



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA,
CONTABILIDADE E SECRETARIADO EXECUTIVO – FEAAC
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS

THIAGO MOTA PACÍFICO DE FRANÇA

A REFORMA DA SAÚDE NORTE-AMERICANA: UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO

FORTALEZA

2012

THIAGO MOTA PACÍFICO DE FRANÇA

A REFORMA DA SAÚDE NORTE-AMERICANA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Monografia apresentada à Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado Executivo, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais.

Orientadora: Prof^a. Ms. Alana Katielli Azevedo de Macedo

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca da Faculdade de Economia, Administração, Atuária,
Contabilidade e Secretariado Executivo – FEAAC

F814a

França, Thiago Mota Pacífico de.

A reforma da saúde norte-americana: um estudo exploratório /
Thiago Mota Pacífico de França. ---- 2012.
85 f., encadernado.

Monografia (graduação) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e
Secretariado Executivo, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Seguros Privados de Saúde.
Orientação: Profa. Ms. Katielli Azevedo de Macedo.

1.Sistemas de saúde. 2. Reforma da saúde americana.
3.Sistema único de saúde (SUS). 4. Seguro de saúde privado. I.
Título.

CDD 338

THIAGO MOTA PACÍFICO DE FRANÇA

A REFORMA DA SAÚDE NORTE-AMERICANA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Atuariais do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências Atuariais.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Alana Katielli Azevedo de Macedo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^o. Ms. Sergio César de Paula Cardoso
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Ms. Ana Cristina Pordeus Ramos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

RESUMO

O presente estudo discute a reforma sanitária americana e a possibilidade de universalização do acesso à saúde através dos seguros privados. O grande desafio do governo dos EUA está na ampliação do acesso, na redução dos custos e na regulamentação e financiamento. Desafio este que enfrenta crítica acerca da constitucionalidade ou não das medidas que reformam estruturalmente e normativamente esse sistema. A maioria dos americanos entende que o sistema de saúde não funciona de forma eficiente ou eficaz, mas poucos compreendem o alcance dos problemas envolvidos. O acesso destacado nesse trabalho engloba tanto a facilidade e a rapidez com que os serviços de saúde podem ser obtidos. Nos Estados Unidos, os cuidados em saúde são fornecidos por operadoras de seguros privados, enquanto o serviço público básico de saúde são fornecidos pelo Estado, através de programas (Medicare, Medicaid, Programa da Criança Seguro Saúde, entre outros). Diante da reformulação do sistema americano, ressalta-se um paralelo entre os sistemas sanitários do Brasil e dos EUA, descrevendo as características que evidenciam acesso, gasto e desempenho, especificamente relacionados à questão normativa da intervenção do Estado na garantia de saúde universal. Longe de comparações, são apresentadas também algumas semelhanças geradas a partir das dificuldades e dos problemas por ambos enfrentados. O acesso limitado a cuidados de saúde afeta a capacidade das pessoas para atingir seu pleno potencial, afetando negativamente a sua qualidade de vida. Tendo em vista a complexidade da proposta apresentada para a reforma da saúde americana, muitas dúvidas ainda gravitam em torno da sua eficiência em tentar realizar uma inclusão em massa, porém todas as tentativas são válidas para uma possível evolução de tal sistema.

Palavras-chave: Sistemas de saúde. Reforma da saúde americana. Sistema Único de Saúde (SUS). Seguro de saúde privado.

ABSTRACT

This study discusses the U.S. health reform and the possibility of universal access to health care through private insurance. The great challenge of the U.S. government is on expanding access, reducing costs and regulation and financing. Challenge that faces criticism about the constitutionality of measures reforming the system structurally and normatively. Most Americans understand that the health system does not work efficiently or effectively, but few understand the scope of the problems involved. Access highlighted in this work encompasses both the ease and speed with which health services can be obtained. In the United States health care opreradoras are provided by private insurance, while the basic public health are provided by the state through programs (Medicare, Medicaid, Child Health Insurance Program, among others). Before the reform the American system, highlights a parallel between the health systems of Brazil and the U.S., describing the specifications of that show access, cost and performance, specifically related to the normative question of state intervention in health guarantee universally. Far from comparisons are also presented some similarities generated from the difficulties and problems faced by both. Disparities in access to health services affect individuals and society. Limited access to health care affects the ability of people to reach their full potential, negatively affecting their quality of life.

Key words: Health systems. U.S. Health Reform. Health System (SUS). Private health insurance. Universal health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Reformas do Setor de Saúde nos EUA.....	34
Quadro 2 – Principais medidas da reforma de saúde americana.....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 O SEGURO PRIVADO E SUA EVOLUÇÃO.....	09
2.1 Breve conceito e história.....	09
2.1.1 O seguro no mundo	11
2.1.1.1 O mercado americano	23
3 ASPECTOS GERAIS DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA.....	26
3.1 Contextualização	27
3.2 A Evolução do Sistema de Saúde Americano	31
3.3 O Medicare e o Medicaid.....	39
3.4 Principais pontos e medidas da reforma	44
3.4.1 Subsídios	48
3.4.2 Faixa etária.....	51
3.4.3 Responsabilidade dos empregadores.....	53
3.4.4 Cobertura	54
3.4.5 Fontes de recursos	55
4 A REFORMA AMERICANA E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	58
4.1 Caracterização do Sistema de Saúde Brasileiro frente ao norte americano	58
4.2 A reforma americana e a legislação brasileira.....	72
4.3 Principais semelhanças.....	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81

1 INTRODUÇÃO

Em linhas gerais, este estudo consiste na discussão sobre a reforma do sistema de saúde Norte-Americano e a universalização do acesso à saúde através dos seguros privados. Um tema complexo e bastante relevante na atualidade, onde os governos nacionais buscam maneiras de reformular o setor de saúde, focando a redução dos custos, a facilitação do acesso e sua eficiência, além da sustentabilidade funcional de forma normativa.

Os EUA são, na atualidade, um dos poucos países desenvolvidos que não têm um sistema de saúde abrangente a sua população. Sistema caracterizado pela privatização dos serviços sanitários e que de um modo geral, a intervenção do Estado, nesse setor, é reduzida. No Brasil, o sistema de saúde está pautado na universalidade e equidade, onde cabe ao Estado, determinado pela Constituição Federal de 1988, a responsabilidade na garantia de acesso à saúde a todos os cidadãos. Aqui, o seguro privado denominado de complementar, complementa o sistema público de saúde.

Nos EUA, o sistema, além de ser em sua maioria privatizado, é caro e ruim, pois não atende às necessidades básicas de saúde da maioria da população, que não tem recurso. No Brasil, o sistema é gratuito, mas sem eficiência e pouca qualidade. Ponto básico que gera certa semelhança entre os dois sistemas.

Nesta pesquisa, são discutidos os maiores problemas enfrentados pelos americanos em universalizar a saúde através do seguro privado. A falta de acesso, de regulamentação e o elevado custo no financiamento, causam restrições à proposta de reforma na aceitação integral pelo Congresso. São questões delicadas que merecem atenção dos políticos americanos.

E como os EUA costumam servir de padrão para determinados governos, provavelmente e como sempre foi, poderão influenciar na reformulação de políticas de saúde de outros países, como o Brasil. Relacionado a essa afirmação, um paralelo é traçado entre os dois sistemas, estruturalmente e normativamente.

De forma geral, são destacadas questões contundentes que retratam a preocupação e a importância na criação e na reformulação de políticas de saúde

nacionais que garantam de alguma forma o acesso a cuidados de saúde gratuitos e de qualidade a todos.

Quanto às questões técnicas do trabalho, a metodologia adotada está embasada em uma visão qualitativa, de cunho reflexivo, fundamentada em uma pesquisa bibliográfica que destacou definições, conceitos, aspectos históricos e econômicos, que contribuíram na compreensão dos pontos aqui relacionados.

O estudo está estruturado em 05 partes, a saber:

- a) 1 INTRODUÇÃO – Descreve de maneira sucinta os principais pontos discutidos no estudo.
- b) 2 O SEGURO PRIVADO E SUA EVOLUÇÃO – apresenta a contextualização de forma geral do seguro, evidenciando origem, evolução histórica, conceitos básicos e seu desenvolvimento como atividade econômica. Além de uma breve descrição acerca do seguro no Brasil.
- c) 3 ASPECTOS GERAIS DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA – ressalta a contextualização histórica das reformas anteriores, que servirão de base para a proposta de reforma atual, e ressalta os principais motivos que influenciaram essa reforma, destacando-se estrutura e normatividade.
- d) 4 A REFORMA AMERICANA E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO - caracterização dos sistemas americano e brasileiro, sobretudo as questões que confrontam a lei da reforma e a constitucionalização do acesso somado à intervenção do Estado nos dois sistemas. E diante das enormes contradições, a verificação das possíveis semelhanças.
- e) 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS – Conclusões das indagações consideradas contundentes na reflexão deste estudo, ressaltando o ponto de vista de cada país diante da importância da saúde como direito fundamental do ser humano.

2 O SEGURO PRIVADO E SUA EVOLUÇÃO

De forma introdutória, apresentam-se, neste capítulo, as principais noções de seguro privado. Através de uma contextualização universal e abrangente, destacam-se conceito, história e evolução como forma de compreender melhor o estudo dessa atividade econômica tão antiga.

2.1 Breve conceito e história

A atividade seguradora é datada como uma das mais antigas atividades econômicas já registradas, pois a questão do risco vem acompanhando a humanidade desde sua origem até os dias atuais, e cada vez sua presença é mais constante.

O conceito básico de seguro está fundamentado na proteção contra o risco, alicerçada pela insegurança do desconhecido, da incerteza futura e da possibilidade de precaver sua integridade física e patrimonial.

Devido a sua importância na vida econômica e social das comunidades, é que se faz necessário apresentar algumas definições, como forma de introduzir o tema do estudo, ressaltando o pensamento dos especialistas para reforçar tal análise.

Salienta-se que a etimologia do termo seguro é muito significativa e essencial na interpretação dos sentidos que envolvem essa palavra. Conforme Martins (2005, p. 10), o seguro é um vocábulo oriundo do latim *securus*, que significa livre de angústia, sem inquietações, sem aflição.

Houaiss (2009, p. 2536) destaca os seguintes significados para seguro: “não ter receio; livre de perigos; de riscos; danos ou cuidados; acautelado”.

Os conceitos descritos, embora muito idênticos, com poucas diferenças, têm como ideia central e principal a proteção da pessoa e de seus familiares, o que dá a impressão de acolhimento, de bem-estar.

Definindo seguro juridicamente, Lacerda (1989 *apud* ROSA, 1998, p. 05) comenta que “o termo ‘seguro’ nos leva a interpretá-lo sob a óptica de resguardo, privado ou não, que, de certa forma, é uma espécie de contrato

aleatório em que uma das partes se obriga a indenizar a outra, mediante perigo ou prejuízo eventual”.

Percebe-se, nesse âmbito, o sentido jurídico da definição que se apresenta como contrato aleatório de proteção, premiando aquele que é prejudicado.

Magalhães (1997 *apud* PEREIRA, 2002, p. 09) destaca que o seguro é assim, uma atividade que se funde na ideia de solidariedade e no rateio prévio do custo da reparação, dispensando proteção efetiva para todos os que contribuírem para a formação do fundo indenizatório.

“O seguro é aleatório porque depende de riscos futuros; oneroso, porque traz gastos para ambas as partes; formal, por exigir procedimentos legais; e bilateral, por que é um acordo firmado entre duas partes [...]”(LAS CASAS, 1988, p. 25 *apud* ROSA, 1998, p. 03).

Observando os conceitos anteriores, nota-se que o foco jurídico sobre esse tema é o de maior alcance devido principalmente a regras determinadas para validar o acordo comercial entre as partes, no caso, o contrato de seguro. Além disso, ressalta as funções sociais e econômicas inerentes à atividade da prática de seguros.

Essa conotação também é notada nas relações de consumo, quando a finalidade está representada pela prestação de serviços ou produção de bens. Diante desse aspecto, Fernandes (1984 *apud* ROSA, 1998, p. 04) conceitua seguro como “um bem (produto ou serviço) de qualquer natureza, adquirido por pessoas físicas ou jurídicas que sentem a necessidade de garantir segurança mediante os infortúnios que venham existir”. Nesta afirmação, verifica-se a relação utilitária do termo seguro.

Ainda na concepção de Fernandes (1984, p. 35 *apud* ROSA, 1998, p. 03-04) ressaltam-se cinco interpretações sobre o termo seguro que definem bem a diversidade de conceitos. São eles:

- **Visão atuarial:** “[...] o seguro é um sistema de gestão matemática de riscos, estruturado no conceito do mutualismo e nas leis estatísticas da probabilidade, que garantem ao segurado”... (visão de base atuarial);
- **Visão jurídica:** “[...] o seguro constitui um contrato solene, consensual, aleatório e de boa fé, estabelecido entre duas partes — o segurador e o segurado —, de modo que este fica legalmente garantido por aquele, em todos os casos de ocorrência”;

- **Visão técnica:** o seguro, na prática, é alguém pagar, através de uma agência bancária, um prêmio, estipulado de acordo com a tarifa do respectivo ramo, recebendo em troca uma apólice, a qual discrimina, segundo as condições gerais e as cláusulas especiais que forem estabelecidas no caso, que esse alguém passa a ter cobertura para os riscos que forem assumidos, e que em caso de ocorrência de sinistro [...];
- **Visão econômica:** “o seguro é uma operação” financeira de elevada função sócio-econômica, em que o segurador, ao aceitar a transferência de riscos ao segurado, passa a exercer a gestão das provisões técnicas constituídas, a fim de, lucrativamente, gerar recursos capazes de respaldar o compromisso de repor [...];
- **Visão do consumidor:** [...] o seguro é um bem (produto ou serviço) adquirido por pessoas (físicas ou jurídicas) que sentem necessidade e segurança financeira para poderem enfrentar os infortúnios dos riscos de existir.

As quatro primeiras definições apresentam uma visão industrializada do seguro, ou seja, uma visão determinada de dentro da indústria para fora, a partir do ponto de vista de quem elabora a estrutura do seguro (orientação do produto). Na quinta definição, o autor destaca uma diferença das demais, pois percebemos a visão de quem realmente se utiliza do seguro, o segurado. É o seguro na visão utilitária do consumidor.

2.1.1 O seguro no mundo

A necessidade de segurança é um sentimento que sempre esteve presente em todos os aspectos da vida, independentemente da origem, etnia, cultura, religião ou região geográfica. Observa-se que, de fato, desde o início da existência humana, a preocupação com as incertezas vem tomando grande parte do tempo, desenvolvendo-se mecanismos ou métodos de proteção que lhe garantam segurança contra as incertezas do futuro.

Conforme Ferreira (1985, p. 58), a origem do seguro se confunde com a história da humanidade, pois foi através da evolução humana que o aparecimento dessa atividade econômica surgiu como necessária, aliviando as preocupações constantes com as ameaças da natureza, da sociedade e da economia.

A pré-história do seguro, assim se pode chamar a fase embrionária da prática da atividade de seguros no mundo, surge da necessidade de o homem se proteger das intempéries da natureza, diante de animais selvagens, das surpresas do clima, do isolamento de outras tribos e da própria incapacidade de

sozinho proteger sua família e a si próprio. O risco era maior que as possibilidades de proteção.

“Na era pré-histórica, podemos identificar alguns sinais, embora rudimentares, do instinto de auto-proteção do homem, que já se fazia presente, sendo marco inicial daquilo que hoje se denomina seguro” (ALBERTI, 1998, p. 51).

A evolução humana passou por vários estágios, e, através destes, o seguro foi seguindo sua trajetória de ampliação da proteção e da garantia de se proteger contra tudo que lhe apresentasse um ameaça real. Durante toda essa transformação de cenário universal vivenciado pela humanidade, a necessidade cresceu e se adaptou aos mais diversos riscos.

Foi através das necessidades mútuas de proteção que os homens decidiram agrupar-se em bando ou tribos, visando, assim, a uma maior proteção contra os riscos que pudessem causar danos ao seu grupo, seja ele composto por familiares ou caçadores.

A origem da formação do conceito de atividade seguradora está baseada no mutualismo, na boa-fé e na solidariedade. Naquela época, pessoas do mesmo clã ou da mesma tribo, unidas pelo instinto de proteção e preservação da espécie, agrupavam-se, visando a proteger umas as outras, nesse tempo, foi plantada a semente do seguro (CONTADOR 2007 *apud* QUEIROZ, 2010, p. 19).

Pode-se dizer que o conjunto proporcionava uma segurança mais ampla e eficaz de todos contra os mais diversos infortúnios da vida. Mas é correto afirmar que o seguro realmente surgiu e se desenvolveu quando o homem conseguiu dominar o risco através de técnicas e legislação específica sobre o mercado securitário.

“Embora a atividade seguradora tenha se firmado apenas no século XVIII, sua origem é remota e há diversas versões transmitidas através do tempo” (PEREIRA, 2002, p. 11). Verifica-se que a origem precisa do seguro é difícil de ser definida, visto que sua remota história está relacionada aos comerciantes do deserto e ao comércio marítimo na Antiguidade.

Verifica-se que é difícil afirmar que exista uma definição ou precisão para datarmos a inicialização do seguro no mundo. O registro dos primeiros passos nesse sentido está vinculado a teorias que, em sua grande maioria,

encontra-se em recortes da história das atividades econômicas, isoladamente. Então, a incerteza alimenta as teorias que persistem até hoje.

Existem teorias acerca do aparecimento histórico do seguro, isto é, a versão mais conhecida diz respeito aos comerciantes babilônicos, referindo-se aos camaleiros nômades que enfrentavam determinadas situações de risco e perigo que resultavam em prejuízo a suas mercadorias (PEREIRA, 2002, p. 12).

Compreende-se que os comerciantes de camelos, também denominados de “camaleiros”, devido às ameaças em sua integridade física e patrimonial, buscavam fazer um acordo de proteção mútua, ou seja, para garantir que cada animal que morresse ou se perdesse fosse pago pelos demais camaleiros do grupo. Esse acordo ou pacto pode ser considerado uma forma primária de seguro.

Consta-se, assim, a primeira existência de uma espécie de acordo de seguro, o mutualismo¹, que foi registrado com os homens pré-históricos através do agrupamento de tribos para se protegerem e do pacto dos camaleiros no deserto para proteção de suas mercadorias dos possíveis danos futuros.

Esse mesmo mecanismo de proteção e garantia foi utilizado pelos fenícios, gregos e hebreus através do comércio marítimo. Sobre a atividade de seguro entre esses povos, Silva (2008, p.03 *apud* MANICA, 2010, p. 13) comenta que:

Os donos das embarcações, temendo os reverses do mar que poderiam culminar na perda de suas naus e também de toda a carga, estabeleciam pactos para que, se porventura algum prejuízo fosse sofrido por um dos integrantes do grupo, o dano seria recomposto através da participação de todos os navios em certo percentual justo.

Os povos antigos eram profundamente empreendedores, os fenícios, os gregos, os hebreus, sumérios, assírios, acádios, entre outros sempre estiveram expostos permanentemente aos riscos da atividade marítima, por isso se uniram em torno da ideia de se agruparem diversas pessoas para juntos formarem uma reserva de recursos.

Em casos fortuitos como pirataria, incêndio, naufrágio, acidentes diversos, nenhum dos comerciantes arcaria sozinho com o prejuízo, pois todos

¹ Mutualismo é o princípio fundamental, que constitui a base de toda a operação de seguro. É por sua aplicação que as seguradoras conseguem repartir os riscos tomados, diminuindo, desse modo, os prejuízos que a realização de tais riscos lhes poderiam trazer. Glossário de seguros. Disponível em: <<http://fenaseg.org.br>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

estavam assegurados pelo pacto cooperativo mútuo, e assim surgia, além do primeiro indício do seguro de viagem, o princípio fundamental do seguro, o mutualismo. (OLIVEIRA 2005, p. 07).

Em virtude do aparecimento do pacto cooperativo mútuo, várias sociedades foram criadas com o intuito de dar proteção e garantia aos bens e à vida das pessoas.

Diante desse cenário, os gregos² se destacam com criação das primeiras sociedades de socorro mútuo que conforme Manica (2010, p. 13-14) se perpetuaram durante o Império Romano.

Essas sociedades fúnebres eram denominadas de *collegia funeraticia* e resultavam da associação de indivíduos com propósito de fornecer serviços de enterros aos seus associados. Nos *collegia funeraticia*, era uma espécie de confraria religiosa e profissional que garantia um enterro digno e o culto apropriado a seus membros, além de cobrir as despesas com o funeral, ainda havia a entrega de uma pequena soma monetária aos órfãos falecidos.

Essas sociedades funcionavam como um seguro de vida para seus associados com a finalidade de minimizar os possíveis danos à pessoa física, caracterizando-se, assim, como o primeiro contrato de seguro de vida. Além de cobrir os riscos em relação à integridade física da pessoa, um auxílio financeiro era destinado à família do morto, com o objetivo de compensar as dificuldades acarretadas com a perda.

