

Sistemas de saúde do mundo: Aprendendo com fragilidades e fortalezas



<https://doi.org/10.56238/ciemedsaude-trans-022>

Josilene Souza Conceição Kaminski

Professora e Doutoranda em Ciências da saúde pela Universidad Columbia del Paraguay.

Aline dos Santos Moreira de Carvalho

Doutoranda em Ciências da educação.

Erica Militão Pedro

Mestre em ciências da saúde.

RESUMO

Existem diversos modelos de sistemas de saúde no mundo, os quais foram sendo construídos de acordo com a cultura, economia, legislação e política local. Modelo não é sinônimo de padrão e exemplo, mas sim, uma razão de ser, uma racionalidade. Pesquisadores da gestão em saúde conhecem a importância da análise desses sistemas, a fim de promover estratégias mais eficazes nesta área. Este artigo objetiva abordar sistemas de saúde do mundo, suas fortalezas e fragilidades. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica relacionada ao tema, com enfoque na atenção primária em saúde, acesso à saúde, financiamento, dentre outras informações.

As bases de dados utilizadas foram a Scientific Electronic Library Online – (SciELO), Lilacs, Pubmed e Google acadêmico. Os descritores utilizados foram: Sistemas de Saúde. Gestão Pública em Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Atenção Primária em Saúde. Sistema Único de Saúde. Foram abordados os Sistemas de Saúde dos Estados Unidos, Canadá, Cuba, Brasil, Argentina e França. Com relação aos modelos de gestão, nota-se que nenhum país tem um modelo puro e único, porém em alguns se observa uma grande hegemonia de determinada forma de organização e financiamento de saúde que caracteriza o modelo. Assim, quando se diz que um país adota um determinado tipo de sistema, fala-se, na verdade, do sistema que predomina naquele país. Após análise dos artigos conclui-se que nenhum sistema de saúde é perfeito, todos apresentam fragilidades e fortalezas. A complexidade e a não padronização dos sistemas de saúde constitui um desafio para a gestão.

Palavras-chave: Sistemas de saúde, gestão pública em saúde, políticas públicas de saúde, atenção primária em saúde, sistema único de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Os modelos de sistemas de saúde do mundo, sua organização e atenção à saúde foram impulsionados após a Segunda Guerra Mundial, a partir de questionamentos sobre o conceito de saúde, o papel do Estado e a demanda por cobertura de serviços assistenciais.

Para Paim (2002), modelo não é sinônimo de padrão, exemplo ou burocracia, mas sim uma razão de ser, uma racionalidade. Nesse sentido, não é uma maneira de organizar os serviços de saúde, nem de administrar (gestão e gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. É, portanto, uma forma de combinar técnicas ou até mesmo uma “lógica” que orienta a ação.

Existem diversos modelos de sistemas de saúde no mundo, os quais foram sendo construídas de acordo com a sua cultura, realidade e política. Os sistemas de serviços de saúde se organizam de



acordo com a compreensão local do processo saúde-doença, com o objetivo comum de promover a saúde dos cidadãos de um determinado Estado (MOITI; MESQUITA; BANTON, 2013).

Os sistemas de saúde são afetados por diferentes modelos políticos, legislações, modelos econômicos, culturas, características sociais e genéticas de cada população (CORDEIRO, 2022). Isso torna mais complexa a criação de soluções para as fragilidades dos sistemas de saúde, visto serem tão heterogêneos interna e externamente. Pesquisadores da gestão em saúde conhecem a importância dessa análise para o desenvolvimento da área, mas sabem dos desafios para realizá-la devido à complexidade desses sistemas e da não padronização dos dados para comparação (REINERT, 2022).

Diante deste contexto, o intuito deste artigo é analisar alguns sistemas de saúde do mundo e abordar suas organizações, fortalezas e fragilidades.

Realizou-se uma revisão de literatura relacionada ao tema, com enfoque na atenção primária em saúde, acesso à saúde, financiamento, dentre outras informações.

