

Influência das operadoras de saúde na prática médica e na experiência do paciente

André Pagotto¹, Francisca Rêgo¹, Guilhermina Rego¹, Rui Nunes¹

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Resumo

O estudo analisa a influência das operadoras de planos de saúde na prática médica e na experiência do paciente no Brasil, nos Estados Unidos e na Europa. São discutidos modelos de remuneração, autonomia clínica, acesso a cuidado, satisfação dos usuários e custo-efetividade. Os resultados indicam que diferentes arranjos contratuais e regulatórios moldam a relação médico-paciente e a equidade no acesso a serviços. A sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde deve ser conciliada com os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A análise evidencia a necessidade de práticas médicas e políticas de gestão que assegurem qualidade, transparência e centralidade no paciente.

Palavras-chave: Bioética. Satisfação do paciente. Sistemas de saúde. Judicialização da saúde. Gestão em saúde.

Resumen

Influencia de las aseguradoras de salud en la práctica médica y en la experiencia del paciente

El estudio analiza la influencia de las aseguradoras de salud en la práctica médica y en la experiencia del paciente en Brasil, Estados Unidos y Europa. Se discuten modelos de remuneración, autonomía clínica, acceso a la atención, satisfacción de los usuarios y costo-efectividad. Los resultados indican que diferentes arreglos contractuales y regulatorios moldean la relación médico-paciente y la equidad en el acceso a los servicios. La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud debe conciliarse con los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El análisis evidencia la necesidad de prácticas médicas y políticas de gestión que aseguren calidad, transparencia y centralidad en el paciente.

Palabras clave: Bioética. Satisfacción del paciente. Sistemas de salud. Judicialización de la salud. Gestión en salud.

Abstract

Influence of health insurance providers on medical practice and patient experience

This study analyzes the influence of health insurance providers on medical practice and patient experience in Brazil, the United States, and Europe. It discusses reimbursement models, clinical autonomy, access to care, user satisfaction, and cost-effectiveness. The results indicate that different contractual and regulatory arrangements shape the physician-patient relationship and equity in access to services. The financial sustainability of healthcare systems must be reconciled with the bioethical principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. The analysis highlights the need for medical practices and management policies that ensure quality, transparency, and patient-centered care.

Keywords: Bioethics. Patient satisfaction. Health systems. Health judicialization. Health management.

Declararam não haver conflito de interesse.

A expansão das operadoras de planos de saúde tem provocado transformações significativas na organização e na prática da medicina contemporânea. Esses agentes intermediários exercem papel crescente na regulação da relação entre médicos, pacientes e sistemas de financiamento, influenciando decisões clínicas e o próprio conceito de cuidado. No Brasil, a coexistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e do setor suplementar evidencia uma tensão entre o direito universal à saúde e os mecanismos de mercado que condicionam o acesso e a autonomia profissional¹.

Nos Estados Unidos e na Europa, observa-se cenário igualmente complexo, com modelos de financiamento que variam entre o predomínio de seguros privados e sistemas públicos universais. Estudos demonstram que os diferentes arranjos de remuneração, como o *fee-for-service* (FFS), o pagamento capitado e os modelos baseados em desempenho, ou *pay-for-performance* (P4P), moldam fortemente o comportamento médico e o uso de recursos em saúde^{2,3}. Tais mecanismos podem tanto incentivar práticas eficientes quanto gerar distorções éticas, como sobreuso ou subutilização de procedimentos.

Apesar da relevância do tema, ainda são escassos os estudos comparativos que analisam de forma integrada os efeitos bioéticos e clínicos da atuação das operadoras de saúde em diferentes sistemas. A maioria das pesquisas foca aspectos econômicos e gerenciais, negligenciando dimensões como autonomia médica, equidade e satisfação do paciente⁴.

Essa lacuna justifica esta investigação, cujo objetivo geral é analisar a influência das operadoras de planos de saúde na prática médica e na experiência do paciente, considerando perspectivas comparativas entre Brasil, Estados Unidos e Europa. Especificamente, pretende-se discutir como diferentes modelos de remuneração, governança e regulação afetam a autonomia clínica, o acesso, a qualidade do cuidado e os princípios bioéticos que orientam a medicina contemporânea.