Além disso, tanto na colonização romana, como na grega, surgiram cooperativas em que os participantes contribuía com um fundo destinado a amparar a família, caso o contribuinte falecesse prematuramente. Esse é o princípio do atual "seguro de vida" (BERNSTEIN, 1997 *apud* PEREIRA, 2002, p. 10).

Historicamente, também são destacados os primeiros registros de prática de seguros no chamado Código de Hamurabi, que lança luz sobre as classes sociais, a indústria, as condições econômicas e vida familiar do Antigo reino da Babilônia a legalizar essa prática.

² Na civilização grega, as leis de Atenas criaram as Caixas de Auxílio Mútuo, corporativas ou religiosas, prevenindo gastos excepcionais do grupo, dando origem assim às associações de caráter mutualista. A História do seguro no mundo: seguros. Publicado em 04 de maio de 2010. Disponível em: <<http://www.cbseguros.com.br>>. Acesso em: 12 abr 2012.

O Código de Hamurabi, que surgiu em 1.800 a.C., possuía 282 cláusulas que dispunham sobre a "bodemeria" que nada mais era que o empréstimo ou hipoteca contraída por um proprietário de navio, sem recursos suficientes para financiar sua viagem. O empréstimo não era pago se o navio fosse a pique. Esse sistema atravessou a colonização romana, que incentivava o plantio e comércio de grãos entre suas colônias (BERNSTEIN, 1997 *apud* PEREIRA, 2002, p. 10).

O Código de Hamurabi é considerado um dos mais antigos conjuntos de leis da história da humanidade, se não o mais antigo. Ele era tido como base legal dos povos antigos para fundamentar e aperfeiçoar a legislação da época. Nele, estavam contidos os primórdios da legislação sobre seguros, pois estava composto de artigos que protegiam a propriedade, a família, o trabalho e a vida. A função principal era mostrar a justiça e o poder do rei.

O crescimento de sociedades de seguro seria um marco no Império Romano. O mundo ocidental estava em pleno desenvolvimento, e assim surgiram várias sociedades com os mais variados fins. Basicamente visavam "ao amparo recíproco de seus membros e de seus familiares, quando atingidos por doenças ou velhice" (OLIVEIRA, 2005, p. 07).

O sistema de cooperativas de seguro também foi adotado pelos romanos, no sentido não só de amparar a vida, mas também ampliar esse amparo a outros ramos da segurança. Naquele tempo, havia muitas guerras, além é claro de catástrofes naturais que dizimavam as populações.

A cidade de Rodes foi a primeira a sistematizar essa prática, ou seja, "pela lei de Rodes se dispõe que para aliviar um navio se fez o alijamento de mercadorias, reparar-se-á pela contribuição de todos os danos que em benefício de todos causou" (ALVIM, 1986, p. 03 *apud* OLIVEIRA, 2005, p. 08).

A Lei de Rodes foi adotada inicialmente pelos gregos e romanos e posteriormente ampliou-se em todo o Continente Europeu e perdurou por longo tempo. A lei determinava que, para eliminar parte do risco, as mercadorias deveriam ser eliminadas (jogadas) ao mar, e o prejuízo decorrente dessa ação deveria ser partilhada entre os navegadores. Era uma lei de proteção contra os perigos do mar. E através de tantos outros acordos de proteção mútua, os povos antigos praticavam o seguro de suas riquezas.

E assim se sucedeu ao longo do tempo até a era medieval quando o comércio de seguro de mercadorias foi praticamente paralisado. Essa época foi predominantemente rural. Os grandes feudos eram auto-suficientes e produziam

quase tudo que consumiam. A peste e a fome dominavam as vilas e os feudos. Nesse cenário econômico, a comercialização dos produtos era realizada através de permutas (trocas ou escambo).

E diante desse cenário de miséria, até as trocas sofreram uma grande redução, restando-se assim somente os mercadores itinerantes que abasteciam os ricos, que exploravam os pobres, vendendo produtos de luxo, cobrando altos preços pelas mercadorias (SILVA, 2008, p. 38).

A estagnação e a miséria predominavam na era medieval, somente séculos mais à frente, foi que resurgiu o comércio, e a vida urbana se consolidou, estabelecendo-se como necessária ao desenvolvimento de todos os setores. Mas, no final desse período histórico, vamos encontrar as “guilds” ou “guilda”.

Sobre essas instituições, Mariños (2012) destaca que, ao contrário do período anterior, em que a família estava enfrentando perigos comuns, na Idade Média é a guilda que interpreta esse papel. As chamadas "guilds" não eram precisamente verdadeiras companhias de seguros, mas se constituíam uma aproximação. De início, não era caracterizada como defesa comercial, e sim de mútuo ou religioso. Após perder o caráter mútuo, surgiu o seguro mais comercial, em busca de lucro.

De acordo com a definição do autor, as “guildas” eram sociedades que se assemelhavam a uma companhia de seguros, mas não passavam de sociedades comerciais tipicamente medievais. Era uma espécie de corporação de comerciantes ou artesões que se uniam para defender o próprio negócio, com a finalidade de conseguir uma negociação mais segura e sem muitos riscos.

Alvim (2001), Silva (2008) e Oliveira (2005) comentam que o ramo da navegação se expandiu e tornou um negócio lucrativo para os financiadores medievais. Esse fato é percebido quando, no século XII, surge uma nova modalidade de seguro: O Contrato de Dinheiro a Risco Marítimo.

Segundo os autores, essa modalidade de seguro era formalizada por meio de documentos assinados por duas pessoas, o navegador e o financiador. O empréstimo era uma quantia em dinheiro no valor da embarcação e das mercadorias transportadas. Se durante a viagem houvesse algum acidente com a embarcação, o navegador não devolveria o dinheiro emprestado, do contrário o dinheiro era devolvido ao financiador acrescido de juros.

Com o comércio marítimo e com as grandes expedições, buscou-se uma forma de defesa contra os riscos do mar. Capitalistas passaram a financiar os navegantes, e ao custo da viagem acrescia-se uma parcela destinada à cobertura dos riscos. O prejuízo era do financiador se o navio naufragasse; se a viagem fosse bem sucedida, o navegante pagaria juros elevados (SOUZA, 2000 *apud* PEREIRA, 2002, p. 10).

Como se percebe, a atividade marítima tornou-se objeto de exploração econômica por parte dos comerciantes da época. Logo se transformou em uma grande fonte de renda para aqueles que exploravam a prática de seguro, pois via nessa espécie de comércio o ganho fácil e de grandes vantagens, lógico que concorriam tantos riscos quanto os navegadores, mas em caso de sucesso os juros a serem recebidos pelos seguradores eram absurdamente elevados.

Mas em 1234 essa forma de seguro sofreu a intervenção do papa Gregório IX, que proibiu o Contrato de Dinheiro e Risco Marítimo em toda a Europa, proibindo assim a usura.

Os negócios que envolviam essa modalidade de seguro ficaram comprometidos, pois devido aos grandes perigos do mar e dos danos causados por acidentes levavam os financiadores da época a cobrar um levado percentual dos navegadores (motuários) para a assunção de riscos a que estavam sujeitos (OLIVEIRA, 2005, p. 10).

A postura do religioso denota a mentalidade da época, em que predominava a visão teocêntrica das coisas, isto é, nesta teoria, somente o poder divino poderia determinar os destinos da humanidade, então o destino de cada embarcação lançada ao mar estaria nas mãos de Deus. O sucesso e o fracasso estariam determinados por um poder sobrenatural. Por acreditar que o homem estava desviando a vontade divina se precavendo dos riscos do mar, o Papa interviu, determinando sua proibição em toda a Europa.

Com o fim dessa prática, os juristas da época passaram então a buscar alternativas, e a mais engenhosa foi o financiamento sem juros, porém o contrato incluía "uma cláusula de cobertura dos riscos do mar, mediante o pagamento de um prêmio que não se confundia com os juros condenados" (ALVIM, 1996 *apud* PEREIRA, 2002, p. 10).

Diante da proibição determinada pelo religioso, os comerciantes decidiram buscar outro rumo para a continuação do seguro marítimo. E a solução

encontrada foi uma cláusula que determinava que, se as mercadorias chegassem sem riscos ao seu destino, então nenhum valor seria pago, apenas seria pago um montante ao segurador acrescido de juros, que funcionariam como um empréstimo futuro.

A preocupação com transporte marítimo tinha como causa interesses econômicos, pois o comércio exterior dos países se dava apenas por mar. A ideia de garantir o funcionamento da economia por meio do seguro prevalece até hoje. A forma de seguro é que mudou e se aperfeiçoa cada vez mais. O caminho natural foi a constituição de sociedades de banqueiros – que depois dariam origem às sociedades seguradoras -, ligadas às operações bancárias durante muito tempo (SILVA, 2008, p. 55).

Os interesses econômicos caracterizam o seguro marítimo, e sua prática tornou-se, na maioria das vezes, injusta e abusiva, e os segurados não tinham uma proteção maior. Constava ausente de legislação para fiscalizar e controlar as associações, corporações ou entidades que funcionavam como companhias seguradoras.

As regras ainda eram muito precárias e desiguais. Não havia leis específicas que determinassem normas e punições para aqueles que praticassem essa atividade econômica de forma abusiva. Nos séculos mais tarde, a realização dessa prática foi passada naturalmente das mãos dos grandes comerciantes para os grandes banqueiros, transformando o seguro em uma aplicação financeira.

De acordo com Alberti (1998), o seguro marítimo era tão importante que serviu de base na criação das primeiras coberturas de riscos de morte, dadas em complemento a esse tipo de seguro, sendo extensivas: aos escravos (mercadoria transportada); ao capitão e à tripulação e aos passageiros transportados.

A relevância dessa modalidade de seguro era tão forte que a cobertura se ampliou além das mercadorias e através do tempo se estendeu a equipamentos, aos passageiros, ao comandante da embarcação entre outros. Além de possibilitar o acúmulo de divisas para banqueiros e comerciantes, contribuiu no surgimento de outras ramificações de seguro.

Pode-se observar que foi através do contrato de seguro de transportes marítimos que surgiram as demais modalidades de proteção ao risco. Conforme

especialistas, o primeiro contrato de seguro nos moldes atuais foi firmado em 1347, em Gênova, Itália, com a emissão da primeira apólice de seguros. A partir daí, os contratos foram sendo modificados, em que foram inseridas cláusulas de responsabilidades e de compensação do risco (SILVA, 2008, p. 60).

Ainda no pensamento do autor, posterior ao desenvolvimento dos contratos ou início das obrigações, das responsabilidades, dos deveres cumpridos a risca pelos dois lados (empresa e pessoas), surgiu o resseguro. Por se tratar de operação complementar e indispensável, sua evolução foi semelhante à do seguro, sendo os primeiros resseguros feitos sobre riscos marítimos.

Em 1600, o termo "apólice" (derivado do italiano "polizza", que significa uma promessa) já era utilizado. Em 1601, Francis Bacon apresentou um projeto de lei ao Parlamento Inglês regulamentando as apólices de seguro "de uso corrente entre mercadores deste reino e das nações estrangeiras" (BERNSTEIN, 1997 *apud* PEREIRA, 2002, p. 11).

Essa primeira apólice de seguro concretizava o primeiro documento legal, que determinava e reforçava a importância do seguro na vida do homem, além da garantia de que os riscos seriam efetivamente cobertos de maneira satisfatória e justa, com o qual o segurado e a seguradora estavam comprometidos, em um acordo prévio, com direitos e deveres iguais.

Também em 1601, na Inglaterra e País de Gales, é aprovada a Lei de Assistência aos Pobres, que obrigava as autoridades a se responsabilizarem pelos doentes, desabrigados e necessitados, utilizando-se para isso parte dos impostos cobrados, numa tentativa de minimizar os problemas para evitar convulsões sociais. Na Escócia, França e Alemanha, também surgem movimentos semelhantes que, na verdade, atribuíam um caráter evangelizador ou de cunho filantrópico, para tirar do Estado a responsabilidade maior, mas que, na verdade, era uma forma rudimentar de Seguro Social (ZAMBON, 1999 *apud* PEREIRA, 2002, p. 11).

Destaca-se que esse diploma legal formaliza, de maneira precária, o início de uma previdência social que vinculava a obrigação de cuidados do Estado através do pagamento de impostos. Essa lei beneficiava os inválidos, famílias de baixa renda ou nenhuma e as crianças. Era vista como uma lei de caridade ou religiosidade, devido à realização de essa assistência ser efetuada

em casas paroquiais ou associações religiosas, onde cada pessoa ou família recebia um valor monetário para suprir as despesas com alimentação, moradia e remédios.

Mas um fato marcante que merece destaque nessa análise são as grandes navegações e a exploração das colônias da América e o estranho pacto comercial colonial. A esse respeito desse aspecto, Bernstein, (1997 *apud* Pereira, 2002, p. 11), evidencia que...

Na segunda metade do século XVII, holandeses e ingleses disputavam acirradamente o primeiro lugar como potência comercial. Navios saíam e chegavam diariamente das colônias, abarrotados com produtos até então considerados raros, desconhecidos e de luxo, como por exemplo, açúcar e especiarias, café e chá, porcelanas, tapetes e pedras preciosas. Dessa maneira, era necessário proteger a riqueza adquirida e acumulada. Nessa disputa, onde posteriormente entraram França e Portugal, tomou-se forte a demanda por informações que permitissem calcular o tempo de navegação entre os destinos e, a proteção aos riscos da aventura de navegar por mares desconhecidos.

Nesse período da história do seguro, as grandes navegações tiveram enorme impulso devido às descobertas de novos instrumentos de navegação que forneceu informações mais precisas para viajar e proteger as embarcações e mercadorias, isto é, condições do tempo e do oceano, tipo de rotas mais seguras e até locais mais propícios para naufrágio, entre outras definições. França e Portugal dominavam o cenário econômico juntamente com a Holanda e a Inglaterra. Suas economias sustentavam-se da prática da exploração de terras desconhecidas nas Américas, denominadas de colônias.

O grande volume de mercadorias extraídas desses locais não poderia ficar à mercê dos riscos de se navegar por mares perigosos e estranhos, então as informações para limitar ou controlar esses riscos foram fundamentais para que as expedições tivessem êxitos, e, a partir daí, os contratos acordados teriam cláusulas mais específicas quanto aos riscos e ao prêmio a ser pago em caso de acidentes naturais. E foi a partir do acúmulo de riquezas e da maior proteção contra os riscos que surgem nesse período as grandes companhias de seguro na Europa.

Quanto a esse aspecto, Alberti (1998, p. 75) afirma que, em 1629, na Holanda, nasceu a Companhia das Índias, a primeira empresa grande e moderna que garantia o transporte seguro. Este tipo de instituição se proliferou por todo o

continente europeu, devido a um incêndio já registrado no ano de 1710 em Londres, na Inglaterra, onde foram destruídas cerca de 13.200 casas, 89 igrejas e entre elas a Catedral de Saint Paul, e, para auxiliar as vítimas, foi fundado o 'Fire Office'³.

O seguro contra esse tipo de risco visava a organizar um serviço de cooperação público para prevenção e combate a incêndios. Estimulou também a criação de companhias de seguros que cobrissem o prejuízo causado especificamente por esse perigo. Conforme historiadores, essa modalidade de seguro é classificada como um dos primeiros seguros terrestres e, por conseguinte, um dos mais antigos. Esses acontecimentos influenciaram e contribuíram para a formação de entidades importantes na Inglaterra do século XVII, a saber: As "Tontinas", na França, e a fundação da Lloyd's, em Londres (1668) foram dois acontecimentos do século XVII que representaram a nova fase da história do seguro.

As "Tontinas" eram uma espécie de associação, na qual o montante obtido pela contribuição dos participantes, ao longo de um período pré-determinado, era repartido entre os participantes sobreviventes ao fim desse período. A Lloyd's passou a funcionar como bolsa de seguros, assim operando até os dias atuais (OLIVEIRA, 2005, p. 52).

Segundo o autor, o surgimento dessas entidades seguradoras foi um marco no século XVII, pois revolucionou o seguro da época às circunstâncias de risco real.

As Tontinas atuavam como um sistema que disponibilizava ou facilitava empréstimos públicos. Era uma espécie de seguro de vida, com quantia certa para ser partilhada posteriormente, em um período pré-determinado, entre as pessoas que chegassem com vida ao final deste.

Enquanto a Lloyd's era uma espécie de bolsa de valores, apostadores contribuía em um fundo comum para alastrar cálculo de risco. Nessa modalidade de seguro, era possível assegurar quase tudo.

³ Fari Office era um serviço público de prevenção e combate a incêndios a cargos municipais, posteriormente foi estimulada a criação de companhias de seguros que cobrissem os riscos de incêndios. A partir daí, surge então certa dimensão e exploração dos seguros de incêndio, que afinal aproveita muito a técnica de seguros marítimos. A história do seguro. Disponível em: <<http://www.fidcargo.com.br/hist.htm>>. Acesso em: 03 out 2011.

Com o tempo, as Tontinas foram extintas e representavam antítese do seguro de vida, isto é, passaram a ser foco de crimes, como sequestro e assassinatos de seus associados, e, além disso, atuavam no mercado de forma livre, ilimitados, desregrados. Já a Lloyd's permanecem até hoje como bolsas de valores, adequando-se a assegurar os mais diversos riscos.

Posterior a esses fatos, o seguro se fortaleceu como base jurídica e financeira. Sua legislação evoluiu simultaneamente com o desenvolvimento do comércio. A intensidade pela procura fez estabelecer a base do seguro que se conhece atualmente. Mas sua evolução se deu de forma lenta e incerta.

A afirmação está nas palavras de Shih (2002, p. 110) destacando que, em decorrência de uma lenta evolução, a maturidade do seguro seguiu a mesma sorte da maturidade do comércio, coincidindo a intensificação do seguro com a expansão marítima nos séculos XIV e XV.

Reconhece-se que os seguros marítimos tiveram um papel importantíssimo no desenvolvimento da Europa mercantilista. Mas foi só com o Renascimento e as grandes descobertas no campo da estatística e teoria das probabilidades que os seguros começaram a adquirir as características científicas que permitiriam mais tarde a sua grande expansão para outros ramos, como vida e incêndio⁴.

Durante o período renascentista, a evolução de certas disciplinas científicas ajudou a amenizar essa situação, pois através destas foi possível elaborar dispositivos, mecanismos ou regras numéricas que determinavam como esse procedimento deveria funcionar, calculando-se de maneira precisa os valores a serem pagos ou recebidos, o que poderia ser assegurado ou não, espécies de riscos viáveis, entre outras definições.

Essas disciplinas foram a inovação de que o seguro precisava. Deram nova ênfase na forma de comercializá-lo, tornaram mais substanciais, mas concreto e confiável. Foi a partir das mudanças estruturais e intelectuais ocorridas na Europa, que essa atividade econômica teve sua evolução crescente em outros ramos securitários.

O seguro é uma instituição relativamente recente. Aparentemente surgiu na Idade Média, na forma de seguro marítimo, que foi acompanhando o

⁴ *HISTORIA DO SEGURO*. Disponível em: <http://www.rfseguros.com.br/hist_seguro.php>. Acesso em: 08 out 2011.

desenvolvimento do comércio marítimo nos países do Mediterrâneo, em particular Espanha e Itália, mas não tinha base estatística séria e não era uma instituição organizada (ALBERTI, 1998, p. 93).

A origem do seguro no mundo passa por diversas versões, por diversos povos, mas todos os historiadores são unânimes em afirmar que foi, na Europa, o principal registro do surgimento do seguro. A forma moderna de seguros foi provavelmente formada durante a industrialização e a urbanização da Europa. Nesse período, o renascimento fez surgir a evolução de algumas ciências, que ajudaram na solidificação da atividade de seguros no mundo, tipo, estatísticas, matemática, contabilidade, probabilidade e atuárias.

Diante desse fato, a maioria dos autores apresenta opiniões semelhantes sobre esse ponto, afirmando que “o seguro só adquiriu uma dimensão economicamente importante com o surgimento e o desenvolvimento da Revolução Industrial na Europa e nos Estados Unidos, início do Século XIX” (ALVIM, 2001 p. 95).

O autor destaca que, a partir da Revolução Industrial, finalmente o seguro teve acelerado sua evolução, pois, afinal de contas, o padrão de vida da população começou a crescer, e a economia se desenvolvia a todo vapor para ampliar a oferta de produtos e serviços, dessa maneira crescia também a necessidade de contratação do seguro.

2.1.1.1 O mercado americano

A Alemanha, através de um decreto de Otto Von Bismarck em 1883, foi pioneira na implementação de um seguro social que cobria saúde, acidentes de trabalho e invalidez, contemplando nesse item o envelhecimento (ZAMBOM, 1999 *apud* PEREIRA, 2002, p. 12).

No mundo moderno, pode-se constatar que a primeira ação em busca de uma política social de saúde ou de seguridade social corresponde ao decreto de Bismarck. Esse diploma configura um grande salto na tentativa de se oficializar a prestação de assistência à parcela mais fragilizada da população, especificamente, idosos, inválidos por acidente de trabalho e famílias com pouco ou nenhum recurso. Através desse decreto, foram institucionalizados vários benefícios sociais aos trabalhadores.

