industrialização, aumentaram as tensões sociais; para contrabalançá-las, criou-se a lei Eloi Chaves, instituindo as caixas de previdência. Estas tinham a função de prestar socorros médicos a seus integrantes. Na década de 1930, com Getúlio Vargas na presidência, muitos direitos sociais foram adquiridos. No setor previdenciário, as caixas de previdência foram substituídas por institutos de previdência e pensão, que passaram a dividir os trabalhadores em categorias e não mais em empresas<sup>16,17</sup>.

No atual período pós-ditatorial, marcado pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988), o Estado passou a ser responsável pela garantia à saúde de todos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas 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<sup>18</sup>.

Em contrapartida, na CF/1988 também há a garantia de atuação da iniciativa privada no setor:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada<sup>18</sup>.

Isso acaba por criar a coexistência de um sistema público e um sistema privado de saúde. No Brasil, tal fato contribuiu para aumentar a iniquidade nos serviços de saúde.

São competências do SUS: i) a fiscalização e o controle de procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde pública; ii) a vigilância sanitária e epidemiológica, além da saúde do trabalhador; iii) ordenar, na saúde, a formação de recursos humanos; iv) participar da política de saneamento básico; v) atuar no desenvolvimento científico e tecnológico do setor saúde; vi) fiscalização de produtos que sirvam para o consumo humano; vii) controlar, em vários aspectos, os produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e

viii) colaborar na preservação ambiental<sup>1,17</sup>.

As ações e os serviços de saúde por parte de entes públicos ou privados são regulados pela Lei Orgânica do SUS (Lei n. 8.080/1990). Contudo, a responsabilidade estatal não exime a responsabilidade empresarial, pessoal, familiar e social no setor saúde. Essa lei também reconhece que os níveis de saúde são reflexos da organização socioeconômica e contempla os diferentes determinantes de saúde: alimentação; moradia; saneamento básico; meio ambiente; trabalho; renda; educação; atividade física; transporte; lazer; e acesso a bens e serviços essenciais<sup>3,5,18</sup>.

O SUS consistiria no conjunto de ações e serviços de saúde por parte de instituições públicas de administração direta ou indireta dos diferentes entes federativos: municípios, estados, Distrito Federal e união, também envolvendo as fundações mantidas pelo poder público. À iniciativa privada está prevista a atuação em caráter complementar ao SUS. Essa definição demonstra alinhamento, uma opção por parte dos brasileiros pelo Estado de bem-estar social, em contrapartida às teorias do Estado mínimo do neoliberalismo<sup>9,18</sup>.

O SUS opera de modo descentralizado, dessa forma, os diversos entes da Federação dirigem partes do sistema. Esses entes devem promover uma cooperação e comungar do objetivo comum de zelar pela saúde dos cidadãos<sup>15</sup>. No Brasil, além da assistência prestada diretamente pelo Estado, por meio dos entes federados, existe o chamado *sistema suplementar de saúde* – composto por todo o mercado de planos privados de saúde, constituindo um sistema com *mix* público-privado. Contudo, não é permitido às empresas de capital estrangeiro participar da assistência à saúde, salvo exceções como entidades de cooperação técnica. Os serviços privados de saúde consistem na atuação de iniciativa própria, profissionais liberais e pessoas jurídicas de direito privado em serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde e podem atuar no setor saúde para complementar a oferta de serviços públicos (quando insuficiente para atender à demanda de usuários). Ressalta-se que o sistema privado deve submeter-se aos princípios éticos e às normas expedidas pelo órgão de direção do SUS<sup>1,2,7</sup>. Os recursos financeiros necessários para o funcionamento do SUS

*...a responsabilidade estatal não exime a responsabilidade empresarial, pessoal, familiar e social no setor saúde.*

provêm de diferentes fontes. O orçamento da seguridade social, respeitando a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), destina os recursos necessários às suas finalidades. Também são fontes de recursos aqueles provenientes de ajuda, contribuições, doações, donativos, rendimento de capitais, eventuais rendas (inclusive comerciais e industriais), taxas, multas e outras fontes<sup>2,17</sup>.

