

Percepções sobre a *americanização* da Saúde no Brasil

Ramiro Sant'Ana¹

Sumário

1. Introdução 2. A contextualização do sistema de saúde brasileiro no âmbito internacional a partir da relação público-privado 3. A tese da americanização da saúde brasileira: entender as semelhanças com o modelo norte-americano pode contribuir para a construção de alternativas para o Brasil? 4. Brasil e Estados Unidos: aprendizados a partir da comparação entre os sistemas de saúde 4.1. Aprendizados sobre o processo de construção das políticas públicas: a ação dos grupos de interesse 4.2. Aprendizados sobre o financiamento da saúde 4.3. As semelhanças nos resultados: segmentação, precarização e exclusão 5. Conclusão. Referências

1. Introdução

A assistência à saúde de qualidade segue entre os principais anseios do cidadão brasileiro. Três décadas após a promulgação da Constituição, os inúmeros obstáculos ainda existentes trazem a tais anseios tons de preocupação para as pessoas e de desafio para as instituições.

O desafio institucional de organizar o Sistema de Saúde brasileiro e ofertar, no tempo certo e modo adequado, os serviços que a população necessita foi missão assumida, ao longo do século XX, pelo Poder Legislativo e, especialmente, pelo Poder Executivo. Diversas foram as iniciativas que moldaram as ações e serviços de saúde nacionais que culminaram, em 1988, na consagração no texto constitucional de direito à saúde, de caráter universal e igualitário.

A formulação dada pela Constituição Brasileira ao SUS é o reconhecimento jurídico e prático de que o mercado, apenas, não pode garantir o direito universal à saúde²: o

¹ Ramiro Nóbrega Sant'Ana é Doutor em Direito, Defensor Público do Distrito Federal, Membro do Fórum da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, e Professor da Graduação e Pós-Graduação do IDP. Contato: ramirons@gmail.com

² CAMPOS, G. W. de S.. Paradoxos na construção do SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, pp. 705-708, Set. 2015, p. 707.

Estado brasileiro deve também atuar. A implementação prática da arquitetura constitucional projetada para o SUS, infelizmente, apresenta uma série de distorções. Gastão Wagner bem resume a situação, ao afirmar que, no plano concreto, tem-se “elaborado normas, adotado modelos de gestão e de financiamento contrários à racionalidade das políticas e dos sistemas públicos de saúde”.³

O descompasso entre o desenho constitucional e a realidade institucional tem gerado reflexos negativos no acesso da população, pois a assistência à saúde no Brasil, numa perspectiva institucional, está constituída por dois segmentos que configuram uma “dupla institucionalidade”⁴. A regulamentação jurídico-formal não tem organizado claramente a interação desse *mix* público-privado e, tampouco, logrado criar vínculos entre as duas modalidades assistenciais⁵. Pelo contrário, a evolução do aparato jurídico-legal tem sancionado o redirecionamento dos recursos públicos para o financiamento dos planos de saúde e suas redes de serviços, bem como mascarado a vigência de políticas públicas de inclusão seletiva de demandas⁶. Em suma, o Estado brasileiro tem perpetuado um padrão degradado de relação entre público-privado, mesmo que o SUS tenha sido arquitetado com outro propósito. Os recursos organizacionais que a burocracia sanitária tem se esforçado em implementar a fim de assegurar caráter público ao sistema não têm logrado superar as contradições entre as diretrizes constitucionais e a realidade institucional⁷. A realidade tem sido de exclusão das classes populares – na concepção e na implementação das políticas públicas – e de manutenção de privilégios para uma minoria organizada, que, enquanto “puder separar a sua sorte da sorte da maioria, separará”.⁸

Com o objetivo de melhor entender esse descompasso entre organização constitucional e prática institucional, conduzimos o foco do presente artigo para a comparação entre os sistemas de saúde do Brasil e dos Estados Unidos (EUA). Esta comparação é muito esclarecedora acerca dos principais desafios, contradições e tendências atuais da saúde pública brasileira, pois, embora os dois sistemas partam de princípios jurídicos e institucionais muito distintos, as práticas políticas e institucionais guardam muitas semelhanças. Essa correlação não é recente, tampouco está restrita ao âmbito da saúde: os dois países compartilham várias características e desafios no âmbito da vida política e social e isso se reflete nos resultados dos respectivos sistemas de saúde. Nesse sentido, Maria Lúcia Werneck Vianna afirma que há muito enfrentamos, no Brasil, um processo de “americanização” no âmbito da proteção social, o qual é especialmente sentido na saúde⁹. Em

³ Idem

⁴ MENICUCCI, T. M. G.. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 291.

⁵ Idem.

⁶ BAHIA, L.. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n.5, pp.1385-1397, 2008, p. 1389.

⁷ CAMPOS, G. W. de S., op. cit., p. 708.

⁸ UNGER, R. M.. Saúde: questão de consciência. São Paulo, 24 jan. 2010. *Tendências e Debates*. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz2401201009.htm> Acesso em: 06 jul. 2016.

⁹ WERNECK VIANNA, M. L. T. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 2011, *passim*

sentido semelhante, Paulo Faveret e Pedro Oliveira afirmam que, embora a Reforma Sanitária tenha se inspirado no paradigma inglês, manteve-se a tendência estrutural mais próxima ao modelo estadunidense, cujas características centrais seriam a hegemonia privada e a ação residual do Estado¹⁰.

Tal quadro leva-nos a considerar que a compreensão da experiência norte-americana é oportunidade para melhor enxergar nossos próprios problemas, evitar erros e pensar em alternativas institucionais para a saúde pública, inclusive no campo da judicialização da saúde.

Para alcançar os objetivos acima expostos, iniciamos esse o desenvolvimento da pesquisa com contextualização do modelo brasileiro em perspectiva com os diferentes arranjos que a interface público-privado pode assumir no financiamento e na oferta dos serviços de saúde. Em seguida, passamos ao debate sobre a americanização das políticas de saúde e como ele influencia a análise dos desafios que a interface entre público e privado tem apresentado para os sistemas de saúde com perfil universalista, como é o caso do Brasil. Avançamos com a exposição das semelhanças marcantes entre Brasil e EUA, que reforçam a importância e a utilidade da comparação entre os dois modelos, a fim de imaginar alternativas institucionais para o cenário da saúde no Brasil. Por fim, nós voltamos para as semelhanças encontradas entre os modelos de saúde brasileiro e estadunidense que nos permitam melhor compreender as distorções atuais de nosso sistema de saúde e, assim, explorar o potencial de imaginação institucional na percepção de que, de fato, está em curso um processo de americanização da saúde no Brasil.

2. A contextualização do sistema de saúde brasileiro no âmbito internacional a partir da relação público-privado

A conformação dos variados sistemas nacionais de saúde se fez ao longo do século XX, contudo, é só a partir da década de 1990 que são observadas muitas reformas nos países democráticos que tendem tanto a aumentar a participação da iniciativa privada¹¹ quanto a reforçar o papel do Estado como financiador ou como prestador dos serviços de saúde¹². Esse movimento de vetores contrapostos – que é claramente observado no Brasil¹³ – resulta na formação de sistemas com um *mix* público-privado.

¹⁰ FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J.. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 3, pp. 139-162, 1990, pp. 140 e 143-147.

¹¹ Essa tendência mundial coincide com a assunção pelo Banco Mundial, ao final dos anos de 1980, do papel predominante de orientação da agenda internacional da saúde em detrimento da liderança até então exercida pela Organização Mundial da Saúde. (ALMEIDA, C. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul em Saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: *A Saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/SAE-PR, v.1, 2013, p. 265.)

¹² GLOPPEN, S.. *Litigating Health Rights: Framing the Analysis*. In: GLOPPEN, Siri. *Litigating Health Rights: Can Courts Bring more Justice to Health*. Cambridge: Harvard University Press, 2011, p. 19.

¹³ Nesse sentido, entre vários outros, conferir: CAMPOS, G. W. S.. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992, pp. 17-33.

do tanto na oferta quanto no financiamento dos serviços de saúde.

A coexistência entre tais setores tornou-se regra, de forma que não há notícia de sociedade capitalista despida de participação da iniciativa privada¹⁴. O diferencial entre os sistemas nacionais passou a ser definido pela conformação adotada entre público e privado para, de um lado, ofertar e regular os serviços e, de outro, promover o seu financiamento. Avançamos, no presente tópico, com a contextualização do sistema brasileiro em face desse desafio, iniciando pela questão do financiamento, e, após, seguiremos de modo a avaliar a oferta dos serviços.

Nas pesquisas realizadas no Brasil, é muito comum se recorrer à comparação com o contexto internacional para identificar as distorções de financiamento do nosso modelo de saúde, sobretudo quanto à situação peculiar de coexistência de financiamento predominantemente privado e modelo de sistema de acesso universal. Nesse sentido, Sérgio Piola *et al* chamam atenção para o fato de o Brasil possuir dispêndio total em saúde semelhante à média dos países que integram a OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico –, inclusive daqueles que possuem sistemas universais, contudo, ostentar, também, gasto público muito baixo para “ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral”¹⁵. Fabíola Vieira e Rodrigo Benevides destacam que o gasto público com saúde do Brasil se situa até mesmo abaixo daquele encontrado em “países da América Latina nos quais a saúde não constitui um dever do Estado”¹⁶.

Os estudos comparativos internacionais corroboram a afirmação dos pesquisadores brasileiros. Dentre eles, merece destaque¹⁷ o estudo “Panorama da Saúde 2023”¹⁸ (*Health at a Glance*), realizado de forma bienal pela OCDE, cuja publicação tem por objetivo fazer a comparação dos sistemas de saúde entre os países-membros da OCDE e os “países parceiros”, incluídos o Brasil e outros grandes países em desenvolvimento, como Rússia, Índia, China e África do Sul (todos membros do BRICS¹⁹). O referido estudo, dentre várias outras informações, expõe dados e os compara com gráficos sobre o financiamento da saúde dos diversos países, a partir do gasto anual *per capita* e do gasto/investimento em saúde em porcentagem do Produto Interno Bruto – PIB –, com segmentação que permite visualizar a proporcionalidade da dis-

¹⁴ BUSS, P. M.; LABRA, M. E.. **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 20.

¹⁵ PIOLA, S.F.; PAIVA, A. B.; SÁ, E. B.; SERVO, L. M. S.. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. *Rev. Análise Econômica*, Porto Alegre, ano 30, n. especial, pp. 9-33, 2012, pp. 11-12.

¹⁶ VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S.. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revistas de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, Brasília: UnB, v. 10, n. 3., 2016, p. 9.

¹⁷ Adotamos o estudo da OCDE em razão do seu foco em países cuja comparação com o Brasil é mais pertinente: economias desenvolvidas e grande economias em desenvolvimento.

¹⁸ OCDE (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>. Acesso em: 20 nov. 2023.

¹⁹ BRICS é o acrônimo utilizado para referência aos países mencionados, que formam um grupo político de cooperação integrado por grandes economias emergentes.

tribuição dos recursos oriundos do setor público e do privado.

A leitura do referido estudo permite observar que o percentual do PIB investido pelo Brasil em saúde é significativo (9,8%, dados de 2022), pois superior à média da OCDE e de todos os países do BRICS. Por outro lado, o gasto *per capita* é relativamente baixo, pois bem inferior à média da OCDE e de outros grandes países latino-americanos, como Colômbia, Chile e Argentina. O fato que chama mais atenção, contudo, é a composição dos investimentos público e privado, em que há ligeira predominância do segundo.

No referido estudo, é possível confirmar a recorrente afirmação, nos estudos acadêmicos brasileiros²⁰, de que os países que construíram sistemas prioritariamente públicos e de acesso universal – a exemplo da Inglaterra, França, Espanha – variam quanto ao nível de gasto em saúde, mas mantêm como característica comum e constante o amplo predomínio do financiamento público em relação ao privado. Mesmo na média, o conjunto dos países da OCDE apresenta a participação das fontes públicas no financiamento em torno de 73% da despesa total²¹. Apenas países como Estados Unidos e Índia, que não têm sistemas com cobertura universal, têm ampla predominância do financiamento e da oferta dos serviços de saúde pelo setor privado.