A iniciativa tomada pela Alemanha foi seguida por diversos países, embora com grandes diferenças entre os que se iniciavam na atividade industrial e os que mantinham sua conduta agrária. Exemplo disso são os Estados Unidos, que, por não terem uma política tradicional de proteção aos pobres, resistiram fortemente e só implementaram o seguro social em 1935, após a Grande Depressão de 1929⁵ "embora de forma ainda descoordenada" (ZAMBOM, 1999 *apud* PEREIRA, 2002).

Devido ao seu pioneirismo, a Alemanha conseguiu influenciar e contribuir para implementação de uma política de seguro social por toda a Europa. Em alguns países, a ideia de seguridade social seguiu de acordo com a política econômica de cada país, ou seja, a construção dessa política de bem-estar social e assistência estavam relacionadas às peculiaridades econômicas de cada nação.

Os Estados Unidos, diferente de outros países europeus, não apresentavam uma direção nesse sentido, pois nunca tiveram uma preocupação tradicional com seus necessitados. Por isso, a implantação de um sistema de seguro de saúde voltada à população carente foi efetuada somente mais tarde. O motivo foi a grande depressão econômica de 1929, um longo período de recessão que atingiu vários países europeus e principalmente os americanos, com isso, as condições de sobrevivência da população foram comprometidas.

Os Estados Unidos sofreram muito com tudo isso, e os efeitos foram devastadores. A baixa produção industrial, o baixo poder de compra da população e a queda da bolsa de valores são uns dos principais motivos que contribuíram para prejudicar o crescimento econômico americano, portanto influenciando na qualidade de vida de seus cidadãos. O país, símbolo do capitalismo, entrava em colapso financeiro e econômico.

⁵ A Grande Depressão de 1929 foi uma crise gerada pela distância entre a capacidade de produção industrial de bens nos Estados Unidos e o poder de compra da população, que recebia, em média, salários baixíssimos. Como a produção era muito maior do que o consumo, não havia quem comprasse todas as mercadorias disponíveis no mercado. Com produtos encalhados, as fábricas tiveram que desacelerar a produção e despedir trabalhadores. GRIEMBERG, Keila. New Deal para o novo mundo. Publicado em 14 de novembro de 2008 e atualizada em 14 de dezembro de 2009. Disponível em: < <http://cienciahoje.uol.com.br/colunas/em-tempo/um-new-deal-para-o-mundo>>. Acesso em: 20 maio 2012.

A população passava por necessidades, insuficiência de alimentos, altas taxas de desemprego, índices alarmantes de doenças, baixa produção industrial e por consequência baixa no produto interno bruto das nações. Diante dessa degradação econômica e social, surge a necessidade de proteger seus cidadãos das conseqüências causadas pela grande crise econômica de 1929, através da elaboração de uma política de assistência e previdência social.

Com a depressão, limitou-se drasticamente a capacidade de manutenção dos hospitais comunitários e aumentou, na mesma proporção, a população não tão pobre, mas sem dinheiro suficiente para arcar com os custos da assistência médico-hospitalar, que necessitava ser atendida nos hospitais-escola (BAHIA, 1999).

Mas essa situação só irá se estabelecer a partir da década de 30 quando surge um programa de revitalização econômica e social denominado de New Deal, no governo do presidente Franklin Delano Roosevelt, que juntamente com outros programas de cunho social modificou o cenário americano, com investimentos maciços nos serviços públicos, inclusive no setor de seguro da saúde, um dos mais prejudicados durante essa fase.

O Estado delegou a operação do seguro saúde às empresas privadas; promoveu o congelamento dos salários, estimulando a negociação de benefícios entre trabalhadores e empresas empregadoras, através da concessão de subsídios a essas empresas, mediante o abatimento das despesas com planos de saúde (chamadas de business operation coast). Essa atitude é considerada como o grande fomentador do crescimento vertiginoso do seguro saúde privado nos anos 40 (FALK; PRUSSIN; WOOD *apud* BAHIA, 1999, p. 272).

3 ASPECTOS GERAIS DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DOS EUA

Neste capítulo, apresenta-se o objeto de estudo desse trabalho, a reforma do setor de saúde dos Estados Unidos da América. Um sistema complexo e cheio de particularidades que determinam, de maneira até desumana, quem pode e quem não pode ter acesso à saúde de qualidade. Caracterizado pela fragmentação e desorganização legislativa, uma estrutura que visa ao interesse puramente econômico e que não permite inovações.

Pretende-se aqui destacar, em uma visão geral, as características principais desse sistema, além de uma discussão paralela entre os sistemas de saúde americano e brasileiro, assinalando diferenças e semelhanças que definem a modalidade dos serviços de saúde prestados pelos dois países a sua população.

O debate sobre a importância das políticas públicas no desenvolvimento sustentável dos países está cada vez mais destacado no cenário mundial e principalmente nas conferências internacionais sobre a promoção da saúde. Um dos principais pontos dessa questão está na promoção de ideias e medidas que garantam o acesso a serviços básicos e avançados de saúde a todos e com baixo custo. É urgente e necessário o reconhecimento de que a saúde é a condição fundamental para o desenvolvimento social.

Atualmente, discussões sobre a construção de sistemas de saúde universais, equânimes, integrais e democráticos têm ressaltado que estes garantam o acesso da população a serviços resolutivos e de qualidade. Destaca-se, nesse contexto, a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde no marco dos processos de reforma do setor (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2006, p. 07).

A possibilidade de implantação de um sistema universal de qualidade e gratuito esbarra no desenvolvimento das políticas econômicas, pois existem preocupações e características diferenciadas de tratar seus necessitados. Em alguns lugares, a garantia da saúde pelo Estado é vista como inviável e de custo elevado. Devido a essa condição, alguns países optam em deixar essa providência nas mãos da iniciativa privada. Nesse sentido, o exemplo mais prático dessa modalidade de seguro em saúde atualmente são os Estados

Unidos, que preferem utilizar empresas de seguro privado para garantir o acesso à saúde de seus cidadãos.

Devido à complexidade que o tema aborda, percebe-se a necessidade de uma discussão maior sobre o processo de globalização em termos de políticas e atividades econômicas, que facilitem a democratização do acesso à saúde, bem como a elaboração de mecanismos de regulação e administração dos mercados de saúde e o custo social da saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006, p. 07).

Reconhece-se que o acesso à saúde a todos requer altos investimentos e que acarreta custos para população, principalmente quando não se têm políticas públicas direcionadas para tal fim. O custo é uma constante quando se permite a exploração da saúde sem regras pré-determinadas. Por isso, para reformular um sistema de saúde caro e de cobertura ruim, necessita-se de estudos e estratégias que ajudem na elaboração de diretrizes que regulamentem o mercado e o custo social em saúde.

Denota-se, assim, que as políticas econômicas são as principais barreiras que entram as reformas no campo social e da saúde. É a economia que alicerça as políticas públicas sociais e sanitárias, agregando custo e benefício na locação de recursos para a garantia do direito ao acesso à saúde a todos. A economia e a saúde estão vinculadas pelos instrumentos econômicos na questão estratégica e operacional, determinando o planejamento e a administração da qualificação e do acesso ilimitado.

3.1 Contextualização

Este tema tem-se tornado particularmente relevante nos últimos anos, em decorrência do processo de globalização e de formação de blocos econômicos regionais, o que nos motiva a buscar a integração das políticas sociais com os países desses blocos (SANTOS, 2006, p. 09).

O desenvolvimento global das políticas públicas nos países trouxe uma nova visão de administração em saúde vinculada ao social. A questão do acesso à saúde está no topo das políticas sociais, desenvolvendo-se ideias de uma política externa de saúde global.

O acesso a um sistema de saúde integrado, gratuito e de qualidade, está sendo priorizado por autoridades do setor em todo o mundo. A grande prova disso foi um acontecimento registrado pela mídia e redes sociais da reunião ocorrida em maio de 2011 em Genebra, na Suíça, onde ministros da saúde do Brasil, França e alguns países da África e do Oriente elaboraram um comunicado, destacando a importância da saúde no centro das políticas públicas internacionais.

É verificada nesse comunicado que a saúde é uma prioridade social, por isso sua necessidade e urgência. Os ministros ainda ressaltam que a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença.

É essencial que o ser humano tenha acesso a medicamentos, equipamentos sofisticados, precisão de diagnósticos, tratamentos eficazes, mas também seja facilitado o acesso à educação, à habitação, à alimentação e à segurança, pois esse é o conjunto fundamental para a busca de uma política de proteção social saudável. Esses são os princípios básicos da Declaração Universal dos Direitos Humanos defendidos pela ONU em seu artigo 25.

Outro ponto de discussão relevante que também faz parte da Declaração citada é a garantia de uma velhice com qualidade, e esse é uma das preocupações que mais se enfatizam nas discussões sociais. O alto índice na taxa de envelhecimento das populações modernas representa um agravante na questão de custos e benefícios da saúde que merece atenção especial por parte dos governos e administradores de seguro.

Sobre esse assunto, Santos (2006, p. 10) afirma que há de se considerar também os custos da saúde, cuja trajetória de expansão, provocada pelo envelhecimento populacional e pela disseminação de tecnologias sofisticadas, impõe uma revisão dos padrões de financiamento, de sua repartição entre os agentes públicos e privados, além de uma avaliação de custo-efetividade dessas tecnologias.

O envelhecimento ativo da população e o acesso aos serviços de saúde gratuitos e de qualidade é um desafio para o setor na busca de uma qualidade de vida para os idosos. A taxa de pessoas idosas no mundo aumentou substancialmente nos últimos anos, independentemente da condição econômica dos países. A mudança no perfil etário da população mundial implica a

preocupação em formular uma política social e sanitária que ampare essas pessoas, almejando baixar custos e facilitando o acesso à assistência em saúde. Essa é uma questão de responsabilidade do Estado, que precisa receber mais atenção e investimentos.

Os investimentos em políticas públicas concernem em fomentar a ampliação de acesso à saúde a mais pessoas, isto é, o aumento dos recursos e dos gastos públicos precisa ser planejado de forma organizada e equilibrada para que assim se possa dar suporte aos programas sociais.

A intervenção do Estado no desenvolvimento social é uma prioridade que há anos vem sendo incentivada nos programas de desenvolvimento sociais das nações. Nos países avançados, entre as décadas o início da década de 1950 até a entrada dos anos 1970, a crescente intervenção do Estado no campo das políticas sociais e o aumento dos recursos e dos gastos públicos que as materializaram possibilitaram a integração das demandas do capitalismo e da democracia no mesmo programa de proteção social (MYLES, 1984 *apud* DAIN, e SETA, 2010, p.17).

O autor comenta que a preocupação com o social em países mais evoluídos econômico e politicamente é recente, pois somente no início das décadas de 50 e 70 essa questão foi notada como necessária. A administração e planejamento equilibrado dos gastos dos recursos pelo Estado dimensionou o que eles são hoje. Foi nesse período que esses países desenvolveram políticas de proteção social e bem-estar de suas populações solidificadas até hoje, somente abalada pela crise econômica da atualidade, surgindo assim as regulamentações de aposentadorias, seguro-desemprego, programas estatais de saúde, seguro de acidente de trabalhos, entre outros.

Dain e Seta (2010, p. 18) comenta que foi nesse período que se deu a combinação entre as políticas universais dirigidas aos cidadãos e às políticas de seguro social destinadas a cobrir os riscos sociais mais graves – velhice, invalidez, doença, morte e, mais recentemente, desemprego – dos trabalhadores assalariados e de seus dependentes. A discussão nesse sentido se concentra no mercado e na saúde, ou seja, universalização e redução de custos.

Em uma breve análise dos sistemas de saúde vigentes em países relevantes à comparação com o Brasil, revela-se que o caso mais significativo é o

dos Estados Unidos, pela segmentação entre as clientela do setor público e do setor privado (DAIN e SETA, 2010, p.24).

A segmentação a que se refere o autor está relacionada aos mecanismos de seguro configurado pelas seguradoras na contratação dos serviços de saúde que elegem quem deve recebê-lo. Os programas de seguro em saúde trabalham em sistema de parcerias público/privado, isto é, não existe uma política que garanta o acesso à saúde a todos sem restrição. Geralmente esses planos são ruins de cobertura limitada e restrita, e, na maioria das vezes, o alto custo das mensalidades não faz jus ao tratamento dado quando se necessita desses serviços. É assim que se caracteriza o sistema de seguro em saúde americano.

No continente norte-americano, utiliza-se o mercado de seguros privados como instrumento de racionalização de custos e de gestão. Entretanto, a natureza da prática dos mercados na política de saúde é a contenção de custos (DAIN e SETA, 2010, p.26).

A comparação apontada pelo autor está direcionada para a política de saúde que elege o sistema de seguro privado para cuidar da saúde de seus cidadãos. A responsabilidade que deveria ser do Estado ou compartilhada (mista) se contem em elaborar regras que criterizam quem deve ou não receber assistência de qualidade.

Os critérios utilizados pelas seguradoras são injustos e até absurdos, pois é negada a cobertura de certos serviços àqueles que são desprovidos de recursos ou nenhum, deixando de fora uma parte importante da população que também necessita de cuidados.

Em virtude desse cenário caótico da política de saúde pública americana, surge a Reforma do Sistema de Saúde como uma maneira de amenizar ou cessar esses abusos por parte das seguradoras. Novos mecanismos e critérios serão criados, discutidos e analisados para que o seguro em saúde privado possa amparar mais pessoas. A Contenção de custos desses benefícios, segundo o presidente americano, será apoiada por subsídios oriundos de impostos e taxas fiscais.

3.2 A Evolução do Sistema de Saúde Americano

O sistema de saúde americano há tempos necessita de uma grande reforma e reavaliação de suas regras. Os Estados Unidos, sendo a maior economia mundial, não possuem um sistema público de saúde regulamentado de fato.

Mais da metade dos americanos não tem um plano de saúde e, quando tem, ficam doentes, descobrem que o seguro não cobre determinado tratamento. “Assim, a maioria definha em casa ou vai à falência tentando cobrir os custos por conta própria⁶”.

Os planos de saúde têm custos elevados e nem sempre atendem com qualidade e eficiência. A maioria dos americanos sofre com esse descaso e, com o passar dos anos, tomam proporções alarmantes diante da crise econômica que enfrentam atualmente os Estados Unidos e a Europa.

Os gastos com assistência médica e hospitalar são altíssimos e até mesmo os planos ditos mais básicos passam por constantes ajustes, aumentando-se consideravelmente as mensalidades. A maioria desses planos são fornecidos à população empregada. As empresas garantem o seguro saúde aos seus empregados, mas mesmo assim o custo ainda permanece muito elevado. As coberturas também não são suficientes, pois não cobrem todas as enfermidades e acidentes, aliás nenhum plano de seguro de saúde americano cobre tudo.

Como se pode perceber a contradição da saúde nos Estados Unidos é enorme, a gestão desta é difícil e ruim. Há muito tempo que o sistema de saúde americano tem sido criticado pelos seus altos custos e pela sua baixa eficiência. É sem dúvida, o país que mais gasta com saúde, precisamente 15% do seu PIB, o que equivale a 6000 dólares por habitante/ano⁷.

Essa informação demonstra que o sistema de saúde americano é caracterizado pela onerosidade. Seus investimentos são consideráveis, mas ainda assim são ineficazes na cobertura de uma ampla assistência. Outros

⁶ A reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos. Disponível em: <http://blogs.estadao.com.br/radar-global/a-reforma-do-sistema-de-saude-dos-eua/>

⁷ Sistema de saúde americano: ruim e difícil de ser modificado. Publicado em 14 de dezembro de 2009. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/pontos-de-de-vista/1109>>. Acesso em: 05 maio 2012.

países da Europa e Ásia investem bem menos nesse setor e obtêm resultados mais satisfatórios. Esse sistema é um dos mais caros do mundo.

Com essa interpretação, Porter e Teisberg (2006) destacam os principais problemas que caracterizam o sistema de saúde americano de maneira clara e objetiva, a saber:

- a) alto custo e acesso limitado ao seguro-saúde;
- b) restrição de normas de cobertura; e
- c) estrutura de prestação dos serviços de saúde. Os custos com saúde parecem incontroláveis, enquanto 46 milhões de americanos continuam sem seguro.

Esse problema já existe há muito tempo. Somado a eles, temos a falta de regulação da maioria dos seguros, pois o governo acredita que esse tipo de negócio não necessita de regulamentação prévia, além disso, a estrutura desse sistema necessita de maior fiscalização, controle e direcionamento. São imensas as restrições das seguradoras com aqueles que necessitam dos serviços de saúde, mas não possuem poder aquisitivo para financiá-los, são cruéis e desumanas.

No sistema que aí está, elege-se quem deve ser atendido, mas o número de pessoas que se beneficiam realmente é ineficiente. A prova disso é que milhões de cidadãos americanos são sub-segurados ou não têm seguro algum. O governo precisa criar um sistema de saúde gratuito a todos e impedir o Congresso de obrigar as pessoas a se vincularem aos planos de seguro privado que só fazem ampliar os problemas e dificultar as soluções.

A reforma desse sistema é historicamente uma sequência de tentativas frustradas e sem continuação nas perspectivas de uma revolução administrativa e financeira por parte do governo federal americano, no entanto muito antes, no início de 1900, pequenas propostas foram destacadas em favor de uma reforma integral. A mais de 150 anos é sentida a necessidade da criação de um novo sistema nacional de saúde.

A primeira campanha em prol dessa iniciativa é datada de 1854, quando o presidente Franklin Pierce vetou asilos para indígenas inválidos, argumentando que o bem-estar social não cabia ao governo federal. Infelizmente, essa primeira tentativa foi frustrada. Posteriormente, em 1912, o ex-presidente republicano Theodore Roosevelt defendeu um plano de saúde público,

como proposta de campanha à Presidência, como candidato independente, mas assim como a anterior também não evoluiu.

Em 1933, o democrata Franklin D. Roosevelt tentou incorporar a tentativa de reforma a legislação previdenciária, mas a feroz oposição da Associação Médica Americana o forçou a desistir ⁸.

Em 1915, reformadores progressistas fazem uma campanha sem sucesso em oito Estados para um sistema baseado no estado de seguro de saúde obrigatório (PORTER e TEISBERG, 2006).

Especialistas em história da saúde afirmam que os reformadores prestaram grande contribuição, em uma visão geral, acerca das discussões da saúde pública como importante na vida dos americanos. A conscientização dos cuidados básicos de higiene, bem como a promoção do conhecimento e o estudo sobre bactérias no sentido de conter epidemias e facilitar o controle sanitário das enfermidades é essencial. O lema dos reformadores estava baseado nas reformas do cientificismo e nos princípios humanitários.

Os reformadores proeminentes da década de 1920 organizaram um Comitê sobre os custos dos cuidados médicos, então apresentam uma proposta de medicina em grupo e seguro voluntário de ideias modestas, mas suficiente para aumentar a oposição, e, a partir desta ação, surgiu assim o termo "medicina socializada"⁹. Pode-se afirmar que, nessa época, algumas tentativas de reforma foram feitas para aumentar o apoio do governo, mas nenhuma conseguiu êxito.

Porter e Teisberg (2006) comentam que as tentativas de reformas na saúde foram importantes, pois garantiram a discussão e sempre mantiveram a proposta de reforma viva, por isso várias tentativas foram feitas nos últimos cinquenta anos, destacando-se a relevância das propostas serem amplamente populares e eficazes na melhoria do acesso à saúde.

Na interpretação dos autores, a relevância nas tentativas de reformas na saúde americana está na perpetuação da ideia de transformação do sistema como um todo, ressaltando a importância da melhoria nas condições de assistência, no sentido de ser mais acessível, flexível, equilibrado, humano e

⁸ Portal de Luis Nassif: construindo conhecimento. Disponível em: <<http://blogln.ning.com/profiles/blogs/blog-do-alon-a-construcao-do>>. Acesso em: 05 maio 2012.

⁹ Entende-se por "medicina socializada" a organização e funcionalização da profissão médica, a fim de servir à coletividade.

igualitário. Observa-se que as propostas de reforma não foram em vão, pois persiste até hoje a discussão na mudança do setor.

A prestação de cuidados de saúde nos Estados Unidos consiste em dois sistemas que contam com o financiamento público. São eles: os centros de saúde e os hospitais públicos, que se encontram sob gestão pública e são financiados com base em impostos; e os cuidados de saúde do setor privado, reembolsados e financiados publicamente a partir do Sistema de Seguro Nacional (NHI).

A fim de um melhor entendimento sobre o histórico das reformas da saúde americana destacam-se os principais programas de reforma que foram fundamentais na construção da proposta do presidente Obama.

Quadro 1 - Reformas do Setor de Saúde nos EUA

REFORMAS DO SETOR DE SAÚDE AMERICANO	
PERÍODO	PROGRAMA DE REFORMA
1934-1939	NHI e o New Deal
1945-1950	NHI e Fair Deal
1960-1965	Sociedade O Grande: Medicare e Medicaid
1970-1974	Propostas concorrentes NHI
1976-1979	Contenção de custos Trumps NHI
1992-1994	A Saúde Lei de Segurança

Fonte: Focus on Health Reform, 2009.

A pior fase em se tratando de oferta de saúde para a população americana precedeu o período da Depressão (1929-1939), um período de crescente desigualdade de renda e uma diminuição da classe média.

