



FACULDADE EDUFOR CURSO DE
ODONTOLOGIA

VICTORIA RIBEIRO DA SILVA SANTINI

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA E O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

SÃO LUIS - MA 2024

VICTORIA RIBEIRO DA SILVA SANTINI

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA E O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Faculdade Edufor, Unidade São Luis- MA, como pré-requisito para colação de grau de Cirurgião-Dentista.

Orientador (a): Prof.^a Dr^a Ana Carla Souza Costa.

SÃO LUIS - MA 2024

S235a Santini, Victoria Ribeiro da Silva

Análise comparativa entre o sistema de saúde dos eua e o sistema único de saúde brasileiro: uma revisão de literatura / Victoria Ribeiro da Silva Santini — São Luís: Faculdade Edufor, 2024.

31 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (ODONTOLOGIA) — Faculdade Edufor - São Luís, 2024.

Orientador(a) : Ana Carla Souza Costa

1. Sistemas de saúde. 2. Qualidade em saúde. 3. Sistema único de saúde. 4. Saúde pública. I. Título.

FACULDADE EDUFOR SÃO LUÍS

CDU 614.2(81)

VICTORIA RIBEIRO DA SILVA SANTINI

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA E O SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado ao Curso de Odontologia da Faculdade
Edufor como pré-requisito para o grau de
Cirurgião-dentista.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em:...../...../.....

BANCA EXAMINADORA

PROF. ANA CARLA SOUZA COSTA
(ORIENTADORA)

(1º MEMBRO)

(2º MEMBRO)

(SUPLENTE)

RESUMO

Este artigo apresenta um estudo comparativo entre o sistema de saúde dos Estados Unidos e o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, destacando as diferenças estruturais e de financiamento e como elas afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Nos EUA, o sistema baseado em seguros privados e programas governamentais como Medicare e Medicaid enfrenta desafios de cobertura universal e custos elevados, apesar das reformas do Affordable Care Act. O SUS, com seus princípios de universalidade e integralidade, lida com questões de financiamento e eficiência operacional, apesar de avanços significativos em indicadores de saúde. A pandemia de COVID-19 testou a resiliência de ambos os sistemas, revelando a necessidade de sistemas de saúde robustos e adaptáveis. O estudo conclui que o diálogo e o aprendizado mútuo entre os sistemas podem inspirar reformas para melhorar a saúde da população e responder a crises sanitárias.

Palavras-chave: Sistemas de saúde. Qualidade em saúde. Sistema único de saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

This article conducts a comparative analysis of the healthcare systems in the United States and Brazil's Unified Health System (SUS), examining structural and funding differences and their impact on healthcare access and quality. In the U.S., a predominantly private insurance-based system supplemented by federal programs like Medicare and Medicaid grapples with challenges in achieving universal coverage and managing high healthcare costs despite the Affordable Care Act reforms. Conversely, Brazil's SUS, founded on principles of universality and comprehensiveness, faces funding and operational efficiency issues despite significant health indicator improvements. The COVID-19 pandemic has tested the resilience of both systems, underscoring the need for robust and adaptable healthcare frameworks. The study concludes that ongoing dialogue and mutual learning between the systems can inform reforms aimed at enhancing population health and effectively managing health crises.

Keywords: Health systems. Health quality. Unified Health System. Public health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA.....	9
3 DESENVOLVIMENTO.....	10
3.1 OS SISTEMAS DE SAÚDE.....	10
3.2 SISTEMA DE SAÚDE: ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (EUA).....	10
3.3 SISTEMA DE SAÚDE: BRASIL.....	11
3.4 SISTEMAS DE SAÚDE: EUA X BRASIL.....	13
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS.....	17
ANEXO A – ARTIGO PUBLICADO.....	19
ANEXO B – CARTA DE ACEITE	32
ANEXO C – CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO	33

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde é um dos pilares fundamentais para o bem-estar e desenvolvimento de uma nação, refletindo diretamente na qualidade de vida e na equidade social de sua população. Os Estados Unidos e o Brasil, duas nações com dimensões continentais e diversidades culturais significativas, apresentam sistemas de saúde distintos em estrutura, financiamento e gestão. O sistema de saúde dos Estados Unidos é predominantemente baseado em seguros privados, com programas governamentais como Medicare e Medicaid atendendo segmentos específicos da população. Em contraste, o Brasil adota um modelo de saúde pública universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), que visa garantir acesso integral e equitativo aos serviços de saúde para toda a população (Bailey et al., 2017; Paim et al., 2020).

A análise comparativa entre esses dois sistemas é essencial para entender como diferentes abordagens influenciam o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde. Nos Estados Unidos, a implementação do Affordable Care Act (ACA) em 2010 representou uma tentativa significativa e reformar o sistema de saúde, expandindo a cobertura de seguro e buscando reduzir os custos de saúde. No entanto, apesar desses esforços, o sistema americano continua a enfrentar desafios relacionados à cobertura universal e ao alto custo dos cuidados de saúde (Blumenthal et al., 2020). Por outro lado, o SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, enfrenta desafios relacionados ao financiamento e à eficiência na prestação de serviços, apesar de seus princípios de universalidade e integralidade (Atun et al., 2017).