Este é, portanto, o “problema central” comumente apontado no financiamento da saúde no Brasil: o gasto público é muito baixo para o país manter cobertura universal e atendimento integral de forma efetiva. A composição de investimento, de fato, é típica de países como os EUA, que não adotaram o ideal de universalidade, tanto que se especula que o Brasil seja o único país com previsão legal de sistema universal onde o gasto privado é maior que o público²². Assim, apesar de as escolhas institucionais sedimentadas na Constituição se inspirarem nas experiências de países de alta renda – que mantêm padrão de maior investimento público na saúde²³, o Brasil segue reproduzindo o padrão de subfinanciamento da saúde historicamente observado nas economias emergentes²⁴ e nas de baixa renda.²⁵

Ao lado da análise da composição do financiamento na saúde, é necessário observar em cada sistema como se dá o arranjo público-privado na oferta dos serviços de saúde. Os sistemas atuais mesclam elementos públicos e privados tanto no âmbito do financiamento, conforme destacamos, quanto na forma da prestação de serviços²⁶. Assim, para contextualização do modelo brasileiro é relevante compreender como

²⁰ PIOLA, S.F.; PAIVA, A. B.; SÁ, E. B.; SERVO, L. M. S., op. cit., p. 11.

²¹ OCDE (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, p. 163.

²² PIOLA, S.F.; PAIVA, A. B.; SÁ, E. B.; SERVO, L. M. S., op. cit., p. 11.

²³ SCHIEBER, G. J. *et al.* Financing global health: Mission unaccomplished. *Health Affairs*, v. 25, n. 4, pp. 921-934, 2007, pp. 923-924.

²⁴ BRITNELL, M. *In Search of the Perfect Health System*. Londres/Nova Iorque: Macmillan Education/Palgrave, 2015, p. 156.

²⁵ SCHIEBER, G. J. *et al.*, op. cit., loc. cit.

²⁶ SANTOS, I. S. *et al.* O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1431-1440, 2008, p. 1432.

outros países i) definem qual parcela da população terá acesso à cobertura pública; ii) estruturam a relação entre público e privado; e iii) definem a função desempenhada pelo mercado de seguros de saúde.

Quanto ao primeiro ponto, nos países da OCDE pode-se identificar três abordagens para a questão de como assegurar acesso à saúde para a população. A maior parte dos países alcançou cobertura universal – ou quase universal – por um sistema nacional de saúde pública (ex.: países nórdicos, países europeus ocidentais e mediterrâneos, Canadá, Nova Zelândia, Japão, Coréia). É esse o caso também do Brasil, embora a universalização tenha sido acompanhada da tendência à precarização dos serviços acessados pelas classes populares²⁷. Já um segundo grupo financia cobertura pública básica para grupos específicos da população, deixando os demais com a opção de comprar seguros privados, autosseguros ou permanecem sem cobertura (ex.: Alemanha, EUA e Holanda). A Suíça apresenta um terceiro modelo, no qual a cobertura universal é alcançada pela obrigação a toda a população de contratar seguros para saúde básica. Os modelos são variados, mas, regra geral, a cobertura universal foi alcançada, com exceção de 3 países que mantêm cobertura abaixo de 90% da população: EUA, México e Romênia.²⁸

Quanto ao segundo ponto, pesquisa de Carolyn Tuohy *et al* identifica ao menos quatro padrões de estruturação da relação público-privado: a) Sistemas Paralelos: quando um sistema financiado privadamente existe como alternativa ao público; b) Co-pagamento: quando, para um amplo rol de serviços, o financiamento é subsidiado por fontes públicas, mas complementado com recursos do paciente ou do seguro de saúde; c) Segmentado (*group-based*): nas situações em que determinados grupos da população têm acesso à cobertura pública e outros, à cobertura privada; d) Setorial: quando certos setores dos serviços de saúde são inteiramente financiados pelo Estado e os demais dependem basicamente do aporte de recursos privados²⁹.

Os sistemas de saúde em cada nação combinam esses vários padrões, mas, é possível perceber tendência, em cada país, em direção a um desses modelos. Identificar tais tendências é relevante, pois o estudo de como são delineadas as fronteiras entre público e privado em determinado contexto pode ser muito útil a outros países que reúnam elementos semelhantes³⁰. No que interessa à compreensão da realidade brasileira, importante notar que o Reino Unido – base para o modelo normativo do SUS – combina a cobertura pública de um amplo rol de serviços com um pequeno nicho orientado para sistema privado paralelo³¹, já os EUA – sistema para o qual temos nos orientado – é o

²⁷ SANTANA, R.N. *A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde*. Tese de Doutorado, Uniceub, Brasília, 2017, *passim*.

²⁸ OCDE (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, p. 10.

²⁹ TUOHY, C. et al. How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Duke University Press, v. 29 (3), pp.359-396, 2004, p. 360-361.

³⁰ *Ibidem*, p. 361.

³¹ *Ibidem*, p. 361-362.

exemplo primário de modelo segmentado e representa ponto fora da curva na comparação com os outros países da OCDE, tendo em vista a baixa proporção de participação do financiamento público e a significativa população sem cobertura³².

No que tange ao terceiro ponto – funções do mercado de seguros privados de saúde – novamente o critério utilizado pela OCDE é útil, pois leva em consideração a perspectiva do acesso dos indivíduos à cobertura pública ou privada, bem como as variadas funções que o mercado privado pode assumir³³.

Segundo a OCDE, nos países em que não há cobertura pública universal, o mercado privado pode ter a função “primária” para parte significativa da população, seja para aqueles não elegíveis para a cobertura pública (primário e principal) seja para os que decidem não optar por ela (primário e substitutivo). Nos países com cobertura pública universal, o mercado privado assume funções diversas: a função será “duplicada” quando o mercado oferta cobertura paralela, no todo ou em parte, aos serviços mantidos pelo estado; função será “suplementar” quando o mercado ofertar seguros para os riscos à saúde não incluídos na cobertura básica de financiamento público; por fim, a atuação será “complementar” nos países com seguros de financiamento público nos quais os seguros privados ofereçam ao paciente a reparação de custos exigida pelo sistema público. Na maior parte dos países da OCDE, o mercado de seguros desempenha mais de uma função, embora usualmente alguma delas seja mais proeminente.³⁴

O sistema privado no Brasil é denominado “suplementar” pela Constituição, mas, apesar de realmente possuir esse atributo, sua característica proeminente é a “duplicação” da cobertura ofertada pelo serviço público³⁵. No Reino Unido, o sistema privado também teve como função proeminente a “duplicação” em relação ao serviço público, ofertando aos seus consumidores um sistema alternativo e paralelo de entrega de serviços de saúde³⁶. Estudos mais recentes, contudo, já apontam a função suplementar como mais recorrente³⁷.

A despeito da função desempenhada, se de duplicação ou de suplementação, é fato que a maior parte do investimento privado no Reino Unido está concentrado em um nicho pequeno, orientado e estável no tempo, que tem mantido papel de certa dependência em relação ao setor público para obter seus recursos humanos primários³⁸. Aliás, de forma geral, nos países da OCDE o mercado privado tem assumido

³⁵ SANTANA, R.N. *A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde*. Tese de Doutorado, Uniceub, Brasília, 2017, *passim*.

³⁶ COLOMBO, F.; TAPAY, N.. Private Health Insurance in OECD Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. *OECD Health Working Paper*, OECD Publishing, Paris, n. 15., 2004, p. 14. Vale destacar que situação semelhante ocorre na Austrália, na Espanha e na Irlanda.

³⁷ SAGAN, A.; THOMSON, S.. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation (Observatory Studies Series, 43). *WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies*, Copenhagen, 2016, p. 13.

³⁸ TUOHY, C. *et al.* How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Duke University Press, v. 29, n. 3, pp.359-396, 2004, p. 362

papel de suporte ao setor público³⁹. A situação é diferente nos países onde o mercado privado é a fonte primária de cuidado, como nos EUA, pois a cobertura privada se mostra mais abrangente⁴⁰. No Brasil, por sua vez, o setor privado tem ampliado intensamente sua cobertura, tanto no número de usuários quanto nas opções de serviços ofertados e, mesmo para os padrões dos países emergentes, é peculiar a elevada participação do mercado de seguros na configuração do sistema de saúde.⁴¹

A contextualização do modelo brasileiro a partir dos três aspectos acima expostos permite afirmar que, embora tenha-se optado corretamente⁴² pela cobertura universal, as características do sistema são destoantes do modelo escolhido. Isso porque a relação público-privado se estruturou em bases que permitiram a sedimentação de um amplo sistema privado paralelo aliado à forte segmentação do acesso à saúde. Além disso, no que concerne à função desempenhada pelo mercado de seguros de saúde, esta é predominantemente duplicada, e não suplementar, como prevê a Constituição de 1988.

O complexo e peculiar contexto que, resumidamente, está exposto acima, reflete na avaliação que os próprios órgãos governamentais fazem sobre o sistema brasileiro de saúde. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por exemplo, afirma que a “organização dos serviços de saúde no Brasil é do tipo misto, com um sistema público de acesso universal (SUS) e um sistema privado de seguros e planos de saúde, sendo que a cobertura deste último está claramente relacionada ao nível de renda (...)”⁴³. Da mesma forma, vários pesquisadores brasileiros⁴⁴ e estrangeiros⁴⁵ afirmam ser “misto” o sistema brasileiro. Embora tal taxonomia não represente a complexidade da realidade institucional do SUS, ela ilustra bem o papel estrutural da iniciativa privada.

Feitas tais considerações, as impressões advindas do contexto internacional apontam para o profundo descompasso entre modelo constitucional e normativo da saúde e a realidade do sistema encontrado na prática institucional. Além disso, é possível afirmar, também, que a conformação atual do modelo brasileiro resultou em arranjo institucional cujos resultados são mais próximos ao modelo norte-americano – segmen-

³⁹ Para fins de esclarecimento, importante destacar que após a realização da busca os julgados são apresentados em ordem cronológica, com indicação numérica, partindo dos julgados mais recentes até o mais antigo.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 15.

⁴¹ COSTA, N. R.; VAITSMAN, J.. Universalization and Privatization: How Policy Analysis can Help Understand the Development of Brazil's Health System. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, v. 16, n. 5, pp. 441-456, out/2014, p. 454.

⁴² A cobertura universal é, sem margem para dúvidas, a forma mais efetiva de organização de um sistema de saúde, tanto que está em expansão. Nesse sentido, conferir: BRITNELL, M. *In Search of the Perfect Health System*. Londres/Nova Iorque: Macmillan Education/Palgrave, 2015, pp. 154-155.

⁴³ FIOCRUZ. *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, pp. 73-74.

⁴⁴ MENICUCCI, T. M. G.. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 161.

⁴⁵ GLOPPEN, Siri. *Litigating Health Rights: Framing the Analysis*. In: GLOPPEN, Siri. *Litigating Health Rights: Can Courts Bring more Justice to Health*. Cambridge: Harvard University Press, 2011, pp. 19-20.

tado e com forte participação do setor privado⁴⁶ – do que ao paradigma britânico. Tais semelhanças, segundo Maria Lúcia Werneck Vianna, não são uma contingência atual, mas sim um processo que ela denomina “americanização” da seguridade social, especialmente observado na saúde pública brasileira, que ela assim resume:

(...) a despeito das britânicas intenções reformistas e da proposta beveridgeana sancionada constitucionalmente, o modelo brasileiro de proteção social, na prática, cada vez mais americano. Pois, ainda que formalmente universais e imaginadas como indutoras de cidadania, as provisões públicas se resumem a parques benefícios para os pobres, enquanto ao mercado cabe oferta de proteção àqueles cuja situação permite a obtenção de planos ou seguros privados.⁴⁷

Entender o referido processo de americanização da proteção social – que está cada vez mais agudo no campo da saúde brasileira⁴⁸ – é o objetivo seguinte do presente artigo. Tal percepção contribui para a identificação dos principais desafios da saúde pública⁴⁹. Assim, o presente estudo avança para analisar a tese sobre a americanização da proteção social na situação brasileira.

3. A tese da americanização da saúde brasileira: entender as semelhanças com o modelo norte-americano pode contribuir para a construção de alternativas para o Brasil?

O paradigma da proteção social pelo Estado floresceu sob o modelo da social-democracia, que se tornou o mais admirado formato das sociedades avançadas. Tal paradigma, contudo, está, há muito tempo, em retração em seu berço europeu⁵⁰. O papel do Estado tem sido reduzido e os serviços públicos, destinados à execução de terceiros⁵¹. Nesse contexto, a construção de alternativas institucionais tem se limitado a imaginar o melhor da tentativa de casar a flexibilidade econômica do estilo norte-americano com a proteção social de cepa europeia⁵², de forma que tornou-se recorrente a tentativa de se comparar os dois “modelos”, usualmente considerados fundamentalmente diferentes⁵³,

⁴⁶ Nos Estados Unidos, além de o setor privado desempenhar a função primária e principal do sistema de saúde, o mercado de seguros ainda oferece produtos para contratação de cobertura suplementar e complementar (COLOMBO, F.; TAPAY, N., op. cit., p. 12).

