

Motivado por inúmeras informações divulgadas na mídia, pretendo traçar um rápido bosquejo comparativo da saúde nos Estados Unidos, no Brasil e em alguns países europeus.

Segundo uma das fontes que colhi, o presidente dos EUA, Donald Trump, solicitou no dia 15 de janeiro do corrente ano ao Congresso a aprovação do chamado Grande Plano de Saúde, vale dizer, um pacote abrangente de medidas que a Casa Branca descreve como voltado à redução dos custos de saúde no país.

Consoante o comunicado, o plano envolve reduzir os preços dos serviços de saúde e medicamentos, além dos prêmios dos seguros, sob objetivo de responsabilizar as grandes seguradoras e maximizar a transparência de preços.

No eixo dos medicamentos, a proposta prevê consolidar acordos de nação mais favorecida para garantir que os americanos paguem “os mesmos preços baixos de medicamentos prescritos que as pessoas em outros países pagam”.

O texto afirma ainda que a iniciativa “se baseia nas ações históricas do presidente Trump objetivando reduzir custos aos pacientes americanos” ampliando negociações voluntárias com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (DHS) e os Centros de Serviços do Medicare e Medicaid.

O plano também contempla a ampliação do rol de medicamentos farmacêuticos seguros disponíveis para aquisição sem prescrição médica, com o fito de reduzir os custos em saúde e ampliar a escolha do consumidor.

Em relação aos seguros, o plano propõe interromper o envio de “bilhões de dólares em pagamentos extras de subsídios financiados pelos contribuintes às grandes seguradoras” e, em vez disso, direcionar esses recursos diretamente aos americanos elegíveis, para que possam comprar o seguro de saúde de sua escolha.

O comunicado aduz também que a proposta financeira um programa de redução de coparticipação que pode economizar pelo menos US\$ 36 bilhões aos contribuintes e diminuir em mais de 10% os prêmios dos planos mais comuns do Obamacare, segundo o Escritório de Orçamento do Congresso (CBO, em inglês).

O plano apresentado tem por escopo acabar com os pagamentos de retorno feitos por gestores de benefícios farmacêuticos a intermediários criando um padrão para apólices, além de exigir que seguradoras divulguem, de forma acessível, os lucros retirados dos prêmios, a frequência com que negam atendimento e os tempos médios de espera para cuidados de rotina^[1].

Aqui, no Brasil, plano de saúde é sinônimo de segurança para milhões de trabalhadores brasileiros. Mas, ao chegar à aposentadoria, esse direito tem se transformado em um peso difícil de sustentar. Reajustes elevados, especialmente associados à idade, vêm expulsando aposentados da cobertura privada e empurrando idosos para o Sistema Único de Saúde – **SUS** –, muitas vezes após uma vida inteira de contribuições.

Impende, ao azo, sublinhar que o **SUS** e o **INSS** fazem parte do Sistema de Seguridade Social,^[2] que se estriba em três pilares: Saúde (SUS), Previdência Social (INSS) e Assistência Social. Cada um tem função própria, mas eles “conversam” bastante na prática.

Pois bem. Na **CPMI do INSS** no Congresso, segundo reportagem levada a público por **Andre Shalders** e **Valentina Moreira**^[3], uma empresa de consultoria de fachada – Spyder – teria movimentado R\$ 371 milhões nos primeiros seis meses do ano passado, se constituindo como uma das maiores já encontradas na apuração de desvios de verbas desta entidade.

Procons também apuram malversações de atos ilícitos direcionados aos idosos. Grassa na instituição supra referenciado um verdadeiro descalabro com gestores praticando atos de corrupção com visível desprezo à sua finalidade social.

De outro giro, é fato consabido que nos planos de saúde complementar, o associado ao completar 59 ou 60 anos, sua mensalidade sofre aumentos expressivos, que podem chegar a mais de 100% em poucos anos.