Os piores anos foram 1933-34, com o elevado índice de desemprego, quase 25%, contribuindo para as disparidades de renda. O acesso aos cuidados de saúde também se elevou, despesas médicas estavam subindo, e a doença se tornou uma das principais causas da pobreza, assim os médicos e os hospitais não foram pagos, e as agências de bem-estar começaram a ajudar a pagar os custos médicos para os pobres.

De acordo com Focus on Health Reform (2009), a origem da reforma da saúde nos Estados Unidos está nas ações dos Grupos de cidadãos que organizavam os trabalhadores e os desempregados, os veteranos, idosos e outros, solicitando ajuda do governo para enfrentar a situação caótica por que o país passava com a Depressão econômica de 1929.

De acordo com essa informação, a origem da ideia de modificações no setor sanitário americano está pautada na organização de associações ou grupos de classes sociais que foram prejudicadas com as más condições econômicas decorrente da crise de 1929. Esses grupos populares se uniram em busca de auxílio por parte do governo federal, para amenizar a gravíssima situação de abandono assistencial instalada com crise econômica.

Em 1943, Franklin Delano Roosevelt põe em prática a primeira tentativa na história americana de formulação de um sistema universal de saúde. O então presidente, preocupado com o ônus fiscal e social trazido pela Segunda Grande Guerra, rendeu-se à pressão dos grupos profissionais (médicos), já fortalecidos em seus argumentos por representantes das indústrias farmacêuticas e de seguros (HOFFMAN, 2003 *apud* SILVA e MARTINS, 2012, p. 05).

Em 1945, Roosevelt tinha indicado que queria pressionar o seguro de saúde, uma vez que a guerra tinha acabado, como parte de uma união econômica. Três meses após a segunda Guerra Mundial terminar, o presidente Truman solicitou ao Congresso a aprovação de um programa nacional para assegurar o direito à assistência médica (SILVA e MARTINS, 2012, p. 05).

Nesse mesmo ano, Harry S. Truman enviou ao congresso a proposta de um programa nacional para saúde. O objetivo do plano era assegurar que todas as comunidades, não importando tamanho e nível de renda, possuíssem acesso à saúde. A principal medida propunha a criação de um seguro saúde nacional, aberto para qualquer americano. Os participantes pagariam uma mensalidade que cobriria os custos de atendimento médico, e o governo pagaria pelos serviços do médico (SILVA e MARTINS, 2012, p. 05).

Apesar desta tentativa abrangente, o presidente Harry Truman também seguiu o destino frustrante das outras propostas. Acredita-se que, se esse projeto tivesse sido aceito pelo Congresso americano integralmente, provavelmente o sistema seria menos oneroso e mais eficiente e abrangente.

Depois de mais uma proposta frustrada pelo Congresso e de inúmeras outras tentativas sem êxito, surge a ideia de se criar em programas com critérios pré-determinados de atendimento médico e hospitalar, caracterizado por clientelas distintas e benefícios também distintos. Assim desponta o Medicare e o Medicaid.

O presidente Lyndon Johnson, em 1965, sancionou o Medicare e o Medicaid. Ao contrário das tentativas frustradas de reforma ocorridas até então, marcadas pela rejeição da associação dos médicos, seguradoras e hospitais, os programas do Medicare e Medicaid obtiveram apoio destas sociedades. O principal motivo para o apoio ao Medicare está relacionado à elevação na expectativa de vida, encarecendo os custos da saúde e reduzindo a rentabilidade das seguradoras. Diante disto, o governo passa assumir a responsabilidade pelo cuidado dos indivíduos maiores de 65 anos (FOCUS ON HEALTH REFORM, 2009).

Não se pode negar que foi a partir da gestão de Johnson que os americanos resolveram cuidar oficialmente da população mais necessitada. Uma legislação de proteção social surgiu, e várias medidas foram tomadas com o intuito de amparar esses indivíduos. Na sua administração podem-se destacar grandes avanços na área da saúde e no reconhecimento de direitos civis e políticos dos americanos. Mas apesar da ampliação e inovação no campo da saúde e do social, vários problemas políticos internos e externos foram enfrentados.

Um dos feitos mais importantes no seu governo está na criação e regulamentação dos programas Medicare e Medicaid, promovidos pelo Poder Público e direcionado a atender aqueles que não tinham acesso à assistência à saúde. Devido ao elevado custo dos serviços médico e hospitalar, os idosos com mais de 65 anos foram os mais beneficiados pelo Poder Público.

Mas o que antes parecia ser uma solução, com os altos custos na sustentação desses programas, tornou-se mais um problema. Os serviços diversificados, com qualidade tecnológica, com equipamentos sofisticados e principalmente com crescimento da população necessitada, nos últimos anos, encareceram o acesso à saúde, e a margem de lucro para as seguradoras aumentou assustadoramente. A ausência de regulamentação dos serviços em saúde também contribuiu para que houvesse elevação nos custos, além dos inúmeros limites e os critérios restritivos impostos pelos administradores de seguros privados, cujo lucro excessivo é o maior objetivo das empresas desse ramo.

Em 1971, o presidente Nixon instituiu congelamento de salários e preços em um esforço para reduzir inflação. Com a implementação do Medicare

e Medicaid, os custos dos cuidados de saúde haviam crescido rapidamente cerca de 4% (FOCUS ON HEALTH REFORM, 2009). Em 1974, essa taxa de crescimento já alcançava o percentual de 20% ao ano, o que gerou a necessidade de combater os crescentes custos em saúde. Foi proposto um programa que universalizava o seguro saúde o qual não poderia custar mais do que cada americano pudesse pagar, mas, havendo necessidade, parte do prêmio seria pago por um fundo público. Não se tratava de um sistema público, e sim de subsídios a planos privados para aqueles que não pudessem pagar.

Com o passar dos anos, vários problemas econômicos e financeiros ajudaram a dificultar o funcionamento do sistema de saúde. De 1976 a 1979, a estagnação do crescimento econômico e a inflação contínua, combinada com o aumento do desemprego, geraram cortes de impostos. De 1980 a 1992, o governo incluiu cortes fiscais substanciais.

A partir de meados da década de 1980, muitos trabalharam duro individualmente e em grupos para tentar alcançar uma significativa e abrangente reforma do sistema americano de saúde (LUNDENBERG, 2012).

O Federal Reserve Board, espécie de receita federal americana, conseguiu agir para controlar a inflação, e, depois de uma severa recessão de 1981 a 1982, os níveis de desemprego diminuíram. Mas os custos com saúde continuaram crescendo rapidamente até e durante esse período. Até mesmo alguns conservadores políticos que atuavam no negócio do setor passaram a aceitar que a reforma sanitária fundamental era necessária, pois o setor de saúde cresceu para compor 12% do PIB do país em 1990. A diferença de renda entre as classes superiores e inferiores foi ampliando-se e uma recessão assolou o país no período de 1990-1991, adicionada à insegurança financeira, acabou focando a campanha presidencial de 1992 sobre a economia (FOCUS ON HEALTH REFORM, 2009).

Consegue-se observar a consolidação do seguro saúde individual como uma prática de fins puramente lucrativos e de grande relevância na receita do país, conforme especialistas da área securitária apontam que nos últimos 30 anos o crescimento de gastos em saúde foi contínuo e significativo. Essa condição determinou a importância da participação dos seguros no produto interno bruto (PIB). Nota-se que essa importância do setor securitário privado se deu principalmente a partir da década de 90.

Ainda no mesmo período, o Projeto Lei da Segurança da Saúde Americana, plano do presidente Clinton na década de 90, estabeleceu um sistema único de saúde financiado pelo governo federal, administrado a níveis estaduais e municipais e executado pelo setor privado. Isto significa que os médicos não seriam empregados do governo ou de qualquer companhia de seguros - a prestação dos serviços médicos particulares seria preservada. Os pacientes teriam livre escolha de seus médicos. Acesso dos pacientes aos provedores e dos provedores aos pacientes não se limitaria aos planos de seguro aos quais os consumidores estivessem afiliados¹⁰.

Esse projeto de lei seria ousado e revolucionaria o setor de saúde americano de forma radical e precisa. A aplicação dessas normas regulamentaria a forma de se praticar o seguro. Apesar de todos os esforços para aprovação do projeto pela Câmara dos Deputados, Clinton esbarrou na máquina industrial privatista que impede qualquer iniciativa de mudança nas regras vigente do setor. O projeto apresentava novos dispositivos com relação a impostos e a corte de gastos.

Clinton não tinha um mandato eleitoral extenso o suficiente para alcançar uma mudança radical, e qualquer perspectiva de sucesso foi ainda mais enfraquecida pela sua administração estratégia e por suas táticas para o gerenciamento do projeto de lei no Congresso (JORNAL AMERICANO DE SAÚDE , 2003, v. 93).

O tamanho e a complexidade do plano (quase 1400 páginas) não apenas retardou sua passagem pelo Congresso, mas também tornou mais difícil a geração de ativismo popular. Com o Congresso dividido, não se poderiam reunir votos suficientes para aprovar uma lei. Em 1997, com um republicano no Congresso e com apoio bipartidário, o Programa da Criança Seguro Saúde foi promulgado, com base no Medicaid, programa para fornecer cobertura de saúde às crianças de baixa renda (JORNAL AMERICANO DE SAÚDE, 2003, v. 93).

Em 2010, é promulgado pelo presidente Barack Obama, o Programa Patient Care Act, que a visa melhorar todos os aspectos dos serviços de saúde americano. O objetivo desse programa é eliminar a prática das Companhias de

¹⁰ Avaliando a reforma do sistema de saúde norte-americano. De Jim MCDermott,MD, tradução de Irma Ponti. Disponível em: <<http://pw2.netcom.com/~mvp1/hr1200.htm>>. Acesso em: 05 maio 2012.

Seguro, que estabelecem a condição de pré-triagem e outras características prejudiciais ao paciente (STONE, 2009).

Ao contrário de Clinton, Obama conseguiu a aprovação da nova Lei de seguro Saúde. Diante de muitas críticas, debates e discussões, saiu a aprovação da modernização do sistema sanitário americano, mas o custo continuará sendo o vilão dessa história. Não se pode negar que essa reforma é ousada tanto quanto o projeto anterior, e o grande desafio está em fazer valer o objetivo principal, isto é, estender o direito ao acesso à saúde a todos os cidadãos americanos, sendo esse acesso financiado pelo Estado.

3.3 O Medicare e o Medicaid

“Os Programas Medicare e Medicaid representam a primeira iniciativa pública de saúde nos EUA” (SILVA e MARTINS, 2010, p. 06). Medicaid e Medicare são programas governamentais que prestam serviços médicos e de saúde a grupos específicos de pessoas nos Estados Unidos. Embora muito distintos entre si, ambos são gerenciados pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid, esse setor faz parte do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.

O Medicare é um programa nacional de seguro social, administrado pelo governo federal. Seu objetivo principal é garantir acesso ao seguro saúde para os cidadãos americanos com idade a partir de 65 anos e os jovens com alguma deficiência, bem como assiste as pessoas com doença renal em estágio terminal.

Acerca desse programa, Silva e Martins (2010, p. 06) comentam que a prioridade foi atender aos idosos, cujos custos de provimento de saúde são tão maiores quanto mais elevadas é a expectativa de vida, e pobres sem qualquer tipo de acesso à saúde. Ficam fora destes benefícios indivíduos com idade inferior a 65 anos que possuem rendimentos superiores aos limites do Medicaid e imigrantes tanto legais quanto ilegais (SILVA e MARTINS, 2010, p. 06).

Diferente do lema das seguradoras privadas, pois enquanto estas geram suas carteiras de riscos para garantir a própria solvência, esse programa determina o risco financeiro associado à doença, no sentido de proteção da sociedade. Esse programa cobre tanto as despesas hospitalares quanto o seguro

médico geral. São beneficiados com esse programa aqueles que tiverem contribuído para o sistema durante sua vida laboral por pelo menos dez anos.

O Medicare, segundo Silva e Martins (2010, p.06-07), estabelece criteriosamente os serviços prestados pelo programa que são disponibilizados da seguinte maneira:

- a) Parte A: abrange os serviços de internação hospitalar e outros. Ou seja, as internações hospitalares, assim como alguns cuidados paliativos, emergências e em alguns casos *home-care*. A maioria das pessoas não precisa pagar pela Parte A, pois já contribuíram durante a vida de trabalho com taxa descontada na folha de pagamento, considerando-se também a parte paga pelo empregador;
- b) Parte B: abrange a assistência ambulatorial, consultas médicas, e outros "serviços médicos necessários." Oferece cobertura para serviços médicos e ambulatoriais. Para este, é necessário o pagamento de um prêmio mensal. Também é chamado de Seguro Médico Suplementar;
- c) Parte C: originalmente chamado de *Medicare + Choice*, em seguida, mais tarde mudado para *Medicare Advantage*, permite que os inscritos possam receber benefícios do Medicare através de um plano privado, sob a Lei do Orçamento Equilibrado de 1997. Ou seja, permite aos usuários criar um plano personalizado de acordo com suas necessidades médicas. Combina aspectos das Partes A e B, porém abrange todos os cuidados necessários. A principal diferença é que são empresas privadas que oferecem este tipo de cobertura e diferentemente da Parte A é necessário pagamento pelos serviços;
- d) Parte D: foi criada pela Lei de Modernização Medicare de 2003. Destinada para cobertura de fármacos, pode ser adquirida por qualquer beneficiário do Medicare mediante pagamento de prêmios mensais.

Os serviços principais desse programa estão nas partes A e B, enquanto as partes C e D são tidas como suplementares. Em 2010, o Medicare, atendeu a 48 milhões de americanos, 40 milhões de pessoas de idade de 65 anos ou mais e oito milhões de pessoas mais jovens com deficiência (ARCHER e MARMOR, 2012).

Assim o Medicare prioriza o acesso de serviços de saúde a uma grande população de pessoas idosas, doentes e de baixa renda, muitos dos quais seriam incapazes de pagar os cuidados de saúde de outra forma. Em média, esse programa cobre quase metade dos custos de saúde para os inscritos, cerca de 48% do total dos gastos, representado assim um alívio para os beneficiados.

Já o Medicaid é um programa que atende principalmente famílias de baixa renda ou sem nenhum recurso. O atendimento se estende também a outros indivíduos, tipo, pessoas com necessidades especiais e aquelas que possuem grandes gastos com contas médicas. O programa é financiado conjuntamente pelos governos estaduais e federais e é administrado pelos estados¹¹.

Fato curioso que merece destaque é que a pobreza por si só não necessariamente qualifica alguém para Medicaid. Ele representa a maior fonte de financiamento para a realização de serviços médicos e de saúde no atendimento de pessoas com renda limitada, abrangendo a essa categoria os cidadãos americanos ou residentes permanentes legais, inclusive adultos de baixa renda, seus filhos, e pessoas com determinadas deficiências.¹²

Os critérios para ser atendido por esse programa são diversos e são considerados determinados aspectos, que podem incluir: idade, gravidez, deficiência física e nível de renda. A idade é fator tanto para o Medicare quanto Medicaid, pois é possível integrar os benefícios dos dois programas. A administração do Medicaid assim como as exigências para ser elegível ao programa é definida por cada Estado (SILVA e MARTINS, 2010, p. 07).

Os programas são definidos dentro das diretrizes federais, embora cada Estado determine os critérios de elegibilidade e cobertura. Compreende-se que, então, as regras determinadas podem sofrer alterações entre os Estados, tendo assim variações nos benefícios. Por isso, para adquirir a condição de elegibilidade, os candidatos beneficiados são obrigados a tomar todas as medidas para ter acesso aos recursos disponibilizados.

Para financiar o Medicaid, cada estado conta com transferências do governo federal às quais deve adicionar recursos próprios. A porcentagem dos

¹¹ Medicaid Informação Geral. Centro de Serviços Medicare e Medicaid. Disponível em: <<http://www.medicaid.gov>>. Acesso em: 05 maio 2012.

¹² *Ibid; Id.*

gastos cobertos pelo governo federal varia de Estado para Estado, sempre entre 50% e 83%. A transferência está inversamente relacionada à renda per capita do estado – estados ricos têm menor participação do governo federal do que Estados pobres (SILVA e MARTINS, 2010, p. 07).

Nos dois programas, portanto o governo tem uma co-participação financeira e administrativa com os Estados. Os governos estaduais também viabilizam recursos destinados a outras ações de saúde, tipo, maternidade, pediatria, atendimento psicológico, saúde ambiental e atendimento às crianças deficientes. Os recursos federais específicos são financiados em proporção variada de acordo com o nível de pobreza do Estado.

A participação do Estado no Medicaid é voluntária, porém, todos os estados têm participado desde 1982. Em alguns Estados o Medicaid é subcontratado a empresas de seguros privados de saúde, enquanto outros estados pagam os prestadores (ou seja, médicos, clínicas e hospitais) diretamente. A maioria dos Estados administra o Medicaid através de seus próprios programas (RIBEIRO *et al*, 2003).

A supervisão principal do programa é tratada a nível federal, mas cada Estado:

- a) Estabelece seus padrões de elegibilidade próprios;
- b) Determina o tipo, quantidade, duração e escopo de serviços;
- c) Define a taxa de pagamento por serviços; e
- d) Administra seu próprio programa Medicaid.

O programa Medicaid prestou serviços de saúde a mais de 46,0 milhões de pessoas em 2001. Em 2002, a contagem de inscritos no Medicaid totalizou 39,9 milhões de americanos. A partir dos anos 1990, muitos Estados receberam isenções do governo federal para criar um programa Medicaid sob atenção gerenciada. Os americanos beneficiários por esse programa estão matriculados em um plano de saúde privado, que recebe um prêmio fixo mensal do Estado.

Esse plano de saúde é então responsável por prover a todos ou a maioria das necessidades do receptor de saúde. Em nível nacional, cerca de 60% dos inscritos estão matriculados em planos de autogestão¹³.

¹³ Medicaid Informação Geral. Disponível em: <<http://www.medicaid.gov>>. Acesso em: 05 maio 2012.

Posteriormente, os serviços odontológicos foram incluídos no programa de Segurança Social do Medicaid. Estes serviços odontológicos são um serviço opcional para os adultos acima de 21 anos, no entanto este serviço é uma exigência para aqueles elegíveis para o Medicaid e abaixo de 21 anos.

Porter e Teisberg (2006) destacam outros grupos que o governo federal considera "categoricamente necessitados" e que devem ser elegíveis para o Medicaid. Então são incluídos:

- a) As pessoas que cumprem os requisitos para a Ajuda às Famílias com Crianças Dependentes (AFDC) do programa que estavam em vigor no estado em 16 jul 1996;
- b) Crianças menores de 6 anos de idade, cuja renda familiar é igual ou inferior a 133% do nível de pobreza federal (FPL);
- c) As mulheres grávidas com renda familiar abaixo de 133% do FPL;
- d) Renda de Seguro Suplementar (SSI) destinatários;
- e) Destinatários de adoção ou de assistência social ao abrigo do título IV da Lei da Segurança Social;
- f) Grupos especiais protegidos, como os indivíduos que pedem ajuda em dinheiro devido a rendimentos do trabalho ou do aumento de benefícios da Previdência Social;
- g) Crianças nascidas após 30 de setembro, 1983 que estão sob a idade 19 e em famílias com renda ou abaixo da FPL.

Segundo os autores, os serviços prestados pelo Medicaid atuam em um programa que faz pagamentos aos prestadores de cuidados de saúde. Os Estados fazem esses pagamentos com base em um acordo de taxa de serviço ou através de acordos de pré-pagamento, como organizações de saúde.

Os autores ainda acrescentam que cada Estado é então reembolsado por uma parte dos seus gastos Medicaid do Governo Federal. Este percentual de atendimento é determinado a cada ano e depende da média do Estado por nível de renda per capita. Estados-Membros também podem impor franquias nominais, co-seguro, ou co-pagamentos em alguns beneficiários do Medicaid para certos serviços.

3.4 Principais pontos e medidas da reforma

Depois de tantas discussões, finalmente a proposta de reforma foi aceita pelo Congresso americano e agora começam a ser definidas as diretrizes de transformação desse sistema no sentido de ampliar o acesso à saúde a outras categorias da população e o acréscimo de outros serviços essenciais àquelas pessoas que necessitam de assistência constante. Os pontos principais da reforma enfatizam a baixa dos custos, ampliação na cobertura e implantação de serviços primários de saúde.

O texto aprovado pelo Senado propõe a criação de um sistema extensivo de créditos fiscais para pessoas de renda média e baixa, permitindo a compra de seguros de saúde a partir de 2014. A partir daí, todas as pessoas físicas terão de ter seguro, bem como todas as empresas, com exceção das pequenas¹⁴.

As duas principais deficiências do sistema de saúde americano estão focadas na falta de cobertura de uma fração significativa da população (baixa renda ou de poucos recursos) e seu alto custo, que pesa sobre as despesas orçamentárias dos diversos agentes econômicos (federal, estadual, municipal, empresas, famílias). Esta reforma visa a solucionar esses problemas. A reforma da saúde nos EUA foi aprovada pelo Congresso americano, mas ainda é alvo de várias críticas.

