



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO X SISTEMA DE SAÚDE NORTE AMERICANO: UM ESTUDO COMPARATIVO¹

Klyssia Câmara Brandão Ramos

Resumo: O presente artigo faz referência às políticas públicas voltadas para a saúde. Neste âmbito, optou-se por estudá-las de forma comparativa, com critérios quantitativos e qualitativos que orientaram a seleção dos países Brasil e Estados Unidos. Para tal, realizou-se um estudo com delineamento bibliográfico e descritivo com o objetivo investigar o SUS no Brasil, e o Sistema de Saúde Norte Americano. Expôs-se a eficiência de ambos os sistemas, bem como as diferenças e desafios que os mesmos enfrentam. E por fim, pôde-se concluir que o SUS passa por diversos problemas: faltam recursos financeiros, contribuição para saúde, sem contar a gestão do programa, já que a descentralização provocou, apesar dos benefícios, o “apadrinhamento” político causando a inviabilidade da criação de planos de cargos e salários.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Programa de Saúde Norte Americano.SUS.

1 INTRODUÇÃO

Em busca de analisar as políticas públicas de saúde do Brasil, optou-se por estudá-las de forma comparativa, com critérios quantitativos e qualitativos que orientaram a seleção dos Estados Unidos da América, como objeto de estudo desta comparação.

A diferença entre Brasil e Estados Unidos merece uma consideração especial, pois, de acordo com Ceneviva e Faria (2013), o Brasil é um dos países em que a menor quantia de investimentos cumpridos pelo governo se designa à saúde, 8,4%, enquanto que há uma média de 13,75% de gastos do governo voltados à saúde nos países da América. Em contrapartida, em primeiro lugar, destaca-se os Estados Unidos, o país que mais gasta em saúde, tanto em termos percentuais do PIB, 13%, como em valores totais. O que os americanos empregaram em bens de saúde no ano de 2000, 1,275 trilhão de

¹Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão Pública, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.



dólares correntes, correspondeu a mais de seis vezes a soma de tudo que foi destinado à saúde em todos os demais países da América juntos (COSTA e CASTANHAR, 2015).

Diante desta discrepância, entre os dois países objeto de estudo desta pesquisa, buscou-se fazer um estudo comparativo, para delinear suas igualdades e diferenças, visando comparar a eficiência do sistema de saúde brasileiro com os sistemas de saúde americano.

A importância deste estudo se dá devido a necessidade de se discutir a carência de eventuais acréscimos de recursos em diversos segmentos do setor saúde, nos dois países estudados. Pois, contribuições mais consideráveis de recursos públicos necessitam, no setor saúde, como em todo o setor público, de antecedentes avaliações de eficiência que ainda não foram realizadas em larga escala. Esta é, inclusive, uma exigência de natureza constitucional de acordo com a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) (Brasil, 1988). Portanto, esta pesquisa preocupa-se em analisar como o Brasil se comporta, em termos de eficiência do sistema de saúde, quando inserido em um estudo comparativo com os Estados Unidos, país este que investe bastante na área da saúde, com indicadores oscilando entre desejáveis condições de saúde até precárias condições sanitárias e, até mesmo, socioeconômicas.

Destaca-se daí o problema científico desta pesquisa, uma vez que este faz referência as aproximações e as divergências/distanciamentos existentes entre o Sistema Único de Saúde brasileiro e o Sistema de Saúde Norte Americano. Questiona-se o porquê de tantas desigualdades. É possível definir se as razões estão na distribuição de investimentos, na gestão ou na cultura organizacional?

Afim de buscar uma solução para a problemática acima descrita e responder as questões de pesquisa, o presente artigo tem como objetivo geral comparar o sistema único de saúde do Brasil, em termos de eficiência, com o Sistema de Saúde Norte Americano.

Para tal, têm-se como objetivos específicos:

- a) Explicar, primeiramente, a definição de políticas públicas;
- b) Investigar o sistema único de saúde do Brasil e o sistema de saúde dos Estados Unidos;



c) Expõe eficiência, semelhanças e as diferenças entre os sistemas estudados, bem como seus progressos e desafios.