Destarte, “plano de saúde é sinônimo de segurança para milhões de trabalhadores brasileiros. Mas, ao chegar à aposentadoria, esse direito tem se transformado em um peso difícil de sustentar. Reajustes elevados, especialmente associados à idade, vêm expulsando aposentados da cobertura privada e empurrando idosos para o Sistema Único de Saúde (SUS), muitas vezes após uma vida inteira de contribuições”[\[4\]](#).

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar – **ANS** –, os reajustes variam conforme o tipo de contrato. Nos planos individuais e familiares, há um teto anual definido pela agência. Já nos planos coletivos – onde está a maioria dos aposentados, especialmente ex-funcionários de empresas – não existe limite pré-estabelecido. Os aumentos são negociados diretamente entre operadoras e administradoras, o que abre espaço para reajustes elevados e pouco transparentes.

É justamente nos planos coletivos que se concentra o maior número de reclamações.

Vale, por oportuno, a transcrição do seguinte excerto doutrinário:

“Outro ponto de destaque é a clara diferenciação entre os regimes de reajuste dos planos coletivos e dos planos individuais, o Judiciário vem reconhecendo reiteradamente que os índices definidos pela ANS, que destinam-se exclusivamente aos contratos individuais e familiares, não podendo ser aplicados de forma automática aos contratos coletivos empresariais.

Tal distinção decorre de diferenças relevantes no modelo de custeio, na lógica do mutualismo e na precificação dos produtos, aspectos que não podem ser ignorados pela intervenção judicial.

Ao adotar esse posicionamento, a decisão alinha-se à jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça, que há tempos repele a chamada “transmutação” dos planos coletivos em individuais apenas em razão do número de beneficiários. Eventuais abusividades devem ser analisadas caso a caso, à luz das normas da ANS e de critérios atuariais, sem a alteração da essência da contratação”[\[5\]](#). Sic.

Outra asserção importante de registro:

“Na prática, os aumentos funcionam como um mecanismo de exclusão: quanto mais velho o beneficiário, maior o custo, até que permanecer no plano se torne inviável.

Do ponto de vista legal, a questão é alvo de intensa disputa. O **Estatuto do Idoso** proíbe a discriminação por idade, inclusive por meio de reajustes excessivos após os 60 anos. Ainda assim, operadoras sustentam que os aumentos refletem o maior uso dos serviços de saúde nessa faixa etária. A controvérsia tem sido levada aos tribunais em milhares de ações individuais e coletivas.

Nos últimos anos, decisões judiciais têm reconhecido, em diversos casos, que os reajustes aplicados sem base atuarial clara ou de forma desproporcional, são abusivos”[\[6\]](#).

Ao azo, calha à fivetele reportagem produzida por **Kassiene Michel**, vazada nos seguintes termos:

“Uma cobrança mensal subiu 1.300% para uma aposentada do Rio Grande do Sul. A cobrança do plano de saúde subiu de R\$ 236,98 para R\$ 3.458,42. O valor 14 vezes maior do que a do mês anterior foi considerada abusivo pela Justiça, que determinou que a operadora restabeleça o preço anterior da mensalidade, aplicando apenas o índice autorizado pela Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) para 2025, de 6,06%.

A decisão é da desembargadora **Fabiana Azevedo da Cunha Barth**, da 6ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do RS”[\[7\]](#).

O direito à saúde ocupa posição central no constitucionalismo contemporâneo, especialmente após a consolidação do Estado Social no pós-guerra. Contudo, a forma de concretização desse direito varia significativamente entre os ordenamentos jurídicos, refletindo distintas concepções sobre o papel do Estado, do mercado e da cidadania.

Deveras. O trabalho proposto neste título diz respeito a uma dicotomia existente entre legislações que buscam proteção à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), os sistemas públicos europeus de saúde e o modelo norte-americano associado às recentes diretrizes defendidas pela administração **Donald Trump**, marcado pela centralidade do mercado e pela rejeição à universalidade.

A comparação busca evidenciar fundamentos constitucionais, arranjos institucionais, mecanismos de financiamento e consequências jurídicas de cada modelo, com especial cuidado à tensão entre universalidade, sustentabilidade fiscal e liberdade individual.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 promoveu uma ruptura paradigmática ao consagrar a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado[\[8\]](#). O **SUS** nasceu como expressão normativa do Estado Social brasileiro, estruturado sobre os princípios da universalidade, integralidade e igualdade de acesso.