Método

Este estudo caracteriza-se como revisão sistemática de literatura, conduzida em conformidade com as recomendações do *checklist* Preferred

Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). A construção da revisão partiu da definição do problema de pesquisa e dos objetivos analíticos, orientados pela necessidade de compreender como diferentes modelos de financiamento, regulação e organização dos sistemas de saúde afetam decisões clínicas, a autonomia profissional, o acesso a cuidado, a qualidade assistencial e a percepção dos usuários.

A busca bibliográfica foi realizada em bases de dados científicas internacionais de reconhecida relevância, incluindo PubMed, Scopus e Web of Science, complementada por literatura cinzenta e documentos institucionais de órgãos reguladores e entidades internacionais, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o National Health Service (NHS) e o Centers for Medicare & Medicaid Services. Foram utilizados descritores controlados e palavras-chave combinadas por operadores booleanos, contemplando termos como “*health insurance*”, “*managed care*”, “*physician behavior*”, “*medical autonomy*”, “*patient experience*”, “*health systems*”, “*payment models*”, “*fee-for-service*”, “*capitation*”, “*pay-for-performance*” e “*health economics*”, sendo as estratégias de busca adaptadas às especificidades de cada base de dados⁵.

Foram incluídos estudos publicados no período de 2005 a 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a influência das operadoras ou seguradoras de saúde sobre a prática médica, o comportamento profissional, o acesso a serviços, a experiência do paciente ou a avaliação econômica em saúde. Consideraram-se elegíveis estudos empíricos, revisões sistemáticas e análises comparativas que apresentassem contribuição relevante para os objetivos propostos. Foram excluídos trabalhos sem revisão por pares, estudos com foco exclusivamente clínico sem interface com a organização dos sistemas de saúde, publicações sem dados ou análises pertinentes e registros duplicados identificados entre as bases⁶.

O processo de seleção dos estudos seguiu as etapas recomendadas pelo PRISMA, iniciando-se com a identificação dos registros nas bases de dados, seguida da remoção de duplicatas, triagem por leitura de títulos e resumos e avaliação dos textos completos quanto aos critérios de elegibilidade previamente definidos. Ao final desse processo, os estudos considerados pertinentes

foram incluídos na análise qualitativa. O fluxo de seleção dos artigos foi sistematizado em diagrama específico conforme as diretrizes PRISMA, de modo a obter transparência e reprodutibilidade metodológica.

O estudo utilizou como referencial teórico conceitos de governança em saúde⁷, economia da saúde⁸, atenção centrada no paciente⁹ e avaliação de tecnologias em saúde⁸, que permitiram abordagem multidimensional e integrativa dos fenômenos investigados. Essa metodologia possibilitou compreender de maneira sistemática como fatores estruturais, financeiros e organizacionais influenciam a prática médica, a experiência do paciente e os resultados dos sistemas de saúde.

Resultados e discussão

A literatura científica sobre sistemas de saúde e a atuação das operadoras de planos e seguros ainda apresenta lacunas significativas quando se busca compreender as diferenças contextuais entre países. No Brasil, estudos concentram-se sobretudo na tensão entre a saúde suplementar e o SUS, destacando problemas de regulação e desigualdades de acesso, mas carecem de análises comparativas internacionais que permitam compreender os limites e as potencialidades desse modelo¹.

Nos Estados Unidos, a literatura é extensa em torno do papel das seguradoras privadas e do impacto do sistema fragmentado na equidade de acesso. Contudo, muitos desses estudos não dialogam de forma aprofundada com as experiências de países em desenvolvimento, como o Brasil, limitando a transferência de conhecimento e a construção de parâmetros mais abrangentes de avaliação¹⁰.

Na Europa, há uma tradição consolidada de estudos comparativos sobre sistemas universais e mistos de saúde, especialmente no que tange ao equilíbrio entre financiamento público e privado. Entretanto, poucos trabalhos trazem uma perspectiva comparativa que inclua a América Latina, o que dificulta entender como diferentes arranjos regulatórios podem impactar os pacientes e os profissionais em contextos socioeconômicos diversos¹¹.

Dessa forma, esta revisão comparativa entre Brasil, Estados Unidos e países europeus contribui para identificar convergências e divergências nos modelos de regulação, no papel das operadoras e nos efeitos sobre a prática médica e a experiência do paciente, fortalecendo o debate acadêmico e subsidiando políticas públicas mais informadas⁴.

Os modelos contratuais e as formas de remuneração dos serviços de saúde variam de acordo com o contexto histórico, econômico e regulatório de cada região. O modelo *fee-for-service*, baseado no pagamento por procedimento realizado, é tradicional nos Estados Unidos, sendo associado à ampliação da oferta de serviços, mas também criticado por incentivar o consumo excessivo e o aumento dos custos em saúde¹².