Desta forma, o presente artigo busca averiguar a realidade do problema citado, e analisando sua abrangência, classifica-se como uma pesquisa bibliográfica, pois é fundamentada em publicações de dissertações, teses e artigos científicos, com caráter descritivo já que se expõem as características das políticas públicas de saúde no Brasil e nos Estados Unidos, e ainda, quali-quantitativa, pois destaca características nominais e numerais, tendo em vista que se fala de eficiência do sistema, e gastos/investimentos utilizados nos mesmos. Desta forma, realizou-se:

a) Leitura exploratória do material selecionado, com a finalidade de verificar se a obra consultada era relevante para o artigo;

b) Leitura seletiva que consistiu em uma leitura mais detalhada do material já previamente selecionado, com o objetivo de ordenar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa;

c) Registro das informações que foram separadas como importante para esta temática, a partir do referencial teórico relativo a presente pesquisa.

E por fim, partiu-se para a análise e discussão dos dados.

Ao estruturar o presente artigo, teve-se a pretensão de dividi-la em seções:

A introdução: apresenta a contextualização da temática a ser tratada, apontando a questão norteadora em que se baseia o estudo, os objetivos do mesmo, a justificativa de sua escolha e a estrutura do artigo. Na sequência aborda um breve conceito sobre políticas públicas, para servir de base para o entendimento da discussão dos resultados, posteriormente aponta as informações chaves para o estudo comparativo do sistema único de saúde do Brasil com o sistema de saúde dos Estados Unidos, bem como discute, de forma crítica, e baseada em levantamentos socioeconômicos, as semelhanças, diferenças e desafios da política pública de saúde em questão, nos países citados. Na parte final aborda as considerações finais mostrando se os objetivos foram alcançados, e argumenta os resultados conclusivos do estudo.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS

De acordo com Mead (2005), a área das políticas públicas está dentro do esboço da política que avalia o governo diante de grandes questões públicas.



Ou seja, é um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos na sociedade em que ele gere, sendo que a soma dessas atividades influencia diretamente a vida dos cidadãos. Desta forma, percebe-se que o papel da política pública está relacionado à solução de problemas, acerca de decisões do governo, com auxílio de instituições e grupos sociais.

Segundo Faria (2013), as políticas públicas refletem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública necessita também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade.

Com isso, verifica-se que política pública é o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente).

Por último, políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação (FIGUEIREDO e FIGUEIREDO, 2006).

3 SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta busca bibliográfica abrangeu o período de março a maio de 2017, sendo fundamentada a partir de um levantamento bibliográfico em livros, artigos, dissertações e periódicos de revistas. A partir de então, os dados serão apresentados nesta seção, para posterior interpretação e por fim compor conclusões em torno da temática deste estudo.

Antes de começar a discussão a respeito do Sistema Único de Saúde brasileiro e o Sistema de Saúde Norte-Americano, faz-se necessário abranger como funciona o Sistema de Serviços de Saúde. Sabe-se que saúde é o resultado das condições de vida, que só pode ser obtida por meio de um sistema intersetorial que seja apropriado e que influencie os diversos aspectos que definem e transformam a situação de saúde das populações.

Neste contexto, Sistema de Serviços de Saúde, é um subsistema unisetorial, responsável pelas ações de saúde propriamente dita, principalmente nas ações de



recuperação (cura e reabilitação) e proteção à saúde (prevenção de agravos, vigilância em saúde, controle de riscos e danos, etc.) (MUÑOZ et. al, 2010).