Essa arquitetura jurídica transforma a saúde em verdadeiro direito subjetivo público, amplamente exigível perante o Poder Judiciário. A consequência direta desse modelo é a intensa judicialização da saúde, fenômeno que revela tanto a força normativa da Constituição quanto fragilidades estruturais de financiamento e gestão.

O **SUS**, embora normativamente avançado, convive com subfinanciamento crônico, o que gera tensão permanente entre a promessa constitucional de integralidade e a realidade orçamentária, desafiando os princípios da reserva do possível e da separação de poderes.

De outro giro, os sistemas europeus de saúde – como os da Itália, Espanha, Portugal, França e Alemanha – também se fundamentam na saúde como direito fundamental, geralmente consagrado em nível constitucional ou legal qualificado. Todavia, diferenciam-se do modelo brasileiro pela adoção de mecanismos jurídicos de contenção de custos e racionalização do acesso.

Em termos jurídicos, destacam-se os seguintes elementos comuns: universalidade garantida, porém associada a lista de prestações essenciais; coparticipação moderada do usuário, juridicamente admitida como instrumento de equilíbrio financeiro; integração regulada do setor privado, frequentemente como prestador do serviço público, além de forte descentralização regional com autonomia administrativa e responsabilidade fiscal.

A coparticipação, ausente no **SUS**, cumpre papel relevante na experiência europeia que funciona como mecanismo jurídico de moderação da demanda, sem descaracterizar o núcleo essencial do direito à saúde. A jurisprudência constitucional europeia tende a reconhecer limites legítimos ao direito à saúde, desde que preservado um patamar mínimo de proteção.

Assim, os sistemas europeus operam sob uma lógica de universalidade sustentável, na qual o direito fundamental à saúde é harmonizado com a responsabilidade fiscal e a eficiência administrativa.

Já o sistema de saúde dos Estados Unidos, especialmente sob a orientação política associada à administração **Trump**, representa um contraponto radical aos modelos universalistas. Não há, no ordenamento constitucional norte-americano, reconhecimento da saúde como direito fundamental social.

O chamado “plano Trump” não constitui um sistema público de saúde, mas um conjunto de diretrizes voltadas à redução da intervenção regulatória federal; a ampliação da liberdade contratual entre indivíduos e seguradoras e, por último, entre outros, pelo enfraquecimento de políticas de universalização, como o Affordable Care Act e a manutenção de programas assistenciais residuais (Medicare e Medicaid).

Juridicamente, a saúde é tratada como bem econômico, acessível prioritariamente por meio da capacidade de pagamento ou da inserção no mercado de trabalho. A proteção estatal assume caráter subsidiário e focalizado, inexistindo um dever geral de prestação universal.

O paradoxo jurídico do modelo norte-americano reside no fato de que, apesar do elevadíssimo gasto agregado em saúde, o sistema produz exclusão, insegurança jurídica e elevado risco de ruína financeira para indivíduos e famílias.

A comparação entre os três modelos revela distintas respostas jurídicas à mesma questão central: como assegurar proteção à saúde em sociedades complexas e desiguais?

O sistema brasileiro de saúde, materializado no **SUS**, caracteriza-se por subfinanciamento crônico e fragilidade fiscal relevante, sobretudo quando comparado aos modelos vigentes nos Estados Unidos e em parte da Europa.

Os sistemas europeus configuram um modelo de equilíbrio jurídico, no qual o direito fundamental é reconhecido, mas submetido a técnicas normativas de contenção, como coparticipação, planejamento regional e definição explícita de prestações essenciais.

O modelo norte-americano, por sua vez, expressa a opção por uma proteção mediada pelo mercado, em que a ausência de um direito fundamental à saúde amplia desigualdades e transfere ao indivíduo riscos que, nos modelos universalistas, são socializados.