Conforme Silva e Martins (2012 p. 07-09), a reforma pretende abordar oito principais pontos: reduzir a taxa de crescimentos dos custos em saúde; proteger as famílias de gastos não esperados para o cuidado da saúde; garantir aos beneficiários a escolha do médico e do plano; investir em prevenção e no bem-estar; melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente; assegurar o acesso à cobertura de planos de saúde.

Segundo Lucas (2010), a reforma prevê basicamente as seguintes medidas:

- a) A reforma do mercado de seguro: as seguradoras estarão sujeitas a novas obrigações, elas não podem recusar o indivíduo devido ao

¹⁴ **Principais pontos da reforma da saúde aprovada no senado americano.** Publicado em 24 de dez. 2009. Disponível em: <<http://pt.kioskea.net/newa/1293-principais-pontos-da-reforma-da-saude-aprovada-nosenado-americano>>. Acesso em: 08 maio 2012.

histórico médico ou rescindir os contratos de forma arbitrária. O prêmio de cobertura de cuidados médicos irá se elevar de 80% para 85%, atendendo-se assim muito mais pessoas;

b) Incentivos para as famílias prover-se com o seguro: famílias com recursos irão contribuir para o financiamento de pessoas de baixa renda e, se houver recusa, serão multadas em 2,5% de seus salários a partir de 2016. Diante dessa perspectiva, haverá um aumento nos subsídios federais. Dessa forma, no programa público de cobertura de saúde Medicaid (seguro público para pessoas menos favorecidas), também terão acesso aquelas pessoas com rendimentos médios;

c) Incentivos para as empresas oferecerem seguro aos seus empregados: pequenas empresas serão incentivadas a oferecer seguro saúde para seus funcionários através de um crédito de imposto. As empresas de um determinado tamanho (mais de 50 empregados) serão obrigadas a oferecer cobertura, ou, caso contrário, pagarão uma multa (2000 dólares por empregado em tempo integral por ano). Até agora, as empresas tinham liberdade para oferecer o seguro ou não;

d) As novas receitas federais: para financiar os custos associados com uma maior cobertura da população (subsídios, reduzindo o limiar para o Medicaid), algumas amostras serão criadas ou aumentadas. A partir de 2018, o seguro mais caro será particularmente sujeito a imposto;

e) Um freio de certas despesas (Medicare): os gastos com o Medicare vão também ser travados por meio de uma compensação de benefícios menos generosos financiados por seguradoras. Além disso, um comitê consultivo formulará recomendações para a redução de custos para melhorar o equilíbrio financeiro do programa.

f) Uma evolução da prática médica: para melhorar a qualidade dos cuidados e limitar o aumento do custo da saúde, muitas modificações nas práticas médicas são planejadas: visita preventiva anual como parte do Medicare, pagamento para os médicos baseado na qualidade dos cuidados e não pelo número de consultas, pagamento limitado aos hospitais em caso de readmissão considerável. Um novo instituto de

pesquisa vai comparar os resultados de vários tratamentos médicos, para eliminar procedimentos ineficientes, limitar os custos crescentes e esclarecer as práticas médicas consideradas mais eficazes (que devem ser seguida em todo o país).

Os sucessos dos pontos assinalados requerem uma atenção na disponibilidade dos recursos, bem como a comprovação destes nos serviços a eles destinados, controlando e planejando os gastos de forma equilibrada objetivando a baixa dos custos e a melhoria e eficácia na qualidade dos serviços. As seguradoras deverão ser mais fiscalizadas quando aos critérios de cobertura, além da equiparação entre o que está sendo pago e os serviços disponibilizados. Em suma, a reforma propõe regras mais justas, mas, se realmente terão êxitos, somente o tempo dirá.

A Reforma da saúde nos EUA é a principal questão para o governo Obama. O modelo vigente apresentava severos problemas como o crescimento vertiginoso das despesas médicas per capita, comprometendo a qualidade da assistência, os gastos públicos, os orçamentos familiares e, especialmente, excluía um elevado percentual da população dos serviços de assistência à saúde (SAÚDE SUPLEMENTAR EM FOCO, 2010, p. 01).

Com base nesta informação, faz-se necessário destacar as medidas que prometem remodelar o sistema de saúde americano.

Quadro 2 – Principais medidas da reforma de saúde americana

Medidas	Definições
Obrigação do indivíduo	Todo cidadão americano ou imigrante legal deve contratar um seguro de saúde, sob pena de multa se não o fizer. É garantida exceção para indivíduos com dificuldades financeiras, objeções religiosas, índios, presidiários e aqueles que ficaram sem seguro por no máximo 3 meses.
Obrigação das empresas	Toda empresa que empregue mais de 50 funcionários, não ofereça seguros de saúde a eles e ao menos um funcionário possua subsídio do governo para pagamento do prêmio de seguro será obrigada a disponibilizar seguros aos seus empregados ou pagar multa ao governo.
Cobertura mínima	Cria um conjunto mínimo de benefícios que deverão ser cobertos (plano referência) e impõe limites para a co-participação dos beneficiários. Requer a criação de uma secretaria que atualize anualmente o conjunto mínimo de benefícios, de forma transparente e pública.
Expansão do Programa Público	É responsabilidade de o governo federal expandir a cobertura do programa Medicaid.
Subsídios ao indivíduo	Todo indivíduo com renda mensal de até quatro vezes a linha de pobreza federal (US\$ 43.320 para solteiros e US\$ 88.200 para famílias com quatro pessoas), excluídos aqueles já atendidos pelo programa Medicaid, receberão auxílio (subsídio) de um fundo público para o pagamento do plano de saúde. Indivíduos que possuem plano coletivo poderão receber subsídios se o empregador custear menos de 60% do prêmio ou a parcela do empregado exceder 9,8% da sua renda. O subsídio oferecido pelo governo não poderá custear cobertura para aborto.

Medidas	Definições
Subsídios às empresas	Pequenas empresas receberão subsídios do governo para comprar seguro saúde para seus funcionários, desde que tenham não mais do que 25 empregados e salários médio que não ultrapassem US\$40 mil.
Taxas e Impostos	A proposta envolve a criação das seguintes fontes de receita: multa que incide sobre indivíduos e grandes empresas que não contratam planos de saúde; taxa sobre os planos ditos “ <i>cadillac</i> ” (planos com cobertura completa) ¹⁰ ; aumentos dos encargos sobre a folha de pagamento, que custeiam o Medicare Part A, de 1,45% para 2,35% (para renda individual anual de no mínimo US\$ 200 mil e casais US\$ 250 mil); e tributos que incidem sobre a cadeia da saúde, por exemplo, sobre dispositivos médicos, operadoras e indústria farmacêutica.
Criação de opção pública para seguro	A criação de uma opção pública de seguros não faz parte da proposta do Senado ou do Presidente Obama.
Mudanças de seguros privados	Estabelece um processo para revisar o aumento nos preços dos prêmios do plano de saúde, podendo até exigir justificativas para o aumento ou vetá-lo. Proíbe as seguradoras de impor limites sobre o valor da cobertura; discriminar beneficiários em razão de doenças pré-existentes e rescindir contratos de cobertura, exceto em caso de fraude. Propõe a criação de um resseguro temporário, para ajudar a estabilizar o valor dos prêmios nos primeiros três anos do programa, em especial, devido ao risco de intensificação da seleção adversa.
Obrigações do Estado	Entre todas as obrigações do Estado já descritas entre os vários itens da reforma, destaca-se também a criação de um escritório responsável por dar assistência aos beneficiários de planos de saúde, servindo-os como defensores.
Contenção dos custos	Para reduzir custos a reforma prevê: simplificar a administração das operadoras; alterar a forma de pagamento do Medicare para premiar as melhorias de performance qualidade; criar um centro de inovação dentro dos programas do Medicare e Medicaid para testar, avaliar e expandir as estruturas de pagamento e diferentes metodologias para promover o cuidado ao paciente; autorizar a agência FDA (<i>Food and Drug Administration</i>) a aprovar as versões genéricas dos medicamentos após 12 anos de registro da patente; reduzir as fraudes, desperdícios e abusos aos programas públicos, através de uma seleção mais criteriosa de prestadores de serviços; e criar uma base de dados completa e compartilhada entre o governo federal e o estadual.
Melhorando a qualidade e performance do Sistema de Saúde	Estabelece um centro de pesquisas, cujo objetivo é identificar prioridades e conduzir estudos que comparam a efetividade de tratamentos médicos. Requer a divulgação das transações financeiras entre médicos, prestadores, fabricantes, distribuidores e seguradoras. No âmbito do Medicare e Medicaid, as propostas incluem: constituição de um programa piloto que avalie diferentes formas de pagamentos por serviços médicos; um programa de <i>homecare</i> e de acompanhamento com equipes de profissionais, cujo objetivo é diminuir hospitalizações evitáveis e re-internações; promoção e desenvolvimento de formas de pagamento que premiem a qualidade e desempenho do atendimento.
Prevenção e bem-estar	Prevê um programa nacional de prevenção e promoção da saúde. Para coordenar o programa é sugerida a criação de um conselho de saúde pública e formação de um fundo público. A cobertura de serviços de prevenção não pode conter coparticipação por parte do beneficiário. No que tange ao bem-estar, serão disponibilizados subsídios para pequenas empresas que estabelecerem programa de melhoria na qualidade de vida, além de permitir que os empregadores ofereçam aos empregados bônus para quem participar do programa permitir que os empregadores ofereçam aos empregados bônus para quem participar do programa.
Outros investimentos	Promover um sistema de controle que permite o desenvolvimento de uma estratégia para a força de trabalho na saúde. Alguns quesitos essenciais são: aumentar número de formandos em medicina; redistribuir a oferta de profissionais; priorizar a formação de clínico e cirurgião geral; apoiar a formação de profissionais de enfermagem; e melhorar o financiamento para centros de saúde comunitários.

Medidas	Definições
Custo do Programa	De acordo com o CBO (<i>Congressional Budget Office</i>) a reforma exige gastos que giram em torno de US\$938 bi nos próximos dez anos. Entretanto, devido às melhorias na qualidade da assistência, na produtividade dos trabalhadores, economias no Medicare, e principalmente aumento da tributação, estima-se que o resultado final seja uma redução do déficit fiscal do governo no período de US\$124 bi.

Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2009

Diante desse quadro, percebe-se que a Reforma se resume em dois grupos: custos e cobertura. As medidas para conter custos incluem monitoramento dos reajustes das mensalidades, gratificações para melhorias no desempenho de prestadores, criação do plano de cobertura mínima (ou plano referência), incentivo ao uso de medicamentos genéricos, análise da efetividade da tecnologia antes de incorporação aos procedimentos, redução de fraudes, promoção e prevenção de saúde. Por serem medidas genéricas, sua eficácia dependerá do plano detalhado de sua implantação. No entanto, a tributação de dispositivos médicos, seguros de alto valor e indústria farmacêutica dificultarão a contenção dos custos (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

3.4.1 Subsídios

As propostas da reforma de saúde dependem de várias abordagens para fornecer uma cobertura acessível. Uma delas é a expansão de programas de seguro da saúde pública, como Medicaid, para os pobres e remediados. Algumas propostas da reforma vão ampliar a elegibilidade para o Medicaid, incluindo novas categorias da sociedade americana, como os adultos pobres sem filhos ou elevar os limites de elegibilidade para as populações que agora participam do programa.

Outra abordagem é subsidiar os prêmios e as despesas inesperadas dos custos de seguro de saúde privado, geralmente para as populações acima da renda cortada para Medicaid.

A finalidade e a função dos subsídios de seguro é fornecer cuidados básicos de saúde a uma parcela pobre da população sem seguro. Esses subsídios auxiliam na garantia desse seguro e na prestação dos serviços hospitalares e atendimento médico.

No contexto de um plano abrangente, a reforma da saúde americana requer subsídios para financiá-la e serve para¹⁵.

a) Fazer uma cobertura mais acessível, ou seja, o valor do seguro saúde é alto e, para impedir que esse custo possa significar um obstáculo financeiro para as famílias de baixa renda, os subsídios decresçam esses valores, facilitando o acesso aos planos de seguro saúde para todos;

b) Proteger as pessoas de baixa renda de alta dos custos não cobertos, isto é, quando o seguro saúde oferece proteção significativa contra os custos dos cuidados de saúde, a maioria das políticas exige inscritos para pagar uma parte dos custos no ponto de serviço, e, para pessoas com graves doenças, estes custos podem ser milhares de dólares por apólices de seguro até bastante generoso;

c) Promove a reforma dos mercados de seguro saúde. Houve uma crítica generalizada de práticas do mercado de seguros, em particular sobre as restrições de inscrição para pessoas com problemas de saúde. Ao fazer a cobertura mais acessível, os subsídios permitem acesso a mais pessoas para comprar mais seguros de saúde, que por sua vez reduz ou elimina a necessidade das práticas restritivas de mercado que as seguradoras usam atualmente.

Os subsídios ajudarão a reforma a estender o programa do Medicaid, regulamentando-o em âmbito federal, para que qualquer indivíduo, ou família, com renda de até 133% da LPF (ou US\$ 14.404 para um indivíduo e US\$ 29.327 para famílias com 4 pessoas) torne-se elegível ao programa”. Além de aumentar o número de assistidos pelo Medicaid, serão oferecidos subsídios para compra de planos para indivíduos e famílias com rendas de até quatro vezes a LPF (US\$ 43.320 para solteiros e US\$ 88.200 para famílias) (SILVA e MARTINS, 2009, p. 10).

Os subsídios podem estar disponíveis para todos os indivíduos que comprem cobertura, como também por elegibilidade de indivíduo de baixa renda, ou por ser indivíduo sem nenhum tipo de seguro, tais como aqueles sem uma

¹⁵ *Ibid, Id.*

oferta de cobertura através de um empregador ou os inelegíveis para os programas públicos.¹⁶

O propósito da partilha de custos de subsídios é proteger as famílias de baixa renda com o seguro de saúde de alta cobertura de custos no ponto de serviços. Os subsídios podem ser estruturados de maneiras diversas (REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, 2012).

Os subsídios vão ser direcionados de acordo com alguns critérios ainda a serem definidos, como a escala de renda assistida pelos subsídios, o custo de compartilhamento de despesas, entre outras.

Em suma, os subsídios estão presentes para tornar o seguro mais acessível, e o incremento do número de segurados é um elemento chave de qualquer plano de reforma da saúde. No entanto, as estruturas dos subsídios podem variar amplamente, determinando como será o nível de assistência. As decisões políticas tomadas sobre subsídios são fundamentais para o número de pessoas elegíveis para subsídios, no que se trata de fornecimento de assistência e em relação ao custo da reforma (REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, 2012).

Os subsídios serão a principal motivação de ampliação e manutenção dos serviços de saúde. O foco considerado o mais relevante será o financiamento dos projetos de cuidados básicos ou primários que são ausentes nos serviços disponibilizados atualmente, tanto pelos programas quanto pelas seguradoras. Além disso, os subsídios contribuirão na promoção de treinamentos específicos de profissionais e baixas nos preços dos medicamentos, consultas, exames e tratamentos mais sofisticados, que hoje são inacessíveis à maioria da população assistida pelos planos públicos e privados.

Outra inquietude demonstrada pelos analistas de saúde é o problema do risco relacionado à idade e ao estado de saúde. Como os idosos serão tratados nessa proposta de reforma? Essa é uma das questões mais preocupantes para a população acima de 65 anos, já que o custo na manutenção dos programas de saúde ficará cada vez mais elevado.

¹⁶ *Idib, id.*

3.4.2 Faixa etária

Com o avanço da idade, maior torna-se o risco relacionado à saúde, e maiores tendem a ser os custos para tratamento. Isso ocorre por causa da maior incidência de doenças crônicas e degenerativas, maior tempo necessário para recuperação, necessidade de exames complementares, maior uso de medicamentos, etc. De fato, a idade é importante quesito para diferenciar o risco entre beneficiários (SILVA e MARTINS, 2012, p. 11).

Diante dessa interpretação, percebe-se que a idade será um dos pontos mais delicados dessa reforma, porque a população mais idosa, em tese, terá uma diminuição dos serviços específicos, devido ao custo e à qualidade no atendimento. Sendo assim, a cobertura do assegurado idoso na visão das seguradoras pode ser inviável. Algumas pesquisas da área social e sanitária já apresentam essa preocupação, que deve ser reforçada com atenção. Mecanismos de proteção ao idoso no acesso irrestrito à saúde deve ser prioridade máxima. Por isso, a necessidade de se manter e ampliar esse acesso, bem como forçar a baixa nas mensalidades dos seguros direcionadas para esse fim.

Mas as seguradoras concordam em suspender as práticas de recusar clientes no mercado individual e pequenos grupos cujas condições pré-existentes são elas, por isso permanecem com tarifas baseadas no estado de saúde e gênero. A variável da faixa etária persistirá, desde que inscritos idosos representam mais riscos de saúde do que os inscritos mais jovens, as seguradoras fazem o seu melhor para manter o máximo de flexibilidade nessa área.¹⁷

A relação estado de saúde e gênero é uma preocupação na relação seguro saúde e idoso, isto é, acerca desse ponto da reforma os idosos questionam se realmente terão uma atenção especial nesse contexto. O que as seguradoras apresentam como garantia de que realmente haverá uma regra justa, nos critérios de cobertura dos planos de seguro saúde administrados daqui para frente? Essa é uma observação que precisa de fiscalização e controle por

¹⁷ Quais seguradoras estão tentando ficar fora da Reforma. Disponível em: <<http://www.time.com/time/world/article/0,8599,1914876,00.html#ixzz1umJT5mh>>. Acesso em: 08 maio 2012.

parte do governo federal. A taxa de longevidade está crescendo em todo o mundo, motivada pela melhoria na qualidade de vida e na legislação de amparo ao idoso.

Assim, limitar a diferença de mensalidades por idade em amplitude menor do que a diferença nos custos esperados tem como consequência um subsídio cruzado, com os jovens arcando com uma parcela do custo dos idosos. A razão para esse subsídio cruzado seria o fato de os idosos, normalmente já aposentados, terem reduzidas as suas fontes de renda. Mas o efeito é intensificar a seleção adversa, pois os jovens, podendo, optariam por não ter seguro-saúde (SILVA e MARTINS, 2010, p. 11).

A maioria dos idosos americanos teme ser o mais prejudicado entre os grupos etários, ou seja, adultos de 65 anos ou mais velhos são aqueles que estão propensos a acreditar que a reforma da saúde vai reduzir em vez de ampliar o seu acesso aos cuidados de saúde. Eles acreditam que a assistência médica vai piorar.

Em contraste com os idosos, adultos dos 18 aos 49 anos são quase igualmente divididos em suas expectativas de como a reforma da saúde vai afetar sua própria assistência médica e seu acesso. Eles não estão convencidos da melhoria dos planos privados.

Para evitar a seleção adversa decorrente do limite de variação de preços por idade em três vezes, a reforma americana torna obrigatório o seguro saúde e impõe multas para aqueles que são elegíveis a financiar seu plano caso não o adquiram. O objetivo desta medida é impedir a seleção adversa, ou seja, a opção dos jovens de não ter seguro-saúde e o consequente encarecimento das mensalidades (SILVA e MARTINS, 2012, p. 11).

Acredita-se que a obrigatoriedade da aquisição de um plano de seguro de saúde para os jovens representa na realidade uma alternativa para pagamento de mais impostos, no sentido de estes jovens arcarem com os custos dos planos de saúde dos idosos. Essa é dos pontos mais polêmicos da reforma.

Mas limitar a diferença de preços entre as faixas etárias a 3 vezes implica preços maiores para os jovens e menores para idosos do que os custos médios de cada grupo. Para os jovens, a mensalidade é muito alta em relação aos gastos que esperam ter e, se fosse possível, optariam por não ter plano. O oposto acontece com os idosos, que teriam mensalidades inferiores ao custo

esperado. O seguro seria especialmente atrativo para as pessoas com maiores problemas de saúde e, portanto, usuárias mais intensivas dos serviços médicos, o que elevaria os custos médios (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Será que essa ideia é uma solução viável? As críticas acerca dessa visão de pagamento de impostos para subsidiar custos dos serviços de saúde ao idoso acarretarão em mais problemas e discussões? Essas são indagações que permeiam a proposta de reforma e que, talvez, possam prejudicar sua execução.

Esse mecanismo, conhecido como seleção adversa, poderia quebrar todo o seguro saúde. Para evitar que a seleção adversa ameace a sobrevivência do setor, a reforma tornou obrigatória a aquisição do seguro, com multa para aqueles que não o adquiram. O fato de os maiores de 65 anos que contribuíram para o Medicare serem elegíveis a esse programa público restringe o número de idosos nos planos privados. A universalização do seguro também contribui para a diluição do risco (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009).

Conforme já foi dito, não se sabe ao certo o resultado. É inevitável que a persistência da obrigatoriedade e do pagamento de multas na compra de seguro saúde, termine em resultados negativos.