⁴⁷ WERNECK VIANNA, M. L. T. *A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 138.

⁴⁸ SANTOS, I. S.. The solution to SUS is not a Brazilcare. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S.l.], v. 10, n. 3, set. 2016.

⁴⁹ Para um exemplo dessa afirmação, conferir: SANTOS, I. S.. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, pp. 2743-2752, 2011, p. 2746.

⁵⁰ UNGER, R. M. *The Left Alternative*. Nova Iorque: Verso, 2009, p. 83.

⁵¹ MAZZUCATO, Mariana. *The Entrepreneurial State: debunking public vs. private sector myths*. Nova Iorque: PublicAffairs, 2015, p. 213.

⁵² UNGER, R. M., 2009, op. cit., p. xxii.

⁵³ ALBER, J.. What the European and American welfare states have in common and where they differ - Facts and fiction in comparisons of the European Social Model and the United States. *Journal of European Social Policy*, v. 20, n. 2, 2010, p. 102.

na busca por identificar se a desestruturação do *Welfare* e a subordinação ao mercado privado já teriam conduzido a uma “americanização” da política social europeia⁵⁴, última “trincheira” da social democracia⁵⁵.

Essa tensão também está presente no Brasil que, reiteradamente, busca adaptar às suas circunstâncias o modelo dos países ricos do Atlântico Norte⁵⁶. Em razão de tal situação, cotejamos a tese da americanização da saúde ao contexto do Brasil, de modo a identificar como a influência do modelo norte-americano se desenvolve em nosso país.

O caso brasileiro, diferentemente de seu paradigma britânico, tem se caracterizado pela dificuldade em construir e imaginar arranjos institucionais que permitam conduzir a relação entre público e privado a bons resultados para o acesso à saúde da população em geral e, mais especificamente, das classes populares. A atuação estatal, de um lado, tem favorecido a contínua expansão do mercado de seguros e a diminuição do seu rol de cobertura e, de outro, a precarização do setor público: perda da extensão universal da atenção à saúde, dificuldades de acesso, falta de avaliação e controle dos serviços, carência de financiamento, utilização privada de recursos públicos, entre outros.⁵⁷

É necessário reconhecer a importância de se imaginar, para o Brasil, novos arranjos institucionais que permitam aliar o que de melhor os setores público e privado têm a oferecer à população. Em outras palavras, a reprodução das formas ou dos princípios institucionais britânicos – paradigmas para a formulação do SUS - pouco servem aos fins de melhoria do acesso à saúde no Brasil hoje; mais relevante é compreender que boa parte do “sucesso” alcançado pelo NHS está em sua capacidade de aprender com outras experiências, inovar e, assim, avançar sua prática institucional⁵⁸.

A imaginação de alternativas para a saúde no Brasil pode passar, portanto, por adotar novo olhar sobre o processo de influência que recebemos do formato mais liberal adotado nos Estados Unidos, para, assim, fomentar o aprendizado constante com as vantagens e desvantagens comparativas de seus arranjos institucionais, sem incorrer na contumaz importação de modelos institucionais⁵⁹ ou em eventual rejeição peremptória⁶⁰.

⁵⁴ HOLMWOOD, John. Europe and the 'Americanization' of British Social Policy. *European Societies*, v. 2, n. 4, pp. 453-482, 2000, p. 454.

⁵⁵ UNGER, R. M.. *O futuro da esquerda*. Rio de Janeiro: Editora Azougue, , 2012, p. 84. (Coleção Encontros, Carlos Sávio G. Teixeira (Org.))

⁵⁶ UNGER, R. M.. *Tudo (e um pouco mais)*. Rio de Janeiro: Editora Azougue, , 2012, p. 29. (Coleção Encontros, Carlos Sávio G. Teixeira (Org.))

⁵⁷ GERSCHMAN, S.. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1441-1451, out. 2008., p. 1450.

⁵⁸ SANTANA, R.N. *A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde*. Tese de Doutorado, Uniceub, Brasília, 2017, p. 144-152.

⁵⁹ UNGER, R. M. Desenvolvimento sustentável é abstração. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2012, p. 48. (Coleção Encontros, TEIXEIRA, C. S. G. (Org)).

⁶⁰ Para um exemplo dessa postura, conferir: SANTOS, I. S.. The solution to SUS is not a Brazilcare. *RECCIS*, v. 10, n. 3, jul-set, 2016.

Por certo, o olhar comparativo deve ir além dos vizinhos ao norte. Qualquer país, rico ou pobre, que progredir seu repertório institucional – no sentido de ancorar progresso prático e ampliação de oportunidades – deve receber atenção para sua experiência⁶¹, no entanto, especificamente para o escopo da presente pesquisa, o foco na experiência norte-americana é essencial, por várias razões.

A primeira dessas razões é fundamental: são países muito semelhantes. Segundo Roberto Mangabeira Unger, “o Brasil é o país mais parecido com os Estados Unidos no mundo”⁶². Vários aspectos em comum dão suporte a essa afirmação: território continental, povoamento europeu, herança escravocrata, composição racial plural⁶³, população religiosa e cristã⁶⁴, modelo político-institucional, processo político fortemente influenciado por grupos de interesse⁶⁵ (*lobbies*) e acentuada desigualdade social entrincheirada em uma estrutura de classe bem definida^{66,67}, dentre outros. Os dois últimos pontos destacados – processo político e desigualdade – são especialmente importantes para a construção das políticas sociais.

Em que pese seu inegável desenvolvimento econômico, os EUA seguem ostentando níveis obscenos de desigualdade de riqueza aliados à tensão entre classes⁶⁸. Tal situação, embora frequentemente relegada a segundo plano pela centralidade da questão racial, tem se agravado e cada vez mais caminha para a reprodução da forte segmentação social existente no Brasil. Michael Lind nomeia esse processo de “Brasilianização” dos Estados Unidos, que ele assim detalha:

O risco real não é a Balkanização mas a Brazilianização da América, não a fragmentação entre linhas raciais mas a fissão entre linhas de classes. A Brazilianização é simbolizada pela crescente retirada da elite branca americana para suas próprias barricadas em uma nação-dentro-de-uma-nação, um mundo de condomínios privados, escolas privadas, polícia privada, saúde privada, e até ruas privadas, separados por muros da miséria que se espalha ao redor. Da mesma forma que a oligarquia da América Latina, os ricos e bem relacionados membros da elite podem prosperar em uma decadente América com níveis de desigualdade e crime do Terceiro Mundo. (tradução nossa)⁶⁹

Tal situação descrita por Michael Lind coincide com a de outros estudiosos da realidade

⁶¹ UNGER, R. M. *The Left Alternative*. Nova Iorque: Verso, 2009, p. 9.

⁶² UNGER, R. M., 2012, op. cit., pp. 46-48.

⁶³ Afirma-se a pluralidade em razão de ambos os países contarem com ampla variedade racial em sua composição social, embora o Brasil ostente maior grau de miscigenação (LIND, M. *The Next American Nation: the new nationalism and the fourth American Revolution*. Nova Iorque: Free Press, 1995, p. 228).

⁶⁴ WEST, C.. *Democracy Matters*. Nova Iorque: Penguin Books, 2004, p. 147.

⁶⁵ WITTENBERG, E.; WITTENBERG, E.. *How to Win in Washington*. Blackwell: Cambridge, 1994, 2ª ed., p.13 *et seq.*

⁶⁶ WEST, C.; UNGER, R. M.. *O Futuro do Progressismo Americano: uma iniciativa de reforma política e econômica*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999, p. 23.

⁶⁷ No mesmo sentido, conferir: UNGER, R. M.. *Democracy Realized: the progressive alternative*. Londres/Nova Iorque: Verso, 1998, p. 144.

⁶⁸ WEST, C., op. cit., p. 4.

⁶⁹ LIND, M., op. cit., p. 14.

social norte-americana, tais quais Cornel West e Mangabeira Unger. Para estes, a hierarquia social e a forte segmentação encontradas, por exemplo, na educação e na saúde, superpõem, no solo dos EUA, o melhor e o pior no mundo das democracias industriais. No país mais rico do mundo, milhões são abandonados “à ignorância, incapacidade e ansiedade, quando não à doença e à morte”⁷⁰. Assim como no Brasil, o desenho atual da sociedade tende a perpetuar uma subclasse de cidadãos composta, principalmente, por minorias raciais, mas não só por elas, cujos indivíduos seguem “pobres, deseducados e, a não ser pela vida religiosa, desesperados e desorganizados”.⁷¹

Para os fins de construção das políticas sociais, o grave problema da desigualdade de classes se soma ao formato do processo de decisão política, historicamente permeável à colonização do espaço e à apropriação dos recursos públicos por grupos de interesse privados. Em ambos os países, os *lobbies* dos grupos de interesse se sobressaem em sua constante intermediação de reivindicações tópicas e ocupam o espaço que deveria ser de grandes organizações representativas dos diferentes interesses sociais. A competição em torno de *issues* pontuais predomina sobre negociações de amplo escopo social⁷². A vida política nacional apresenta-se aos seus cidadãos de forma frustrante, pois não permite antever muito além da “política inconclusiva de barganha entre interesses organizados acerca de acordos sem importância”⁷³ - Claro, sem importância para a maioria desorganizada dos cidadãos. De outro lado, mesmo as elites engajadas enfrentam a sensação de incapacidade face aos problemas básicos do país: os serviços inadequados de saúde e de educação, o *apartheid* social e racial da pobreza das áreas decadentes das cidades, a desigualdade crescente de riqueza e renda, a indiferença política, entre outros.⁷⁴

A percepção das várias semelhanças entre Brasil e EUA⁷⁵, especialmente no campo político e social, pode contribuir para a compreensão dos desafios que os dois países compartilham no campo da saúde. As dificuldades são variadas e vão desde o financiamento da saúde e a remuneração dos serviços dos profissionais^{76,77} até as formas

⁷⁰ WEST, C.; UNGER, R. M., op. cit, pp. 44-45.

⁷¹ Ibidem, p. 45.

⁷² WERNECK VIANNA, M. L. T. *A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 14.

⁷³ WEST, C.; UNGER, R. M., op. cit, p. 11.

⁷⁴ Ibidem, p. 10.

⁷⁵ Doravante, sublinhamos as diversas similitudes entre os dois países, mas não ignoramos que existam outras tantas diferenças. Os EUA é o país no mundo que mais investe e obtém resultados na pesquisa científica e desenvolvimento nas áreas de medicamentos, diagnósticos e terapias. Nesse sentido, conferir: BRITNELL, M. *In Search of the Perfect Health System*. Londres/Nova Iorque: Macmillan Education/Palgrave, 2015, p. 7. Também conferir: MAZZUCATO, Mariana. *The Entrepreneurial State: debunking public vs. private sector myths*. Nova Iorque: PublicAffairs, 2015, p. 74-77.

⁷⁶ MILKEN INSTITUTE FASTER CURES CENTER. *A Closer Look at Alternative Payment Models*. Washington, 2014, 8p. Disponível em: <http://www.fastercures.org/assets/Uploads/PDF/VC-Brief-AlternativePaymentModels.pdf>
Acesso em: 24 jun. 2017.

⁷⁷ ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION. *Health Policy Brief: Medicare's new physician payment system*. Nova Jersey, 2016, 7p. Disponível em: http://healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief_pdfs/healthpolicybrief_156.pdf
Acesso em: 24 jun. 2017.

de garantir o efetivo cuidado às necessidades dos pacientes^{78,79}. O maior desafio dos norte-americanos, contudo, é o mesmo dos brasileiros: transformar suas instituições para lidar com as injustiças no acesso à saúde⁸⁰. Nesse sentido, a série de estudos comparativos *Mirror, Mirror on the Wall*, realizada periodicamente pelo *The Commonwealth Fund*, aponta que os EUA apresentam a pior performance nos parâmetros de “acesso” e “equidade” em comparação com os sistemas de saúde de 11 nações consideradas desenvolvidas⁸¹. Esse traço de injustiça expõe à exclusão, completa ou parcial, significativa parcela da população e resulta – como em qualquer outra nação – de processos que combinam aspectos históricos e escolhas políticas⁸². Chama atenção, contudo, a dificuldade que os norte-americanos, assim como os brasileiros, enfrentam para realizar mudanças institucionais significativas, o que tende a perpetuar as iniquidades entrincheiradas na estrutura social.