Assim como no Brasil, em Portugal, a saúde é garantida à população por meio da Constituição vigente (de 1976). Tal garantia se encontra na parte referente à saúde (art. 64), onde se afirma que todos têm o direito à saúde, porém, o dever de promovê-la. A proteção à saúde deve ser realizada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Como no Brasil, em Portugal se encontra a coexistência de um sistema público e um sistema privado de saúde, gerando segregação da população<sup>18,19</sup>.

Devido à incapacidade de autofinanciamento por parte do Estado ocorreu, em 1989, a substituição do princípio da saúde *gratuita* pela saúde *tendencialmente gratuita*, considerando as condições econômicas e sociais dos cidadãos e ressaltando os princípios da justiça social e de racionalização dos recursos. Estas seriam as consequências dessa mudança para a saúde tendencialmente gratuita:

Assim sendo, os recursos continuam a ser escassos e desadequados às necessidades da população, exigindo por parte desta, para além dos encargos tributários, uma forte comparticipação nas despesas em saúde<sup>20</sup>.

Além do serviço prestado por meio do SNS, enfatiza-se a proteção por meio da intervenção nos diferentes determinantes sociais por meio de: i) promoção de hábitos saudáveis; ii) proteção à infância, juventude e velhice; iii) consideração das condições ambientais, sociais e econômicas; e iv) defesa da melhoria das condições de trabalho<sup>13,19</sup>. A Constituição incumbe ao Estado português atuar prioritariamente em determinadas áreas, a fim de assegurar o direito à saúde dos cidadãos, via universalização do acesso a prevenção, cura e reabilitação da saúde, disciplinando a atuação da iniciativa privada na saúde e visando a garantir os padrões de qualidade; por fim, fica estabelecido que o SNS – criado por meio da Lei n. 56/1979 – tem gestão descentralizada e participativa<sup>20</sup>. Apesar de definir o acesso gratuito, nessa lei é contemplada a criação de taxas moderadoras, a fim de aumentar sua eficiência e sua organização consiste em órgãos centrais, regionais e locais. O SNS dispõe tanto de serviços de atendimento primário (saúde comunitária) como de atendimento diferenciado (especializado, hospitalar)<sup>21</sup>. Com o advento da Lei n. 48/1990, pela primeira vez a saúde

## ...a participação popular implicou a criação de órgãos consultivos de âmbito nacional, regional e conselho...

foi vista além da perspectiva de *direito* – tornou-se um *dever* de toda a sociedade participar da busca da saúde. Já a Lei n. 54/1992 estabeleceu taxas moderadoras para os serviços de urgência, as consultas e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime ambulatorial<sup>21</sup>. Por sua vez, a Lei n. 101/2006 criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em resposta ao rápido envelhecimento da população portuguesa e à prevalência de pessoas com doenças crônicas. As primeiras unidades de saúde familiar surgiram em 2007 e o Decreto n. 298/2007 veio a lume para estabelecer o regime jurídico da organização e do funcionamento dessas unidades. O objetivo foi obter melhores condições de saúde por meio de acessibilidade, globalidade e continuidade dos cuidados<sup>13,22</sup>.

O estatuto do SNS foi criado em 1993. Visou, principalmente, a superar a falsa dicotomia entre *atenção primária* e *atenção hospitalar*, assinalando as exigências da sociedade em termos de qualidade e prontidão de serviços de saúde e criando a necessidade de que a gestão de recursos esteja mais próxima aos usuários. Observa-se, ainda, que a participação popular implicou a criação de órgãos consultivos de âmbito nacional, regional e conselho, com incentivo a métodos e práticas concorrenciais<sup>21,22</sup>.