Foram selecionados 23 estudos publicados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* – (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), Pubmed e Google acadêmico, de 2002a 2022, disponíveis na íntegra online gratuitamente. Os descritores utilizados foram: sistemas de saúde, políticas públicas de saúde, atenção primária em saúde, sistema único de saúde e gestão pública em saúde.

Abordou-se os Sistemas Nacionais de Saúde dos Estados Unidos da América, Canadá, Cuba, Brasil, Argentina e França. A escolha desses deveu-se à curiosidade quanto à inclusão de países desenvolvidos, subdesenvolvidos e em desenvolvimento, a fim de abordar as fragilidades e fortalezas de cada sistema e possibilitar uma análise comparativa entre eles, futuramente.

Este artigo é baseado em estudos publicados e se restringe à análise de dados secundários, portanto, a aprovação do Comitê de Ética não é necessária.

2 SISTEMAS DE SAÚDE DO MUNDO

Os artigos selecionados nesta pesquisa contribuem para a ampliação do debate sobre fragilidades e fortalezas de cada sistema de saúde. Serão abordados os Sistemas Nacionais de Saúde dos seguintes países: Estados Unidos da América, Canadá, Cuba, Brasil, Argentina e França.

2.1 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA (EUA)

Os Estados Unidos não possuem um sistema de saúde universal como a maioria das nações desenvolvidas. Seu sistema de saúde é altamente fragmentado e com um forte envolvimento do setor privado. A participação governamental é secundária, restrita principalmente a assistência a populações específicas: idosos e pobres por meio dos programas Medicare e Medicaid (BRITO, 2016).



Operam nos Estados Unidos seis programas de saúde diferentes, sendo que três são públicos, dois são mistos e um é privado.

Os sistemas públicos são, em ordem decrescente de contagem de pessoas atendidas, o Medicaid, o Medicare e o Veterans Affairs (VA), esse último voltado para os militares aposentados.

Os sistemas mistos são as clínicas populares e de caridade, que atuam com repasses públicos, doações e atendimentos emergenciais subsidiados (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020).

A grande maioria da população americana possui assistência à saúde por meio do sistema privado, o qual domina o mercado, sendo garantido por operadoras de planos de saúde, conhecidas como Health Maintenance Organizations (HMO), mantido por meio de despesas próprias diretas (não seguradas) e por doações. Nota-se que o sistema filantrópico é de grande importância e assegura a saúde para muitas pessoas. Grande parte dos planos de saúde é subsidiada pelos empregadores, assumindo o empregado uma pequena parcela deste custo (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020).

Importante frisar que o pagamento de planos de saúde para populações vulneráveis não possibilita a universalidade do cuidado, presente nos sistemas universais de saúde. Planos populares e públicos de saúde não permitem a efetivação da equidade e integralidade da atenção à saúde, tornando a distribuição dos serviços de saúde desarticulada, injusta e desigual (BRITO, 2016).

Está previsto em lei o acolhimento a qualquer cidadão em situações de emergência nos hospitais estadunidenses que aceitam Medicare (ampara a saúde das pessoas idosas), independentemente do convênio médico do paciente, tornando o sistema dinâmico. Quando o paciente atendido de forma emergencial não possui condições financeiras para o pagamento, as despesas são assumidas pelo hospital e rateadas entre os seguros de saúde, planos de saúde e pacientes particulares, ou seja, há uma socialização das perdas (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020).

O sistema de saúde americano, alvo de críticas constantes, pelos seus altos custos e baixa eficiência, gasta o dobro em relação à maioria dos países com sistemas de saúde eficientes, com ampla cobertura a todos os habitantes. É óbvio que a pouca eficiência de um sistema com tantos recursos humanos e materiais se deve a falha da sua gestão. O sistema permite a existência de fraudes, lucros abusivos, práticas pouco eficientes, desperdício, etc. Outro fator que corrobora com a baixa eficiência e alto custo seria a solicitação exagerada de exames laboratoriais e de imagem, motivada inclusive pela judicialização da saúde, resultando em custos exorbitantes (CAVALCANTI, 2020).