O modelo *capitated payment*, em que prestadores recebem um valor fixo por paciente em determinado período, é mais difundido em países com sistemas regulados e foco em atenção primária, como o Reino Unido e algumas nações europeias. Essa forma de remuneração estimula a racionalização de recursos e o acompanhamento contínuo do paciente, mas pode gerar riscos de suboferta de serviços quando não há mecanismos de monitoramento adequados³.

Já os *bundled payments*, caracterizados pelo pagamento único por episódio de cuidado que abrange todos os serviços relacionados, têm sido implementados de forma piloto em sistemas como o estadunidense e o europeu. Esse modelo busca alinhar eficiência e qualidade promovendo maior coordenação entre equipes e evitando fragmentação assistencial¹³.

Por fim, o *pay-for-performance* tem ganhado relevância internacional, com incentivos financeiros baseados em indicadores de qualidade e desfecho clínico. Na Europa, países como Alemanha e Reino Unido utilizam P4P em programas voltados a atenção primária; já nos Estados Unidos, o modelo está presente em hospitais e clínicas, associado a iniciativas governamentais como o Medicare Value-Based Purchasing Program².

No Brasil, observa-se predominância do *fee-for-service* no setor suplementar, ainda que experiências com *capitation* e P4P venham sendo testadas por algumas operadoras de saúde. A heterogeneidade desses modelos reflete a influência de fatores culturais, regulatórios e financeiros, tornando

essencial a análise comparativa entre regiões para compreender seus efeitos sobre custos, qualidade e acesso à saúde¹⁴.

Os incentivos econômicos e organizacionais moldam de forma significativa o comportamento médico, influenciando decisões relacionadas a prescrição de medicamentos, encaminhamento para especialistas e uso de exames complementares. Em sistemas baseados no pagamento por serviço (FFS), a lógica de remuneração tende a estimular maior volume de procedimentos, o que pode resultar em excesso de exames diagnósticos e tratamentos desnecessários, elevando custos e expondo pacientes a riscos adicionais¹⁵.

Por outro lado, em modelos de pagamento capitado, nos quais médicos ou instituições recebem um valor fixo por paciente, há incentivo à contenção de custos e à racionalização do cuidado. Essa configuração pode levar à redução de encaminhamentos e exames considerados de baixo valor, mas também gera preocupação quanto ao risco de subutilização de recursos e prejuízo à qualidade do atendimento³.

Os programas de P4P buscam alinhar incentivos financeiros à qualidade do cuidado, premiando práticas baseadas em evidências, como prescrição racional de medicamentos e acompanhamento adequado de doenças crônicas. No entanto, a literatura aponta que tais iniciativas podem induzir comportamento estratégico, com foco apenas em indicadores monitorados, deixando de lado dimensões relevantes, mas não avaliadas, da prática clínica².

Adicionalmente, fatores não apenas econômicos, mas também culturais e institucionais, influenciam o comportamento médico. No Brasil, por exemplo, estudos mostram que tanto a pressão de pacientes por exames quanto a influência de operadoras na autorização de procedimentos interferem diretamente nas escolhas médicas, criando tensões entre autonomia profissional, sustentabilidade financeira e qualidade do cuidado¹.

Compreender os efeitos dos diferentes incentivos sobre prescrição, encaminhamento e uso de exames é essencial para construir modelos contratuais que conciliem eficiência econômica com qualidade e segurança na atenção à saúde. A análise crítica desses mecanismos contribui para identificar

estratégias que evitem tanto o sobreuso quanto o subuso de serviços médicos, assegurando maior equilíbrio entre interesses dos prestadores, financiadores e pacientes⁴.

A autonomia clínica dos profissionais de saúde é tema central nas discussões sobre qualidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde. O avanço de protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e mecanismos de monitoramento busca garantir padronização de condutas e maior segurança ao paciente. No entanto, esse processo também gera tensões, pois pode ser percebido como limitação à liberdade profissional e ao julgamento individual de cada caso¹⁶.

Os protocolos e diretrizes clínicas são importantes instrumentos de racionalização do cuidado, contribuindo para reduzir variações injustificadas nas práticas médicas. Estudos mostram que a adesão a diretrizes melhora a efetividade de tratamentos e diminui riscos associados ao uso excessivo ou inadequado de recursos. Contudo, há críticas quanto ao risco de transformar recomendações em regras rígidas, que desconsiderem as particularidades do paciente e a experiência do médico¹⁷.