Segundo Mendes (2012), os Sistemas de Serviços de Saúde são compostos por arquitetura, fisiologia e instrumentos. A arquitetura é o item que abrange toda a estrutura do sistema e os mecanismos de relações entre o próprio sistema e entre esses e os demais sistemas sociais. A Fisiologia arrola-se com a disposição de funcionamento do sistema com a intenção de responder socialmente às condições de vida da população. Já os instrumentos, referem-se aos recursos disponíveis pelo sistema, sejam eles tecnológicos, legais ou organizacionais, utilizados para reger e desenvolver tais funções. Ressalta-se que independente da forma de organização social e econômica, a maioria dos países tem objetivos comuns com relação a esses sistemas.

Sendo os principais objetivos dos Sistemas de Saúde:

- a) Alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa;
- b) Garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos;
- c) Acolhimento dos cidadãos;
- d) A efetividade dos serviços de saúde;
- e) A eficiência dos serviços de saúde.

Deste modo, para atingir esses objetivos os Sistemas de Serviços de Saúde devem atuar na articulação de atores sociais envolvidos no processo com o objetivo de interceder os interesses e conflitos desses atores. Os principais componentes de um sistema de saúde são a população e as instituições prestadoras de serviços, e nos sistemas públicos, esse mediador coletivo é o Estado (FRENK, 2014).

No sistema público, o Estado define os critérios de organização e prestação dos serviços, formando prioridades de elegibilidade de diferentes grupos populacionais em relação aos serviços de saúde.

Nesta esfera, serão expostos a seguir a apresentação dos dados coletados, baseados na política de saúde voltada ao SUS brasileiro e ao Sistema de Saúde Norte Americano.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A partir da constituição de 1988, a saúde passa a ser direito de todos, dever do Estado, porém, em relação ao funcionamento, ressalta-se que o SUS não possui um caráter institucional. Trata-se de um complexo sistema, formado por centros de saúde,



ambulatórios, laboratórios, hospitais da iniciativa privada e do poder público, bem como por outros órgãos da União, Estados e Municípios, tendo como gestor central o Ministério da Saúde, entretanto tomam parte também da sua gestão os estados, municípios e a comunidade.

Segundo Paim (2009), pode-se definir SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, que fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Portanto, o SUS é a formalização da conquista do direito de todos à saúde e a única possibilidade de atenção para mais de 140 milhões de brasileiros. É uma política pública, definida na Constituição Brasileira, que define as ações e os serviços públicos de saúde formam uma rede e constituem um sistema único. Segundo Brasil (2009), são objetivos e atribuições do SUS: a assistência às pessoas, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica.

De acordo com Roncalli (2013), todas as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados (caráter complementar, mediante contrato de direito público) que integram o SUS devem obedecer aos seguintes princípios:

a) Universalidade - todos os brasileiros passam a ter direito à saúde, em todos os níveis que se venha a oferecer.

b) Igualdade - a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de alguma espécie, assim sendo não deve haver diferenciação de raça, cor, religião, sexo, poder econômico ou qualquer outro.

c) Integralidade - o cidadão que necessitar de atenção à saúde, seja para promoção, proteção ou recuperação, deve recebê-lo em sua plenitude, principalmente no caso que precise de um conjunto contínuo de atuações em vários níveis de complexidade.

d) Participação popular - realizada através das seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Segundo a Lei 8.142/90 (que trata do controle social do SUS), cada esfera de governo contará com estas instâncias sem prejuízo para os cargos do poder legislativo.

e) Descentralização e Comando único - entendida como um remanejamento das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de



governo. Parte-se do princípio de que a realidade local é decisiva para a consignação de políticas de saúde.

f) Regionalização e Hierarquização - As ações e serviços públicos que compõem o SUS são realizados por estabelecimentos públicos e privados, constituindo uma rede regionalizada e hierarquizada que fornecem ações e serviços de saúde de forma coordenada e descentralizada no território brasileiro.

Atualmente o SUS, é um dos maiores programas de saúde pública do mundo e o Brasil, através do SUS, possui hoje o maior conjunto de procedimentos executados em hospital pagos por um único financiador. No entanto, o financiamento do SUS é uma das dificuldades que o sistema enfrenta, pois, a gestão e, por conseguinte, a qualidade no atendimento também são aspectos que também denigrem a imagem do Sistema. As falhas na gestão do SUS, dentro do conceito administrativo, vão desde a forma de contratação de pessoal até falta de planos de cargos e salários. Ressalta-se ainda, a corrupção, o desperdício, a ineficácia e ineficiência na gestão do Sistema.