2.2 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DO CANADÁ

O Canadá é dividido em dez províncias, e em cada uma impera um sistema de saúde diferente, ou seja, o sistema de saúde no Canadá não é único. O sistema de saúde é sustentado através de uma parceria realizada entre o governo do país e os governos das províncias. O governo do país participa do financiamento desses serviços de saúde e as províncias ficam encarregadas do planejamento e



gerenciamento da prestação desses serviços. Essas províncias, ao gerir a saúde, detêm total autonomia (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020).

Entre as décadas de 70 e 90, o custeio do sistema de saúde era realizado exclusivamente pelo Governo, sem o auxílio da população. Na atualidade, o custeio ainda é realizado pelo Governo, no entanto, há a participação da população por meio de pagamento de tributos, geralmente cobrados no imposto de renda (PINTO; GARCIA; GONÇALVES, 2020). A principal fonte de financiamento do sistema de saúde é a tributação pelo governo provincial, governos territoriais e federais: a tributação geral fornece bem mais de dois terços de todo o financiamento para a saúde (MARCHILDON; ALLIN; MERKUR S., 2020).

Esse sistema de saúde é altamente descentralizado, requer uma considerável participação intergovernamental e intraprovincial. A cobertura pública e privada dos serviços de saúde é altamente segmentada. A cobertura universal é restrita para medicamentos necessários no hospital (incluindo medicamentos para pacientes internados), serviços de diagnóstico, médico e cirúrgico-odontológico. Outros bens e serviços de saúde, incluindo medicamentos prescritos fora dos hospitais, cuidados de reabilitação e cuidados a longo prazo, estão sujeitos a cobertura ou subsídios direcionados que cobrem algumas das lacunas deixadas pelo seguro de saúde privado (MARCHILDON; ALLIN; MERKUR S., 2020).

No Canadá há um sistema de saúde público e universal, que se baseia na universalidade e na equidade. É universal porque o atendimento é voltado para todas as pessoas do país, porém não quer dizer que necessariamente todos os serviços são cobertos. Contrariamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sem entrar no mérito das suas imensas limitações, o sistema canadense não cobre, em geral, saúde bucal, medicamentos extras hospitalares e outros profissionais de saúde (fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos) (BRANDÃO, 2019).

Em relação aos gastos do Canadá na saúde privada, as despesas tem se mantido estável nos últimos 20 anos, mas são altas em relação a outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), ocupando o 11º lugar em 2018. Isso ocorre em partes devido a baixa cobertura pública para medicamentos prescritos e quase nenhuma cobertura pública para atendimento odontológico e cuidados com a visão. Os gastos públicos em saúde no Canadá representaram 19% do total gastos do governo em 2015, que é comparável aos da Holanda e Reino Unido, maior que na Austrália, porém menor que nos EUA (MARCHILDON; ALLIN; MERKUR S., 2020).

No Canadá não existe, como no Brasil, hospitais públicos e particulares: todos são públicos. Em caso de emergência, o mais indicado é se dirigir para o pronto-socorro de um deles, onde se será atendido com o cartão do sistema de saúde. Se não for uma emergência, convém procurar uma clínica. É perceptível que o sistema de saúde canadense é bastante interessante, é um sistema humanizado,



com a cobertura universal e equitativa, o que o diferencia dos países que ostentam um modelo exclusivamente privado e oneroso.

2.3 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA CUBA

O Sistema Nacional de Saúde cubano é o primeiro sistema único, gratuito e integral nas Américas, com cobertura universal e direção central. Regulado, financiado e com a prestação de serviços exclusiva do Estado – preconiza que esses serviços operam sob o princípio de que a saúde é um direito social inalienável (ALONSO; ZACCA, 2011), sendo assim a oferta de serviços privados está proibida.