Este trabalho tem como objetivo analisar as diferenças estruturais e de financiamento entre o sistema de saúde dos Estados Unidos e o SUS do Brasil. Através de uma avaliação detalhada dos modelos de seguro saúde nos EUA, incluindo Medicare e Medicaid, e a comparação com o financiamento público e os princípios que fundamentam o SUS, busca-se compreender como essas diferenças afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para a população. A relevância deste estudo é amplificada pela necessidade de políticas de saúde que promovam a equidade e a eficiência, especialmente em um contexto de desafios globais como a pandemia de COVID-19, que testou os limites e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde em todo o mundo (Keesara et al., 2020).

A compreensão das forças e fraquezas inerentes a cada sistema de saúde é vital para a formulação de estratégias que visem a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Através deste estudo comparativo, espera-se contribuir para o debate sobre reformas de saúde e para a identificação de práticas inovadoras que possam ser adaptadas ou adotadas em diferentes contextos nacionais, visando a otimização dos recursos e a maximização dos resultados em saúde para as populações (Bousquat et al., 2017).

2 METODOLOGIA

Em trata-se de um estudo do tipo revisão de literatura narrativa, utilizando artigos obtidos por meio de busca em bases de dados: PUBMED , SciELO e Google acadêmico. Através dos seguintes descritores: “sistemas de saúde”, “saúde publica”, "Medicare”.

Foram incluídos neste estudo livros, artigos, editoriais publicados originalmente em português e inglês nas bases de dados selecionadas, que retratam objeto de pesquisa e que foram publicados entre os anos de 2011 e 2024. Em exclusão, foram colocados estudos duplicados e que não tiveram correlação com o objetivo deste estudo.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 OS SISTEMAS DE SAÚDE

O sistema de saúde dos Estados Unidos é complexo e multifacetado, caracterizando-se por uma combinação de financiamento público e privado, bem como pela prestação de serviços de saúde por entidades privadas e governamentais. O sistema é predominantemente baseado em seguros de saúde, com a maioria dos cidadãos obtendo cobertura por meio de seus empregadores ou através de planos de saúde privados. O Affordable Care Act (ACA), implementado em 2010, buscou expandir o acesso ao seguro saúde, embora ainda existam desafios significativos em termos de cobertura universal e custos de saúde (Blumenthal et al., 2020).

O Medicare e o Medicaid são os principais programas de saúde financiados pelo governo federal. O Medicare é um programa de seguro de saúde que atende principalmente a pessoas com 65 anos ou mais, bem como a indivíduos mais jovens com determinadas deficiências ou doenças renais em estágio terminal. O Medicaid, por outro lado, é um programa de assistência que serve a indivíduos e famílias com baixa renda e recursos limitados, sendo administrado pelos estados dentro de diretrizes federais (CMS, 2021).

3.2 SISTEMA DE SAÚDE: ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (EUA).

A prestação de serviços de saúde nos EUA é realizada por uma vasta rede de hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios médicos e outras instalações, que operam tanto no setor privado quanto no público. A qualidade dos serviços de saúde pode variar significativamente, com algumas das melhores instituições de saúde do mundo localizadas nos EUA. No entanto, o acesso a esses serviços de alta qualidade pode ser limitado por fatores como localização geográfica, cobertura de seguro e custos associados (Berwick & Hackbarth, 2018).

Os custos de saúde nos Estados Unidos são notoriamente altos em comparação com outros países desenvolvidos, e isso é atribuído a uma variedade de fatores, incluindo o alto preço dos serviços médicos, medicamentos e tecnologias de saúde, bem como a prevalência de práticas de cobrança e administração complexas. Apesar dos esforços para controlar os custos, como a introdução de

modelos de pagamento baseados em valor, os gastos com saúde continuam a crescer, representando um desafio econômico significativo (Papanicolas et al., 2018).

As disparidades de saúde são outro aspecto crítico do sistema de saúde dos EUA, com diferenças significativas nos resultados de saúde entre diferentes grupos populacionais, muitas vezes influenciadas por fatores socioeconômicos, raciais e étnicos. Essas disparidades são evidenciadas por diferenças nas taxas de doenças crônicas, expectativa de vida e acesso a cuidados preventivos e de qualidade (Bailey et al., 2017).

Em resposta a esses desafios, o sistema de saúde dos EUA está em constante evolução, com iniciativas e reformas sendo implementadas para melhorar o acesso, reduzir custos e aumentar a qualidade dos cuidados de saúde. A inovação tecnológica, a telemedicina e as abordagens de cuidados integrados são algumas das áreas em que se espera progresso significativo nos próximos anos (Keesara et al., 2020).