3.2 SISTEMA DE SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS

Muitas pessoas não sabem, entretanto, atuam, nos EUA, seis programas de saúde distintos, em que três excepcionalmente públicos; dois, mistos, e um, excepcionalmente privado. Os sistemas públicos são, em ordem decrescente de contagem de indivíduos atendidos, o Medicaid, o Medicare e o Veterans Affairs (VA). À ressalva deste, que volta seu desempenho para militares aposentados — os *veterans* —, os outros dois foram criados na década de 1960 com o objetivo de socorrer os idosos (Medicare) e a população de baixa renda (Medicaid), depois da falha dos planos para a prática de um “SUS norte-americano”. Juntos, os três acolhem quase 100 milhões de pessoas, cerca de um a cada três americanos, e, se juntarmos as clínicas populares e de caridade — que atuam com repasses públicos, além de algumas doações — e os atendimentos emergenciais subsidiados, atingiremos a uma estimativa de cobertura próxima a 120 milhões de habitantes (FERREIRA, 2009).

Os sistemas do Medicare e do Medicaid contam com diversos portfólios garantindo desde imunizações para gripe até procedimentos cirúrgicos complexos, tratamentos de doenças como câncer e ataques cardíacos. Ambos os programas foram expandidos significativamente nos últimos vinte anos, tanto por presidentes democratas (Bill Clinton e Barack Obama), quanto por presidentes republicanos (George W. Bush),



e correspondem a gastos *per capita* do governo norte-americano maiores do que de praticamente todos os outros países desenvolvidos, atrás apenas de Noruega, Holanda e Luxemburgo. Quando consideramos, em vez de toda população, apenas os beneficiários dos serviços para computar o gasto *per capita*, percebemos que os valores são ainda maiores, principalmente no caso do Medicare, cujo gasto médio por beneficiário supera os US\$ 10.000,00 — mais de duas vezes o investimento realizado pela Noruega (FERREIRA, 2009).

Destaca-se que o acolhimento em episódios emergenciais é imperativo por lei em todos os hospitais americanos que aceitam Medicare, independentemente do convênio médico do paciente, o que denota uma quase universalidade desse tipo de atendimento. Ou seja, se um cidadão que não possui plano de saúde sofrer um acidente de carro, praticamente nenhum hospital pode recusar-se a atendê-lo. Se o paciente não possuir dinheiro para arcar o tratamento, ou pelo menos parte dele, o hospital arcará com os custos que são, na maioria das vezes, repassados na forma de custos mais elevados para as seguradoras de saúde e para os outros pacientes, havendo, assim, uma socialização de perdas semelhante a que ocorre no Brasil.

4 COMPARATIVO ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE ESTUDADOS

Mesmo existindo várias diferenças socioeconômicas, históricas e culturais entre Estados Unidos e Brasil, a comparação dos seus sistemas de saúde é de grande importância para a compreensão da situação atual e das tendências do SUS.

O SUS foi criado com a proposta de ser um sistema universal, porém devido a crescente presença do setor privado no sistema de saúde brasileiro, fenômeno observado desde o início da década de 90, verifica-se a importância de se comparar o SUS com o sistema norte-americano. Às instituições privadas atuam no Brasil nas modalidades de compra direta de serviços, seguros de saúde e planos de saúde.

Será feito a seguir um comparativo destes dois países, a partir de dados de documentos de organizações como: Banco Mundial, IBGE, Ministério da Saúde, além da leitura de vários artigos científicos sobre o tema. Os dados analisados foram referentes a financiamento e cobertura dos referidos sistemas de saúde.