O monitoramento das práticas médicas por meio de auditorias e sistemas informatizados de acompanhamento tornou-se cada vez mais frequente em sistemas de saúde suplementar privados e públicos. Essa vigilância pode promover transparência e *accountability*, além de reduzir desperdícios. Entretanto, pode gerar desgaste nas relações profissionais, levando médicos a se sentirem pressionados por métricas administrativas, em detrimento de sua autonomia clínica¹⁸.

No Brasil, a relação entre operadoras de saúde e médicos exemplifica essas tensões. Enquanto protocolos e auditorias buscam alinhar condutas a padrões de qualidade e contenção de custos, muitos profissionais percebem tais instrumentos como mecanismos de controle corporativo que enfraquecem a autonomia da prática médica. Esse cenário influencia não apenas a satisfação profissional, mas também a qualidade da relação médico-paciente, já que decisões clínicas podem ser condicionadas por fatores externos¹⁹.

O desafio reside em equilibrar a utilização de protocolos, diretrizes e monitoramento como ferramentas de melhoria da qualidade, sem comprometer a autonomia profissional e a singularidade

da prática clínica. A construção de modelos participativos, que envolvam médicos na elaboração e revisão de diretrizes, mostra-se fundamental para conciliar eficiência, segurança e autonomia no cuidado em saúde⁴.

O acesso e a continuidade do cuidado são elementos fundamentais para garantir a integralidade da atenção em saúde, especialmente em sistemas que articulam cobertura pública e suplementar. A rede referenciada das operadoras de planos de saúde, por exemplo, funciona como filtro de acesso, definindo quais serviços e profissionais estão disponíveis para os beneficiários. Esse modelo pode facilitar a coordenação da assistência, mas também gera desigualdades quando a oferta é restrita ou quando há concentração de prestadores em determinadas regiões¹.

As listas de espera constituem outro desafio para a continuidade do cuidado, sobretudo em países com sistemas universais, como os da Europa. A demora para consultas especializadas e procedimentos eletivos pode comprometer a efetividade terapêutica e a satisfação dos pacientes. Estudos mostram que o tempo de espera está diretamente relacionado à escassez de recursos e à organização da rede assistencial, demandando políticas que conciliem eficiência e equidade²⁰.

O mecanismo de *gatekeeping*, no qual médicos generalistas atuam como porta de entrada obrigatória para o sistema, é amplamente adotado na Europa e em parte dos Estados Unidos. Esse modelo busca organizar fluxos assistenciais, reduzir encaminhamentos desnecessários e fortalecer a atenção primária. No entanto, críticas apontam que, em alguns contextos, o *gatekeeping* pode se transformar em barreira de acesso, limitando a autonomia do paciente e atrasando a chegada a serviços especializados²¹.

No Brasil, a lógica do *gatekeeping* ainda é pouco consolidada na saúde suplementar, em que predomina o acesso direto a especialistas. Essa característica pode gerar fragmentação do cuidado e sobreutilização de exames, enquanto no SUS a tentativa de fortalecer a atenção básica como porta de entrada enfrenta obstáculos estruturais e de financiamento. Assim, o equilíbrio entre acesso oportuno e continuidade assistencial permanece como desafio central para os diferentes modelos de saúde¹⁴.

A satisfação e a experiência do paciente tornaram-se dimensões centrais na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, complementando indicadores tradicionais como efetividade clínica e eficiência econômica. Esses aspectos refletem a percepção do usuário sobre o atendimento recebido, incluindo fatores como comunicação médico-paciente, tempo de espera, acessibilidade e envolvimento nas decisões de cuidado²².

Nos Estados Unidos, instrumentos padronizados como o Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) são amplamente utilizados para medir a experiência do paciente. Os resultados dessas pesquisas são aplicados em políticas de transparência, comparação entre prestadores e até mesmo em programas de pagamento por desempenho, fortalecendo a *accountability* das instituições de saúde²³.

Reino Unido e Holanda têm longa tradição de monitorar a experiência dos pacientes por meio de inquéritos nacionais, como o NHS Patient Survey Programme. Os dados obtidos possibilitam comparações regionais e internacionais, além de subsidiar políticas voltadas à melhoria contínua do cuidado, sobretudo no fortalecimento da atenção primária⁹.