3.3 SISTEMA DE SAÚDE: BRASIL.

Quando falamos do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, sabemos que ele é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, oferecendo serviços universais e gratuitos a todos os cidadãos brasileiros. Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS foi criado com o intuito de superar o modelo de saúde anterior, que era segmentado e privilegiava quem tinha condições de pagar por seguros ou serviços privados. O sistema é financiado por impostos e contribuições sociais e é administrado por diferentes níveis de governo: federal, estadual e municipal (Paim et al., 2011).

A organização do SUS é baseada em princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. A universalidade garante que todos os cidadãos têm direito aos serviços de saúde sem qualquer discriminação. A integralidade assegura uma abordagem completa, incluindo a prevenção, o tratamento e a reabilitação. A equidade busca reduzir as desigualdades no acesso à saúde, e a descentralização visa a uma gestão mais eficiente e próxima das necessidades da população local. A participação social é

encorajada através de conselhos de saúde em todos os níveis, permitindo que a população tenha voz nas políticas de saúde (Bousquat et al., 2017).

O SUS é composto por uma rede de serviços que vai desde a atenção primária até serviços de alta complexidade. A atenção primária é considerada a porta de entrada do sistema, com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) desempenhando um papel central na promoção da saúde, prevenção de doenças e no gerenciamento de condições crônicas. As UBS são responsáveis por ações como vacinação, acompanhamento de gestantes e crianças, controle de doenças crônicas e atendimento de pequenas urgências (Macinko & Harris, 2015).

Caso haja necessidade, os pacientes são encaminhados para serviços de maior complexidade, como especialistas, hospitais e centros de referência. O SUS também inclui programas de saúde pública, como campanhas de vacinação e programas de controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Além disso, o sistema é responsável pela regulação e distribuição de medicamentos essenciais, muitos dos quais são fornecidos gratuitamente à população (Massuda et al., 2018).

Apesar de seus princípios e intenções louváveis, o SUS enfrenta desafios significativos, incluindo financiamento insuficiente, desigualdades regionais na distribuição de recursos e serviços, e dificuldades na gestão e na integração dos diferentes níveis de atendimento. Esses problemas são agravados por questões socioeconômicas e pela alta demanda de uma população que enfrenta tanto doenças infecciosas quanto um crescente fardo de doenças crônicas (Atun et al., 2015).

Iniciativas de reforma e inovação são constantemente propostas para melhorar a eficiência e a qualidade do SUS. A implementação de tecnologias de informação em saúde, a ampliação da atenção primária e a integração de serviços são algumas das estratégias adotadas para fortalecer o sistema. Além disso, a valorização dos profissionais de saúde e o investimento em infraestrutura são essenciais para garantir a sustentabilidade e a resiliência do SUS (PAIM et al., 2011).

O sistema de saúde privado no Brasil funciona como um complemento ao Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo serviços de saúde por meio de operadoras de planos de saúde e serviços médicos privados. Os planos de saúde podem ser contratados de forma individual ou coletiva, sendo que muitas empresas

oferecem planos de saúde como benefício aos seus funcionários. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão responsável por regular e fiscalizar o mercado de saúde suplementar no país, estabelecendo regras para a atuação das operadoras e garantindo a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2021).

Os planos de saúde privados oferecem diferentes níveis de cobertura, que podem incluir consultas médicas, exames, internações, procedimentos cirúrgicos e atendimento em emergências, dependendo do contrato estabelecido entre a operadora e o beneficiário. A cobertura dos planos é regulamentada pela ANS, que define um rol mínimo de procedimentos e eventos em saúde que devem ser cobertos pelas operadoras. Além disso, o setor privado conta com uma ampla rede de hospitais, clínicas e laboratórios que oferecem serviços de alta qualidade, muitas vezes com maior agilidade e conforto em comparação ao SUS, o que justifica a preferência de uma parcela da população que pode pagar por esses serviços (Scheffer et al., 2019).

No entanto, o sistema de saúde privado brasileiro enfrenta desafios, como o aumento dos custos dos planos de saúde e a judicialização da saúde, onde pacientes recorrem ao sistema judiciário para garantir o acesso a tratamentos e medicamentos não cobertos pelos planos. Esses desafios refletem a complexidade de equilibrar a sustentabilidade financeira das operadoras com a necessidade de fornecer cuidados de saúde abrangentes e de qualidade. Além disso, a pandemia de COVID-19 impôs pressões adicionais sobre o sistema de saúde privado, evidenciando a importância de um sistema de saúde robusto e resiliente para responder a crises sanitárias (Bousquat et al., 2020).

3.4 SISTEMAS DE SAÚDE: EUA X BRASIL.

A comparação entre o sistema de saúde dos Estados Unidos e o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil revela diferenças fundamentais em termos de estrutura, financiamento e acesso. O sistema de saúde dos EUA é predominantemente baseado em seguros privados, com uma participação significativa de programas governamentais como Medicare e Medicaid para segmentos específicos da população, como idosos e pessoas de baixa renda. Em

contraste, o SUS é um sistema público que oferece serviços de saúde universais e gratuitos a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua situação econômica (Paim et al., 2011; Blumenthal et al., 2020).