O sistema de saúde cubano possui três níveis administrativos (nacional, provincial e municipal) e quatro serviços (nacional, provincial, municipal e setor). As direções de saúde provinciais e municipais estão subordinadas administrativamente às assembleias provinciais e municipais dos órgãos do governo local, das quais recebe orçamento, suprimentos, força de trabalho e manutenção. Cada província forma sistemas de saúde locais em seus municípios (ALONSO; ZACCA, 2011).

Segundo Madureira (2010), o órgão central de gerenciamento do Sistema de Saúde (MINSAP) é responsável por garantir a acessibilidade, a gratuidade, à participação comunitária, a intersetorialidade, a colaboração internacional, a descentralização executiva, a vigilância epidemiológica dos produtos e substâncias, as investigações biomédicas, a produção, a exportação de fármacos e equipamentos médicos.

Os princípios orientadores do sistema de saúde cubano são os seguintes: natureza estatal e social da medicina; acessibilidade e serviços gratuitos; orientação profilática; aplicação adequada dos avanços em ciência e tecnologia; participação comunitária e intersetorialidade; colaboração internacional, centralização regulatória e descentralização executiva (ALONSO; ZACCA, 2011).

Sua concepção reflete o imperativo de atender as necessidades de saúde da população, sem discriminação ou exclusão social, a partir de princípios humanistas e de solidariedade, que são: o caráter estatal e social da medicina, a acessibilidade e gratuidade dos serviços, a orientação na promoção e prevenção, a aplicação adequada dos avanços da ciência e da tecnologia, a participação comunitária e intersetorial, a colaboração internacional, a centralização normativa e a descentralização executiva (CUBA, 2014).

Neste país opera um sistema de saúde que alcançou altos níveis de equidade na distribuição dos serviços, com total cobertura da população (OMS, 2017). Todavia, o que mais se destaca é o percentual dos gastos financeiros do governo na saúde: aproximadamente 93% do gasto total são com a saúde. Através desse dado, é possível identificar uma predominância do financiamento público da saúde (OMS, 2017).



O sistema é médico-centrado, onde a interdisciplinaridade ainda se apresenta como um desafio a ser vencido, os profissionais – em especial os médicos e enfermeiras de família – estão muito próximos da comunidade, conhecem seus usuários, seus territórios e os contextos que os envolvem. Assim, toda atenção à saúde, ordenada pela Atenção Primária à Saúde e orientada para a promoção, é organizada a partir do plano local, onde usuários e profissionais de saúde (totalmente envolvidos no processo de produção do cuidado) geralmente vivem na mesma comunidade (ROLLO; WEBER, 2018).

Nesse sentido, a participação social tem papel fundamental na sociedade cubana, possibilitando a discussão de assuntos que envolvem a comunidade e não apenas aqueles relativos à área da saúde. Por isso, é possível afirmar que os movimentos sociais são a base do sistema de saúde cubano (ROLLO; WEBER, 2018).

2.4 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 deu origem ao atual Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi implementado a partir da promulgação das Leis 8.080 e 8.142, em 1990, as quais consagraram os princípios do SUS e conferiram poder e responsabilidade para os governos locais ao transferir direitos e fundos de prestação de cuidados de saúde do governo federal para os governos estaduais e municipais (CASTRO *et al.*, 2019).

Segundo Santos (2018) os princípios que fundamentam o SUS, ou seja, o acesso universal, equitativo e integral aos serviços de saúde, tornou-se um dever do Estado a ser construído com a participação da sociedade no dia a dia do sistema. A participação social por meio dos conselhos gestores e conferências de saúde visam formular estratégias, avaliar e controlar diretrizes e executar a política de saúde.