Pretendemos ilustrar, no tópico que segue, tal situação no campo da saúde. Tais processos, contudo, são complexos e há necessidade de a pesquisa reduzir o número de causas que se leva em conta, de forma a evitar se perder na teia ininterrupta dos acontecimentos históricos.⁸³

Damos enfoque, portanto, aos aspectos do sistema norte-americano que ofereçam oportunidade de reflexão sobre as distorções centrais do modelo de saúde brasileiro: financiamento, processos decisórios e injustiça no acesso aos serviços de saúde. Assim, como próximo passo, destacamos os principais pontos que aproximam cada vez mais a estrutura e os resultados de ambos os sistemas para seus usuários.

4. Brasil e Estados Unidos: aprendizados a partir da comparação entre os sistemas de saúde

As resumidas descrições realizadas sobre a dinâmica e organização dos sistemas de saúde no Brasil e nos EUA permitem perceber muitos desafios em comum. É esperado que seja assim. Brasil e EUA são países que guardam muitas semelhanças e isso se reflete no campo da saúde. No presente tópico, desenvolvemos tal afirmação. Concentramos as ponderações em três partes: na primeira, daremos enfoque ao processo

⁷⁸ CHERNEW, M. et al. Value-Based Insurance Design. *Health Affairs*, v. 26, n. 2, pp. 195-203, 2007.

⁷⁹ TU, T et. al.. *The Impact of Accountable Care*: origins and future of Accountable Care Organizations. Salt Lake City, Leavitt Partners, 11p, 2015.

⁸⁰ Por exemplo, Jens Alber afirma que o significativo número de norte-americanos sem cobertura de assistência à saúde é o ponto mais fraco do sistema daquele país. (ALBER, J.. What the European and American welfare states have in common and where they differ - Facts and fiction in comparisons of the European Social Model and the United States. *Journal of European Social Policy*, v. 20, n. 2, 2010, p. 109.

⁸¹ DAVIS, K. et al. 2014 Update *Mirror, Mirror on the Wall*: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. *The Commonwealth Fund*, jun. 2014, p. 7-9.

⁸² COLOMBO, F.; TAPAY, N.. *Private Health Insurance in OECD Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. *OECD Health Working Paper*, OECD Publishing, Paris, n. 15., 2004, p. 16.

⁸³ UNGER, R. M.. *O direito na sociedade moderna: contribuição à crítica da teoria social*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979, p. 22.

político de definição de prioridades, marcado pela atuação de grupos de interesse; na segunda, abordaremos aspectos da composição do financiamento da saúde em ambos os países; e na última parte, a atenção se voltará mais aos resultados injustos produzidos pelos referidos sistemas de saúde, que distribuem o acesso à saúde de forma desigual entre os seus cidadãos.

4.1. Aprendizados sobre o processo de construção das políticas públicas: a ação dos grupos de interesse

O papel desempenhado pela política e seus processos decisórios determina os arranjos institucionais de cada sociedade, bem como nossa capacidade para alterá-los⁸⁴. A familiaridade encontrada entre a cultura política nos EUA e no Brasil redemocratizado ajuda a entender as coincidências no funcionamento de nossos sistemas de saúde e as dificuldades que temos em transformá-los. A organização sociopolítica de ambos os países tem sido muito permeável à atuação dos diversos segmentos da sociedade que conseguem se articular em grupos de interesse e, por eles, exercer influência nos processos decisórios. Assim, muitas vezes, acordos de bastidores ocupam o lugar do debate público⁸⁵. Ao observar esse contexto, Maria Lúcia Werneck Vianna afirma que o Brasil “está mais próximo do modelo americano de ‘grupos de interesse’ que competem no mercado político do que dos sistemas de ‘integração negociada’ ao estilo europeu”.⁸⁶

A expressão da competição de interesses entre os diferentes grupos se dá pela disseminação das práticas de *lobbying*. Tais práticas encontram terreno fértil no Brasil, onde se perpetuam: os conflitos latentes entre Executivo e Legislativo, a estrutura partidária fragmentada e sem raízes na sociedade, a atuação corporativa das entidades de representação dos grupos sociais segmentados e a cultura do privatismo⁸⁷. A potencialização do lobismo se dá, portanto, em contexto social, político e institucional semelhante ao que se encontra nos EUA e se difunde amplamente na prática das associações, dos sindicatos e de toda sorte de grupos claramente identificados com determinados interesses privados⁸⁸. Tal formato de veiculação das demandas dos diversos setores da sociedade, calcada na tradição individualista estadunidense, cria obstáculos à formação de “bases coligadas de apoio ao *Welfare State*”⁸⁹ que são normalmente encontradas na maior parte das democracias capitalistas avançadas do continente europeu.

Na Europa, estruturas neocorporativas resultantes da organização dos trabalha-

⁸⁴ UNGER, R. M. *False Necessity: anti-necessitarian social theory in the service of radical democracy*. Nova Iorque: Verso, 2004, pp. 1-4.

⁸⁵ WEST, C. *Democracy Matters*. Nova Iorque: Penguin Books, 2004, p. 28.

⁸⁶ WERNECK VIANNA, M. L. T. *A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 96.

⁸⁷ *Ibidem*, pp. 112-113.

⁸⁸ *Ibidem*, p. 182.

⁸⁹ *Ibidem*, p. 77.

dores de variados segmentos ocuparam espaço institucional nas negociações com o Governo e, assim, dividiram com os partidos políticos de origem sindical as tarefas de compor articulações mais abrangentes no âmbito da seguridade social. Tal quadro tem se mostrado conveniente à conservação de elementos do Estado de bem-estar, o que pode ser constatado pela presença de cobertura universal com amplo espectro de serviços de cuidados de saúde que expressam, no entender de Silvia Gerschman, “a acomodação dos sistemas de saúde às restrições impostas à seguridade social pelas economias globalizadas”⁹⁰.

O processo decisório baseado em *lobbies* limita a articulação de “grandes pactos”, pois os espaços de negociação são ocupados por atores que defendem interesses específicos. Assim, ficam inviabilizados acordos de maior abrangência, típicos de organizações neocorporativas de cepa europeia^{91,92}. Nesse cenário, mesmo as políticas públicas voltadas à promoção da inclusão dos segmentos empobrecidos da população podem reforçar o caráter de segmentação do processo político e da redistribuição dos recursos da sociedade.⁹³

No Brasil, a ação dos grupos de pressão por intermédio dos *lobbies* drenou, desde o processo Constituinte, a vitalidade da Reforma Sanitária. Já naquele momento, percebia-se que, na medida que o novo projeto constitucional avançava, a reforma ia se tornando mais administrativa e menos sanitária, pois o formato do processo decisório viabilizava a substituição do engajamento do Estado nas políticas de saúde por um envolvimento da saúde nas manobras da política.⁹⁴

São muitos e variados os grupos de interesses no setor da saúde, muitos deles organizados em entidades representativas por intermédio das quais se projetam em grupos de pressão e atuam há várias décadas na cena política brasileira. Dois dentre inúmeros exemplos⁹⁵ são a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e a Federação Brasileira de Hospitais Credenciados pela Previdência Social, que se transformaria em Federação Brasileira de Hospitais (FBH). As duas entidades representativas foram criadas em 1966 e, atualmente, em 2023, ou seja, mais de 55 anos depois, seguem ativas nas principais articulações lobistas, espe-

⁹⁰ GERSCHMAN, S.. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1441-1451, out. 2008, p. 1444.

⁹¹ WERNECK VIANNA, M. L. T., op. cit., pp. 77 e 188.

⁹² Vale destacar que, embora não estabeleçam processo decisório predominante, a atuação dos *lobbies* de seguradoras privadas, profissionais médicos e outros atores do sistema de saúde atuam amplamente, inclusive no Parlamento Europeu, onde os seus embates com os interesses dos Estados ali representados “definem o limite ou marcam um limite sobre as relações e modalidades de operação dos atores políticos em questão” (GERSCHMAN, S., op. cit., p. 1444).

⁹³ UNGER, R. M. *The Left Alternative*. Nova Iorque: Verso, 2009, p. 110-111.

⁹⁴ PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba, 2013, p. 271.

⁹⁵ Para descrição detida das várias entidades de representação de interesses no setor de saúde e sua forma de organização e de atuação na cena política, conferir: MENICUCCI, T. M. G.. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, pp. 148-162.

cialmente junto ao Congresso Nacional.

Vários exemplos colhidos na última década apontam o vigor que mantém o modelo acima descrito, que tem se notabilizado pelo apoio a iniciativas de expansão do mercado de seguros e redução da regulamentação do setor. Nesse sentido, destacamos quatro exemplos. O primeiro deles foi a proposição, pelo então Deputado Eduardo Cunha, da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) no 451 de 2014, que tinha como propósito tornar obrigatória a oferta de planos de saúde pelos empregadores. A obrigação seria inserida com a introdução de novo inciso e alteração do parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal⁹⁶. Sob a alegação de criar-se nova “garantia fundamental” aos trabalhadores com vínculo empregatício, seria consagrado na Constituição brasileira o aspecto central do modelo de saúde norte-americano, bem como seria o SUS relegado ao atendimento dos trabalhadores informais e desempregados.⁹⁷

Um segundo exemplo é o Instituto Coalizão Saúde, cujo lançamento se deu no dia 1o de junho de 2016 em pleno Auditório Petrônio Portela do Senado Federal, com presença de autoridades representativas dos 3 Poderes da República⁹⁸. O instituto sedimentou um movimento que estava em gestação há mais de 2 anos e que reuniu sob uma mesma frente representativa 24 entidades (atualmente são 33⁹⁹), que, por sua vez, já representam amplos setores nacionais e internacionais da saúde suplementar (planos de saúde, hospitais privados, hospitais filantrópicos), do complexo industrial da saúde e das corporações de profissionais de saúde. A iniciativa almeja, dentre inúmeros outros objetivos, a “aumentar a participação do setor privado na gestão da saúde e criar mecanismos para melhorar e eficiência do gasto público”¹⁰⁰ e reforçar o livre mercado, para que ele alcance equilíbrio financeiro de forma sustentável, o que se daria, segundo Lígia Bahia, com o desenvolvimento de planos “acessíveis”, que ampliariam os nichos de mercado¹⁰¹. Vale mencionar que fazem parte da iniciativa as cinquentenárias ABRAMGE e FBH, acima citadas.

Terceiro exemplo a ser mencionado é o contexto de normatização dos “planos populares”, que contou, em sua formulação inicial, com baixa participação e diálogo com movimentos sociais, organizações de defesa dos pacientes e associações

⁹⁶ Dado disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>
Acesso em: 03 ago. 2017.

⁹⁷ BAHIA, Lígia *et al.* Private health plans with limited coverage: the updated privatizing agenda in the context of Brazil's political and economic crisis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016, p. 2.

⁹⁸ Notícia do evento disponível em: <http://www.cnj.jus.br/seminario-o-setor-de-saude-como-modelo-produtivo-e-de-desenvolvimento-economico>
Acesso em: 22 jul. 2016

⁹⁹ Dado disponível em: <http://icos.org.br/quem-somos/associados/>
Acesso em: 20 nov. 2023.

¹⁰⁰ COALIZÃO SAÚDE. *Proposta para o sistema de saúde brasileiro*. São Paulo, 2016, p. 21. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao_Brochura.pdf
Acesso em 03 ago. 2017.

¹⁰¹ BAHIA, Lígia *et al.*, *op. cit.*, p. 3.

de profissionais de saúde. De outro lado, enquanto os segmentos sociais foram afastados do debate, representantes dos órgãos governamentais (ANS e MS) e do mercado de seguros desenharam o esboço da nova proposta¹⁰². Ações em prol da “transparência e diálogo” foram observadas em momento bem posterior à tomada da decisão política pelo novo paradigma de regulação e definição dos eixos principais da proposta.¹⁰³

O quarto exemplo, mais recente, se observa na aprovação da Lei 14.454 de 2022 que altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, para estabelecer critérios que permitam a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar. Tal norma amplia o escopo de atuação dos planos de saúde, bem como a expectativa de atendimento de seus beneficiários.

Os exemplos acima mencionados têm em comum a atuação em prol da ampliação das atividades das companhias de seguro e das prestadoras de serviços do mercado privado, mas outros importantes grupos também se fazem presentes. Assim como nos EUA, o *lobby* das associações médicas têm papel proeminente, sobretudo pela histórica atuação da Associação Médica Brasileira (AMB), que desempenhou o papel de defesa da prática liberal da medicina e dos interesses corporativos da categoria¹⁰⁴. Ocorre que, por vezes, a veiculação dos interesses das categorias médicas tem se colocado contra medidas de caráter redistributivo dos recursos da saúde, embora com justificativas que apelam ao interesse público¹⁰⁵. Tal prática é comum ao Brasil e aos EUA, mas também observada em muitos outros grandes países, como África do Sul, Nigéria e China.¹⁰⁶

O *lobby* exercido pelas entidades sindicais, por sua vez, tem se caracterizado pela dubiedade de sua atuação. Isso porque os seus representantes, embora muitas vezes apresentem e defendam pautas publicistas – ou até estatizantes –, articulam “demandas corporativas exclusivistas e segmentadoras quando na mesa de negociações”.¹⁰⁷

¹⁰² SANTOS, I. S.. The solution to SUS is not a Brazilcare. RECCIS, v. 10, n. 3, jul-set 2016, p. 3.