3.4.3 Responsabilidade dos empregadores

A maioria dos empregadores são obrigados por lei a um seguro contra responsabilidade por danos ou doença decorrentes para seus empregados. Os empregadores são responsáveis pela saúde e segurança dos seus empregados enquanto eles estão no trabalho. É de responsabilidade do Empregador (Seguro Obrigatório de 1969) garantir que o empregador tenha pelo menos um nível mínimo de cobertura de seguro (REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EXPLICA, 2012).

O empregador precisa de uma cobertura equivalente ao limite mínimo da responsabilidade financeira exigida. As empresas são obrigadas a pagar plano de saúde aos seus empregados durante o período de trabalho, depois dependendo da idade e do estado de saúde, eles serão amparados ou pelo medicare ou Medicaid. A responsabilidade da saúde desta pessoa será do Estado.

Seguro de responsabilidade dos empregadores irá permitir-lhe conhecer o custo da compensação para lesões de seus funcionários ou doenças causados no local ou fora dele. Nos planos coletivos, a intenção é oferecer créditos às pequenas empresas que disponibilizam planos aos seus funcionários e taxar grandes empresas que não o fazem (REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, 2012).

A responsabilidade das empresas está na garantia de proteção de seus empregados diante de um acidente ou de uma doença adquirida fora ou dentro do ambiente de trabalho ou de uma doença adquirida. A motivação dessa ideia é que o governo federal possa liberar incentivos na redução fiscal de tributos.

Mas a reforma da saúde irá fornecer dezenas de bilhões de dólares em créditos fiscais para os proprietários de pequenas empresas para fazer a cobertura de seguro mais acessível. As pequenas empresas também terão uma nova opção de compra de seguros através dos intercâmbios. Ao reunir os seus recursos no mercado de seguros novos, os pequenos empresários irão baixar os custos e ter as mesmas opções que as grandes corporações e sindicatos (PRINCIPAIS PONTOS DA REFORMA DA SAÚDE APROVADA NO SENADO AMERICANO, 2012).

A medida do governo quanto a esse aspecto é válida e considerável, já que as empresas serão beneficiadas com incentivos fiscais e ao mesmo tempo haverá uma baixa nos custos e mais adesão ao seguro com uma cobertura maior.

3.4.4 Cobertura

A cobertura de saúde ou cobertura em cuidados em saúde é simplesmente inacessível para grande parte dos excluídos dos programas de seguro saúde, incluindo os desempregados, pessoas sem recursos (pobres), idosos. O custo é um dos grandes vilões dessa reforma. Esse é mais problema que causa polêmica e de extrema delicadeza. Com a execução da reforma, a cobertura seria integral.

A lei de reforma de saúde oferece cobertura para cerca de 50.000 americanos com condições pré-existentes. Oferece cobertura integral à saúde,

incluindo cuidados de saúde primária e de especialidade, cuidados hospitalares, medicamentos, casa e cuidados preventivos, cuidados de enfermagem, cuidados de maternidade, entre outros.

O perfil daqueles que se enquadram como não assegurados ou descobertos pertence ao grupo dos excluídos pelos critérios impostos pelas seguradoras. São os pequenos empresários e os fazendeiros que têm uma receita modesta, e isso encareceria a contratação de um novo empregador, além dos encargos sociais o gasto adicional seria impactante nas receitas das empresas e estas poderiam falir.

De acordo com relatório do CBO (*Congressional Budget Office*), atualmente 46,3 milhões de pessoas não estão cobertas, número que deve alcançar 51 milhões em 2012 e 55 milhões em 2019. Diante da nova regulamentação, o CBO estima que a reforma proporcione, via subsídios para seguros e Medicaid, cobertura para 32 milhões de americanos, restando 23 milhões sem cobertura em 2019 (SILVA e MARTINS, 2010, p. 13).

Esse relatório destaca que a cobertura será ampliada a outros pobres e pessoas com deficiências. A redução no número de segurados descobertos é o grande desafio nessa escala de mudanças. A progressão de crescimento está pautada na geração de subsídios com a finalidade de sustentação e suporte para cumprimento da abrangência dessa cobertura.

3.4.5 Fontes de recursos

O seguro saúde universal na maioria dos países foi alcançado por um modelo misto de financiamento. Em geral, a receita fiscal é a principal fonte de financiamento, mas, em muitos países, esse financiamento é complementado pela cobrança de taxas específicas (pode ser cobrado por indivíduo ou empregados) ou com a opção de pagamentos privados para serviços que vão além da cobertura pelo sistema público (GLIED, 2008).

O financiamento ou patrocínio parceirizado entre os setores públicos e privados é a principal meta que o governo americano pretende atingir. A máquina estatal sozinha não conseguirá suportar ou manter o equilíbrio das finanças interna e externa na arrecadação de recursos necessários e disponibilizá-los de

maneira satisfatória na execução e cumprimento das questões da reforma. Por isso, os recursos precisam ter fontes ou fundos diversificados e permanentes.

No seguro social de saúde, as contribuições dos trabalhadores, os autônomos, empresas e governo estão reunidas em um único ou vários fundos, a título obrigatório. Estes fundos de contratos normalmente misturam prestadores públicos e privados para a prestação de um pacote de benefícios especificados (GLIED, 2008).

Os cuidados de saúde único termo-pagador é usado nos Estados Unidos para descrever um mecanismo de financiamento que satisfaça os custos dos cuidados médicos a partir de um único fundo. Embora o titular do fundo seja geralmente o governo, algumas formas de pagamento único empregam um sistema público-privado (GLIED, 2008).

Apesar da parceria no financiamento da saúde, em que estão incluídos os programas Medicaid e Medicare, o principal gerador de recursos na execução destes tem o governo federal como fonte principal de recursos.

Conforme Silvia e Martins (2010, p. 13), a reforma propõe medidas que geram receitas ao governo por meio de taxas, impostos e multas. Algumas delas são:

- a) Taxa sobre planos do tipo “*cadillac*” (planos de cobertura completa). A seguradora deverá pagar uma taxa de 40% sobre os preços de plano que exceder US\$ 10.200 (individual) ou US\$ 27.500 (familiar). Se o indivíduo tiver mais de 55 anos ou trabalhar em profissões de risco, o limite aumenta para US\$ 11.850 (individual) e US\$ 30.950 (familiar);
- b) Taxa anual sobre a indústria farmacêutica, cujos valores crescem de US\$ 2,5 bilhões em 2011 para US\$ 2,8 bilhões de 2019 em diante;
- c) Taxa anual de 2,3% sobre o valor de venda de dispositivos médicos;
- d) Taxa anual sobre as seguradoras, cujos valores podem variar de US\$ 8 bilhões em 2014 para US\$ 14,3 bilhões de 2018 em diante;
- e) Aumento da alíquota do imposto sobre a folha de pagamento (de 1,45% para 2,35%) para salários acima de US\$ 200 mil (indivíduo) ou US\$ 250 mil (famílias), para financiamento do Medicare;

f) Multas que incidem sobre indivíduos que não contratam seguros de saúde e penalidades para empresas que não disponibilizarem seguros aos seus funcionários.

As taxas, as multas e os impostos em geral serão fontes de recursos necessários na garantia de financiamento dessa nova proposta de reforma. Por isso, é necessária uma redefinição das prioridades para melhor adequar os recursos aos investimentos. A necessidade da saúde deve estar relacionada ao cuidado pessoal, social, médicos, educação, emprego e acesso ao direito de todas essas diretrizes de bem-estar social.

4 A REFORMA AMERICANA E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A universalização do acesso à saúde através do seguro privado será o grande desafio do governo americano. O atual sistema de saúde não atende satisfatoriamente às necessidades da população. O sistema está caracterizado pela desorganização legislativa do setor vigente, ausência de regras, penalidades, fiscalização e controle por parte do Governo federal.

Através dessas medidas, o governo pretende excluir de forma gradual o elevado custo per capita das mensalidades dos planos de seguro saúde, ampliando o acesso dos serviços com qualidade, dos mais simples aos mais sofisticados. O intuito é democratizar a saúde com a elaboração de mecanismos legislativos que determinarão a forma de financiamento, a captação de recursos, índices de ajuste de valores das mensalidades, enfim, determinar regras de conduta para o segurado e segurador.

Algumas semelhanças entre o sistema brasileiro e americano são passíveis de reflexão, embora haja grandes contrastes no aspecto histórico-econômico e sócio-cultural. As contextualizações das reformas definem como cada sistema evoluiu, sendo de um lado a constitucionalização da universalidade e a intervenção do Estado no acesso à saúde, e de outro a mercantilização da saúde através de seguros privados e a reduzida responsabilidade do Estado.

Especialistas acreditam que a reforma americana pode trazer consequências para o sistema de saúde brasileiro. Para descobrir se essa questão tem fundamento ou não, um paralelo entre as caracterizações dos sistemas se faz necessário.

4.1 Caracterização do Sistema de Saúde Brasileiro frente ao norte americano

Todos os sistemas de saúde nacional possuem características especiais que definem sua operacionalidade e funcionalidade de maneira peculiar. O sistema de saúde americano é um exemplo nesse aspecto, principalmente na atuação entre público e privado, em que a intervenção estatal

não é vista como fundamental no amparo aos seus necessitados. Já no Brasil, o sistema de saúde está alicerçado na equidade e universalidade.

O sistema de saúde brasileiro, assim como os demais, está relacionado às questões históricas, sociais e econômicas que fazem parte de um conjunto de particularidades. Essa união de fatores determina de forma única o tipo de sistema desenvolvido, a forma de financiar e gerenciar os recursos públicos na manutenção, na melhoria e na acessibilidade do mesmo a todos os possíveis usuários.

No Brasil, assuntos como seguridade e bem-estar social foram constitucionalizados com a promulgação da Carta Magna de 1988. Foi institucionalizado, nesse diploma legal, um sistema caracterizado pela universalidade e equidade, ressaltando a importância dos direitos fundamentais e da responsabilidade do Estado na garantia de acesso gratuito à assistência à saúde, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que nem sempre foi assim. Anteriormente à Constituição Federal de 1988, havia legislação esparsa que fragmentava as interpretações acerca dos direitos fundamentais, com direitos diferenciados de amparo social e assistência à saúde. Com a Constituição, essa condição mudou literalmente, pois foi garantida a proteção social do cidadão pelo Estado.

A constitucionalização dos direitos dos cidadãos segue trajetória oposta a dos Estados Unidos, onde praticamente não existe um sistema de saúde abrangente, que represente no texto constitucional americano, de forma clara e objetiva, a garantia desses direitos como prioridade do Estado. É no mínimo curioso pensar como um país tão rico, que investe tanto no setor sanitário, não tenha um sistema de saúde de acessibilidade a todos.

A importância da criação dos sistemas de saúde nacionais reflete na capacidade governamental de cada país em construir as garantias sociais necessárias de cuidados e proteção social aos seus cidadãos. Sobre esse aspecto, Elias e Viana (2011) tecem comentários expressos abaixo.

Sistemas de saúde são construções sociais que tem por objetivo garantir meios adequados para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, tais como o de adoecer e necessitar de assistência, para os quais, por meios próprios, não teriam condições de prover. Desta forma, os sistemas de saúde têm como compromisso primordial garantir o

acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

Os autores destacam que a criação de um sistema de saúde nacional é vital na garantia do acesso à saúde a todos, reforçando-se assim o direito à saúde como política pública prioritária no desenvolvimento social do país. No Brasil, a saúde está interligada, legalmente ao contexto de seguridade social, e, por conseguinte, está amplamente apoiada na Constituição Federal.

Segundo Cruz (2005 *apud* SZYMCZAK; PIRES, 2007 p. 2), ressalta-se que a demonstração da relevância da saúde está atrelada profundamente ao contexto da seguridade social, que legalmente se encontra amparada no texto constitucional. Está constituída pela tríade: saúde, assistência social e previdência social, fundamentais para se estabelecer um patamar qualitativo que vise favorecer o cidadão em suas necessidades sociais mais prementes.

Mais uma vez é reconhecida a amplitude da Constituição nas garantias sociais dos brasileiros, independentemente de sua condição social. Conforme Médice (2006 *apud* SZYMCZAK; PIRES, 2007 p. 2), a Carta Magna de 1988 tornou-se conhecida como a “Constituição Cidadã”, em função de estabelecer direitos sociais de grande alcance, atingindo toda a população de forma indiscriminada, traduzindo em Lei constitucional anseios existentes no meio social, sobretudo das camadas da população menos favorecidas socialmente.

Assim, percebe-se que o sistema de saúde brasileiro está amparado por uma Constituição social, pois consegue de forma primorosa estabelecer objetivos que fomentam uma abrangência da seguridade aos cidadãos, em que são estabelecidas garantias em áreas de prioridade, como saúde, assistência social e previdência, sendo essencial na garantia das condições básicas de subsistência de todos os brasileiros.

Conforme destaca Horvath Júnior (2003 *apud* SZYMCZAK; PIRES, 2007), acerca desse aspecto, a instituição da Seguridade Social teve como principal evento deflagrador o Programa de Ottawa de Seguridade Social para as Américas, instituído pela 8ª Conferência dos Estados da América, membros da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrida na cidade de Ottawa (Canadá), no ano de 1966.

Segundo o autor, nessa conferência, a Seguridade Social tornou-se reconhecida como “um instrumento voltado para a política social, visando a

garantir um desenvolvimento econômico e social mais equilibrado, sobretudo no tocante à distribuição mais justa da renda dos países americanos”.

A política social utilizou a seguridade social como instrumento de garantias sociais e desenvolvimento econômico, no sentido de estabelecer equilíbrio na distribuição de renda a países mais pobres. Ou seja, seguiu princípios de seguridade próprios do modelo universal e redistributivo.

A adoção do conceito de seguridade social e a criação do sistema único de saúde representam uma grande inflexão na política de saúde no Brasil. É também esta mesma carta que legitima a atuação do setor privado de saúde, que se arregimenta no sistema supletivo de assistência médica” (ELIAS; VIANA, 2011).

Bento (2007) destaca que, “nos Estados Unidos, não existe um Sistema Único de Saúde que afirma que é um direito universal e obrigação do Estado prestar assistência à saúde dos cidadãos”.

Essa realidade normativa, apresentada no Brasil, não é relatada com precisão na Constituição americana, o que realmente é observado são determinações vagas, no sentido geral de garantias sociais e que, no caso do setor privado, a regulamentação é fragmentada com leis esparsas e estaduais. Nesse caso, a regulamentação dá margem aos problemas de seleção adversa, acarretando discriminação de clientes segundo o grau de risco.

Outro ponto que caracteriza o sistema de saúde brasileiro de forma complexa é sua divisão em dois subsistemas únicos que sobrevivem em parcerias no financiamento e no gerenciamento do setor.

Para Elias e Viana (2007), “o sistema de saúde brasileiro é constituído por pelo menos dois subsistemas: um governamental, o Sistema Único de Saúde (SUS) e outro privado, o Sistema Supletivo de Assistência Médica (SSAM)”.

Os autores denotam que existem muitos pontos de interseção entre eles, principalmente em relação aos profissionais de saúde e alguns serviços assistenciais. Mas há uma barreira incomensurável que diz respeito à possibilidade de acesso da população mais carente aos recursos de assistência gerenciados pelo setor privado.

Essa afirmação não determina a existência de dois seguimentos públicos e privados, “mas sim o tipo de relação estabelecida entre eles que se constitui em enorme empecilho para a efetivação de um sistema universal de

saúde no cotidiano da população, tal como preconizado pela Constituição” (ELIAS e VIANA, 2007).

Nos Estados Unidos, também existem dois sistemas, o público e o privado. Mas lá as regras são diferentes, pois há um processo de escolha, que determina com critérios assimétricos, quem deverá fazer parte do acesso à saúde pública (Medicaid e Medicare), e os excluídos são obrigados a ter acesso à saúde, através de planos de seguro saúde privados, para não ficarem descobertos quando houver a necessidade de assistência.

O problema está na forma de criterizar, dentre os necessitados, os que merecem atendimento de saúde público, porque além de excluir muitos americanos que precisam desse acesso não há interesse em uma política de reestruturação do setor privado para que este atenda com equidade a parcela da população que foi excluída. Com isso, os custos e a ineficiência do sistema, se é que se pode denominá-lo assim, afoga-se perpetuamente em problemas insolúveis. A reforma é uma iniciativa válida que ainda requer muita análise em busca de uma funcionalidade eficiente.

O Estado Americano foi o que mais tardiamente desenvolveu uma política de seguridade social e de saúde para seus cidadãos. Somente se desenvolveu porque foi forçado pelas circunstâncias de um conjunto de ações que prejudicava interna e externamente o país, principalmente as condições econômicas e sociais que surgiu no final da década de 20 e durante toda a década de 30, período referente à Depressão Econômica de 1929 (RIBEIRO *et al*, 2003).

Devido ao atraso no despertar para uma política de seguro social e de saúde, é que pesquisadores afirmam que os Estados Unidos nunca tiveram uma preocupação direcionada para tal finalidade. Somente após a segunda guerra, quando as nações encontravam-se prejudicadas nas condições de sobrevivência e particularmente com a decadência econômica americana, foi que houve o interesse em modificar essa situação.

Esse aspecto beneficiou a criação de programas de assistência à saúde direcionada à população mais necessitada e sem amparo. Acerca desta observação, Ribeiro *et al* (2003) comenta que a Grande Depressão nos anos 30

favoreceu o fortalecimento dos sistemas de medicina de grupo¹⁸. Em 1965, ocorre a criação dos programas de medicina de grupo (MEDICARE e MEDICAID) por Lyndon Johnson, que declarou “guerra à pobreza” criando estes dois programas com níveis de cobertura e sistema de financiamento diferenciado.

No governo de Johnson, além dos programas destinados à assistência à saúde, houve vários outros projetos de seguridade social, como o de assistência aos trabalhadores e idosos. Mas apesar dos esforços na criação de uma política social eficiente, esses programas iriam estabelecer um contraste sobre a forma de atendimento e cobertura, fragmentando e diversificando os planos de seguro saúde.

Percebe-se que a estrutura desse sistema apresenta grande encargos sociais e desorganização no campo da legislação, sobre isso Ribeiro *et al* (2003, p. 08) destaca que:

A estrutura do atual sistema de saúde americano é plural, ou seja, é composta por uma variedade de instituições públicas e privadas. O modelo de saúde americano é baseado na aquisição individual ou em grupos de trabalhadores de planos de seguro saúde privados, e por isto se constitui num sistema altamente fragmentado e diversificado. As diferenças se apresentam: nos arranjos organizacionais, na natureza dos prestadores, na cobertura e nos métodos de financiamento dos subsistemas, aos quais cada segmento populacional está vinculado.

Conforme o autor, o contraste desse sistema está na forma de acesso aos serviços de saúde diferenciados no sentido de destacar determinados direitos aos seguros individuais e coletivos. Essa diferença é percebida quanto à cobertura, ao financiamento e à competição entre as seguradoras.

No Brasil entre as décadas de 30 e 60, período marcado pelo Estado Novo do governo de Getúlio Vargas, foi a época em que o Estado mais investiu no setor de saúde pública. Acerca desse aspecto, Polígono (2005) comenta que:

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça), e a pulverização de ações de saúde a outros diversos setores como: fiscalização de produtos de origem animal que passa para o Ministério da Agricultura (1934); higiene e segurança do trabalho (1942) que se vincula ao Ministério do Trabalho. Em 1941, instituiu-se a reforma Barros Barreto, em que se destacam as seguintes ações: Instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar;

¹⁸ Um sistema de elevado padrão técnico-profissional, com serviços e hospitais próprios e uma estrutura de atendimento que inclui médicos contratados e conveniados, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento especializado, além de programas de medicina preventiva.

criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional; descentralização das atividades normativas e executivas por 8 regiões sanitárias; destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública; atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).

De acordo com o autor, a escassez de recursos financeiros somada à fragmentação destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, os conflitos de jurisdição e gestão e a superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no estado novo se reduzisse a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época.

Como se pode constatar, Brasil e EUA são muito distintos historicamente quanto à intervenção do Estado no setor de saúde. O Brasil, a partir da década de 60, inicia e perpetua até hoje a participação estatal no financiamento e gerenciamento do setor de saúde; por outro lado, os EUA acreditam na crença de que a intervenção estatal no mercado não é viável e que a assistência à saúde é um bem de consumo como outro qualquer, adquirível no mercado.

Sabe-se que os sistemas de saúde dos dois países são peculiares na sua formação histórica e desenvolvimento; as reformas e a legislação correlacionadas destacam diferenças na funcionalidade e operacionalização dos serviços médico-hospitalares.

Diante de toda essa discussão definem-se as principais características desse sistema de saúde atual, que está relacionado profundamente ao âmbito político e social. Nesse aspecto, Ribeiro *et al* (2003, p. 05) comenta que os “Estados Unidos são uma República Federativa, baseada em uma Constituição vigente há mais de 200 anos, caracterizada por um governo central com pleno poder e por uma estrutura de governo descentralizada”.

O autor comenta que a ideologia política americana foi influenciada por John Locke, filósofo inglês do século XVII, baseada na liberdade individual e respeito aos direitos dos cidadãos. Um aspecto relevante é a “ideologia partidária”, em que há polaridade entre dois partidos políticos: republicanos e democratas.