Dentro do contexto de organização atualmente tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo papel como pedra angular do sistema público de saúde (BRASIL, 2006). Em 2007 foram criadas especialidades multiprofissionais, conhecidas como equipes de apoio à saúde da família da Atenção Primária a Saúde (APS). Além da APS, o SUS oferece serviços hospitalares abrangentes, incluindo tratamentos complexos. Além disso, uma rede de serviços de emergência foi estabelecida por meio da recuperação de serviços de ambulância, coordenadores de resposta a emergências que monitoram a ocupação hospitalar e serviços de emergência pré-hospitalares (CASTRO *et al.*, 2019)

A gestão central do sistema é de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto a execução das ações ocorre principalmente de forma descentralizada, sendo o componente municipal o principal provedor de saúde. Todos os cidadãos têm direito aos serviços prestados pelo SUS, que é a principal fonte de assistência à saúde das camadas de baixa renda e sem acesso aos planos de saúde (OCDE, 2021).



O sistema de saúde brasileiro é predominantemente público em termos de governança, financiamento e provisão por meio do SUS. A Constituição Federal também permitiu a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde, acessado principalmente por pacientes com melhor renda ou por seguros privados (ANDRADE *et al.*, 2013).

A Constituição Federal garante a participação da comunidade no sistema público de saúde em todos os níveis de governo. O chamado “controle social” se concretiza por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, que são compostos em 50% por membros da comunidade, 25% por prestadores de serviço e 25% por gestores de sistemas de saúde. Os conselhos de saúde são órgãos deliberativos e coletivos permanentes do SUS, propondo estratégias e monitorando a implementação das políticas de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros. As conferências são espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes. As decisões sobre políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são discutidas durante as conferências, que ocorrem a cada quatro anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Diante do cenário discutido, um grande gargalo a ser pensando é o atendimento especializado, resultando em demanda não atendida, grandes filas, longos tempos de espera e atrasos nos diagnósticos. Além disso, a demanda induzida pelo fornecedor e o uso excessivo de diagnósticos agravam a situação (SOLLA; CHIORO, 2008).

2.5 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA ARGENTINA

O sistema de saúde Argentino é um dos mais fragmentados e segmentados da América Latina. A cobertura dos serviços de saúde está fragmentada em três subsetores: o público (nacional, provincial e municipal), o seguro social (Obras Sociales) e o subsetor privado de saúde. A fragmentação ocorre porque não há coordenação e mecanismos de cooperação em termos de gestão, riscos financeiros e de saúde entre os três subsetores (PALACIOS; ESPINOLA; ROJAS-ROQUE, 2020)

O subsetor público é financiado por fundos nacionais, provinciais e municipais, que contribuem para os Ministérios ou Secretarias de Saúde em cada um desses níveis. Neste modelo há uma notável descentralização na gestão e captação de recursos, bem como estabelecimento de prioridades e estratégias de saúde. Cada província tem autonomia para estabelecer estratégias de atenção à saúde para seus habitantes. Neste subsetor público tem-se uma rede de hospitais públicos e centros de atenção primária à saúde, que oferecem atendimento gratuito a quem o solicita, em geral, para pessoas sem seguro de saúde (NOVICK, 2017; BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011)

O subsetor da previdência social é o mais importante dentro sistema de saúde e está organizado em torno de três grupos: 1) 269 Obras Sociales Nacionales (OSNs); 2) 24 Obras Sociales



Provinciales (OSPs); e 3) Nacional Instituto de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJyP – PAMI)(BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011).

As OSNs cobrem mais de 15 milhões de assalariados argentinos e suas famílias de acordo com a atividade econômica. As OSPs são responsáveis por fornecer serviços de saúde para funcionários públicos de sua jurisdição. O INSSJyP-PAMI oferece cobertura para mais de 5 milhões de aposentados do sistema nacional de pensões e suas famílias (RUBINSTEIN *et al.*, 2018).

Por fim, o subsetor privado de saúde tem como mecanismo de financiamento o pagamento à vista, destinado ao copagamento de serviços prestados por algumas províncias e Obras Sociales nacionais, as taxas e pagamentos do seguro pré-pago fornecido por companhias médicas estão concentradas em quatro empresas com alto poder de mercado (BELLÓ; BECERRIL-MONTEKIO, 2011; MACEIRA, 2018).