¹⁰³ Nesse sentido, conferir: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Transparência e diálogo com a sociedade**. Brasília, ANS, 30 jun. 2017. Sobre a ANS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/3969-transparencia-e-dialogo-com-a-sociedade>
Acesso em: 25 jul. 2017.

¹⁰⁴ MENICUCCI, T. M. G.. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, pp. 153-156.

¹⁰⁵ Como exemplo, vale destacar o ajuizamento pela AMB, em 2013, de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 5035) contra dispositivos da Medida Provisória 621/2013, que criou o Programa Mais Médicos. Conferir: BRASIL: Supremo Tribunal Federal. **Programa mais médicos é questionado no Supremo**. Notícias STF. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=246567>
Acesso em 03 ago. 2017.

¹⁰⁶ BRITNELL, M. **In Search of the Perfect Health System**. Londres/Nova Iorque: Macmillan Education/Palgrave, 2015, p. 157.

¹⁰⁷ WERNECK VIANNA, M. L. T. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 191.

Em favor do modelo público, a defesa mais consistente e perene tem sido observada na atuação dos fóruns institucionalizados de participação social, sobretudo dos Conselhos de Saúde, e da burocracia técnica especializada. Esta alcançou elevado padrão de organização político-institucional, sem precedentes entre as demais políticas sociais brasileiras, especialmente após a aprovação da Lei no 12.466/2011, que dispõe sobre as comissões intergestores do SUS, o CONASS, o CONASEMS e suas respectivas composições. O *lobby* realizado pelos representantes das referidas instituições tem sido fundamental para mobilizar apoio aos principais avanços do SUS, tal qual a aprovação da Emenda Constitucional no 29¹⁰⁸, e para se opor a toda sorte de retrocessos¹⁰⁹.

Em suma, os *lobbies* têm se estabelecido como veículos decisivos e disseminados de influência, sobretudo no Congresso Nacional¹¹⁰. Tal situação permite identificar que o processo decisório desenvolvido no Brasil está mais próximo ao modelo americano, no qual a política tem sido reduzida a um “processo inconclusivo de barganha entre grupos organizadores de interesses”¹¹¹. Tal processo, nos EUA, tem se mostrado “incapaz de equacionar, e muito menos resolver, qualquer dos principais problemas conhecidos do país”¹¹². Essa percepção é chave para compreender como e porque, no Brasil, muitas decisões sobre políticas públicas em saúde são tomadas em dissonância com as diretrizes constitucionais de universalização, integralidade e acesso igualitário.

4.2. Aprendizados sobre o financiamento da saúde

O gasto público brasileiro, conforme já destacamos, é muito baixo para manutenção de sistema de cobertura universal e atendimento integral. Em razão disso, a composição de investimento público-privado da saúde brasileira praticamente se iguala com a situação dos EUA, que não adota o ideal de universalidade de acesso à saúde. Em razão dessa inconveniente semelhança, voltamos nosso foco para o aprendizado que a perspectiva comparada com os EUA oferece no âmbito do financiamento da saúde.

Dentre as diversas possibilidades de comparação, destacamos duas semelhanças:

¹⁰⁸ COSTA, R. C. R. da. Descentralização, Financiamento e Regulação: a Reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 18, pp. 49-71, 2002, p. 63.

¹⁰⁹ BAHIA, L.. The Brazilian health system between norms and facts: mitigated universalization and subsidized stratification. *Ciênc. saúde coletiva*. v.14, n.3, pp.753-762, 2009, p. 757.

¹¹⁰ Nesse sentido, Lígia Bahia destaca que as companhias de seguros e seus executivos doaram aproximadamente R\$ 55 milhões de reais nas eleições gerais de 2014, contribuindo, assim, para a eleição de três Senadores da República e 30 Deputados Federais, dentre os quais o ex-Presidente da Câmara Eduardo Cunha e o atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros (BAHIA, Lígia et al. Private health plans with limited coverage: the updated privatizing agenda in the context of Brazil's political and economic crisis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016, p. 2).

¹¹¹ WEST, C.; UNGER, R. M.. *O Futuro do Progressismo Americano*: uma iniciativa de reforma política e econômica. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999, p. 37.

¹¹² *Ibidem*, p. 37.

a composição do investimento em saúde; e a prática reiterada de financiamento público do gasto privado. De outro lado, ressaltamos uma diferença: a representatividade do gasto em saúde em perspectiva ao PIB.

No que tange ao primeiro ponto, Brasil e EUA, apesar de ostentarem modelos de saúde diversos, têm composição de investimento muito semelhante quando observada a fonte, se pública ou privada. A instituição de um sistema nacional de saúde, como o SUS, teria como consequência natural a predominância da participação do gasto público em saúde, ainda que este fosse reservado ao financiamento privado, papel significativo, em razão da atuação livre da iniciativa privada, conforme autorizado no artigo 199 da Constituição. Segundo já destacamos, não é assim que ocorre, uma vez que o investimento privado é superior e, ainda mais surpreendente, ele se dá na mesma proporção observada nos Estados Unidos. Para compreender essa semelhança entre os dois países e entre eles e outras nações, destacamos os dados relevantes expostos na tabela 4 abaixo:

Tabela 1 – Comparativo entre países de gasto público e privado em saúde

Países	Gasto Público		Gasto Público		Gasto total per capita 2011	Gasto % PIB		
	per capita 2011	particip. %	per capita 2011	particip. %		Público	Privado	Total
Argentina	869,00	60,6	565,00	39,4	1.434,00	4,91	3,19	8,10
Brasil	476,65	45,7	566,35	54,3	1.043,00	4,07	4,83	8,90
Canadá	3.182,08	70,4	1.337,92	29,6	4.520,00	7,88	3,32	11,20
Chile	607,24	47,0	684,76	53,0	1.292,00	3,53	3,98	7,50
Espanha	2.238,18	73,6	802,82	26,4	3.041,00	6,92	2,48	9,40
EUA	3.951,07	45,9	4.656,93	54,1	8.608,00	8,22	9,68	17,90
França	3.133,96	76,7	952,04	23,3	4.086,00	8,90	2,70	11,60
México	464,36	49,4	475,64	50,6	940,00	3,06	3,14	6,20
Paraguai	203,42	38,6	323,58	61,4	527,00	3,74	5,96	9,70
Reino Unido	2.747,29	82,7	574,71	17,3	3.322,00	7,69	1,61	9,30
Uruguai	817,96	67,6	392,04	32,4	1.210,00	5,41	2,59	8,00
Venezuela	241,85	36,7	417,15	63,3	659,00	1,91	3,29	5,20

Fonte: Soares e Santos, 2014, p. 24. Dados do Banco Mundial relativos ao ano de 2011.

A partir da tabela acima, observa-se que a porcentagem da participação do gasto público no Brasil é de 45,7% do total investido em saúde, enquanto nos EUA essa participação é de 45,9%. Logo, o gasto privado no Brasil é da ordem de 54,3%, e nos EUA de 54,1%. Os números são praticamente idênticos e isto revela um grave problema.

A predominância do gasto privado com saúde aproxima o Brasil do perfil de gastos de países como México, Chile, Venezuela e Paraguai, ou seja, países que, como os EUA, possuem sistemas de saúde destituídos da garantia de acesso universal e integral. A mesma tabela contém dados no sentido de que em países com cobertura universal – tal qual Espanha, Canadá, França e Reino Unido – o gasto público é

sempre predominante, acima de 70% do total.¹¹³

Em suma, a comparação com um modelo não universalista como o norte-americano deixa muito claro que o Estado brasileiro investe pouco para um país que elevou a saúde pública ao patamar de direito social fundamental¹¹⁴, com caráter universal e integral. A persistência de tal situação desde a promulgação da Constituição de 1988 leva à conclusão de que o subfinanciamento do SUS é, de fato, política de Estado¹¹⁵, que se expressa no uso recorrente de “mecanismos de racionamento” dos recursos destinados à saúde pública desde a instituição do SUS¹¹⁶. Isso explica, em parte, o fato de a Reforma Sanitária não ter alcançado os resultados almejados.

Enquanto o financiamento dos programas públicos é ameaçado, a prática de financiamento indireto do mercado privado pelo Estado segue sem contestações. No Brasil, os subsídios públicos à aquisição de seguros privados têm crescido: entre 2003 e 2013 os gastos tributários com pessoas físicas (descontos no IRPF) cresceram 50%, em termos reais, e com pessoas jurídicas, o gasto mais que dobrou no período¹¹⁷. Outro estudo publicado pelo IPEA aponta que a tendência de aumento do gasto tributário em saúde persistiu e até aumentou quando analisados dados de período até 2018¹¹⁸. Tal tendência pode, inclusive, ter sido acentuada pela regulamentação dos “planos populares” ou se prosperarem iniciativas como aquela prevista na PEC nº 451/2014¹¹⁹. Além do aumento de gastos em si, é perceptível nos estudos também a iniquidade na distribuição desse benefício tributário, pois “beneficiam-se os estratos superiores de renda, uma vez que 1% dos indivíduos mais bem posicionados na pirâmide da distribuição se apropria de 18% do total de tais subsídios”.¹²⁰

Nos EUA, tal prática está ainda mais enraizada, pois a isenção de imposto de renda aplicada aos gastos com saúde é pilar do sistema de seguros vinculados ao emprego. Essa renúncia representa o segundo maior gasto tributário do Governo

¹¹³ SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, mar. 2014, p. 22.

¹¹⁴ SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algunas consideraciones sobre el derecho fundamental a la protección y promoción de la salud a los 20 años de la Constitución Federal de Brasil de 1988. In: COURTIS, C.; SANTA-MARÍA, R. (Orgs.). *La Protección judicial de los derechos sociales*. Quito: Ministério de Justicia y Derechos Humanos, 2009, p. 241.

¹¹⁵ SOARES, A.; SANTOS, N. R., op. cit., p. 25.

¹¹⁶ FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J.. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 3, pp. 139-162, 1990, pp. 140 e 155.

¹¹⁷ OCKE-REIS, C. O.; GAMA, F. N.. Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013. *Nota Técnica n. 19*. Brasília: Ipea, 2016, p. 25.

¹¹⁸ OCKE-REIS, C. O. Avaliação do gasto tributário em saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro: Ipea, 2021.

¹¹⁹ VIEIRA, Fabiola Sulpino. Impact of recent decisions and discussions on the Brazilian Public Health System financing. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, pp. 187-199, jun 2016, p. 196.

¹²⁰ OCKE-REIS, C. O. Avaliação do gasto tributário em saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro: Ipea, 2021, p. 10.

norte-americano (aproximadamente \$250 bilhões de dólares em 2015)¹²¹. O referido benefício fiscal é amplamente utilizado pelos empregados e representa ganho mais significativo para aqueles de alta renda, devido ao caráter progressivo dos impostos federais. Tal cenário criou uma demanda por planos de saúde com coberturas cada vez mais amplas, chegando ao ponto de serem consideradas excessivas¹²². No intuito de reduzir o crescimento dos custos com seguros de saúde, foi instituído, no âmbito do ACA (Affordable Care Act), um imposto especial de consumo de 40%, conhecido como *Cadillac Tax*, sobre o custo da cobertura de saúde que exceda o limite previsto em regulamento, que inicialmente será para U\$ 10.200,00 por indivíduo¹²³. O referido imposto teve sua vigência postergada para 2018 e, por ser impopular tanto entre Republicanos quanto entre Democratas, foi revogado em 2019 antes mesmo de entrar em efeito^{124, 125}. Em suma, segue inalterada a política vigente nas últimas décadas.

Os dois pontos de análise acima destacados permitem afirmar uma semelhança marcante na forma como Brasil e EUA investem em saúde. O setor público investe pouco nas políticas sociais de saúde, ao mesmo tempo em que subsidia indiretamente a aquisição de saúde no mercado privado. Há, contudo, uma diferença muito relevante que nos proporciona reflexão essencial sobre a forma como temos organizado nosso sistema de saúde e as iniciativas para transformá-lo.