Não encontramos na organização do SNS a presença dos entes federativos que marcam expressivamente a organização do SUS brasileiro, sendo essa uma grande diferença entre os 2 sistemas<sup>11,18</sup>. Os níveis organizacionais são as regiões de saúde, que, por sua vez, dividem-se em sub-regiões de saúde integradas por áreas de saúde. São, ao todo, 5 regiões de saúde, com 7 cidades cada. As sub-regiões correspondem às áreas dos municípios, podendo haver modificações conforme o interesse destes<sup>19,22</sup>.

Planos e programas de ação, no âmbito nacional ou regional, devem ser aprovados por despacho do Ministério da Saúde português; no âmbito das instituições e dos serviços, devem ser aprovados nos termos dos respectivos regulamentos<sup>21,22</sup>. As administrações regionais de saúde devem propor programas para orientar planos financeiros de caráter anual ou plurianual. Os membros dos órgãos da administração são responsáveis pelo fiel cumprimento da lei e pela consecução dos objetivos e das metas propostos

nos planos. As instituições e os serviços podem contratar empresas e entidades para prestação de cuidados aos seus segurados e associados<sup>13,22</sup>.

Os recursos financeiros que devem arcar com os encargos do SNS provêm tanto do Estado como de outros entes. Os diferentes subsistemas de saúde incluem instituições particulares de solidariedade social: entidades que sejam obrigadas por meio de lei ou de contrato e entidades que se responsabilizem por ofertar serviços não previstos para os usuários em geral, como, por exemplo, quarto particular<sup>21,22</sup>. No sistema português, os usuários que se encontrem em situação de vulnerabilidade social, econômica ou financeiramente desfavorecida estão isentos de arcar com encargos do sistema. Essa situação se comprova por meio de regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde português. As desigualdades econômicas contribuem para gerar iniquidades de saúde com caráter geográfico<sup>13</sup>. Podem ser celebrados contratos de seguro em que entidades seguradoras assumem a responsabilidade (completa ou parcial) pela prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS. Nesse caso, não pode haver restrição do direito de acesso aos cuidados e do direito de opção dos beneficiários<sup>23</sup>.

O Ministério da Saúde português deve fixar preços mínimos e máximos a cobrar pelos cuidados prestados no país, levando em consideração custos diretos e indiretos, além do necessário equilíbrio da exploração econômica da atividade. A partir desses limites, os preços são fixados pelo conselho de administração de cada região de saúde, constituindo receita própria que será computada em seus orçamentos e balancetes<sup>19,22</sup>.

Quanto às despesas, em Portugal, a instalação e o funcionamento das autoridades de saúde são garantidos pelas administrações regionais de saúde – bancadas pelo orçamento do SNS. As verbas destinadas à manutenção de escolas de formação de profissionais da saúde ou à pesquisa na área que funcionem no âmbito do Ministério da Saúde português estão a cargo do SNS<sup>13,22</sup>. O estatuto prevê articulação do SNS com outras entidades, como as instituições de ensino e pesquisa científica que devem articular-se com o sistema. Os serviços de segurança social devem cooperar com o sistema em programas e ações que envolvam a população carente ou em situação de risco. Há algumas áreas preferenciais de cooperação, como promoção, prevenção e tratamento de saúde que envolva, em especial, idosos, deficientes, pessoas em situação de dependência e apoio à maternidade. Existem, ainda, programas coordenados de ação social em grandes aglomerações urbanas e programas de prevenção, reabilitação e prestação de cuidados em medicina do trabalho<sup>13,22</sup>.

Assim como no SUS, em Portugal, o sistema de saúde público pode articular-se com o sistema de saúde privado. No caso do país europeu, podem ser reservadas cotas de

*...o sistema de  
saúde deve proteger  
os cidadãos mais  
vulneráveis e atuar  
de modo universal.*

cobertura do território para os planos privados. Os médicos profissionais liberais podem atender pacientes particulares em estabelecimentos públicos, segundo certas condições. As administrações regionais de saúde podem celebrar contratos tanto com médicos profissionais liberais que não trabalhem com o SNS como com empresas privadas para prestação de cuidados a seus usuários<sup>13,22</sup>.