O levantamento sócio econômico do Brasil e EUA (Tabela 1) sob a ótica dos sistemas de saúde mostrará um panorama da situação do SUS, frente ao referido sistema

de saúde. No caso de Brasil, o número de habitantes já corresponde à demanda do sistema, uma vez que, estes países possuem um sistema universal de saúde.

Tabela 1. Levantamento sócio econômico dos países analisados (2015).

Países	População	PIB		Carga tributária
	Milhões	Trilhões USD ³	Per capita	Participação % PIB
Brasil	207,8	2,477	12.575,98	35,5
EUA	321,4	14,99	49.853,68	24,5

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial e OCDE.

O levantamento populacional dos países estudados é uma forma de mensurar a demanda por serviços de saúde. Sejam eles públicos ou privados, o povo de uma nação precisa de um sistema de saúde. O levantamento populacional, também indica o tamanho do desafio enfrentado pelos países na administração e financiamento dos seus sistemas de saúde.

Pegoraro (2013) afirma que a renda dos países é uma forma de dimensionar a capacidade de financiamento do sistema e de qualificar a demanda por meio da capacidade de pagamento da mesma. Em outras palavras, o PIB mostrará a capacidade de financiamento do sistema.

Entre os dois, o Brasil possui a menor economia, ficando atrás dos EUA que possui a maior capacidade de financiamento do sistema de saúde.

Por outro lado, analisando a participação da carga tributária no PIB de um país obtém-se o potencial de gasto público do Estado, Pegoraro (2013, p.13) afirma que “a discussão sobre a questão fiscal tem objetivo de mostrar o potencial de gasto do Estado através da carga tributária dos países em comparação com as despesas públicas em saúde”. O autor quer dizer que quanto maior carga tributária, maior o potencial de gasto público.

A carga tributária dos países estudados foi respectivamente, Brasil 35,5% e EUA 24,5%. Isso demonstra que o governo brasileiro possui o maior potencial de gasto em relação ao PIB.

Porém, observa-se na Tabela 2, que no ano de 2015 as despesas públicas com saúde per capita totalizaram em (PPP\$) 3.951,07 nos Estados Unidos e 476,65 do Brasil. Os dados per capita em PPP\$ mostram uma grande diferença em relação aos



gastos, 8 vezes maior nos EUA. Porém, mesmo os dois países apresentando rendas discrepantes, a porcentagem de financiamento público da saúde em relação ao PIB, foi de 8,22% nos EUA e 4,07 % no Brasil. Isso indica que, mesmo desconsiderando a diferença da variável PIB as despesas públicas com saúde do Brasil ainda assim são menores que a dos EUA.

Tabela 2. Comparativo gasto em saúde, Brasil, EUA e Reino Unido–2015. Valores US\$ PPP

Países	Gasto público		Gasto Privado		Gasto	Gasto% PIB		
	Per capita 2011	Participação %	Per capita 2011	Participação %	Total	Público	Privado	Total
					Per capita 2011			
Brasil	476,65	45,7	566,35	54,3	1.043,00	4,07	4,83	8,90
EUA	3.951,07	45,9	4.656,93	54,1	8.608,00	8,22	9,68	17,90

Fonte: Elaboração própria a partir de Soares & Santos (2014).

A Tabela 2 também mostra que dos gastos totais em saúde do Brasil em 2015 a participação pública foi de 45,7%, enquanto o setor privado representou 54,3%. Essa distribuição das despesas totais com maior percentual privado, aproxima-se do perfil de gasto dos EUA que não possui sistema de saúde universal apresentando 45,9% de participação pública e 54,1% privada.

Apesar do grande potencial para financiamento da saúde, no Brasil, poucos recursos públicos são destinados aos serviços de saúde. O inverso ocorre nos EUA, que apresenta um gasto significativamente maior, por isso, vale destacar dois aspectos. O primeiro aspecto é o fato que o gasto público ser tão alto quanto o privado, mesmo o Estado tendo papel apenas complementar. O segundo aspecto, diz respeito ao grau de cobertura, pois, os EUA, mesmo com o maior gasto, estima-se que, atualmente cerca de 15% da população americana não tem nenhum tipo de cobertura de saúde. Pegoraro (2013) afirma que a razão para isso é que este grupo não tem renda suficiente para pagar um plano oferecido pelas empresas privadas e ao mesmo tempo não se inclui no padrão de elegibilidade dos programas públicos (*Medicare e Medicaid*).