Nos EUA, o acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciado pela capacidade do indivíduo de pagar por um seguro de saúde ou pelos custos diretos dos cuidados. Isso resulta em disparidades significativas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. O Affordable Care Act (ACA) tentou mitigar essas questões, mas não conseguiu alcançar cobertura universal. No Brasil, o SUS foi criado com o princípio da universalidade, garantindo a todos os cidadãos o acesso a serviços de saúde sem custo no ponto de atendimento, embora haja desafios relacionados à qualidade e à eficiência dos serviços (Blumenthal et al., 2020; Paim et al., 2020).

O financiamento do sistema de saúde nos EUA é uma combinação de fundos públicos (federal e estadual) e pagamentos privados, incluindo prêmios de seguro, copagamentos e franquias. Os custos de saúde per capita e como proporção do PIB são os mais altos do mundo. O SUS, por outro lado, é financiado principalmente por meio de impostos e contribuições governamentais, com um orçamento que é distribuído entre os níveis federal, estadual e municipal para gerenciar e fornecer cuidados de saúde (Papanicolas et al., 2018; Massuda et al., 2018).

A estrutura de prestação de serviços de saúde também difere entre os dois países. Nos EUA, há uma mistura de prestadores de serviços privados e públicos, com uma ênfase significativa no setor privado. No Brasil, o SUS opera através de uma rede de serviços públicos que inclui hospitais, clínicas e laboratórios, embora o setor privado também desempenhe um papel complementar, especialmente para aqueles que têm planos de saúde privados (Berwick & Hackbarth, 2018; Macinko & Harris, 2015).

Em termos de resultados de saúde, ambos os países enfrentam desafios, embora de naturezas diferentes. Os EUA têm algumas das melhores tecnologias e serviços de saúde, mas isso não se traduz necessariamente em melhores resultados de saúde populacional, em parte devido às desigualdades no acesso aos cuidados. O SUS conseguiu melhorias significativas em indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, mas

ainda luta com a distribuição desigual de serviços e recursos, especialmente em regiões mais pobres do Brasil (Bailey et al., 2017; Atun et al., 2015).

A pandemia de COVID-19 testou a resiliência de ambos os sistemas de saúde. Nos EUA, a pandemia destacou as falhas do sistema, incluindo a falta de cobertura universal e a dificuldade de coordenar uma resposta em um sistema fragmentado. No Brasil, o SUS desempenhou um papel central na resposta à pandemia, apesar de enfrentar desafios de financiamento e capacidade (Keesara et al., 2020; Bousquat et al., 2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou realizar um comparativo meticuloso entre o sistema de saúde dos Estados Unidos e o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, dois modelos distintos que refletem as complexidades e os desafios inerentes à prestação de cuidados de saúde em contextos nacionais diversos. Através da análise das diferenças estruturais e de financiamento, foi possível identificar como essas características influenciam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população de ambos os países.

Em conclusão, este estudo comparativo reforça a necessidade de diálogo contínuo e de aprendizado mútuo entre diferentes sistemas de saúde. As lições aprendidas podem inspirar reformas que visem a equidade e a eficiência, com o objetivo de melhorar a saúde da população e de responder de forma eficaz a futuras crises sanitárias. A troca de experiências e práticas bem-sucedidas entre os sistemas de saúde dos EUA e do Brasil pode contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde mais inclusivas e sustentáveis, beneficiando não apenas as nações em questão, mas também a comunidade global.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2021). Dados e Indicadores do Setor. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_01.def Acesso em: 06/03/2024.
- Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., ... & Saleh, K. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/25458725> Acesso em: 08/03/2024.
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453-1463. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30569-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30569-X/abstract) Acesso em: 07/03/2024.
- Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2018). Eliminating waste in US health care. *JAMA*, 309(14), 1513-1516. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1148376> Acesso em: 06/03/2024.
- Blumenthal, D., Fowler, E. J., Abrams, M., & Collins, S. R. (2020). Covid-19 — Implications for the Health Care System. *The New England Journal of Medicine*, 383(15), 1483-1488. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32706956/> Acesso em: 07/03/2024.
- Bousquat, A., Giovanella, L., Campos, E. M. S., Almeida, P. F., Martins, C. L., Mota, P. H. S., ... & Viana, A. L. D. (2017). Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1141-1154. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63050551012.pdf> Acesso em: 06/03/2024
- CMS. (2021). CMS Program Statistics. Centers for Medicare & Medicaid Services. Disponível em: <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trendsand-reports/cms-program-statistics> Acesso em: 06/03/2024.
- Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and Health Care's Digital Revolution. *The New England Journal of Medicine*, 382(23), e82. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2005835> Acesso em: 07/03/2024
- Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23),

- 2177-2181. Disponível em:
<https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/28067/2/NEJM%20Brazil%20perspective%20Macinko%20Harris%202015%20.pdf> Acesso em: 04/03/2024.
- Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., de Castro, M. C., & Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, 3(4), e000829. Disponível em: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc6035510> Acesso em: 07/03/2014.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(11\)60054-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(11)60054-8/abstract) Acesso em: 05/03/2024.
- Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA*, 319(10), 1024-1039. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2674671> Acesso em: 06/03/2024.
- Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Miotto, B. A., & Mainardi, G. M. (2019). *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1436676/issue-97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf> Acesso em: 08/03/2024.