A diferença marcante está no volume de gastos com saúde em perspectiva do PIB de cada país. Neste dado, encontraremos grande disparidade entre as realidades brasileira e estadunidense. O Brasil investe, somados gasto público e privado, aproximadamente 98% de seu PIB em ações de saúde, os Estados Unidos investem quase 16,6% de seu PIB, o maior gasto mundial em saúde¹²⁶. Em expressão monetária, nesse comparativo, o Brasil gasta apenas \$ 1.573,00 dólares *per capita*/ano e os EUA, \$ 12.555,00 dólares¹²⁷. Ou seja, os EUA gastam oito vezes mais que o Brasil para prover saúde a cada cidadão.

Os resultados obtidos pelo sistema de saúde norte-americano não refletem, contudo, a dimensão do investimento realizado. Os EUA são responsáveis por ao menos

¹²¹ HALL, M.. Employment-Based Health Coverage. The Oxford Handbook of U.S. Health Law. **Oxford Handbooks Online**, 2015, p. 3. Disponível em: <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199366521.001.0001/oxfordhb-9780199366521-e-33>

¹²² *Ibidem*, p. 3.

¹²³ SALTZMAN, E.; EIBNER, C.; ENTHOVEN, A.. Improving the Affordable Care Act: An Assessment Of Policy Options For Providing Subsidies. **Health Affairs**, 34, n. 12, pp. 2095–2103, 2015, p. 2099.

¹²⁴ JAGODA, N.. Senate bill would repeal most ObamaCare taxes, delay Cadillac tax. **The Hill website**, Washington, 2017. Disponível em: <http://thehill.com/policy/finance/339004-senate-bill-would-repeal-most-obamacare-taxes-delay-cadillac-tax>
Acesso em: 04 ago. 2017.

¹²⁵ Conferir também <https://taxfoundation.org/taxedu/glossary/cadillac-tax-health-care-affordable-care-act/>.

¹²⁶ OCDE (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. **OECD Publishing**, Paris, p. 154.

¹²⁷ *Ide*, p. 156-157.

40% do investimento mundial total em saúde, ainda que contenham menos de 5% da população mundial¹²⁸. Esse valor é revertido de variadas formas para o cuidado dos pacientes. Os médicos estadunidenses ganham quase o dobro do que os de outros países e oferecem atendimento de qualidade; há elevado investimento em tratamentos medicamentosos e equipamentos de exames por imagem de alta tecnologia¹²⁹; o investimento em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e biotecnologia é o mais elevado do mundo¹³⁰. Entretanto, ainda assim, os EUA apresentam expectativa de vida menor do que a maior parte dos países de alta renda¹³¹, bem como estão em padrão inferior a diversos países de renda média, tal qual a Grécia, que investe menos da metade em saúde por habitante¹³². Conforme destacam Wilkinson e Pickett, a elevada média do nível de renda nos EUA nada faz para reduzir seus problemas sociais e de saúde quando em comparação com outros países.¹³³

Se os resultados atuais não são adequados, a recente reforma realizada no sistema de saúde também não mudou a perspectiva para o futuro. Em recente estudo sobre expectativa de vida realizado em 35 países industrializados, foram apresentadas projeções desanimadoras para o cenário norte-americano, mesmo quando comparado aos demais países com baixa performance nesse índice. No estudo, é apontado que, em 2030, os norte-americanos terão expectativa de vida semelhante aos tchecos, para o caso dos homens, e às mexicanas e croatas, no caso das mulheres¹³⁴. Esse descompasso entre investimento e resultados, segundo o estudo, pode ser explicado pelo fato de os EUA, de um lado, ostentarem as maiores taxas de mortalidade infantil-materna, homicídios e obesidade entre todos os países de alta renda, e, de outro, permanecerem como único país da OCDE sem cobertura universal de saúde. O estudo sublinha, ainda, que a baixa performance atual e projetada da expectativa de vida também é resultado da oferta insuficiente e desigual dos serviços de saúde entre a população norte-americana.¹³⁵

Este é, portanto, o fato que mais chama atenção no que tange ao financiamento do sistema de saúde norte-americano: há elevado investimento e baixo retorno. A constatação de que a estrutura de financiamento da saúde no Brasil é muito semelhante à dos EUA representa, portanto, um dado muito preocupante, pois permite inferir que o Brasil, por seu turno, gasta pouco e gasta mal. **Eventuais medidas**

¹²⁸ WILKINSON, R.; PICKETT, K. *O nível: Porque uma sociedade igualitária é melhor para todos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015, p. 124.

¹²⁹ *Ibidem*, p. 124.

¹³⁰ MAZZUCATO, Mariana. *The Entrepreneurial State: debunking public vs. private sector myths*. Nova Iorque: PublicAffairs, 2015, pp. 74-77.

¹³¹ KONTIS, Vasilis *et al.* Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*, v. 389, issue 10076, pp. 1323-1335, 2017, p. 1333.

¹³² WILKINSON, R.; PICKETT, K., *op. cit.*, pp. 124-125.

¹³³ *Ibidem*, p. 63.

¹³⁴ KONTIS, Vasilis *et al.* *op. cit.*, p. 1333.

¹³⁵ *Ibidem*.

para elevar o nível de investimento público não perfazem, portanto, alternativa promissora para melhorar os indicadores de saúde da população brasileira se não se fizerem acompanhar de medidas para lidar com a estrutura equivocada de investimento. A experiência norte-americana ensina que elevados níveis de investimento não conduzem a bons resultados se a distribuição dos recursos permanece injusta.

No Brasil a injustiça e iniquidade na saúde é estrutural e compromete o atendimento, mesmo no seio do sistema público¹³⁶. A perspectiva comparada aponta que está correto a análise de Roberto Mangabeira Unger¹³⁷ no sentido de que combater a injustiça na saúde deve ser o objetivo prioritário de qualquer conjunto de iniciativas em favor do SUS, mais relevante até que a incensada pauta do financiamento. Assim, como último passo na comparação entre os sistemas, avaliamos alguns dos desafios comuns de Brasil e EUA na oferta de serviços e resultados alcançados pelos respectivos sistemas de saúde.

4.3. As semelhanças nos resultados: segmentação, precarização e exclusão

Brasil e EUA criaram para si formas semelhantes de como decidir sobre as políticas de saúde e como financiá-las. Não é de se surpreender, portanto, que guardem similaridades quanto aos resultados alcançados e as práticas institucionais adotadas em seus respectivos sistemas. Destacamos três aspectos centrais dentre tais similaridades: a segmentação, a precarização e a exclusão.

A segmentação do acesso tem guiado a organização dos sistemas de saúde em ambos os países. No Brasil, há ao menos quatro vias básicas de acesso da população aos bens e serviços de saúde¹³⁸, nos EUA, há diversidade ainda maior de segmentos. A precarização também é comum a ambos, pois à população de baixa renda são ofertados, frequentemente, serviços de qualidade inferior, de difícil acesso ou de cobertura reduzida. Finalmente, a exclusão de certo segmento de (sub)cidadãos é naturalizada tanto no Brasil, onde milhões de pessoas das classes populares simplesmente não conseguem, na prática, ter acesso a tratamentos de saúde, quanto nos EUA, onde há uma formal exclusão de parcela da população da cobertura do sistema de saúde.

A segmentação excessiva do sistema de saúde norte-americano tem comprometido seriamente os seus resultados, afinal, como destacamos, o fraco desempenho dos indicadores de saúde nos EUA não pode ser creditado à falta de investimento no

¹³⁶ SANTANA, R.N. *A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde*. Tese de Doutorado, Uniceub, Brasília, 2017, *passim*.

¹³⁷ UNGER, R. M.. Saúde: questão de consciência. São Paulo, 24 jan. 2010. *Tendências e Debates*. *Folha de São Paulo*. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz2401201009.htm>. Acesso em: 06 jul. 2016.

¹³⁸ PIOLA, S.F.; PAIVA, A. B.; SÁ, E. B.; SERVO, L. M. S. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. *Rev. Análise Econômica*, Porto Alegre, ano 30, n. especial, pp. 9-33, 2012, p. 12.

setor. O passo fundamental para tal segmentação se deu ainda na década de 1960, quando Lyndon Johnson demarcou dois caminhos muito distintos: um para a minoria pobre e vulnerável, atendida pelos programas *Medicaid* e *Medicare*, e outro para a grande massa trabalhadora, que permaneceu dependente dos seguros ofertados pelos empregadores e indiretamente financiados por subsídios estatais. Para Unger, tal desconexão entre o destino dos mais pobres e o da massa trabalhadora representou um erro que os arquitetos da socialdemocracia europeia foram cuidadosos em evitar¹³⁹. Essa divisão inicial não foi mais recomposta, nem mesmo pela reforma promovida por Barack Obama. Os norte-americanos seguiram sua trajetória marcada pela resistência em garantir aos indivíduos mais que um mínimo de recursos, por receio de que uma proteção mais ampla “sufocasse a responsabilidade e a iniciativa individuais sob um manto pesado de paternalismo governamental”¹⁴⁰.

O reflexo de tais escolhas na saúde foi a criação de formas de acesso muito variadas e fragmentadas, tanto no mercado privado de seguros, quanto no leque de programas governamentais existentes. As regras para acesso aos serviços são complexas, e o sistema está mais submetido à lógica de funcionamento do mercado do que à lógica de estruturação racional e eficiente de uma rede de atendimento. As consequências negativas desse arranjo se fazem sentir, por exemplo, na organização dos níveis de assistência. Em razão da melhor remuneração, dois terços dos médicos são especialistas e apenas um terço permanece como generalista, assim, fica invertido o sistema de referências entre os níveis de complexidade de atendimento (primário, secundário e terciário). Muitos norte-americanos estão livres para se autorreferenciar aos serviços mais especializados, independente de indicação prévia de generalistas, situação que, por exemplo, não ocorre no SUS, mas ocorre no setor privado brasileiro.¹⁴¹

A desorganização dos níveis de assistência é apenas um dentre os vários problemas que a segmentação pode causar. Daí ser preocupante o fato de o sistema de saúde brasileiro estar, também nesse ponto, se americanizando. O mais evidente aspecto desse movimento é a ampliação da oferta aos cidadãos de opções privadas à cobertura do sistema público. Para alcançar tal diversificação é essencial que a regulação do setor privado pelo Poder Público seja, neste ponto, permissiva. Ainda assim, a baixa regulação não é suficiente enquanto os serviços públicos permanecerem atrativos, pois eles tendem a reduzir a busca pelos outros segmentos (efeito *crowd out*)¹⁴². Assim, a oferta de “opções de saída” se faz acompanhar de estímulos para o “abandono” dos

¹³⁹ UNGER, R. M. *The Left Alternative*. Nova Iorque: Verso, 2009, p. 110-111.

¹⁴⁰ WEST, C.; UNGER, R. M.. *O Futuro do Progressismo Americano*: uma iniciativa de reforma política e econômica. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999, pp. 32-33.

¹⁴¹ NASCIMENTO, Ingrid Jeber. *Healthcare Systems in Brazil and the United States: a Comparative Analysis*. 2013. Dissertação - Department of Political Science and International Affairs, Georgia, Kennesaw State University, 2013, pp. 34-35.

¹⁴² SANTOS, I. S.. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, pp. 2743-2752, 2011, p. 2746.

serviços públicos: cortes de financiamento, dificuldades de acesso, não expansão da rede de atendimento, redução da cobertura, comprometimento da qualidade, etc. O avanço da segmentação em prol da participação mais efetiva do mercado privado depende, portanto, de certa frouxidão na regulação e algum grau de precarização dos serviços públicos. Essas duas condições, estruturalmente presentes nos EUA, têm ganhado contornos cada vez mais claros na realidade atual brasileira.

O regime regulatório instituído a partir de 2000 com a criação da ANS tem reforçado a estabilidade econômica e financeira das companhias que atuam no setor, bem como tem sido permeável às estratégias de ampliação das escolhas de consumo pelos grupos de interesses mais organizados. Um bom exemplo dessas tendências é a permissividade para com a seleção de clientelas, o que ocorre especialmente por instrumentos de seleção de risco e pela promoção de planos coletivos, menos regulados, em detrimento dos planos individuais, mais regulados e com controle de preço¹⁴³. A brecha encontrada na baixa regulação dos planos coletivos lembra aquela criada pelo ERISA, em 1974, no sistema norte-americano. Ademais, a tendência à atrofia do mercado de seguros individuais também reproduz a estrutura encontrada nos EUA.

O exemplo mais recente do viés de regulação do setor é a aprovação de padrões menos exigentes de cobertura para comercialização dos “planos populares” ou “planos acessíveis”¹⁴⁴. As novas regras proporcionarão a expansão do disputado mercado de seguros destinados às classes C e D¹⁴⁵, com potencial de adesão de até 20 milhões de novos consumidores, tendo em vista a previsão de mensalidades no patamar de apenas R\$ 80,00¹⁴⁶. A medida ampliará a estratificação dentro do mercado de seguros privados, situação que se assemelha muito ao padrão norte-americano, que admite inúmeros níveis de cobertura e preço, dos mais sofisticados e custosos aos mais básicos e baratos¹⁴⁷.