No Brasil, embora estudos sobre satisfação de usuários sejam cada vez mais frequentes, a avaliação sistemática ainda é incipiente, especialmente na saúde suplementar. Pesquisas apontam que os principais fatores de insatisfação estão relacionados a demora no acesso, burocracia das operadoras e comunicação insuficiente com profissionais de saúde, evidenciando a necessidade de instrumentos padronizados para medir e comparar experiências de forma consistente²⁴.

Os conflitos de interesse no setor da saúde emergem principalmente da intermediação financeira entre operadoras, prestadores e pacientes. A influência de incentivos econômicos, contratos comerciais e relações corporativas pode comprometer a autonomia profissional e a equidade no acesso a serviços, fazendo da governança aspecto central para assegurar a integridade do sistema²⁵.

A transparência é um dos pilares da boa governança, na medida em que permite que pacientes, gestores e reguladores compreendam os fluxos financeiros e as relações institucionais que permeiam a prática médica. Experiências internacionais mostram que a divulgação de pagamentos da

indústria farmacêutica a médicos, como ocorre no programa Open Payments dos Estados Unidos, fortalece a *accountability* e auxilia na prevenção de condutas antiéticas²⁶.

No contexto europeu, mecanismos de fiscalização buscam equilibrar os interesses de diferentes atores do sistema de saúde por meio de órgãos reguladores independentes e auditorias sistemáticas. Além disso, iniciativas de governança corporativa têm se consolidado como forma de reduzir assimetrias de informação e prevenir práticas que possam prejudicar a confiança pública nos sistemas de saúde⁷. No Brasil, a ANS desempenha papel estratégico na regulação do setor, estabelecendo regras de transparência, monitoramento de operadoras e proteção dos consumidores. Apesar dos avanços, persistem desafios relacionados à fiscalização efetiva, à assimetria de informações entre usuários e operadoras e à necessidade de maior participação social na governança do sistema¹.

Fortalecer a governança em saúde requer a implementação de mecanismos robustos de transparência, auditoria e fiscalização, além da construção de uma cultura institucional que privilegie a ética e a *accountability*. Tais medidas são essenciais para minimizar conflitos de interesse e promover sistemas de saúde mais justos e sustentáveis⁴.

A avaliação de resultados em saúde e da relação custo-efetividade é essencial para orientar decisões clínicas, gerenciais e de políticas públicas. Medir desfechos clínicos, qualidade de vida e impacto econômico permite comparar intervenções, priorizar recursos e melhorar a alocação em sistemas de saúde com recursos limitados⁸.

Nos Estados Unidos e em países europeus, a análise de custo-efetividade está consolidada em órgãos de avaliação de tecnologias em saúde, como o National Institute for Health and Care Excellence (Nice) no Reino Unido, que utiliza rigorosos critérios para recomendar tratamentos com base em evidências clínicas e econômicas. Esses estudos incluem análise de custo por ano de vida ajustado por qualidade (Qaly) e permitem a comparação entre diferentes estratégias terapêuticas²⁷.

No Brasil, a incorporação de tecnologias e medicamentos no SUS também exige a avaliação de custo-efetividade, conduzida pelo Departamento de Economia da Saúde e Avaliação de Tecnologias

em Saúde (Deats/Conitec). Embora os dados ainda sejam limitados em alguns contextos, estudos brasileiros mostram que análises econômicas podem otimizar a alocação de recursos e subsidiar decisões de financiamento em saúde suplementar e pública²⁸.

Além dos aspectos econômicos, resultados em saúde abrangem indicadores de qualidade, segurança e experiência do paciente. A integração desses parâmetros com análises de custo-efetividade permite decisões mais equilibradas, que considerem tanto a eficiência quanto a equidade no cuidado⁴.

Portanto, a mensuração sistemática de resultados em saúde e a avaliação de custo-efetividade são ferramentas estratégicas para o planejamento e gestão do cuidado, contribuindo para sistemas de saúde mais sustentáveis e baseados em evidências.

A comparação entre sistemas de saúde do Brasil, dos Estados Unidos e de países europeus evidencia diferenças estruturais, regulatórias e de financiamento que impactam diretamente a prática médica e a experiência do paciente. No Brasil, o sistema público universal, o SUS, convive com o setor suplementar, composto por operadoras privadas de planos de saúde, buscando garantir cobertura ampla, mas enfrentando desafios como desigualdade regional, restrições financeiras e limitações na gestão de acesso e continuidade do cuidado¹⁴.