ANEXO A – ARTIGO PUBLICADO



ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ciências da Saúde, Volume 28 – Edição 138/SET 2024 / 05/09/2024

ESTRUTURA, FINANCIAMENTO E IMPACTOS NA ACESSO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

REGISTRO DOI: 10.69849/revistaft/ch10202409051840

Victoria Ribeiro da Silva Santini¹

Ana Carla Souza Costa²

RESUMO

Este artigo apresenta um estudo comparativo entre o sistema de saúde dos Estados Unidos e o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, destacando as diferenças estruturais e de financiamento e como elas afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Nos EUA, o sistema baseado em seguros privados e programas governamentais como Medicare e Medicaid enfrenta desafios de cobertura universal e custos elevados, apesar das reformas do Affordable Care Act. O SUS, com seus princípios de universalidade e integralidade, lida com questões de financiamento e eficiência operacional, apesar de avanços significativos

em indicadores de saúde. A pandemia de COVID-19 testou a resiliência de ambos os sistemas, revelando a necessidade de sistemas de saúde robustos e adaptáveis. O estudo conclui que o diálogo e o aprendizado mútuo entre os sistemas podem inspirar reformas para melhorar a saúde da população e responder a crises sanitárias.

Palavras-chave: Sistemas de saúde. Qualidade em saúde. Sistema único de saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

This article conducts a comparative analysis of the healthcare systems in the United States and Brazil's Unified Health System (SUS), examining structural and funding differences and their impact on healthcare access and quality. In the U.S., a predominantly private insurance based system supplemented by federal programs like Medicare and Medicaid grapples with challenges in achieving universal coverage and managing high healthcare costs despite the Affordable Care Act reforms. Conversely, Brazil's SUS, founded on principles of universality and comprehensiveness, faces funding and operational efficiency issues despite significant health indicator improvements. The COVID-19 pandemic has tested the resilience of both systems, underscoring the need for robust and adaptable healthcare frameworks. The study concludes that ongoing dialogue and mutual learning between the systems can inform reforms aimed at enhancing population health and effectively managing health crises.

Keywords: Health systems. Health quality. Unified Health System. Public health.

1 Introdução

significativa de reformar o sistema de saúde, expandindo a cobertura de seguro e buscando reduzir os custos de saúde. No entanto, apesar desses esforços, o sistema americano continua a enfrentar desafios relacionados

à cobertura universal e ao alto custo dos cuidados de saúde (Blumenthal et al., 2020). Por outro lado, o SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, enfrenta desafios relacionados ao financiamento e à eficiência na prestação de serviços, apesar de seus princípios de universalidade e integralidade (Atun et al., 2017).

Este trabalho tem como objetivo analisar as diferenças estruturais e de financiamento entre o sistema de saúde dos Estados Unidos e o SUS do Brasil. Através de uma avaliação detalhada dos modelos de seguro saúde nos EUA, incluindo Medicare e Medicaid, e a comparação com o financiamento público e os princípios que fundamentam o SUS, busca-se compreender como essas diferenças afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para a população. A relevância deste estudo é amplificada pela necessidade de políticas de saúde que promovam a equidade e a eficiência, especialmente em um contexto de desafios globais como a pandemia de COVID-19, que testou os limites e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde em todo o mundo (Keesara et al., 2020).

A compreensão das forças e fraquezas inerentes a cada sistema de saúde é vital para a formulação de estratégias que visem a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Através deste estudo comparativo, espera-se contribuir para o debate sobre reformas de saúde e para a identificação de práticas inovadoras que possam ser adaptadas ou adotadas em diferentes contextos nacionais, visando a otimização dos recursos e a maximização dos resultados em saúde para as populações (Bousquat et al., 2017).

2 Desenvolvimento – Os Sistemas de Saúde

O sistema de saúde dos Estados Unidos é complexo e multifacetado, caracterizando-se por uma combinação de financiamento público e privado, bem como pela prestação de serviços de saúde por entidades privadas e governamentais. O sistema é predominantemente baseado

em seguros de saúde, com a maioria dos cidadãos obtendo cobertura por meio de seus empregadores ou através de planos de saúde privados. O Affordable Care Act (ACA), implementado em 2010, buscou expandir o acesso ao seguro saúde, embora ainda existam desafios significativos em termos de cobertura universal e custos de saúde (Blumenthal et al., 2020).

O Medicare e o Medicaid são os principais programas de saúde financiados pelo governo federal. O Medicare é um programa de seguro de saúde que atende principalmente a pessoas com 65 anos ou mais, bem como a indivíduos mais jovens com determinadas deficiências ou doenças renais em estágio terminal. O Medicaid, por outro lado, é um programa de assistência que serve a indivíduos e famílias com baixa renda e recursos limitados, sendo administrado pelos estados dentro de diretrizes federais (CMS, 2021).