¹⁴³ COSTA, N. R.; VAITSMAN, J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis can Help Understand the Development of Brazil's Health System. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, v. 16, n. 5, pp. 441-456, out 2014, p. 454.

¹⁴⁴ O exemplo é recente, mas a ideia não é nova, apenas aguardava condições políticas para sua implementação. Mesmo no contexto da criação do SUS e da extinção do INAMPS, foram realizadas articulações do empresariado da medicina para ofertar planos de saúde simplificados ao Estado (GERSCHMAN, S.. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, pp. 1441-1451, out. 2008, p. 1444-1445).

¹⁴⁵ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate. *Saúde: para onde vai a nova classe média*. Brasília: CONASS, 2013, p. 25.

¹⁴⁶ SANTOS, I. S.. The solution to SUS is not a Brazilcare. *RECCIS*, v. 10, n. 3, jul-set 2016, p. 3.

¹⁴⁷ Excelente exemplo dessa segmentação de cobertura entre os diferentes tipos de planos de saúde ocorre nas centrais estatais de comercialização de planos subsidiados pelo governo norte-americano. Nelas, os consumidores podem escolher até cinco níveis diferentes de preço e de cobertura: platina, ouro, prata, bronze e catastrófico. Os planos padrão platina exigem o pagamento dos prêmios mais altos, contudo, cobrem praticamente todos os custos dos serviços. No demais, os preços e a abrangência decrescem gradativamente até os planos catastróficos, que oferecem preços muito baixos acompanhados de alta franquia para o uso dos serviços, ou seja, destinados apenas à cobertura de problemas de saúde graves e imprevistos. Informações disponíveis em: <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>
Acesso em: 07 ago. 2017.

Permanece, contudo, uma distinção fundamental: enquanto os planos acessíveis no Brasil estão sendo moldados para oferecer cobertura básica (atenção primária e ambulatorial)¹⁴⁸, os planos acessíveis norte-americanos têm o foco na extremidade oposta do cuidado, ou seja, tratamentos de alta complexidade decorrentes de condições de saúde imprevistas. A versão brasileira dos planos acessíveis reforça, portanto, dois movimentos que tendem a desestruturar o sistema público: de um lado, amplia o alcance da cobertura duplicada, que deve refletir na precarização da assistência primária ofertada pelo SUS; de outro, os casos de maior complexidade e custo serão remetidos para os serviços públicos, com prováveis reflexos negativos na fragmentação do cuidado e comprometimento da coordenação entre os níveis de atenção à saúde.

A regulação permissiva convive, ainda, com outros incentivos do Poder Público à segmentação favorável ao setor privado, como as isenções sem limite no imposto de renda. Incentivo ainda mais explícito, embora de menor impacto, se observa na expansão do financiamento de planos de saúde para servidores públicos tanto pelo governo federal quanto pelos governos estaduais e municipais, situação também encontrada em empresas estatais. Ao observar tal contexto, Lígia Bahia destacou que “todos esses indícios, embora expostos de maneira pouco articulada, convergem em torno do vetor de privatização do sistema de saúde brasileiro”¹⁴⁹. Tal processo de assunção dos serviços públicos pelo sistema privado representou, nos EUA, uma ampliação da fissura entre as classes sociais¹⁵⁰, e, possivelmente, o mesmo resultado será observado no Brasil.

Além dos desafios da segmentação do sistema e da precarização dos serviços ofertados aos estratos sociais desfavorecidos, os sistemas de Brasil e EUA compartilham também a chaga da exclusão. Conforme argumentamos, o estabelecimento da saúde como direito universal não acabou com a exclusão provocada pelo sistema de saúde brasileiro. Tampouco a reforma promovida pelo *Obamacare* garantiu a todos os norte-americanos acesso aos serviços de saúde.

A conta dos excluídos do sistema estadunidense é muito clara: aproximadamente 30 milhões de pessoas, ou 10% de sua população. Tal informação pode ser objetivamente colocada, pois a exclusão existente nos EUA é formal e material. Ou seja, este grupo da população simplesmente não tem direito ao atendimento, seja porque não o contratou, seja porque não se encaixa nos critérios de elegibilidade das políticas públicas. Assim, como consequência de não ostentarem direito ao atendimento, não o recebem.¹⁵¹

¹⁴⁸ SANTOS, I. S., op. cit., loc. cit.

¹⁴⁹ BAHIA, L.. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.13, n.5, pp.1385-1397, 2008, p. 1390.

¹⁵⁰ LIND, M.. *The Next American Nation: the new nationalism and the fourth American Revolution*. Nova Iorque: Free Press, 1995, p. 253.

¹⁵¹ SANTANA, R.N. *A Judicialização como Instrumento de Acesso à Saúde*. Tese de Doutorado, Uniceub, Brasília, 2017, 157-199.

No Brasil, o grupo potencialmente exposto à exclusão é muito maior. Apenas o reduzido segmento de um quarto da população brasileira tem a garantia de efetivo acesso que a cobertura do sistema suplementar oferece – que nem sempre atende adequadamente as necessidades dos paciente, registre-se. Do outro lado dos muros construídos pelo *apartheid* da saúde, os indivíduos das classes populares, que são usuários exclusivos do SUS, vivem a insegurança constante de ter ou não acesso aos serviços de saúde dos quais necessitam; dependem de políticas públicas de saúde que, muitas vezes, são concebidas de forma a privilegiar demandas de grupos de interesse organizados e que não contemplas necessidades mais amplas da população, tal qual ocorre com as doenças da pobreza e os procedimentos eletivos; sofrem com a distribuição desigual dos recursos médicos e infraestrutura de hospitais; são preteridos por indivíduos que logram obter acesso privilegiado aos serviços; enfrentam dificuldades na relação com os profissionais de saúde, que, muitas vezes, pertencem a estratos sociais mais abastados. Em suma, 3/4 da população está submetida à potencial exclusão material, ainda que, formalmente, ostente a titularidade do direito à saúde previsto na Constituição Federal e goze da cobertura dos serviços do SUS. Os critérios para que essa potencial exclusão se efetive são sempre opacos, mas, regra geral, afetam com frequência muito maior os brasileiros da ralé estrutural, em especial aqueles indivíduos que acumulam “descrédito social”.¹⁵²

A exclusão existente nos Estados Unidos é, nos pontos destacados, menos perversa que a brasileira. Isso porque ao menos apresenta-se mais transparente, pois regulada e institucionalizada¹⁵³, e não afeta as parcelas mais vulneráveis e empobrecidas dos cidadãos. A proteção social brasileira “inverte” a lógica adotada nos EUA, pois expõe à maior exclusão exatamente os que já são mais excluídos. De acordo com Maria Lúcia Werneck Vianna, é nessa inversão que reside o aspecto mais desastroso do processo de americanização do sistema de saúde brasileiro.¹⁵⁴

Em conclusão, neste último passo da avaliação comparada entre Brasil e EUA, foi possível identificar que as condições de construção dos sistemas de saúde de ambos os países conduziram a resultados muito semelhantes: acesso à saúde distribuído de forma muito desigual por arranjos institucionais segmentados. No bojo de tais sistemas, a distribuição dos serviços de saúde é afetada diretamente pelo gradiente de renda e pela estratificação social, de forma que os estratos mais privilegiados e de maior renda têm acesso a serviços de ponta, e a maior parte da população fica submetida a serviços precários ou até à exclusão. Além disso, a comparação também revela graves problemas específicos da realidade brasileira: a intensificação de medidas e iniciativas de segmentação do sistema de saúde e

¹⁵² ARENARI, Brand; DUTRA, Roberto. A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. In: SOUZA, Jessé (Org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça, 2016, p. 207.

¹⁵³ WERNECK VIANNA, M. L. T. *A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 152.

¹⁵⁴ *Ibidem*, pp. 152-153.

a precarização dos serviços públicos e a exclusão informal e opaca que afeta de forma mais contundente os indivíduos da ralé estrutural da sociedade.

5. Conclusão

O presente artigo parte do pressuposto que o Estado brasileiro tem apresentado descompasso entre o modelo normativamente previsto na Constituição e a prática institucional do sistema de saúde. Tal diagnóstico foi complementado e aprofundado, ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, com a contextualização do sistema de saúde brasileiro em face da experiência internacional e de sua comparação com o contexto dos EUA.

A contextualização com os modelos de outras nações e, especialmente, a comparação com o sistema estadunidense permitem afirmar que há uma desnaturação do modelo de saúde previsto na Constituição de 1988. O seu caráter público e universal segue comprometido por processos decisórios permeáveis aos *lobbies* organizados em prol de grupos de interesse e por uma estrutura de financiamento que, direta ou indiretamente, subfinancia as políticas públicas e subsidia as escolhas privadas. Em suma, normatizamos princípios de um modelo, mas implementamos outro, traçamos políticas públicas inspirados em um modelo, e políticas econômicas e regulatórias para estimular outro. É difícil que a dubiedade tão profunda conduza a bons resultados e, de fato, não tem conduzido.

O resultado é que o “sistema” de saúde pouco a pouco deixa de ser sistêmico, uma vez que segmentado em vários padrões e formas de acesso aos serviços de saúde. Tal segmentação, tanto no Brasil quanto nos EUA, reserva aos mais pobres serviços deficientes e limitados ou até mesmo a mais pura exclusão, que, no Brasil, se apresenta ainda mais pernicioso, pois impacta de forma contundente exatamente os mais pobres e mais vulneráveis.

Mas como chegamos a esse ponto? Por que perpetuamos a reprodução da desigualdade, da injustiça e da exclusão na saúde? E, mais importante, como construir alternativas para esses problemas?

O presente artigo não se propôs a apresentar solução, pois dedicou-se ao diagnóstico. Em pesquisas futuras, tal diagnóstico das condições de construção e perpetuação de um sistema de saúde marcado pela exclusão, segmentação e precarização pode servir de base para apontamentos de como lidar com a amarga realidade de exclusão atualmente enfrentadas por brasileiras e brasileiros. É possível até que a comparação ora estabelecida possa contribuir para imaginarmos instrumentos de transformação e construção de alternativas institucionais para lidar com os problemas da saúde pública no Brasil.

Referências

ALBER, J. What the European and American welfare states have in common and where they differ: facts and fiction in comparisons of the European Social Model and the United States. **Journal of European Social Policy**, United Kingdom, v. 20, n. 2, may. 2010a. p. 102. DOI: <https://doi.org/10.1177/0958928709358>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0958928709358791>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ALBER, J. What the European and American welfare states have in common and where they differ: Facts and fiction in comparisons of the European Social Model and the United States. **Journal of European Social Policy**, v. 20, n. 2, 2010b. p. 109

ALMEIDA, C. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul em Saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **A Saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; 2013. v. 1, p. 265.

ARENARI, B.; DUTRA, R. A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. In: SOUZA, J. (org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça, 2016. p. 207.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1389, 2008a. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qBSWCzTqk9SmY8cyrPWNVFc/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2023.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008b. p. 1390. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qBSWCzTqk9SmY8cyrPWNVFc/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BAHIA, L. et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, out. 2016. p. 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184516>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dxGxwn5575gnZgzY4srgWYj/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.753-762, jun. 2009. p. 757. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L7NsQ8y9bgDqtV7PjK7WNbQ/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES - OCDE (France). **Health at a glance 2023: OECD indicators**. Paris: OECD, 2023. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES - OCDE (France). **Private health insurance in oecd countries: the oecd health Project**. Paris: OECD, 2004, p. 28. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/privatehealthinsuranceinoecdcountries-theoecdhealthproject.htm>. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Transparência e diálogo com a sociedade: Sobre a ANS**. Brasília: ANS, 30 jun. 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/>

noticias-ans/sobre-a-ans/3969-transparencia-e-dialogo-com-a-sociedade

BRASIL. Câmara dos deputados. **PEC 451/2014**: proposta de emenda à constituição. Inserir inciso XXXV e altera o parágrafo único do art. 7º da Constituição Federal. Brasília: Câmara Legislativa do Distrito Federal, 2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>

BRASIL. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais Da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 73-74. ISBN:

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate. **Saúde**: para onde vai a nova classe média. Brasília: CONASS, 2013. p. 25.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Programa mais médicos é questionado no Supremo**. Brasília: Notícias STF, 2013.