Esses dois partidos dividem o cenário político americano, e, quando chegam ao poder, as políticas criadas na gestão de um ou de outro se modificam. Essa polaridade partidária apresenta pensamentos antagônicos que direcionam politicamente as questões dos direitos dos americanos, principalmente quanto à saúde.

No caso do Brasil, a questão da saúde não é ou, pelo menos, não apresenta essa polaridade de partidos políticos em brigas acirradas em pensamentos contrários ao acesso à saúde pela população menos favorecida. Pelo contrário, até existe certa unidade de pensamento quanto às garantias sociais, mas não se pode negar que existem partidos que se posicionam contra determinados direitos assegurados pela Constituição, mas, nesse caso, são minorias.

Ainda sobre o aspecto político, o Brasil, estruturalmente, teve grande regresso e estagnação no campo social, político e econômico na época da ditadura militar (final da década de 50 e toda a década de 60). Perspectivas de grande anseio social foram frustradas por meios inconstitucionais que deflagraram consequências profundas e, até hoje, mesmo com modificações normativas e políticas governamentais direcionadas a amparar os mais pobres, ainda perduram alguns entraves.

Foi com o fim dessa triste e macabra passagem da história do Brasil, que nos anos 70, as vozes dos brasileiros puderam ecoar novamente em busca de justiça social para todos. Nesse mesmo período, ressurgiu o clamor para a criação de uma nova Constituição. Conforme estudiosos sobre a Assembleia Nacional Constituinte de 1988, foram reivindicadas várias soluções para os problemas sociais vigentes, principalmente em relação à garantia dos direitos sociais: direitos humanos e fundamentais.

A esse respeito, Luz (1991, p. 83) tece um comentário que caracteriza bem a vontade de mudança da época e de uma reformulação da saúde equilibrada. Conforme a autora, os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final dos anos 70 e início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, centrada na questão da saúde e da política de saúde.

Ainda segundo a autora, inicialmente nessa mobilização em busca de melhorias no campo da saúde estava concentrada na participação de estudantes

de medicina (residentes), cientistas, acadêmicos de várias áreas do conhecimento, tecnocratas e políticos simpatizantes e atuantes da causa. Posteriormente, essa mobilização se ampliou e recebeu a adesão de movimentos sociais comunitários (associação de moradores de bairros e favelas), sindicatos das mais diversas categorias profissionais, movimento de mulheres, Igreja e partidos políticos progressistas.

As denúncias dos problemas criados pelo modelo de saúde do regime autoritário e as exigências de soluções foram a principal linha de luta dos movimentos sociais nos anos 70 e início dos anos 80. A adesão das camadas populares ao movimento fez aumentar a pressão na agilização da reforma das políticas sociais e de saúde. Luz (1991, p. 83) revela que “os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982”.

Percebe-se diante dessas informações que os movimentos sociais envolvendo políticos, profissionais de saúde, educadores (especialistas/estudiosos) e camadas populares fizeram valer seu poder de voz quanto à participação na constitucionalização de melhorias sociais. Observa-se assim que não houve uma especulação política/partidária antagônica para controlar os direitos civis dos cidadãos como nos Estados Unidos.

“O atual sistema de saúde brasileiro, baseado no direito universal à saúde representa uma ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas sociais no País” (BAHIA, 2001).

Diante da reflexão sobre as estruturas que compõem os sistemas de saúde brasileiro e americano, faz-se necessário um breve paralelo entre as duas posturas, por isso consideram-se alguns aspectos relevantes nessa discussão, a saber: qualidade de vida, legislação, financiamento, regulamentação, cobertura e acesso.

Tratando de qualidade de vida, a evolução histórica, social e econômica de cada nação é que define como vivem seus cidadãos, atrelado a essa questão está a maneira de gerenciamento das políticas públicas sociais e econômicas na determinação de parâmetros de qualidade de vida. Americanos e brasileiros apresentam diferenças históricas de evolução, respectivamente, colônias de povoação e de exploração, que determinaram as estruturas políticas econômicas e sociais que hoje se conhece.

Essa é uma observação bem relevante no que diz respeito às medidas básicas de saúde ou prevenção. É reconhecido que Estados Unidos possui uma economia mais estabilizada que a brasileira, mesmo com toda crise ainda é o país mais rico do mundo que garante acesso a vários serviços de qualidade, perspectiva essa que, infelizmente, os brasileiros ainda não têm.

Analisando a evolução da qualidade de vida da população dos dois países, percebe-se que, apesar da crise econômica atual e de vários problemas acarretados com essa situação, o padrão de qualidade de vida dos americanos persiste. Historicamente, os EUA criaram, mesmo que tardiamente em relação à Europa, uma política de seguridade social e assistência à saúde diferenciada.

No Brasil, as condições de sobrevivência, mesmo com algumas melhorias nos últimos 20 anos, ainda caminham paulatinamente para uma qualidade de vida integral e segura. É nesse ponto que as estruturas econômicas dos dois países se diferenciam radicalmente quanto ao tratamento e ao cumprimento dos direitos civis.

De acordo com a International Living (2010), no ranking internacional da qualidade de vida dos países, os EUA ocuparam o 7º lugar, enquanto o Brasil ficou na 38ª posição. Na avaliação, foram considerados aspectos como: condições da economia, da saúde, da infraestrutura, custo de vida, cultura, lazer, meio ambiente, segurança, risco e clima. A França lidera a lista pela quinta vez consecutiva. O país latino americano mais bem colocado na listagem, bem à frente do Brasil, foi o Uruguai, ocupando 19ª posição.

Quanto a legislação, esta é o marco principal que define a garantia do acesso à saúde a todos, direito este inexistente, pelo menos até agora, nos EUA. A perspectiva de que somente o Estado assuma a responsabilidade de cuidar da saúde não é receptiva aos olhos dos políticos americanos, devido principalmente ao alto custo de financiamento e a arrecadação de mais impostos, trazendo mais despesas para os americanos. No Brasil, esse direito está assegurado pela Constituição Federal promulgada em 1988, a origem do financiamento está na arrecadação de tributos entre União e Estados.

Em contraste à postura legislativa brasileira, o sistema americano de saúde é fundamentado pelo contexto político na figura do Congresso, que determina ou obriga que os americanos comprem um seguro saúde ou, então, seja paga uma multa para aqueles que não concordam com a obrigação de

comprar um plano de seguro saúde privado. Além disso, obriga, outrossim, os Estados a se responsabilizarem pela cobertura de saúde de pobres e deficientes, sob pena de serem desqualificados do Medicaid, o programa de saúde bancado pelo Governo federal.

“A regulamentação do Estado é fundamental para a sustentabilidade financeira dos seguros” (ANDRADE e LIMA, 2000).

Em se tratando de financiamento, a participação do Estado na garantia do acesso à saúde a todos é uma discussão frequente atualmente. No Brasil, essa participação é ampla e assegurada pela Constituição; enquanto nos Estados Unidos, a responsabilidade estatal é reduzida frente à participação de empresas privadas.

O acúmulo de discussões nesse ponto demonstra quanto os EUA não têm o mínimo interesse em criar um sistema único de saúde, pois não há uma política de intervenção que reduza a participação do setor de seguros privados de saúde e que muito menos amplie o acesso igualitário a saúde.

No Brasil, a responsabilidade dos recursos é descentralizada, abrange a União, os Estados e Municípios. “O SUS é um sistema com um conjunto de unidades, serviços e ações, que interagem para um fim comum” (FIGUEIREDO, 2005). Mesmo com a participação descentralizada dos recursos, ainda assim, eles são insuficientes para arcar com todos os gastos que o sistema exige. Essa descentralização é prevista na Emenda Constitucional nº 29/2000, que determina investimentos progressivos dos vários níveis da hierarquia governamental.

Os recursos para financiar os programas públicos de saúde americano são oriundos de participações monetárias mistas, isto é, os recursos são oriundos tanto das esferas estaduais quanto federal. Mas não se pode deixar de notar que a parcela mais considerável, que auxilia no financiamento dos custos em saúde, é obtida através de recursos privados.

Os sistemas de saúde aqui estudados caracterizam sistemas híbridos de financiamento, ou seja, segundo Ferraz (2011), o “Brasil e os EUA apresentam um sistema híbrido de financiamento de seus sistemas de saúde, ou seja, ambos os países apresentam um leve predomínio de financiamento privado”.

A regulamentação é um ponto delicado tanto quanto o financiamento do sistema de saúde. Nos Estados Unidos, o maior problema está na regulamentação do setor de saúde privado nacional. A legislação é esparsa e as

empresas de seguro, prestadoras de serviços de saúde, discriminam determinados clientes e as coberturas não atendem as necessidades básicas da população.

No Brasil, temos um órgão público que regula e fiscaliza esse setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS foi criada com a finalidade institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país (ANS, 2012).

Analisando a finalidade da criação da ANS, percebe-se que proporcionar o direito de acesso universal à saúde é promover o bem-estar geral da nação respaldado com regras e fiscalização, garantindo comprometimento e responsabilidade do Estado com seus cidadãos.

Nos Estados Unidos, a regulação dos planos de saúde é de caráter estadual, havendo poucos instrumentos de regulação em nível federal. A distribuição dos riscos é privatizada e individual. Até agora o seguro-saúde é regulado pelos Estados, com escassa regulação federal (WEBER, 2010).

Weber (2010) comprova que não há uma legislação única que regulamente a estrutura do setor de saúde americano. A legislação existente é fragmentada e em nível estadual. O Governo Federal demonstra que o interesse em formular uma legislação única, que evitaria muitas contradições no aspecto de regras que determinassem penalidades, quando o cliente tivesse restrito seu acesso aos serviços de saúde, praticamente não existe.

Atualmente, o sistema americano é controlado pelo Estado, em que é autorizada a participação das empresas, posteriormente é realizada a análise de uma série de exigências, restringindo-se o acesso das prestadoras de serviço e deixando os preços em patamar mais elevado (PORTER; TEISBERG, 2006).

No Brasil, além da ANS, a Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, veio para regular os planos privados de assistência à saúde. Nesse diploma legal, é determinada a subjugação às disposições desta Lei, as empresas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas nela estabelecidas, além de outras definições importantes.

Os normativos apresentados retratam posições diferenciadas entre os dois países. O Brasil, pelo menos no aspecto de regulamentação oficial de direito à saúde, tanto público quanto privado, está à frente dos EUA.

Porém, a universalidade, embora formalmente amparada pela legislação, vem sendo desafiada pela preservação e reorganização da segmentação do sistema de saúde. A convivência entre o sistema público e os esquemas assistenciais privados adquiriu visibilidade, gerando conflitos, na esfera econômica, relativos à competição entre as empresas privadas e, na área de defesa do consumidor, atinentes às garantias de cobertura (BAHIA, 2005).

Analisando-se a cobertura, nos EUA, mais de 50% da população ainda não possui uma cobertura de saúde integral, mesmo pagando seguro, o atendimento e a cobertura são falhos. "Mais de 43,6 milhões de pessoas não são cobertos pelo seguro de saúde ou assistência de qualquer tipo e são incapazes de pagar os serviços por conta própria" (MAUER; SMITH, 2000 *apud* BENTO, 2007).

No Brasil, por mais precário que seja o serviço do SUS, o cidadão ainda pode receber um atendimento ambulatorial-médico-hospitalar.

No setor privado americano, este acesso apresenta ainda mais dificuldades, devido à acessibilidade está fortemente relacionada às condições financeiras de cada família e o acesso e o tipo de cobertura depende do valor pago. Ao contrário dos americanos, no Brasil se têm regras básicas de proteção federal quanto a este aspecto, os brasileiros estão amparados pela Lei nº 9656/98 e a Lei nº 9961/00 (Lei de criação da ANS).

Essa legislação disponibiliza regras que garantem a relação contratual de serviços de seguro privado em saúde, de maneira clara e objetiva, as empresas são obrigadas a cumprir as determinações normativas, do contrário, serão penalizadas.

Acerca desse assunto, Weber (2010) afirma que os EUA não oferecem aos seus cidadãos um mínimo sequer de acesso aos meios provedores de saúde. Cerca de 50 milhões de seus habitantes não têm acesso algum a médicos e hospitais. Mesmo os 250 milhões que possuem seguro de saúde não são atendidos de forma igualitária e universal, pois têm o seu direito a exames e cirurgias negados frequentemente, conforme o bel prazer das empresas. Não

existe nenhum órgão público regulador e fiscalizador dessas seguradoras de saúde que venha coibir seu descaso quanto à saúde de seus segurados.

O que se destaca diante dessa breve discussão é que tanto o Brasil quanto os EUA seguiram caminhos pouco parecidos na maneira de formular suas políticas de saúde. O Brasil aderiu ao sistema adotado por grande parte da Europa, ou seja, dominância estatal alicerçada na universalidade, equidade social e geográfica, gestão democrática e planejamento das ações de saúde. Enquanto os americanos optaram pelo sistema de dominância de mercado, alicerçado pela individualidade, financiamento predominantemente privado, prestação de serviços de saúde realizado por empresas seguradas, que são vistas como medidores coletivos, caracterizando-se a desresponsabilidade do Estado com seus cidadãos.

No aspecto de acessibilidade à saúde, de forma gratuita e de qualidade, esse será um dos grandes problemas ou desafios que os governos nacionais terão que enfrentar, principalmente na atual crise econômica deflagrada na Europa e nos EUA, crise esta que implica o desequilíbrio das questões sociais, de maneira contundente, agravando ainda mais os problemas de assistência à saúde a todos.

“O direito à saúde não é um direito subjetivo, mas sim um dever objetivo do Estado, que deve implementar políticas públicas para esse setor, assegurando a todos o acesso universal e igualitário a esse direito básico tão bem preceituado em nossa Constituição”(WEBWER, 2010).

Nos Estados Unidos, surge uma barreira sólida que enfraquece o projeto de reforma da saúde do presidente Obama, isto é, de um lado está o gerenciamento e financiamento do setor privado dos custos da saúde, que implicam a restrição do acesso, e do outro, a exclusão dos cidadãos no acesso ao setor público.

No Brasil, o problema de acesso está pautado em duas vertentes, ou seja, no setor público o acesso é garantido a todos, mas deixa a desejar na qualidade e eficiência, sendo um descaso com o cidadão, contradizendo acesso e atendimento. No plano privado, o acesso altamente restrito (valor x doenças preexistente x qualidade x eficiência) são bons, mais ainda há discriminação quanto a clientes com determinadas enfermidades.

Em suma, diante dos pontos aqui apresentados como relevantes na caracterização do sistema de saúde brasileiro frente ao norte americano, percebe-se que as particularidades de um contexto histórico e econômico distintos definiram os respectivos sistemas, estabelecendo uma evolução dentro das características de cada país e das regras quanto à intervenção do Estado e a liberação do mercado de seguros de saúde.

4.2 A reforma americana e a legislação brasileira

No início desse capítulo, destacou-se a indagação se o Brasil seria afetado com a reforma da saúde americana. Isso está relacionado às constantes falhas do SUS, à insatisfação da população, ao provável crescimento do setor privado, que poderia diminuir a responsabilidade do Estado na garantia do direito a saúde a todos.

Noronha (2010), sobre o último ponto, relata que essa possibilidade é praticamente impossível de acontecer. Ele afirma que não “há a menor possibilidade de o Brasil seguir o mesmo caminho dos EUA. Nem do ponto de vista político, nem dos pontos de vista técnico, econômico, financeiro, nem do ponto de vista social”.

Mas com todo esse descaso, o direito à saúde está garantido por lei, e a incrementação desse sistema é apenas uma questão de boa vontade política, responsabilidade e comprometimento do Estado em respeitar os direitos de cidadãos.

A legislação brasileira, através da Constituição Federal, descreve em várias partes do seu texto a garantia a direitos fundamentais, principalmente a saúde e a educação. Nos Estados Unidos, a Constituição necessita de atualizações e garante poucos direitos fundamentais e, como consequência, corre o risco de perder a influência de ser modelo constitucional para o resto do mundo.

Conforme o New York Times (2012), “a Constituição dos Estados Unidos é concisa e antiga e garante relativamente poucos direitos”. A influência minguante do documento também pode ser parte de um declínio geral do poder e prestígio dos EUA.

De acordo ainda com o New York Times (2012), os Estados Unidos necessitam com urgência de reforma não só na saúde, mas também na Constituição. Vários pontos precisam ser revistos, interpretados de outras maneiras e, além disso, precisa ser visível a garantia dos direitos fundamentais, principalmente aqueles ditos básicos, habitação, alimentação, educação, saúde, entre outros.

A legislação sobre os direitos sociais e principalmente de saúde diverge entre os dois países. Regulamentação e fiscalização são pontos distintos na legislação que determinam peculiaridades que caracterizam os sistemas (UGÁ, 2002).

Quanto ao acesso à saúde de maneira universal, cria-se uma incompreensão, pois o Brasil possui legislação que cria um sistema de saúde baseado na universalização, financiada pelo Estado, enquanto os EUA elabora uma legislação que promove a universalização através do poder privado, excluindo ainda mais seus cidadãos ao acesso à saúde através da *Affordable Care Act* (Lei de Proteção ao Paciente e Serviço de Saúde Acessível).

Quanto à regulamentação do setor de saúde, o Brasil possui a Lei nº 9961/2000 que cria e regulamenta a Agência Nacional de Saúde (ANS) com o intuito de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Nos Estados Unidos, esse tipo de órgão não existe e as transações do setor de saúde ficam a cargo do setor privado, aliás, o próprio governo americano não vê necessidade de controlar e monitorar as regras do setor.

Os Estados Unidos possuem órgãos diversificados, ou seja, usa-se o termo atenção gerenciada para descrever uma variedade de mecanismos pelos quais as operadoras de planos de saúde buscam conter os custos e/ou racionalizar a utilização de serviços, e/ou insumos, incorporados, em cada tratamento. Tais planos e produtos fazem parte de um sistema que integra financiamento e prestação de assistência à saúde, bem como as organizações que oferecem tal cobertura (UGÁ, 2002).

Na regulamentação dos planos de saúde privados, o Brasil possui ainda a Lei nº 9656/1998, que dispõe sobre os planos de saúde privados de assistência à saúde.

Conforme Andrade e Lisboa (2010), no período entre 1960 a 1975, a participação dos gastos com saúde no produto interno bruto americano se elevou de cerca de 5% para 8%. Este crescimento elevado e a perspectiva de aumento continuado dos gastos com saúde motivou o *Health Maintenance Organization Act*¹⁹ de 1973, que tem como objetivo reduzir as despesas médicas e hospitalares ao permitir novas formas de gerenciamento dos planos de saúde. O novo sistema de gerenciamento dos serviços de saúde, denominado de *Managed Care*, é estruturado a partir de contratos estabelecidos entre as *Managed Care Organizations*, que compreendem as organizações que gerenciam a utilização e financiamento dos planos de saúde e os provedores de serviços de saúde.

Ramificando ao contexto social e político, sabe-se que o sistema de saúde nacional americano está caracterizado pela aquisição de planos de seguro saúde individual e coletivo.

É relevante acrescentar que, no Brasil, após a criação e a regulamentação do SUS através da Constituição e da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, ocorreu um fenômeno que se destaca nesse contexto normativo. Sobre esse fenômeno, Bahia (1999 *apud* REIS, 2001) revela que:

Esse fenômeno ocorreu simultaneamente à instauração do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo padrão de oferta das ações e serviços de saúde – por intermédio da garantia formal do acesso universal - não foi capaz de impedir o crescimento dos planos de saúde. Vale lembrar que tal crescimento só foi também possível a partir da aplicação de um conjunto de incentivos governamentais, que, por sua vez, poderiam ter sido destinados ao setor público de saúde.

De acordo com a autora, diante dessa informação, constata-se dois indicadores do aumento na adesão de planos de saúde privados: a) os gastos com planos de saúde passaram a ser uma despesa relevante no orçamento das famílias e das empresas; b) as constantes falhas no atendimento e nos serviços prestados pelo setor público, que, embora garanta o acesso, esqueceu de disponibilizar recursos suficientes para manutenção e melhoria do sistema como todo, deixando a qualidade e a eficiência de fora dessa garantia social.

Dada sua hegemonia, que é capitaneada por pesados interesses econômicos das seguradoras e planos de saúde em Wall Street, a nação mais

¹⁹ É um conjunto de diversos subsistemas organizacionais de saúde, em que interagem empresas gerenciadoras da assistência à saúde e os prestadores.

rica e poderosa do mundo, ao mesmo tempo em que esbanja cortar impostos dos cidadãos, não consegue resolver um notório problema social: são 43 milhões de pessoas que, sem recursos financeiros para ingressar no mercado dos planos de saúde e sem pobreza suficiente para serem atendidos pelo Medicaid (programa público dirigido aos pobres), não têm garantia de acesso aos bens e serviços de saúde (BAHIA, 2005).

As dificuldades no aspecto da regulamentação que controle e fiscalize as ações das seguradoras privadas demonstram o quanto os EUA necessitam urgentemente de uma reforma. Através desta, o Congresso pode definir critérios mais rígidos de controle sobre os planos de saúde.

A regulamentação esparsa, tal como vem sendo conduzida, a partir das propostas do *managed care*, acabaria assim criando, paradoxalmente, bases institucionais que favorecem uma crescente e acelerada internacionalização e oligopolização do mercado de planos de saúde.