A prestação de serviços de saúde nos EUA é realizada por uma vasta rede de hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios médicos e outras instalações, que operam tanto no setor privado quanto no público. A qualidade dos serviços de saúde pode variar significativamente, com algumas das melhores instituições de saúde do mundo localizadas nos EUA. No entanto, o acesso a esses serviços de alta qualidade pode ser limitado por fatores como localização geográfica, cobertura de seguro e custos associados (Berwick & Hackbarth, 2018).

Os custos de saúde nos Estados Unidos são notoriamente altos em comparação com outros países desenvolvidos, e isso é atribuído a uma variedade de fatores, incluindo o alto preço dos serviços médicos, medicamentos e tecnologias de saúde, bem como a prevalência de práticas de cobrança e administração complexas. Apesar dos esforços para controlar os custos, como a introdução de modelos de pagamento baseados em valor, os gastos com saúde continuam a crescer, representando um desafio econômico significativo (Papanicolas et al., 2018).

As disparidades de saúde são outro aspecto crítico do sistema de saúde dos EUA, com diferenças significativas nos resultados de saúde entre diferentes grupos populacionais, muitas vezes influenciadas por fatores socioeconômicos, raciais e étnicos. Essas disparidades são evidenciadas por diferenças nas taxas de doenças crônicas, expectativa de vida e acesso a cuidados preventivos e de qualidade (Bailey et al., 2017).

Em resposta a esses desafios, o sistema de saúde dos EUA está em constante evolução, com iniciativas e reformas sendo implementadas para melhorar o acesso, reduzir custos e aumentar a qualidade dos cuidados de saúde. A inovação tecnológica, a telemedicina e as abordagens de cuidados integrados são algumas das áreas em que se espera progresso significativo nos próximos anos (Keesara et al., 2020).

Quando falamos do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, sabemos que ele é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, oferecendo serviços universais e gratuitos a todos os cidadãos brasileiros. Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS foi criado com o intuito de superar o modelo de saúde anterior, que era segmentado e privilegiava quem tinha condições de pagar por seguros ou serviços privados. O sistema é financiado por impostos e contribuições sociais e é administrado por diferentes níveis de governo: federal, estadual e municipal (Paim et al., 2011).

A organização do SUS é baseada em princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. A universalidade garante que todos os cidadãos têm direito aos serviços de saúde sem qualquer discriminação. A integralidade assegura uma abordagem completa, incluindo a prevenção, o tratamento e a reabilitação. A equidade busca reduzir as desigualdades no acesso à saúde, e a descentralização visa a uma gestão mais eficiente e próxima das necessidades da população local. A participação social é encorajada

através de conselhos de saúde em todos os níveis, permitindo que a população tenha voz nas políticas de saúde (Bousquat et al., 2017).

O SUS é composto por uma rede de serviços que vai desde a atenção primária até serviços de alta complexidade. A atenção primária é considerada a porta de entrada do sistema, com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) desempenhando um papel central na promoção da saúde, prevenção de doenças e no gerenciamento de condições crônicas. As UBS são responsáveis por ações como vacinação, acompanhamento de gestantes e crianças, controle de doenças crônicas e atendimento de pequenas urgências (Macinko & Harris, 2015).

Caso haja necessidade, os pacientes são encaminhados para serviços de maior complexidade, como especialistas, hospitais e centros de referência. O SUS também inclui programas de saúde pública, como campanhas de vacinação e programas de controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Além disso, o sistema é responsável pela regulação e distribuição de medicamentos essenciais, muitos dos quais são fornecidos gratuitamente à população (Massuda et al., 2018).

Apesar de seus princípios e intenções louváveis, o SUS enfrenta desafios significativos, incluindo financiamento insuficiente, desigualdades regionais na distribuição de recursos e serviços, e dificuldades na gestão e na integração dos diferentes níveis de atendimento. Esses problemas são agravados por questões socioeconômicas e pela alta demanda de uma população que enfrenta tanto doenças infecciosas quanto um crescente fardo de doenças crônicas (Atun et al., 2015).

Iniciativas de reforma e inovação são constantemente propostas para melhorar a eficiência e a qualidade do SUS. A implementação de tecnologias de informação em saúde, a ampliação da atenção primária e a integração de serviços são algumas das estratégias adotadas para fortalecer o sistema. Além disso, a valorização dos profissionais de saúde e

o investimento em infraestrutura são essenciais para garantir a sustentabilidade e a resiliência do SUS (Paim et al., 2011).

O sistema de saúde privado no Brasil funciona como um complemento ao Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo serviços de saúde por meio de operadoras de planos de saúde e serviços médicos privados. Os planos de saúde podem ser contratados de forma individual ou coletiva, sendo que muitas empresas oferecem planos de saúde como benefício aos seus funcionários. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão responsável por regular e fiscalizar o mercado de saúde suplementar no país, estabelecendo regras para a atuação das operadoras e garantindo a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2021).