BRITNELL, M. **In search of the perfect health System**. Londres; Nova Iorque: Macmillan Education; Palgrave, 2015a. p. 156.

BRITNELL, M. **In search of the perfect health system**. Londres; Nova Iorque: Macmillan Education; Palgrave, 2015b. p. 154-155.

BRITNELL, M. **In search of the perfect health system**. Londres; Nova Iorque: Macmillan Education; Palgrave, 2015c. p. 7.

BRITNELL, M. **In search of the Perfect Health System**. Londres; Nova Iorque: Macmillan Education; Palgrave, 2015d. p. 157.

BUSS, P. M.; LABRA, M. E. **Sistemas de Saúde**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 20.

CAMPOS, G. W. S. Paradoxos na construção do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 705-708, set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/jtcgxsx6gmcNj7dXKV4kxgk/>. Acesso em: 06 jul. 2016.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 17-33.

CHERNEW, M. *et al.* Value-Based Insurance Design. **Health Affairs**, United States, v. 26, n. supl. 2, p. 195-203, jan. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.2.w195> 2007. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.26.2.w195>. Acesso em 10 nov. 2023.

COALIZÃO SAÚDE. Associados. *In*: COALIZÃO SAÚDE. **Quem somos**. São Paulo: Coalizão Saúde, [2017]. Disponível em: <http://icos.org.br/quem-somos/associados/>. Acesso em: 20 nov. 2023.

COLOMBO, F.; TAPAY, N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. **OECD Health Working Paper**, Paris, v. 6, n. 15, p. 14, 2004a. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

COLOMBO, F.; TAPAY, N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and Health Systems. **OECD Health Working Paper**, Paris, n. 15, p. 16, 2004b. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. Seminário “O setor de saúde como modelo produtivo e de desenvolvimento econômico”. 2016, Brasília. **Seminários [...]**. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/seminario-o-setor-de-saude-como-modelo-produtivo-e-de-desenvolvimento-economico>. Acesso em: 22 jul. 2016.

COSTA, N. R.; VAITSMAN, J. Universalization and privatization: how policy analysis can help understand the development of Brazil’s Health System. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, Netherlands, v. 16, n. 5, p. 441-456, out. 2014. p. 454. DOI: <https://doi.org/10.1080/13876988.2014.942567>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13876988.2014.942567>. Acesso em: 10 nov. 2023.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002, p. 63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782002000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/fMC8hfSnxhMYvBtF7LLZYxf/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

COURTIS, C.; SANTAMARÍA, R. (orgs.). **La protección judicial de los derechos sociales**. Quito, Equador: Ministério de Justicia y Derechos Humanos, 2009. p. 241.

DAVIS, K. *et al.* Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: how the U.S. health care system compares internationally. **The Commonwealth Fund**, [S.l.], p. 7-9, jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.26099/9q4x-na97>. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror-wall-2014-update-how-us-health-care-system>. Acesso em: 10 nov. 2023.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J. A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**. n. 3, p. 143-147, jun. 1990a. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/ppp_3_Universalizacao.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 3, p. 139-162, 1990b. p. 140 e 155.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, out. 2008a. p. 1.450. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LBgHZN7jVspJFgcSmJPVGXb/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2023.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, out. 2008b. p. 1444-1445. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LBgHZN7jVspJFgcSmJPVGXb/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

GLOPPEN, S. Litigating health rights: framing the analysis. *In*: GLOPPEN, S. **Litigating health rights: can courts bring more justice to health**. Cambridge: Harvard University Press, 2011a. p. 19.

GLOPPEN, S. Litigating health rights: framing the analysis. *In*: GLOPPEN, S. **Litigating health rights: can courts bring more justice to health**. Cambridge: Harvard University Press, 2011b. p. 20.

HALL, M.A. **Employment-Based Health Coverage**. Oxford: Oxford Academic, 2015. p. 3. (Oxford Handbooks Online; 31) DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199366521.013.33>. Disponível em: <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199366521.001.0001/oxfordhb-9780199366521-e-33>. Acesso em: 10 nov. 2023.

HEALTH CARE (Estados Unidos). **Como escolher um plano de saúde: as categorias do plano de saúde**: Bronze, Prata, Ouro e Platina. Estados Unidos: Health Care, [s.d.]. Disponível em: <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>. Acesso em: 07 ago. 2017.

HOLMWOOD, J. Europe and the 'Americanization' of British Social Policy. **European Societies**, United Kingdom, v. 2, n. 4, p. 454, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1080/713767001>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713767001>. Acesso em: 20 nov. 2023.

JAGODA, N. **Senate bill would repeal most Obama Care taxes, delay Cadillac tax**. Washington: The Hill, 2017. Disponível em: <http://thehill.com/policy/finance/339004-senate-bill-would-repeal-most-obamacare-taxes-delay-cadillac-tax>. Acesso em: 04 ago. 2017.

KONTIS, V. *et al.* Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. **The Lancet**, United Kingdom, v. 389, n. 10076, p. 1323-1335, apr. 2017. p. 1333. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32381-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32381-9). Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)32381-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)32381-9.pdf). Acesso em: 21 nov. 2023.

LARNER, L. New Health policy brief: Medicare's new physician payment system. **Blog de assuntos de saúde**, Nova Jersey, 22 abr. 2016. DOI: 10.1377/hblog20160422.054618. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/new-health-policy-brief-medicare-s-new-physician-payment-system>. Acesso em: 24 jun. 2017.

LIND, M. **The next American Nation**: the new nationalism and the fourth American Revolution. Nova Iorque: Free Press, 1995a. p. 228.

LIND, M. **The Next American Nation**: the new nationalism and the fourth American Revolution. Nova Iorque: Free Press, 1995b. p. 253.

MAZZUCATO, M. **The entrepreneurial state**: debunking public vs. private sector myths. Nova Iorque: PublicAffairs, 2015a. p. 213.

MAZZUCATO, M. **The entrepreneurial state**: debunking public vs. private sector myths. Nova Iorque: PublicAffairs, 2015b. p. 74-77.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007a. p. 291.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007b. p. 161.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007c. p. 148-162.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007d. p. 153-156.

MILKEN INSTITUTE FASTER CURES CENTER. **A closer look at alternative payment mo-**

dels. Washington: [S.n.], 2014. 8 p.

NASCIMENTO, I. J. **Healthcare Systems in Brazil and the United States: a comparative analysis.** 2013. Dissertação (Master of Public Administration Program) - Department of Political Science and International Affairs, Kennesaw State University, Georgia. 2013. p. 34-35. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/231821642.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2023.

OCKE-REIS, C. O. **Avaliação do gasto tributário em saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF).** Brasília; Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, 2021. p. 10.

OCKE-REIS, C. O.; GAMA, F. N. **Radiografia do gasto tributário em saúde: 2003-2013.** Brasília: Ipea, 2016. p. 25. (Nota Técnica; n. 19)

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: Edufba, 2013. p. 271.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.** Brasília; Rio de Janeiro: Ipea, 1990. p. 11.

PIOLA, S.F.; *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Revista Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012. p. 12. DOI: <https://doi.org/10.22456/2176-5456.25261>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/AnaliseEconomica/article/view/25261>. Acesso em: 21 nov. 2023.

PROPOSTA PARA O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. São Paulo: Coalizão Saúde, 2016. p. 21. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Coalizao_Brochura.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

SAGAN, A.; THOMSON, S. **Voluntary health insurance in Europe: role and regulation.** United Kingdom: World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies, 2016. p. 13. (Observatory Studies Series; 43). ISBN-13: 9789289050388.

SALTZMAN, E.; EIBNER, C.; ENTHOVEN, A. Improving the Affordable Care Act: an assessment of policy options for providing subsidies. **Health Affairs**, United States, v. 34, n. 12, p. 2095–2103, dez. 2015. p. 2099. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0209>. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2015.0209>. Acesso em 10 nov. 2023.

SANT'ANA, R. N. **A judicialização como instrumento de acesso à saúde.** Tese (Doutorado em Direito) - Brasília: Uniceub, 2017. p. 144-152.

SANTOS, I. S. A solução para o SUS não é um Brazilcare. **RECIIS**, Brasil, v. 10, n. 3, jul./ set. 2016. p. 3. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/16984/4.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SANTOS, I. S. *et al.* O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1.432, out. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SVQWPvGk8rRDCyRKGsH99vF/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o *mix* público-privado em países com cobertura duplicada:

agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, jun. 2011. p. 2746. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hHr-Vb98BZYcY7v68cFhtfj/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algunas consideraciones sobre el derecho fundamental a la protección y promoción de la salud a los 20 años de la Constitución Federal de Brasil de 1988. *In*:

SCHIEBER, G. J. *et al.* Financing global health: mission unaccomplished. **Health Affairs**, New York, v. 25, n. 4, p. 923-924, jul./ago. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.921>. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.26.4.921>. Acesso em: 20 nov. 2023.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, jan./mar. 2014. p. 22. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-104.20140002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QLynyMZgWjPgVp8p7sP4HzQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em 10 nov. 2023.

TAX FOUNDATION (Washington). **Cadillac Tax**. [S.l]: Tax Foundation, [s.d.]. Disponível em: <https://taxfoundation.org/taxedu/glossary/cadillac-tax-health-care-affordable-care-act/>. Acesso em: 21 nov. 2023.

TU, T. *et al.* **The impact of Accountable Care**: origins and future of Accountable Care Organizations. Salt Lake City: Leavitt Partners, 2015. 11 p.

TUOHY, C. *et al.* How does private finance affect public health care systems? marshaling the evidence from OECD nations. **Journal of Health Politics Policy and Law**, United States, v. 29, n. 3, p. 359-396, june. 2004. p. 362. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8383071_How_does_private_finance_affect_public_health_care_systems_Marshaling_the_evidence_from_OECD_nations. Acesso em: 20 nov. 2023.

UNGER, R. M. **Democracy realized**: the progressive alternative. Londres; Nova Iorque: Verso, 1998. p. 144.

UNGER, R. M. **False necessity**: anti-necessitarian social theory in the service of radical democracy. Nova Iorque: Verso, 2004. p. 1-4.

UNGER, R. M. **O direito na sociedade moderna**: contribuição à crítica da teoria social. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. p. 22.

UNGER, R. M. Saúde: questão de consciência. **Folha de São Paulo**. São Paulo, jan. 2010. Seção Opinião: Tendências e Debates. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz2401201009.htm>. Acesso em: 06 jul. 2016.

UNGER, R. M. **The Left Alternative**. Nova Iorque: Verso, 2009a, p. 83.

UNGER, R. M. **The left alternative**. Nova Iorque: Verso, 2009b. p. 110-111.

UNGER, R. M. **The left alternative**. Nova Iorque: Verso, 2009c. p. 9.

UNGER, R. M.; TEIXEIRA C. S. G. (org.). **Tudo e um pouco mais**. Rio de Janeiro: Editora Azougue, 2012 p. 29. (Coleção Encontros)

UNGER, R. M; TEIXEIRA, C. S. G. (org). **Desenvolvimento sustentável é abstração**. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2012 p. 48. (Coleção Encontros)

UNGER, R. M; TEIXEIRA, C. S. G. (org.). **O futuro da esquerda**. Rio de Janeiro: Editora Azougue, 2012. p. 84. (Coleção Encontros)

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, jun. 2016. p. 196. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610915>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X5JBtjPyxtHSqYb3Fg3mTvp/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revistas de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 9, dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>. Acesso em: 20 nov. 2023.

WERNECK VIANNA, M. L. T. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 2011a, p. 138.

WERNECK VIANNA, M. L. T. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 2011b. p. 14.

WERNECK VIANNA, M. L. T. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 2011c. p. 96.

WERNECK VIANNA, M. L. T. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 2011d. p. 191.

WERNECK VIANNA, M. L. T. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 2011e. p. 152.

WEST, C. **Democracy matters**. Nova Iorque: Penguin Books, 2004a. p. 147.

WEST, C. **Democracy Matters**. Nova Iorque: Penguin Books, 2004b. p. 28.

WEST, C.; UNGER, R. M. **O Futuro do Progressismo Americano: uma iniciativa de reforma política e econômica**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999a. p. 23.

WEST, C.; UNGER, R. M. **O futuro do Progressismo Americano: uma iniciativa de reforma política e econômica**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999b. p. 37.

WEST, C.; UNGER, R. M. **O Futuro do Progressismo Americano: uma iniciativa de reforma política e econômica**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999c. p. 32-33.

WILKINSON, R.; PICKETT, K. **O nível: porque uma sociedade igualitária é melhor para todos**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. p. 124.

WITTENBERG, E.; WITTENBERG, E. **How to win in Washington**. 2. ed. Blackwell: Cambridge, 1994. p. 13.