Do ponto de vista jurídico-constitucional, a experiência comparada evidencia que a universalidade do direito à saúde não é incompatível com mecanismos de racionalidade econômica, desde que preservado um núcleo essencial de proteção. O desafio do **SUS**, à luz dos modelos europeus, não é abandonar sua matriz constitucional, mas aprimorar seus instrumentos jurídicos de governança, financiamento e priorização. Mas, sobretudo pela gestão eficiente, transparente e honesta sem arrostar sintomas inacreditáveis de terrível sucateamento deste modelo aqui implantado.

Enfim. O ordenamento jurídico da saúde no Brasil, nos Estados Unidos e em diversos países europeus reflete opções normativas e institucionais profundamente distintas quanto ao papel do Estado, ao financiamento do sistema e à forma de acesso aos serviços e medicamentos. No Brasil, a Constituição de 1.988 consagrou a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado, estruturando o Sistema Único de Saúde – **SUS** – como um modelo universal, integral e gratuito, financiado majoritariamente por recursos fiscais. Apesar de seu desenho normativo abrangente e inclusivo, o **SUS** enfrenta despesas públicas exacerbadas com um aumento contínuo da demanda por serviços de saúde.

Nos Estados Unidos, por sua vez, inexistente um sistema universal de saúde nos moldes brasileiros ou europeus. O ordenamento jurídico norte-americano privilegia uma lógica predominantemente privada e contratual, na qual o acesso aos serviços de saúde depende, em regra, da contratação de seguros privados, complementados por programas públicos focalizados.

Nesse contexto, observa-se maior diversidade de fontes de financiamento e maior flexibilidade regulatória, inclusive no que se refere à ampliação do acesso a medicamentos sem prescrição, frequentemente justificada por objetivos de redução de custos e ampliação da escolha do consumidor.

Já em diversos países europeus, embora existam variações relevantes entre os modelos nacionais, prevalece um sistema de saúde de cobertura universal, sustentado por financiamento público

estável, seja por meio de tributação geral, seja também por contribuições sociais obrigatórias.

Esses ordenamentos tendem a combinar forte presença estatal na regulação e no financiamento com mecanismos de gestão mais descentralizados e previsíveis, o que contribui para maior equilíbrio fiscal e sustentabilidade de longo prazo.

Ademais, a regulação do acesso a medicamentos costuma ser integrada a políticas públicas de controle de preços, avaliação de custo-efetividade e racionalização do consumo.

Em síntese, enquanto o Brasil adota um modelo constitucionalmente ambicioso, mas tencionado por restrições fiscais persistentes, os Estados Unidos privilegiam uma abordagem de mercado regulado, com maior protagonismo do setor privado, e os países europeus, como regra, operam sistemas universais financeiramente mais estáveis e institucionalmente consolidados. O contraste entre esses ordenamentos evidencia que as escolhas jurídicas relativas ao financiamento, à regulação e ao papel do Estado são determinantes para a efetividade e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Conclui-se que a efetividade do direito à saúde depende menos do volume absoluto de recursos e mais da coerência entre fundamentos constitucionais, desenho institucional e escolhas jurídicas de política pública.

Concluindo, a busca de um equilíbrio perfeito entre todos estes sistemas é que poderá dar mais sustentabilidade a um bem maior que é a saúde, sem dúvida, um direito fundamental imbricado à dignidade da pessoa humana.

É como penso.

Porto Alegre, 31/01/2026

[1] In, <https://www.diariodenoticias.com.br/materia/trump-pede-ao-congresso-aprovacao-de-plano-para-reduzir-custos-de-saude-nos-eua>. Fonte: Diário de Notícias.

[2] Artigo 194 da Constituição Federal.

[3] Colunistas do Metrôpoles em reportagem datada de 30/01/2026.

[4] Revista Fórum, 31/01/2026.

[5] Consultor Jurídico, 27 de janeiro de 2026, Conde & Siciliano Advogados.

[6] Forum..Fonte www.sindicatosdoa.aposentados.org.br

[7] G1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/ 25/01/2026.

[8] Artigo 196 da atual Constituição Federal;