Os planos de saúde privados oferecem diferentes níveis de cobertura, que podem incluir consultas médicas, exames, internações, procedimentos cirúrgicos e atendimento em emergências, dependendo do contrato estabelecido entre a operadora e o beneficiário. A cobertura dos planos é regulamentada pela ANS, que define um rol mínimo de procedimentos e eventos em saúde que devem ser cobertos pelas operadoras. Além disso, o setor privado conta com uma ampla rede de hospitais, clínicas e laboratórios que oferecem serviços de alta qualidade, muitas vezes com maior agilidade e conforto em comparação ao SUS, o que justifica a preferência de uma parcela da população que pode pagar por esses serviços (Scheffer et al., 2019).

A comparação entre o sistema de saúde dos Estados Unidos e o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil revela diferenças fundamentais em termos de estrutura, financiamento e acesso. O sistema de saúde dos EUA é predominantemente baseado em seguros privados, com uma participação significativa de programas governamentais como Medicare e Medicaid para segmentos específicos da população, como idosos e pessoas de baixa renda. Em contraste, o SUS é um sistema público que oferece serviços de saúde universais e gratuitos a todos os cidadãos

brasileiros, independentemente de sua situação econômica (Paim et al., 2011; Blumenthal et al., 2020).

Nos EUA, o acesso aos serviços de saúde é fortemente influenciado pela capacidade do indivíduo de pagar por um seguro de saúde ou pelos custos diretos dos cuidados. Isso resulta em disparidades significativas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde. O Affordable Care Act (ACA) tentou mitigar essas questões, mas não conseguiu alcançar cobertura universal. No Brasil, o SUS foi criado com o princípio da universalidade, garantindo a todos os cidadãos o acesso a serviços de saúde sem custo no ponto de atendimento, embora haja desafios relacionados à qualidade e à eficiência dos serviços (Blumenthal et al., 2020; Paim et al., 2020).

O financiamento do sistema de saúde nos EUA é uma combinação de fundos públicos (federal e estadual) e pagamentos privados, incluindo prêmios de seguro, copagamentos e franquias. Os custos de saúde per capita e como proporção do PIB são os mais altos do mundo. O SUS, por outro lado, é financiado principalmente por meio de impostos e contribuições governamentais, com um orçamento que é distribuído entre os níveis federal, estadual e municipal para gerenciar e fornecer cuidados de saúde (Papanicolas et al., 2018; Massuda et al., 2018).

A estrutura de prestação de serviços de saúde também difere entre os dois países. Nos EUA, há uma mistura de prestadores de serviços privados e públicos, com uma ênfase significativa no setor privado. No Brasil, o SUS opera através de uma rede de serviços públicos que inclui hospitais, clínicas e laboratórios, embora o setor privado também desempenhe um papel complementar, especialmente para aqueles que têm planos de saúde privados (Berwick & Hackbarth, 2018; Macinko & Harris, 2015).

devido às desigualdades no acesso aos cuidados. O SUS conseguiu melhorias significativas em indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, mas ainda luta

com a distribuição desigual de serviços e recursos, especialmente em regiões mais pobres do Brasil (Bailey et al., 2017; Atun et al., 2015).

A pandemia de COVID-19 testou a resiliência de ambos os sistemas de saúde. Nos EUA, a pandemia destacou as falhas do sistema, incluindo a falta de cobertura universal e a dificuldade de coordenar uma resposta em um sistema fragmentado. No Brasil, o SUS desempenhou um papel central na resposta à pandemia, apesar de enfrentar desafios de financiamento e capacidade (Keesara et al., 2020; Bousquat et al., 2020).

3 Considerações Finais

Este artigo buscou realizar um comparativo meticuloso entre o sistema de saúde dos Estados Unidos e o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, dois modelos distintos que refletem as complexidades e os desafios inerentes à prestação de cuidados de saúde em contextos nacionais diversos. Através da análise das diferenças estruturais e de financiamento, foi possível identificar como essas características influenciam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população de ambos os países.

Em conclusão, este estudo comparativo reforça a necessidade de diálogo contínuo e de aprendizado mútuo entre diferentes sistemas de saúde. As lições aprendidas podem inspirar reformas que visem a equidade e a eficiência, com o objetivo de melhorar a saúde da população e de responder de forma eficaz a futuras crises sanitárias. A troca de experiências e práticas bem-sucedidas entre os sistemas de saúde dos EUA e do Brasil pode contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde mais inclusivas e sustentáveis, beneficiando não apenas as nações em questão, mas também a comunidade global.

4 Referências Bibliográficas

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2021). Dados e Indicadores do Setor. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi->

bin/dh?dados/tabnet_01.def Acesso em: 06/03/2024

Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., ... & Saleh,

K. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247. Disponível em:

<https://europepmc.org/article/med/25458725> Acesso em: 08/03/2024

Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T.