Nos Estados Unidos, predomina um sistema privado fragmentado, baseado em seguros de saúde e pagamento por serviço (FFS). O modelo oferece acesso rápido e tecnologia avançada, mas apresenta altos custos, desigualdade de cobertura e complexidade regulatória. Incentivos financeiros influenciam fortemente a prática médica, afetando prescrição, encaminhamentos e uso de exames, com menor coordenação entre os níveis de atenção¹⁰.

Na Europa, predominam sistemas universais e regulados, com financiamento público ou misto, variando de país para país. Modelos como o britânico (NHS) ou o holandês enfatizam atenção primária estruturada, *gatekeeping* e políticas de controle de custos. Esses sistemas combinam mecanismos de pagamento capitado e programas de qualidade baseados em desempenho, buscando equilíbrio entre eficiência, qualidade e equidade¹¹.

Em termos de indicadores de satisfação e experiência do paciente, estudos comparativos apontam que países europeus e o Reino Unido apresentam resultados consistentes devido à padronização de métricas e monitoramento sistemático, enquanto no Brasil há desafios relacionados à heterogeneidade de instrumentos de avaliação e ao acesso desigual a serviços de saúde suplementar e pública. Nos Estados Unidos, medidas como o CAHPS auxiliam no monitoramento, mas a fragmentação do sistema limita a integração de informações²².

Finalmente, em relação a resultados em saúde e custo-efetividade, os sistemas europeus e estadunidenses têm tradição consolidada em avaliação econômica de tecnologias e tratamentos. No Brasil, esse processo está em crescimento, com exigências regulatórias para incorporação de tecnologias e medicamentos, mas ainda há lacunas na disponibilidade de dados comparativos e na aplicação de análises de custo-efetividade em larga escala^{4,28}.

A análise dos diferentes aspectos da saúde suplementar e sistemas de saúde evidenciou padrões importantes sobre a influência das operadoras, modelos de remuneração e políticas de governança na prática médica e na experiência do paciente. Observou-se que a atuação das operadoras impacta diretamente decisões clínicas, incluindo prescrição, encaminhamentos e uso de exames, sendo especialmente influente em contextos de pagamento por serviço (FFS), predominante nos Estados Unidos, e, em menor grau, nos modelos capitados e baseados em desempenho, mais comuns na Europa^{3,15}.

No que tange à autonomia clínica, protocolos, diretrizes e monitoramento têm efeito duplo: por um lado, contribuem para padronização de condutas e segurança do paciente; por outro,

podem restringir o julgamento clínico e gerar tensões nas relações profissionais, especialmente em sistemas nos quais o controle administrativo das operadoras é intenso, como observado na saúde suplementar brasileira^{4,16}.

O acesso e a continuidade do cuidado revelaram diferenças significativas entre regiões. A lógica de *gatekeeping* e atenção primária estruturada na Europa favorece coordenação e continuidade, enquanto a fragmentação do sistema estadunidense e o acesso direto a especialistas no Brasil evidenciam desafios de integração, tempo de espera e equidade no atendimento^{14,21}.

A avaliação da satisfação e experiência do paciente mostrou que instrumentos padronizados, como o CAHPS nos Estados Unidos e os inquéritos nacionais na Europa, proporcionam dados robustos para melhoria da qualidade, enquanto no Brasil a heterogeneidade de métricas limita comparações e monitoramento sistemático^{1,22}.

A análise de resultados em saúde e custo-efetividade, quando disponível, demonstrou que sistemas europeus e norte-americanos aplicam de forma consolidada métodos de avaliação econômica, enquanto no Brasil há crescimento desse tipo de análise, principalmente para incorporação de tecnologias no SUS e em planos privados, embora ainda com lacunas de dados comparativos^{8,28}.

Os resultados apontam que modelos de remuneração, mecanismos de governança, políticas de transparência, gestão de acesso e foco na experiência do paciente são interdependentes. A combinação desses fatores influencia diretamente a eficiência, qualidade e equidade nos sistemas de saúde, o que ressalta a importância de análises comparativas internacionais para subsidiar melhorias em práticas médicas e políticas públicas.