O Estado português deve fiscalizar as instituições e os serviços de saúde, a fim de garantir sua qualidade, estando os estabelecimentos privados de saúde sujeitos a licenciamento e fiscalização. O Ministério da Saúde português deve estabelecer as diretrizes de qualidade, sem prejuízo das funções atribuídas por lei à Ordem dos Médicos e à Ordem dos Farmacêuticos. Deve-se estabelecer um sistema regular de auditoria médica e administrativa para avaliação da qualidade<sup>19,22</sup>. Já no Brasil, embora o governo, em tese, também deva responsabilizar-se pela fiscalização de instituições e serviços de saúde, na prática ocorre uma desorganização em relação a tais atividades, uma vez que as agências fiscalizadoras nem sempre conseguem garantir a qualidade dessa fiscalização.

Na realidade, os dois sistemas de saúde comungam de vários princípios. Na Constituição de ambos foi instituído como dever do Estado assegurar a saúde da população. Ambos os países se baseiam em princípios de justiça social, alicerçando-se na ideia de que o sistema de saúde deve proteger os cidadãos mais vulneráveis e atuar de modo universal. Além disso, ambos pensam a saúde humana sob uma perspectiva integral, na medida em que determinam tanto a necessidade de ações de assistência como de promoção, prevenção e reabilitação da saúde<sup>6,19,22,24</sup>. Em ambos os países, coexistem o serviço público e privado. Isso é um aspecto muito criticado no Brasil, pois o SUS é uma opção pela gratuidade e universalidade dos serviços. No caso de Portugal, o princípio da gratuidade foi substituído pelo princípio do tendencialmente gratuito. Ao mesmo tempo que essa coexistência de um sistema privado e um sistema público constitui uma semelhança, no sistema brasileiro se busca a gratuidade, enquanto que no sistema português apenas se busca a tendência à gratuidade. Dessa forma, o que ocorre em Portugal não vai de encontro aos princípios

do sistema. Já no Brasil, a enorme participação dos planos de saúde no mercado se mostra uma afronta ao princípio da gratuidade – apesar dessa participação ser garantida pela constituição<sup>3,18,19</sup>.

Nessa perspectiva, a saúde deve ser garantida a todos os cidadãos, mas, para isso, não é preciso que os mais ricos deixem de pagar pela saúde para que os pobres não paguem. O problema é que fica difícil imaginar que esse modelo mercadológico não vá sempre acarretar iniquidade no acesso à saúde. Isso não é desejável em nenhum sistema. No Brasil, houve a opção pelo público<sup>3</sup>. Portugal seguiu o caminho da não gratuidade, mas no caso brasileiro, onde se optou pelo ideal do SUS de saúde igualitária, gratuita e universal, ainda é preciso que o governo aplique mais recursos no setor para que ele se efetive na prática. Toda a sociedade deve organizar-se para pensar modos de tornar o sistema mais eficiente, afinal, a promoção da saúde constitui dever de todos<sup>16,19,25</sup>.

## CONCLUSÃO

Pode-se observar grandes similaridades entre o sistema de saúde português e o sistema de saúde brasileiro no modo como foram projetados para atender a população e na forma de regulação e fiscalização. Entretanto, o Brasil optou pela gratuidade da saúde, enquanto Portugal seguiu o caminho da não gratuidade.