(2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453-1463. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30569-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30569-X/abstract) Acesso em: 07/03/2024

Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2018). Eliminating waste in US health care. *JAMA*, 309(14), 1513-1516. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1148376> Acesso em: 06/03/2024

Blumenthal, D., Fowler, E. J., Abrams, M., & Collins, S. R. (2020). Covid-19—Implications for the Health Care System. *The New England Journal of Medicine*, 383(15), 1483-1488. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32706956/> Acesso em: 07/03/2024

Bousquat, A., Giovanella, L., Campos, E. M. S., Almeida, P. F., Martins, C. L., Mota, P. H. S., ... & Viana, A. L. D. (2017). Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1141-1154. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/630/63050551012.pdf> Acesso em: 06/03/2024

CMS. (2021). CMS Program Statistics. Centers for Medicare & Medicaid Services. Disponível em: <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/cms-program-statistics> Acesso em: 06/03/2024

Keesara, S., Jonas, A., & Schulman, K. (2020). Covid-19 and Health Care's Digital Revolution. *The New England Journal of Medicine*, 382(23), e82. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2005835> Acesso em: 07/03/2024

Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil's family health strategy—delivering community based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2177-2181. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/28067/2/NEJM%20Brazil%20perspective%20Macinko%20Harris%202015%20.pdf> Acesso em: 04/03/2024

Massuda, A., Hone, T., Leles, F. A. G., de Castro, M. C., & Atun, R. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, 3(4), e000829. Disponível em: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc6035510> Acesso em: 07/03/2014

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/abstract) Acesso em: 05/03/2024

Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA*, 319(10), 1024-1039. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2674671> Acesso em: 06/03/2024

Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Miotto, B. A., & Mainardi, G. M. (2019). *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1436676/issue97e48472142cfdd1cd5d5b5ca6831cf4.pdf> Acesso em: 08/03/2024

¹Graduanda em Odontologia na Faculdade Edufor, Brasil. E-mail: vrsantini@yahoo.com;

²Doutora em Odontologia. Professora da Graduação em Odontologia na Faculdade Edufor, Brasil. E-mail: ana.costa@edufor.edu.br

[← Post anterior](#)

[Post seguinte →](#)

RevistaFT

A RevistaFT tem 28 anos. É uma Revista Científica Eletrônica Multidisciplinar Indexada de Alto Impacto e Qualis “B2”.

Periodicidade mensal e de acesso livre. Leia gratuitamente todos os artigos e publique o seu também [clikando aqui](#).



Contato

Queremos te ouvir.

WhatsApp RJ:
(21) 98275-4439

WhatsApp RJ:
(21) 98159-7352

WhatsApp SP:
(11) 98597-3405

e-Mail:
contato@revistaf
t.com.br

ISSN: 1678-0817

CNPJ:
48.728.404/0001-
22

**FI= 5.397 (muito
alto)**

Fator de impacto é um método bibliométrico para avaliar a importância de

Conselho Editorial

Editores

Fundadores:

Dr. Oston de Lacerda Mendes,
Dr. João Marcelo

Gigliotti.

Editor

Científico:

Dr. Oston de Lacerda Mendes

Orientadoras:

Dra. Hevellyn Andrade Monteiro

Dra. Chimene Kuhn Nobre

Revisores:

Lista atualizada periodicamente em

periódicos revistaft.com.br/e
científicos em xpediente Venha
suas respectivas fazer parte de
áreas. Uma nosso time de
medida que revisores
reflete o número também!
médio de
citações de
artigos
científicos
publicados em
determinado
periódico, criado
por Eugene
Garfield, em que
os de maior FI
são considerados
mais
importantes.

ANEXO B – CARTA DE ACEITE



CARTA DE ACEITE

Declaro para devidos fins que o artigo intitulado

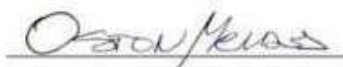
**ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O SISTEMA DE
SAÚDE DOS EUA E O SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE BRASILEIRO: UMA REVISÃO DE
LITERATURA ESTRUTURA, FINANCIAMENTO E
IMPACTOS NA ACESSO E QUALIDADE DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE**

De autoria de:

**Victoria Ribeiro da Silva Santini
Ana Carla Souza Costa**

Foi aprovado pela Revista
ft e será publicado na

Edição Nº 138 - Volume 28 - Setembro 2024



Dr. Oston Mendes

Fundador e Editor-Chefe



Revistaft Multicentífica - ISSN:1678-0817 CNPJ:48.728.404/0001-
22 R. José Linhares, 134 - Leblon - Rio de Janeiro - RJ- Brasil.

ANEXO C – CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO



Certificamos que o artigo

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

de autoria de

**Victoria Ribeiro da Silva Santini;
Ana Carla Souza Costa**

foi publicado na **Revista ft** em 05/09/2024
ISSN: 1678-0817 - Volume 28 - Edição 158 - Págs. 40 e 41
DOI: <https://www.doi.org/Registro/10.69849/revistaft/ch10202409051840>



Dr. Oston Mendes
Editor

Revista ft | <https://www.revistaft.com.br>
ISSN: 1678-0817 | **CNPJ:** 48.728.404/0001-22
R. José Linhares, 134 - Leblon - Rio de Janeiro - RJ