Essa fragmentação em setores ocasiona uma disparidade grande na forma como os argentinos têm acesso a medicamentos. Uma das causas é a ausência de uma lista única de referência para o país, o que significa que cada setor e cada financiador dentro de setores, selecione arbitrariamente os medicamentos que serão pagos. Sendo assim, cada província tem o poder de decidir que tipo de cobertura que deve proporcionar, aspecto que aprofunda a desigualdade na população.

2.6 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA FRANÇA

O sistema de saúde francês foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o melhor do mundo, numa comparação entre 191 países (OMS, 2000). O Sistema Público de Saúde é chamado de Assurance Maladie ou AM. Integra regime abrangente de Seguridade Social, estabelecidos para garantir o acesso a direitos considerados fundamentais para toda a população, tais como saúde, previdência, assistência e direitos do trabalho (CORDILHA; LAVINAS, 2018).

A França, como outros países europeus, tem um sistema de saúde universal, financiado principalmente pelo Estado por meio de um sistema nacional de seguro de saúde (ANJOS, 2015).

Os serviços de atenção à saúde asseguram a cobertura de despesas e provisão de cuidados, baseados em três princípios fundamentais: igualdade de acesso, qualidade dos cuidados e solidariedade. A AM manteve a lógica dos seguros, que passou, contudo, a atuar de forma “residual” à provisão pública (CORDILHA; LAVINAS, 2018).

A AM cobre parcial ou totalmente os custos de uma ampla gama de serviços de saúde providos pelo setor público ou por agentes privados, exonerando ou reembolsando seus custos de acordo com a natureza do bem ou serviço, da situação financeira e da condição de saúde do indivíduo. Via de regra, a parcela dos custos assumida pelo setor público gira em torno de 70% do preço de referência estabelecido pela AM para consultas médicas e exames laboratoriais, 80% para hospitalização, 60% para serviços como óptica e ortopedia e até 100% para medicamentos. Após o reembolso pela AM, os



restos a pagar podem ser totais ou parcialmente reembolsados por contratos de seguro complementar (complémentaires santé), ou via desembolso direto (CORDILHA; LAVINAS, 2018).

A financeirização na França avança pela transformação da saúde complementar, responsável ainda hoje por somente 13,3% das despesas com serviços médicos (DIRECTION DE LA RECHERCHE, 2017). A partir de 2016 ela se tornou obrigatória para todos os assalariados e passou a oferecer níveis crescentes e mais onerosos de cobertura, denominadas sobre complementar, perdendo paulatinamente sua dimensão não lucrativa. A esfera complementar passa por um intenso processo de concentração, tanto pelo lado dos grandes grupos mutualistas (não lucrativa) como pelo das seguradoras vinculadas ao setor financeiro. O número de estabelecimentos de provisão complementar reduziu-se de 1.702 para 534 entre 2001 e 2015, com 50% do mercado atualmente nas mãos das 20 maiores empresas (DIRECTION DE LA RECHERCHE, 2017).

Na atualidade, três dispositivos importantes contemplam a integralidade da cobertura médica: 1) Couverture Maladie Universelle de Base (1999) /agora denominada Protection Universelle Maladie – PUMA (2016); 2) Couverture Maladie Universelle Complémentaire – CMU-C (1999); 3) Aide à l’Acquisition d’une Complémentaire Santé – ACS (2004).

A PUMA destina-se aos residentes legais que não estão inicialmente afiliados a nenhum dos regimes existentes, garantindo o reembolso proporcional das despesas, tal como previsto no âmbito da Seguridade Social (CORDILHA E LAVINAS, 2018).

Para aqueles que não podem arcar com os restos a pagar após o reembolso da parcela de responsabilidade do Estado, a CMU-C viabiliza a afiliação gratuita a um organismo de seguro complementar para indivíduos com renda inferior a certo patamar. Já a ACS estabelece um desconto do prêmio de seguro complementar para aqueles com rendimentos até 35% acima do teto da CMU-C (CORDILHA E LAVINAS, 2018).