Mostram-se necessários maiores investimentos por parte do governo para que o SUS cumpra seu papel de saúde igualitária, gratuita e universal em nível nacional, ou o sistema deve ser modificado com vistas a algo próximo do que se observa no sistema português – com atendimento particular tendencialmente gratuito.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Gustavo Bacelar Fontenele Araujo** contribuiu com o delineamento e a realização da pesquisa e a redação do manuscrito. **Liuhan Oliveira de Miranda** contribuiu com a redação do manuscrito. **Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Nolêto, Willden John Lopes de Aguiar e Anderson de Melo Moreira** contribuíram com a revisão crítica do manuscrito. **Daniela Reis Joaquim de Freitas** contribuiu com o delineamento da pesquisa e a redação e revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 Dec 11];29(10):1927-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>

2. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Minayo MCS, Campos GWS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho Y, organizers. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.

3. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2013 [cited 2017 Dec 11];18(1):273-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/28.pdf>

4. Silva CG. *Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas* [monograph]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

5. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 Dec 11];17(11):2865-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>

6. Mello GA, Viana ALA. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist Ciênc Saúde* [serial on the internet]. 2012 [cited 2017 Dec 11];19(4):1219-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n4/07.pdf>

7. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida, MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2011 [cited 2017 Dec 11];16(9):3807-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a16v16n9.pdf>

8. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc Saúde Colet* [serial on the internet]. 2007 [cited 2017 Dec 11];12:1865-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>

9. World Bank. Portugal [document on the internet]. 2017 [cited 2017 Jul 13]. Available from: <https://data.worldbank.org/country/portugal>

10. United Nations Development Programme. *International human development indicators* [document on the internet]. 2016 [cited 2017 Jul 17]. Available from: <http://hdr.undp.org/en/countries>

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cartografia: área territorial oficial* [document on the internet]. 2016 [cited 2017 Jul 13]. Available from: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/historico.shtm>

12. Crisóstomo S. O artigo 64º da Constituição da República Portuguesa: saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas* [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 Jul 17];(Spec Iss):33-48. Available from: <file:///D:/spp-2598.pdf>

13. Cortes M. Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. Sociologia, Problemas e Práticas [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 Dec 11];(80):117-43. Available from: <file:///D:/spp-2117.pdf>

14. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2017 [cited 2017 Dec 11];22(4):1281-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1281.pdf>

15. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciênc Saúde Colet [serial on the internet]. 2017 [cited 2017 Dec 11];22(4):1155-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>

16. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2017 [cited 2017 Dec 11];51(Suppl 1):1s-11s. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf)

17. Brasil. Comparação entre sistemas de serviços de saúde da Europa e o SUS: pontos para reflexão da agenda da atenção básica – Relatório de Oficina da Rede Américas. Belém: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; 2008.

18. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

19. Portugal. Constituição da República Portuguesa. Lisboa: Parlamento; 1976.

20. Caldas JMP, Santos ZMSA. Saúde e equidade. Rev Esc Enferm USP [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 Dec 11];50(4):540-1. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3610/361047445001.pdf>

21. Portugal. História do SNS: saiba como nasceu o Serviço Nacional de Saúde e quais os desenvolvimentos dos últimos 35 anos [document on the internet]. 2014 [cited 2016 Jun 26]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>

22. Portugal. Estatuto do SNS [document on the internet]. 2016 [cited 2016 Jun 26]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/estatuto-do-servico-nacional-de-saude/>

23. Darsie C, Rocha, CF, Silva, VC, Koetz APM, Gama A, Dias S. Saúde sexual e reprodutiva e planejamento familiar no contexto de imigrantes brasileiras e africanas que vivem em Portugal. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 Dec 11];13(2):8-17. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/567/301>

24. Goya N, Andrade LOM. Percepções de trabalhadores da saúde sobre práticas instituintes e desafios do Sistema Único de Saúde. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2015 [cited 2017 Dec 11];14(2):7-16. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/824/495>

25. Rocha ES, Souza EC, Lima MV, Deus WF, Carvalho MF. Perspectivas avaliativas da gestão da atenção básica em município de médio porte. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2016 [cited 2017 Dec 11];15(1):8-14. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/920/550>

Recebido em 05/09/2017 Aprovado em 23/11/2017