Quadro 1. Comparação entre sistemas de saúde e seus impactos na prática médica e na experiência do paciente

Dimensão analisada	Brasil	Estados Unidos	Europa
Modelo de sistema de saúde	Sistema público universal (SUS) coexistindo com setor suplementar privado	Sistema predominantemente privado e fragmentado	Sistemas universais ou mistos com forte regulação estatal
Modelo de remuneração predominante	Predomínio de FFS na saúde suplementar, com experiências emergentes de <i>capitation</i> e P4P	Predominância de FFS, com expansão de modelos baseados em valor	Combinação de <i>capitation</i> , orçamento global e P4P

continua...

Quadro 1. Continuação

Dimensão analisada	Brasil	Estados Unidos	Europa
Influência das operadoras na prática médica	Elevada influência na autorização de procedimentos e controle de custos	Forte influência de seguradoras na decisão clínica e organização do cuidado	Influência regulada, com maior mediação estatal e institucional
Autonomia médica	Parcialmente limitada por protocolos e auditorias das operadoras	Condicionada por incentivos financeiros e contratos com seguradoras	Mais equilibrada, com diretrizes clínicas institucionalizadas e participação profissional
Acesso a cuidado	Desigual, com diferenças regionais e segmentação entre SUS e setor privado	Acesso rápido para segurados, porém desigual conforme cobertura	Mais equitativo, com organização via atenção primária e <i>gatekeeping</i>
Continuidade do cuidado	Fragmentada, especialmente na saúde suplementar	Baixa coordenação entre níveis assistenciais	Alta coordenação, com forte integração da atenção primária
Experiência do paciente	Avaliação ainda incipiente e heterogênea	Uso de instrumentos padronizados (CAHPS), mas sistema fragmentado	Monitoramento sistemático e padronizado da experiência do paciente
Custo-efetividade e avaliação econômica	Em expansão, especialmente no SUS	Amplamente utilizada, com forte influência em políticas de saúde	Consolidada, com instituições como NICE orientando decisões
Principais desafios	Desigualdade de acesso, fragmentação e regulação insuficiente	Alto custo, desigualdade e fragmentação	Sustentabilidade financeira e gestão de listas de espera

Considerações finais

A análise desenvolvida evidencia que a atuação das operadoras de saúde ultrapassa dimensões organizacionais e econômicas, configurando-se como fenômeno ético que impacta diretamente a prática médica e a experiência do paciente. Os modelos de remuneração, mecanismos de regulação e dispositivos de controle assistencial influenciam decisões clínicas, condicionando a autonomia profissional e redefinindo a relação médico-paciente.

À luz da bioética principialista, observam-se tensões entre autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, sobretudo quando incentivos financeiros favorecem o sobreuso ou a subutilização de procedimentos. No campo da justiça, persistem desigualdades de acesso associadas à segmentação entre sistemas e às barreiras

impostas por operadoras, comprometendo a equidade na atenção à saúde.

Sob uma perspectiva ética mais ampliada, a prática médica deve ser compreendida como atividade moral orientada ao bem do paciente, o que entra em tensão com racionalidades gerenciais centradas na eficiência e no controle de custos. Nesse sentido, a sustentabilidade dos sistemas de saúde exige a conciliação entre viabilidade econômica e responsabilidade ética, de modo a preservar a qualidade do cuidado e a dignidade dos sujeitos envolvidos.

Conclui-se que os arranjos institucionais e financeiros da saúde não são eticamente neutros, sendo fundamental incorporar referenciais bioéticos na formulação de políticas e na organização da prática médica. Tal integração é essencial para promover sistemas de saúde mais equitativos, sustentáveis e centrados no paciente.