No caso do Brasil, a discussão sobre o grau de cobertura dos sistemas está relacionada com a quantidade de pessoas que estão cobertas por seguros privados nas mais variadas modalidades, uma vez, que seus sistemas de saúde são universais.



Destaca-se que o SUS atende exclusivamente a 75,9% da população brasileira. Tendo em vista que os dois sistemas, apresentados na Tabela 2, tem natureza universal, não existe uma parcela da população sem cobertura.

Sob a ótica da proteção social, comparando os dois sistemas estudados, observa-se que existe uma diferença de comportamento, no que diz respeito à responsabilidade das ações do Estado. Pois, no Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Por outro lado, nos Estados Unidos a saúde é entendida como responsabilidade individual, ou seja, há um consenso cada um deve arcar com suas próprias despesas, cabendo ao Estado o papel de apenas regulador.

Voltando a questão do financiamento dos sistemas. Observa-se na Tabela 2, que a participação privada nas despesas totais em saúde do Brasil foi de 54,3%, com esta representação certamente o setor privado não está ocupando um papel complementar, contrariando a determinação da CF/88.

Pegoraro (2013, p.15) afirma que “o Brasil por garantir um sistema de saúde universal deveria apresentar uma porcentagem maior de gasto público em comparação aos gastos privados”. Esta afirmação concorda com Soares e Santos (2014, p.19) “a proposta avançada do SUS – que tem por princípios a atenção universal, a equidade e a integralidade da atenção à saúde – sem a garantia de recursos não se sustenta”. Os autores concordam que faltam mais recursos para a seguridade social brasileira.

Apesar dos percalços por que passou a implementação do SUS, se comparado ao que havia antes dele, representa uma vitória do povo brasileiro. Diferentemente do que é visto na mídia, o SUS é sim um grande patrimônio dos brasileiros; o que falta neste momento são recursos financeiros, quer por meio de nova contribuição para saúde, redução do superávit primário ou outra medida que venha a suprir a demanda do Sistema. Outra questão importante é a gestão do SUS; a descentralização provocou, apesar dos benefícios, o “apadrinhamento” político², principalmente nos municípios, o que provoca a descontinuação e inviabiliza a criação de planos de cargos e salários.

Analisando o histórico das políticas públicas de saúde a partir do Sistema Único de Saúde, verificam-se as perspectivas de crescimento, melhoria e ampliação do sistema são ótimas. Porém, deve-se ter cuidado com o lobby das indústrias farmacêuticas e dos planos de saúde, pois as mesmas têm interesses antagônicos ao da população. Diante do quadro de exclusão que havia no passado é possível concluir que o sistema de saúde

²Exemplo de apadrinhamento político: nomeação em cargo público de confiança nas secretarias de saúde por pessoas com apenas interesses pessoais e que possui relação de amizade com o governante.



brasileiro deu um grande avanço nas últimas décadas e pode se tornar no futuro um modelo de sistema de saúde público universal no mundo.

5 CONCLUSÃO

O presente artigo teve como objetivo expor um comparativo da saúde pública no Brasil e nos Estados Unidos, e diante do exposto, verifica-se que a finalidade deste estudo foi alcançada uma vez que se explorou tal política pública, expondo a eficiência de cada uma delas, semelhanças, diferenças e dificuldades que foram apontadas a partir do levantamento bibliográfico.

Pôde-se observar que conforme a constituição de 1988, a saúde é um direito de todos, dever do Estado, porém, quanto ao seu funcionamento, o SUS não possui um caráter institucional.