O Brasil, assim como EUA, necessita também de uma reformulação na regulamentação, na criação de políticas públicas mais acordadas com os problemas existentes, incentivos fiscais para a redução de gastos e a elaboração de subsídios que suportem a ampliação do setor público de acesso à saúde (caso americano) e estudos de possibilidades de melhoria nas condições de atendimento dos usuários (caso brasileiro).

Embora o SUS atenda razoavelmente a todos sem discriminação, ele não age de forma perfeita. Com mais de 20 anos de existência, não se pode deixar de reconhecer que o SUS precisa de reformas urgentemente no sentido de uma evolução constante.

4.3 Principais semelhanças

Diante do que já foi exposto, percebe-se que os sistemas de saúde do Brasil e dos EUA apresentam características que mais os afastam do que os assemelham. Um sistema é muito contrário ao outro, com ligeiras comparações, que serão descritas brevemente neste item.

A primeira destas semelhanças se relaciona a procedimentos de combate a enfermidades antes que esta se instale, ou seja, a utilização da medicina preventiva para a redução de custos a médio e longo prazo, que tanto

Brasil quanto os EUA já consagraram em seus respectivos sistemas. Esse tipo de medicina determina que as ações de saúde devem estar paralelamente integradas na prevenção e ao mesmo tempo na cura.

Conforme Souza e Lisboa (2004), essa característica é realizada nos dois países com bastante relevância no campo da prevenção de doenças e redução dos custos. Essa ação foi inicializada primeiramente nos EUA e posteriormente adotada pelo Brasil.

A segunda semelhança se refere à natureza normativa dos ajustes dos planos privados de saúde, principalmente ao monitoramento dos ajustes de preços. No Brasil, o monitoramento está sob a responsabilidade da Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS), que é o órgão regulador dessas atividades. Medice e Barros (2006) informam que “os aumentos são justificados por uma combinação de fatores inflacionários que estão direta ou indiretamente ligados ao mercado privado de saúde”.

Nesse aspecto, o Brasil possui, com regularização previa da ANS, uma política de monitoramento de reajustes, para que estes sejam uniformes, isto é, constantes nas mensalidades quanto aos planos e prêmios de seguro. Além disso, todos os contratos, sejam antigos ou novos, são subjugados à Lei nº 9656/98.

Já nos Estados Unidos, como foi constatado anteriormente, não existe uma normatização de regulação dos planos de saúde privado, isto é, não existe um órgão regulamentador que se assemelhe à ANS. Conforme Medice (2006) “ainda que não exista uma Agência reguladora de planos e seguros de saúde com abrangência nacional, a maioria das administrações estaduais pratica uma política ex-post de controles de preços associados”.

O que se equivale a essa possível política de monitoramento é a complementação de uma fiscalização direcionada à cobertura básica e por processo voluntário de creditação, ou seja, algumas entidades fazem o papel da ANS para os americanos. Medice (2006) destaca como entidades: o *National Control Quality Assurance (NCQA)* e a *Joint Commission for Hospital Accreditation*.

Outra semelhança é a vedação da discriminação quanto à idade ou à existência de doenças preexistentes. Em ambos, tanto no texto do projeto de Lei

da reforma americana quanto na legislação brasileira, é proibido esse tipo de discriminação em relação aos benefícios e coberturas do plano.

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2012) não é permitida nenhuma discriminação com clientes relacionando a idade ou doenças preexistentes. Segundo a ANVISA (2012), “será proibida qualquer discriminação, por idade ou doença. A operadora que descumprir as novas regras ou cometer discriminação será punida com multa de R\$ 30 mil a R\$ 50 mil²⁰”.

Quanto ao rompimento de contrato de seguros, os dois textos, o da reforma americana e da legislação brasileira, também não permitem a quebra de contrato, exceto por fraude ou débito. As punições, no caso dos Estados Unidos, ficam a cargo das leis estaduais que tratam sobre seguro saúde, e, no Brasil, a ANS trata de avaliar e penalizar as empresas.

Outra semelhança está configurada na utilização de medicamentos genéricos aceita em ambos os países. O Brasil já possui essa estratégia como forma de beneficiar aqueles que não podem comprar o remédio original, devido ao custo elevado, desde 1999, sancionada pela Lei nº 9787. Nos Estados Unidos, essa prática está sendo um dos principais pontos da reforma, visando ao baixo custo e acesso a esses medicamentos pela população de baixa renda.

Conforme Chaves (2007), a aprovação desses medicamentos no mercado brasileiro não foi uma iniciativa governamental, mas uma conquista do movimento de saúde que travou uma longa discussão envolvendo a sociedade e os parlamentares no Congresso Nacional a partir do debate de projetos de leis e decretos que abordavam o tema.

A autora comenta que, a partir da mobilização de vários setores da área de saúde, em busca de uma legislação específica, os genéricos foram definitivamente incluídos no mercado e aplicados em tratamentos de forma eficaz. Esse tipo de medicamento substituiu, na maioria dos casos, aqueles remédios de marca com o preço elevado. A vantagem deste é que além de ser similar possui o mesmo princípio ativo do original. Desta forma barateia o preço na fabricação e no repasse aos consumidores.

²⁰ Consumidor e planos de saúde: planos privados de assistência à saúde. Guia prático de orientação ao consumidor. Disponível em: <http://www.soleis.com.br_planos_saude2.htm>. Acesso em: 01 jun. 2012.

A questão do acesso aos genéricos nos EUA é mais complexa, pois envolve muito mais que simples condições financeiras. As pessoas que são beneficiadas com esse medicamento deverão fazer parte de alguns dos programas público de saúde, *Medicaid* ou *Medicare*. Embora não atinja todas as classes sociais, o genérico é representação social que constitui parte essencial no acesso ao medicamento necessário.

Esses são os principais pontos de interseção entre a reforma americana e o sistema de saúde brasileiro. São pontos positivos que já fazem parte da regulamentação normativa do Brasil. Mas o grande desafio dos americanos é implantar um sistema que contemple as necessidades de cuidado de saúde a todos, sem que haja prejuízos para as famílias e muito menos para o Estado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante todo o processo desse estudo, várias questões foram surgindo na condução de um entendimento geral e relevante do tema, principalmente no sentido de averiguar porque em alguns países a questão do acesso à saúde a todos é deixada em segundo plano? A parceria público/privada em gerenciamento de saúde, não apresenta integração total.

A criação de políticas de saúde subsidiada por recursos públicos causa certo receio aos dirigentes internacionais. Esse assunto está sendo alvo de várias discussões por parte dos chefes de Estado no mundo inteiro, isto é, a criação de uma política sanitária sustentável que atenda às necessidades de acesso e qualidade da saúde a todos e a redução dos custos no financiamento desta é uma constante.

Um desses países são os EUA, que atualmente, através da figura do Presidente Obama, buscam reformular o sistema de saúde vigente. A reforma da saúde americana é uma medida que há muitos anos vem sendo idealizada por seus cidadãos, a qual tem como maior objetivo a geração de mudanças estruturais e normativas do setor de saúde.

Algumas indagações iniciais do trabalho definem a preocupação dessa reforma com possíveis pontos de reflexão para o Brasil, principalmente aquelas relacionadas ao setor suplementar de saúde, Pois, nos Estados Unidos, a política de saúde funciona de maneira mista, uma parte da população é beneficiada aos programas públicos de saúde (Medicalid e Medicalcare), enquanto a grande maioria fica à mercê das seguradoras privadas, que não disponibilizam atendimento de qualidade e tão pouca eficiência na cobertura.

No Brasil, o sistema único de saúde (SUS), apesar de acesso facilitado a todos, apresenta grandes e inexplicáveis problemas e que também precisa de reformulação estrutural e normativa. Com mais de 20 anos de existência jamais teve uma reformulação criteriosa de seus pontos cruciais, tipo: eficiência no atendimento, acesso a equipamentos sofisticados de exame, diagnósticos rápidos, tratamentos facilitados, medicamentos eficientes, entre outros. Tudo isso contribui para que haja discussões para uma reformulação integral e geral.

Apoiando-se às reflexões dos autores aqui evidenciados, percebe-se que talvez possam ocorrer mudanças sim, no sistema de saúde brasileiro, mas

com as devidas considerações, porque a contextualização dos dois países, tanto econômica quanto sociais são muito distintas e não se podem aplicar regras que seriam inviáveis para a existência de um ou de outro.

O que pode ser feito são estudos estratégicos e planejados que integraria governo (federal, estadual e municipal), empresas privadas em seguro saúde, hospitais, entidades de classes (médicos, universitários e trabalhadores) representantes de movimentos sociais, entre outros para que houvesse discussões, análises e decisões que seriam posteriormente institucionalizadas e posto em prática.

Outra questão indagada relaciona-se às medidas tomadas com a reforma, isto é, poder-se-iam afetar o campo dos planos de seguro de saúde privado em todo mundo? Claro que sim, pois os americanos são modelos de transformações econômicas e sociais que influenciam querendo ou não todos os países. Não se querendo apontar que isso deva ser uma regra, mas em muitos casos é sim.

Acredita-se que dificilmente os Estados Unidos adotarão uma postura parecida com a brasileira, pois além das diferenças já destacadas, existe a questão da intervenção do Estado na política de saúde, que aqui é constitucional, mas para os americanos é uma questão delicada e muito complexa.

Outro fator determinante para os EUA quanto ao parâmetro de comparação dos sistemas de saúde públicos dos países europeus, é o perfil sócio-econômico e os resultados eficientes de desempenho, de acesso e de gastos.

Em suma, a reforma até agora não foi posta em prática, pois vários pontos delicados requerem mais discussões, principalmente quanto à constitucionalidade ou não de determinadas medidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS. Disponível em: <<http://www.blogs.estadao.com.br/radar-global/a-reforma-do-sistema-de-saude-dos-eua>>. Acesso em: 05 maio 2012.

ALBERTI, Verena. *Entre a solidariedade e o risco: história do seguro privado no Brasil*. Rio de Janeiro, 1998.

ALVIM, Pedro. *O contrato de seguro*. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. *Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano*. *Rev. Bras. Econ.* 2000, vol.54, n.1, pp. 5-36.

AVALIANDO A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE NORTE-AMERICANO. De Jim McDermott, MD, tradução de Irma Ponti. Disponível em: <<http://pw2.netcom.com/~mvp1/hr1200.htm>>. Acesso em: 05 maio 2012.

ARCHER, Dane; MARMOR, Theodore. Medicare and Commercial Health Insurance: The Fundamental Difference. Thursday, Feb 16, 2012. Disponível em: <<http://healthaffairs.org/blog/2012/02/15/medicare-and-commercial-health-insurance-the-fundamental-difference/comment-page-1/#comment-165108>>. Acesso em: 05 maio 2012.

BAHIA, Lígia. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, v.14, n.2, maio-ago 2005, p.9-30.

_____. *Planos e seguros-saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil*. 1999. 333 f. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

CARVALHO, Maria Cleide Ribeiro Dantas de; ACCIOLY JUNIOR, Horácio e RAFFIN, Fernanda Nervo. Representações sociais do medicamento genérico por usuários. *Rev. Bras. Cienc. Farm*, 2006, vol.42, n.4, pp. 567-574.

CHAVES, Célia. *Dez anos de genéricos no Brasil: avanços e desafios para o acesso aos medicamentos*. Disponível em: <<http://www.fenafar.org.br/.../219-dez-anos-de-genericos-no-brasil-avancos-e-desafios-para-o-acesso-aos-medicamentos.html>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

CONSUMIDOR E PLANOS DE SAÚDE: planos privados de assistência à saúde. Guia prático de orientação ao consumidor. Disponível em: <http://www.soleis.com.br_planos_saude2.htm>. Acesso em: 01 jun. 2012.

DAIN, Sulamis; SETA, Marismary Horsth de. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, sup.3, pp. 3307-3317.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

ELIAS, Paulo Eduardo Elias; VIANA, Ana Luiza. *Sistemas de saúde no Brasil*. Publicado em 2007. Disponível em: <<http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/4-%20Bibliografia%20Complementar%20%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

_____. Sistemas de saúde: o que são e para que servem os sistemas de saúde? Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Texto publicado em 2011. Disponível em: <www.unisantos.br/upload/menu3niveis_1334263008091_texto_estudo.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2012.

FAUSTO, Boris. *Historia do Brasil*. São Paulo: EDUSP, 2003.

FENASEG. *Atividade seguradora no Brasil: fundamentos, história, regulamentação e prática*. Disponível em: <<http://www.funenseg.org.br>>. Acesso em: 10 jun 2011.

FERRAZ, Marcos Bosi. *Obama: o desafio da saúde e o Brasil*. Disponível em: <http://www.acontecenoticias.com.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=1772&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciald=996>. Acesso em: 12 jun. 2012.

FERREIRA, Weber José. Introdução à ciência atuarial. Rio de Janeiro: IRB, 1985. Coleção v. 4.

FOCUS ON HEALTH REFORM. Publicado em outubro de 2009. Disponível em: <www.democraticmayors.org/node/15>. Acesso em: 25 maio 2012.

FRANCO, Gustavo H.B.; LAGO, Luiz Aranha Correa. A Economia da República Velha: 1889-1930. Texto para Discussão, n. 588, Rio de Janeiro: PUC - Departamento de Economia, 2001. Disponível em: <<http://www.econ.puc-rio.br/pdf/td588.pdf>>. Acesso em: Acesso em 05 maio 2012.

FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GLIED, Sherry A. *Cobertura universal uma cabeça de cada vez: os riscos e benefícios de mandatos de seguro saúde individual*. Publicado em 10 abril 2008. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0802027>>. Acesso em 20 maio 2012.

HISTÓRIA DO SEGURO NO MUNDO: seguros. Publicado em 04 de maio de 2010. Disponível em: <http://www.cbseguros.com.br/mostra_dica.asp?id=21>. Acesso em 30 set 2011.

JORNAL AMERICANO DE SAÚDE. V.93, n.9, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/258/>> Acesso em: 20 maio 2012.

LEGISLAÇÃO. Constituição americana perde influência no exterior, falta de atualizações e garantia de poucos direitos fazem com que documento deixe de ser modelo principal para o restante do mundo. Tradução: Adriano Scandolara.

The New York Times. Publicado em 17 de fevereiro de 2012. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1224409>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

LOUREIRO, Carlos André Guedes. *Contrato de seguro*. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n. 62, 1 fev. 2003. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/3777>>. Acesso em: 9 nov. 2011.

LUNDENBERG, George D. *American Health System Reform: Circa 2001-2002*. Acesso em: 05 maio 2012.

LUZ, Madel Therezinha. *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática: anos 80*. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

MANICA, Laís. *O contrato de seguro de vida*. Universidade do Rio grande do Sul. Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais. Orientadora: professora Claudia Lima Marques. Porto Alegre, 2010.

MARIÑO, Hector Léger. *El seguro*. Publicado em março de 2006. Disponível em: <<http://www.ilustrados.com/publicaciones.com>>. Disponível em: 05 jun. 2011.

MARTINS, João Marcos Brito. *Dicionário de seguros: previdência privada e capitalização*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

NORONHA, José Carvalho de. Reforma da saúde: os EUA começam a se preocupar com os seus pobres. *Informe de Inesp/Agência de Notícia Fio Cruz*. Publicado em 01 de abril de 2010. Rio de Janeiro. Entrevista.

OLIVEIRA, Celso Marcelo de. *Teoria geral do contrato de seguro*. Campinas: LZN, 2005, v.1.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Serie Técnica Desenvolvimento de sistemas de serviços de saúde. *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília/DF, 2006.

PEREIRA, Maria Dusolina Rovina Castro. *Fraudes e má utilização no sistema de saúde suplementar e os reflexos para o consumidor*. Orientador André Accorsi. Rio de Janeiro: Funenseg, 2002. (Cadernos de Seguro: Teses, v. 7, n. 15).

PORTAL DE LUIS NASSIF: Construindo conhecimento. Disponível em: <<http://blogln.ning.com/profiles/blogs/blog-do-alon-a-construcao-do>>. Acesso em: 05 maio 2012.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. São Paulo: Artmed, 2006.

PRADO JÚNIOR. Caio. *História econômica do Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

PRINCIPAIS PONTOS DA REFORMA. Publicado em 2009. Disponível em: <http://www.portalangop.co.ao/motix/pt_pt/portal/capa/index.html>. Acesso em: 20 maio 2012.

QUEIROZ, Rafaela Loureiro de. *Evolução do mercado de seguros no Brasil após o plano real*. Chapecó (SC). Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNICHAPECÓ). Curso de Ciências Econômicas. Orientador José Martins dos Santos, 2010. TCC. Disponível em: <<http://www.unochapeco.edu.br/publicacoes-cientificas/detalhes/185565>>. Acesso em: 30 set 2011.

RAFFIN, Fernanda Nervo. Representações sociais do medicamento genérico por usuários. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2006, vol.42, n.4, pp. 567-574. .

REIS, Carlos Octávio Ocké. A regulamentação dos planos de saúde: uma questão do Estado. *Rev. Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Rio de Janeiro, 2001, p. 103-107. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em 10 maio 2012.

RIBEIRO, Alexandre M. M. de; et al. *O sistema de saúde dos Estados Unidos da América*. Escola de Administração De Empresas de São Paulo. Fundação Getulio Vargas. Curso de Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. Publicado em Abril de 2003.

ROSA, Marília Mattos da. *Adoção de marketing de serviços nas seguradoras brasileira*. Orientador: professor Frederico A. de Carvalho. Rio de Janeiro: Funenseg, 1998. (Cadernos Funenseg: Teses, v. 3, n.8).

SAES, Alexandre Macchione, GAMBI, Thiago Fonteles Rosado. A formação das companhias de seguro na economia brasileira: 1808-1864. *Revista História Econômica & História de Empresa*. Ano12, n. 2, 2009, p.01-36.

SANSÓN, José Alexandre Brigragão. Breve história do seguro. *Cadernos de Seguro*, Rio de Janeiro, ano 09, n. 53, jul./ago. 1990, p. 05-13.

SANTOS, Joel Rufino dos. *História do Brasil*. São Paulo: Marco Editorial, 1979.

SHIH, Frank Larrubia. *Os princípios do direito securitário*. Coordenador Claudio R. Contador. Rio de Janeiro: Funenseg, 2002. (Estudos Funenseg, v. 1, n. 3).

SILVA, Ivan de Oliveira. *Curso de direito do seguro*. São Paulo: Saraiva, 2008.

SILVA, Josemar Costa. *Práticas contábeis das operações de seguros: análise comparativa entre as normas brasileiras e o projeto proposto pelo IASB*. Orientador João Bosco Segreti. Rio de Janeiro: Funenseg, 2005. (Cadernos de Seguro: Teses, v. 10, n. 23).

SILVA, Marcos Paulo Novais; MARTINS, Carina Burri. *Universalização do acesso à saúde via seguros privados*. São Paulo, abril de 2010, p. 01 17. Disponível em: <<http://www.iess.org.br/html/TDIESS00322010reformaamericana.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2012.

SILVA, Rita de Cássia da Costa. *Breve histórico da profissão de corretor de seguros no Brasil*. Rio de Janeiro: Funenseg, 2007. (Estudos Funenseg, n. 16).

SISTEMA DE SAÚDE AMERICANO: ruim e difícil de ser modificado. Publicado em: 14 de dezembro de 2009. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/pontos-de-de-vista/1109>>. Acesso em: 05 maio 2012.

SODRÉ, Nelson Werneck. *Panorama do segundo Império*. 2. ed. Rio de Janeiro: GRAPHIA, 2004.

SOUZA, Rodolpho Fernandes; LISBOA, Caroline de Deus. *Nem mercado nem estado regulando a assistência à saúde: uma analogia do sistema de saúde brasileiro com o norte americano*. Gramado, Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=61815&popup=1>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

SOUZA, Sidney de. *Seguros: contabilidade, atuária e auditoria*. São Paulo: Saraiva, 2001.

SZYMCZAK, Vitalino Luiz; PIRES, Ariel José. O sistema único de saúde (SUS) no contexto da seguridade social: a diferença entre a realidade no cotidiano social e as determinações legais vigentes. *Revista Eletrônica Lato Sensu – Ano 2, nº1, julho de 2007*. Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://www.unicentro.br>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

UGÁ, MARIA ALÍCIA DOMINGUEZ. Gasto, acesso e condições de saúde: tendências nos países da OCDE. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, jul./sep. 2002, v.47, n.3, p.171-172.

VAINFAS, Ronaldo. *Dicionário do Brasil Imperial*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

WEBER, Talita Ferreira do Nascimento. *Direitos sociais, saúde: um comparativo entre Brasil X Estados Unidos da América*. Publicado em 14 de março de 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/direitos-sociais-saude-um-comparativo-entre-brasil-x-estados-unidos-da-america/34329/>>. Acesso em: 20 maio 2012.

WÜNSCH, Paulo Eduardo Rosselli. *Evolução e perspectiva do seguro de vida e de acidentes pessoais no mercado segurador nacional*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação. Orientador: Professor Denis Borenstein (PhD), Porto Alegre, 2006. (Dissertação de mestrado).