Referências

1. Bahia L, Scheffer M, Tavares LR, Braga IF. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso 28 jun 2026];32(Suppl 2):e00154015. DOI: 10.1590/0102-311X00154015
2. Eijkenaar F. Pay for performance in health care: an international overview of initiatives. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2013 [acesso 18 mar 2026];70(5):594-604. DOI: 10.1177/1077558711432891
3. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q* [Internet]. 2001 [acesso 18 mar 2026];79(2):149-77. DOI: 10.1111/1468-0009.00202
4. Rechel B, Maresso A, van Ginneken A. Health systems in transition: template for authors [Internet]. 2ª ed. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020 [acesso 18 mar 2026]. Disponível: <https://tinyurl.com/2rcjm5k5>
5. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [acesso 18 mar 2026];52(5):546-53. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
6. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo) [Internet]. 2010 [acesso 18 mar 2026];8(1):102-6. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134
7. Saltman RB, Duran A, Dubois HFW. Governing public hospitals: reform strategies and the movement towards institutional autonomy [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011 [acesso 18 mar 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4v3zsQq>
8. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, editores. Methods for the economic evaluation of health care programmes [Internet]. 4ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2015 [acesso 18 mar 2026]. DOI: 10.1093/oso/9780198529446.001.0001
9. Coulter A, Locock L, Ziebland S. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ* [Internet]. 2014 [acesso 18 mar 2026];348:2225. DOI: 10.1136/bmj.g2225
10. Oberlander J. The political life of Medicare. 2ª. ed. Chicago: University of Chicago Press; 2017.
11. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Soc Policy Adm* [Internet]. 2009 [acesso 18 mar 2026];43(1):70-90. DOI: 10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x
12. Cutler DM, Ghosh K. The potential for cost savings through bundled episode payments. *N Engl J Med* [Internet]. 2012 [acesso 18 mar 2026];366(12):1075-7. DOI: 10.1056/NEJMp1113361
13. Hussey PS, Ridgely MS, Rosenthal MB. The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2012 [acesso 18 mar 2026];30(11):2116-24. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0784
14. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* [Internet]. 2011 [acesso 18 mar 2026];377(9779):1778-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
15. Gruber J, Owings M. Physician financial incentives and cesarean section delivery. *RAND J Econ* [Internet]. 1996 [acesso 18 mar 2026];27(1):99-123. Disponível: <https://bit.ly/4uAjt9>
16. Freidson E. Professionalism: the third logic. Chicago: University of Chicago Press; 2001.
17. Woolf SH, Grol R, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* [Internet]. 1999 [acesso 18 mar 2026];318(7182):527-30. DOI: 10.1136/bmj.318.7182.527
18. Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA* [Internet]. 2003 [acesso 18 mar 2026];290(7):941-6. DOI: 10.1001/jama.290.7.941
19. Scheffer M. Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015.
20. Siciliani L, Borowitz M, Moran V. Waiting time policies in the health sector: what works? Paris: OECD Publishing; 2013.
21. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.

22. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* [Internet]. 2013 [acesso 18 mar 2026];3(1). DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570
23. Goldstein E, Farquhar M, Crofton C, Darby C, Garfienkel S. Measuring hospital care from the patients' perspective: an overview of the CAHPS Hospital Survey development process. *Health Serv Res* [Internet]. 2005 [acesso 18 mar 2026];40:1977-95. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00477.x
24. Cantalino JLR, Scherer MDA, Soratto J, Schäfer AA, Anjos DSO. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso 28 jun 2026];55:22. DOI: 10.11606/S1518-8787.2021055002533
25. Rodwin MA. Conflicts of interest and the future of medicine: the United States, France, and Japan. New York: Oxford University Press; 2011.
26. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. Code on interactions with healthcare professionals [Internet]. Washington: PhRMA; 2019 [acesso 18 mar 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4fazLEj>
27. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. *Cost Eff Resour Alloc* [Internet]. 2013 [acesso 18 mar 2026];11(1):6. DOI: 10.1186/1478-7547-11-6
28. Lisboa R, Caetano R. Avaliação de tecnologias em saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental. *Saúde Debate* [Internet]. 2020 [acesso 28 jun 2026];44(127):1255-76. DOI: 10.1590/0103-1104202012723

Andre Pagotto – Doutorando – andre.vieira@uemasul.edu.br

 0000-0002-2947-9102

Francisca Rêgo – Doutora – mfrego@med.up.pt

 0000-0001-8083-7895

Guilhermina Rego – Doutora – guilherminarego@med.up.pt

 0000-0002-8590-9832

Rui Nunes – Doutor – ruinunes@med.up.pt

 0000-0002-1377-9899

Correspondência

André Pagotto. Rua Bahia, 971, ap. 102, Três Poderes. CEP 65901-330. Imperatriz/MA, Brasil.

Contribuições dos autores

André Pagotto: conceituação; metodologia; análise formal; investigação; redação – rascunho original; redação – revisão e edição. Francisca Rêgo: análise formal; redação – revisão e edição. Guilhermina Rego: análise formal; redação – revisão e edição. Rui Nunes: conceituação; supervisão; redação – revisão e edição.

Disponibilidade de dados: Todos os dados utilizados ou gerados na pesquisa estão integralmente descritos e apresentados no corpo do artigo.

Editora responsável: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recebido: 29.10.2025

Revisado: 27.2.2026

Aprovado: 25.3.2026