Verificou-se que todas as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem ter como princípios: universalidade, igualdade, integralidade, participação popular, regionalização e hierarquização, no entanto, sabe-se que isso nem sempre ocorre. Isso acontece porque o financiamento do SUS é uma das dificuldades que o sistema enfrenta, pois, a gestão e, por conseguinte, a qualidade no atendimento também são aspectos que também denigrem a imagem do Sistema. As falhas na gestão do SUS, dentro do conceito administrativo, vão desde a forma de contratação de pessoal até falta de planos de cargos e salários. Relatou-se, ainda, a corrupção, o desperdício, a ineficácia e ineficiência na gestão do Sistema.

Já o Sistema de Saúde dos Estados Unidos possui seis programas, sendo três exclusivamente públicos (Medicaid, Medicare e o Veterans Affairs, este último voltado para militares aposentados); dois, mistos, e um, excepcionalmente privado. Viu-se que o acolhimento em episódios emergenciais é imperativo por lei em todos os hospitais americanos que aceitam Medicare, independentemente do convênio médico do paciente, o que denota uma quase universalidade desse tipo de atendimento.

Analisou-se a carga tributária dos países estudados e o Brasil mostrou 35,5% e EUA 24,5%. Isso demonstra que o governo brasileiro possui o maior potencial de gasto em relação ao PIB. No entanto, as despesas públicas com saúde per capita totalizaram em (PPP\$) 3.951,07 nos Estados Unidos e 476,65 do Brasil, mostrando uma grande diferença em relação aos gastos, 8 vezes maior nos EUA.



Desta forma, verifica-se que apesar do grande potencial para financiamento da saúde, no Brasil, poucos recursos públicos são destinados aos serviços de saúde, ao contrário dos Estados Unidos. Isso se dá pelo fato de que o gasto público é tão alto quanto o privado, mesmo o Estado tendo papel apenas complementar, ressaltando ainda o grau de cobertura, pois, os EUA, mesmo com o maior gasto, estimam-se que, atualmente cerca de 15% da população americana não tem nenhum tipo de cobertura de saúde.

Portanto, conclui-se que o SUS passa por diversos desafios, pois faltam recursos financeiros, contribuição para saúde, sem contar a gestão do programa, já que a descentralização provocou, apesar dos benefícios, o “apadrinhamento” político causando a inviabilidade da criação de planos de cargos e salários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios -** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 22, p. 969-992, 2015.

FARIA, C. A. P. Ideias, Conhecimento e Políticas Públicas: Um Inventário Sucinto das Principais Vertentes Analíticas Recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.18, n. 51, p. 21-30. 2013.

FERREIRA, F. G. **Sistemas de saúde e seu funcionamento.** Sistemas de cuidados de saúde no mundo. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2009.

FIGUEIREDO, M.; FIGUEIREDO, A. C. Avaliação Política e Avaliação de Políticas: Um Quadro de Referência Teórica. **Revista Fundação João Pinheiro**, p. 108-129. 2006.

FRENK, J. Dimensions of health system reform. **Health Policy**. v. 27, p:19-34, 2014.

MEAD, L. M. Public Policy: Vision, Potential, Limits. **Policy Currents**, Fevereiro, p. 1-4, 2005.



MUÑOZ F, LOPEZ ACUNA L, HALVERSON P, GUERRA DE MACEDO C, HANNA W, LARRIEU M. The essential functions of public health: an emerging theme in health sector reforms. **Rev Panam Salud Publica**, 2010.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveria saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2012.

MUÑOZ F, LOPEZ ACUNA L, HALVERSON P, GUERRA DE MACEDO C, HANNA W, LARRIEU M. The essential functions of public health: an emerging theme in health sector reforms. **Rev Panam Salud Publica**, 2010.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEGORARO, A. P. A. **O Sistema de saúde no Brasil e nos Estados Unidos: uma análise comparativa**. Anais III Fórum Brasileiro de Pós-Graduação em Ciência Política – UFPR [online]. 2013.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ARTMED, 2013.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 38, N. 100, P. 18-25, 2014.