Finalmente, há também a Aide Médicale de l’État – AME (1999), que assume os custos dos serviços de saúde de imigrantes em situação irregular no país. Uma peculiaridade da AM é cobrir a totalidade das despesas relativas a tratamentos de doenças permanentes e/ou de longo prazo. Ambas são totalmente financiadas pela esfera pública, livre da exigência de copagamento, qualquer que seja a renda familiar (CORDILHA; LAVINAS, 2018).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de saúde são afetados por diferentes fatores, como por exemplo, culturas, políticas, legislações, economia, fatores ambientais, dentre outros. A heterogeneidade interna e externa dos sistemas de saúde torna-os complexos quanto à criação de soluções diante das fragilidades do mesmo.

Partindo das características de cada sistema de saúde apresentado, alguns pontos merecem ser destacados, como por exemplo, nos Estados Unidos. Tal país apesar do alto desempenho tecnológico



e dos desenvolvidos centros médicos, demonstram atraso (caro e com baixa efetividade) com relação à saúde pública quando comparado com outros países.

Talvez uma alternativa para os EUA fosse investir em prevenção, fortalecendo a Atenção Primária (pedra angular de um sistema de saúde forte), grande diferencial quando se compara o sistema americano ao canadense ou ao francês, cujos sistemas apresentam custos menores e tem a prevenção ao método centrado no paciente, valorizando as queixas e as doenças e não o seu pagamento.

A França, segundo a OMS, é o país líder na melhoria de cuidados em saúde em geral, e está em primeiro lugar entre os dez melhores sistemas de saúde do mundo. Tal sistema precisa servir de exemplo diante das suas fortalezas. Não se pode deixar de abordar o sistema cubano, que chama a atenção para os movimentos sociais, os quais são fundamentais dentro dos sistemas de saúde. Infelizmente, na Argentina, observa-se uma significativa deterioração do sistema público de saúde e empobrecimento da população com a crise econômica recente.

Com relação aos modelos de gestão, nenhum país tem um modelo puro, único, porém em alguns se observa uma grande hegemonia de determinada forma de organização e financiamento de saúde que caracteriza o modelo. Assim, quando se diz que um país adota um determinado tipo de sistema, está se falando, na verdade, do sistema que predomina naquele país.

Enfim, após análise dos artigos, chega-se à conclusão que nenhum sistema de saúde é perfeito, todos apresentem fragilidades a serem solucionadas, porém alguns apresentam fortalezas a serem implantadas em seus sistemas de saúde.



REFERÊNCIAS

- ALONSO, E. D.; ZACEA, E. Sistema de salud de Cuba. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. s168-s176, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s168-s176/>
- ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. de S.; MENEZES, R. de M.; SOUZA, M. N.; REIS, C. de B.; MARTINS, D. R.; GOMES, L. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013. DOI: 10.1590/S1413-80502013000400005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ecoa/article/view/78267>. Acesso em: 17 out. 2022.
- ANJOS, JN. Regulação no Setor da Saúde: Análise de Direito Comparado – Portugal, Reino Unido, França Espanha [Internet]. **Coimbra: Publicações CEDIPRE Online**, Coimbra, 2015. Disponível em: HTTPS://www.fd.uc.pt/cedipre/wp-content/uploads/pdfs/co/public_26.pdf
- BELLÓ M.; BECERRIL-MONTEKIOV. M. Sistema de salud de Argentina. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. s96-s109, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/06.pdf>
- BRANDÃO, J. R. M. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2019 v. 35, n. 1 [Acessado 17 outubro 2022], e00178217. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00178217>>. Epub 10 Jan 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178217>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006: **Aprovação a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006.
- BRITO A. **O Medicare e Medicaid no sistema de saúde Americano**. Relatório final. 61 p. 2016. Monografia (Conclusão de Curso de Graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016
- CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, London, England, vol. 394, 10195, p. 345-356, 2019.
- CAVALCANTI, Ney. **Sistema de saúde americano: ruim e difícil de ser modificado**. Sociedade brasileira de Diabetes. 2020. Disponível em: < <https://www.diabetes.org.br/publico/colunas/50-dr-neycavalcanti/272-sistema-de-saude-americano-ruim-e-dificil-de-ser-modificado>>.
- CORDEIRO, A. M. A. **Lean healthcare é uma das bases para viabilizar sistemas de saúde baseados em valor?** Dissertação (Mestrado Fundação Getúlio Vargas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2022.
- CORDILHA, A.; LAVINAS, L. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.23, n. 7 [Acessado 17 outubro 2022], p. 2147-2158, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.11422018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.11422018>.
- CUBA. **Constitución de La República de Cuba**. Cuba: Editorial My. Gral. Ignacio Agramonte y Loynaz, 2014.



DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). **La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé**. Paris: DREES; 2017.

GARCIA, M. S. M. P.; GONÇALVES, A. M. da S. Gestão de saúde pública no Canadá. **Intr@ciencia**, Faculdade do Guarujá, edição 19, junho 2020. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522115109.pdf

MACEIRA D. Morfología del Sistema de Salud Argentino Descentralización, Financiamiento y Gobernanza. **Documento de trabajo CEDES 141**, 2018. Disponível em: http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4460/1/Doc_t141.pdf.

MADUREIRA, P.S.P. **Sistema de saúde cubano**. 2010. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010.

MARCHILDON G. P.; ALLIN S.; MERKUR S. Canada: Health system review. **Health Systems in Transition**, v. 22, n.3, i-194, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336311/HiT-22-3-2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MOITI, C.; MESQUITA, J.; BANTON, L. O sistema de saúde norte-americano em uma perspectiva da gestão em saúde no Brasil. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, [S. l.], v. 2, n. 4-Supp.3, 2013. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/294>. Acesso em: 17 out. 2022.

NOVICK, G. E. Health Care Organization and Delivery in Argentina: A Case of Fragmentation, Inefficiency and Inequality. **Glob Policy.**, v. 8, issue S2, p.93-6, 2017. Available from: <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12267>.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde**. Geneva: OMS; 2000.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Cuba: hacia una generación sin VIH**. Sd, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/12/16-021216/es/>.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. **Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021**, OECD Publishing, Paris, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt>.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: PAIM, J. S. (Org.) **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Cooptec, p. 367-381, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6168>

PALACIOS, A.; ESPINOLA, N.; ROJAS-ROQUE, C. Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina. **Int J Equity Health**, v19, n. 67, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01168-6>

PINTO, R. M. F.; GARCIA, M. S. M. P.; Gonçalves, A. M. S. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. **Intr@ciência**, Faculdade do Guarujá, edição 19, junho 2020. Disponível em: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522114101.pdf

REINERT, M. MELHORES DO MUNDO EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE: APRENDENDO COM BOAS PRÁTICAS. **Revista de Administração de Empresas** [online], v. 62, n. 01 [Acessado 17 outubro 2022], 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020220108>



<https://doi.org/10.1590/S0034-759020220108x>>. Epub 13 Dez 2021. ISSN 2178-938X.
<https://doi.org/10.1590/S0034-759020220108>.

ROLLO, R.; WEBER, D.O Sistema Nacional de Saúde cubano e a geopolítica: reflexões a partir de vivências in loco. **Ágora** [ISSN 1982-6737]. Santa Cruz do Sul, v. 20, n. 02, p. 14-26, jul./dez. 2018. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/agora/index>

RUBINSTEIN A.; ZERBINO M. C.; CEJAS C.; LÓPEZ A. Making universal health care effective in Argentina: a blueprint for reform. **Health Syst Reform**. v.4, p. 203–213, 2018. Available from: <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1477537>.

SANTOS, RT. SUS: um novo capítulo de lutas. **Cien Sau de Colet**, v.23, n;6, p. 1719-1720, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LSKjqDJYKR5n4pSp36HLYTP/?lang=pt>
SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia, et al (Org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.