www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v.30, n.163, 2026 | DOI: 10.69849/fygg8s84

Análise comparativa entre o sistema de saúde dos Estados Unidos e o Sistema Único de Saúde do Brasil

Comparative analysis between the United States health system and Brazil's Unified Health System

Sistemas de saúde em perspectiva crítica: uma análise comparativa da universalidade, do financiamento e da governança no Brasil e nos Estados Unidos

Catarina Pereira Bahia Barretto[1]
Samanta Hosokawa Dias de Nóvoa Rocha[2]

RESUMO

Este artigo apresenta uma análise comparativa entre os sistemas de saúde do Brasil e dos Estados Unidos, explorando suas origens, organização, financiamento, cobertura, governança e respostas a crises, com ênfase na pandemia de COVID-19. Através de revisão integrativa da literatura nacional e internacional, foram identificadas as principais diferenças e semelhanças entre os modelos. O Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado na universalidade, integralidade e equidade, assegura acesso gratuito a toda a população brasileira, destacando-se pela ampla rede de atenção primária e programas de vacinação eficazes. Contudo, enfrenta desafios como subfinanciamento, desigualdades regionais e limitações na gestão. Já o sistema norte-americano é caracterizado pela fragmentação, forte dependência de seguros privados e elevados custos; apesar dos avanços trazidos pelo Affordable Care Act, permanece inacessível e desigual para muitos. A pandemia evidenciou a resiliência do SUS ao garantir cobertura universal e ampla vacinação, enquanto a fragmentação e politização nos EUA agravaram desigualdades. O estudo aponta que o Brasil deve focar em investimentos, inovação e gestão baseada em valor, enquanto os Estados Unidos necessitam de políticas mais inclusivas e coordenação eficaz. Conclui-se que o intercâmbio de experiências e o fortalecimento de sistemas públicos são essenciais para promover equidade, eficiência e capacidade de resposta frente a futuras emergências sanitárias.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. SUS. Estados Unidos. COVID-19. Equidade. Governança.

[1] Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Brasília. E-mail. catarinapbahia@gmail.com.
[2]Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará. Especialização em Medicina de Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Mestranda em Gestão de Cuidados da Saúde pela Must University. E-mail. samantahosokawa@gmail.com.

ABSTRACT:

This article offers a comparative analysis of the healthcare systems in Brazil and the United States, examining their origins, organization, financing, coverage, governance, and crisis responses, with a focus on the COVID-19 pandemic. Through an integrative literature review, key differences and similarities between the models were identified. Brazil's Unified Health System (SUS), based on universality, comprehensiveness, and equity, guarantees free access to healthcare for its entire population, standing out for its extensive primary care network and effective vaccination programs. However, it faces challenges such as chronic underfunding, regional inequalities, and management limitations. The U.S. system is fragmented, heavily reliant on private insurance, and costly; despite progress from the Affordable Care Act, it remains inaccessible and unequal for many. The pandemic highlighted SUS's resilience through universal coverage and broad vaccination, while fragmentation and politicization worsened inequalities in the U.S. The study suggests Brazil should prioritize investment, innovation, and value-based management, while the U.S. needs more inclusive policies and effective coordination. The conclusion stresses that sharing experiences and strengthening public systems are vital to promote equity, efficiency, and preparedness for future health emergencies.

Keywords: Health Systems. SUS. United States. COVID-19. Equity. Governance.

1 Introdução

A trajetória dos sistemas de saúde no Brasil e nos Estados Unidos revela dois caminhos que seguiram direções quase opostas. Cada um foi moldado por valores sociais e políticos diferentes e por maneiras distintas de entender o que significa ter direito à saúde. No Brasil, a mudança mais marcante aconteceu em 1988, com a Constituição Federal. Foi quando o SUS (Sistema Único de Saúde) surgiu e a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado.

Antes disso, o atendimento era restrito. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) só oferecia serviços a trabalhadores com carteira assinada, deixando de lado boa parte da população (Souza, 2019). Esse modelo evidenciava as desigualdades e deixava milhões sem acesso a cuidados básicos. Em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, começaram a se firmar os princípios de universalidade, equidade e integralidade, que mais tarde se tornariam a base do SUS (Mendes, 2018).

O contrário ocorreu nos Estados Unidos (EUA), onde a saúde sempre foi vista como responsabilidade do indivíduo e objeto de mercado. Desde o início do século XX, o setor privado da saúde predominou, e após a Segunda Guerra Mundial, a oferta de seguros patrocinados por empregadores firmou-se como principal via de acesso (Obama, 2016). Apenas na década de 1960 surgiram programas de saúde públicos como Medicare e Medicaid, voltados para idosos e populações de baixa renda (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020). Mesmo assim, a cobertura continuou restrita. Décadas depois, em 2010, o Affordable Care Act, o chamado Obamacare, trouxe a maior reforma em muito tempo, ampliando o acesso, mas ainda sem romper com a lógica fragmentada e comercial que caracteriza o sistema (Pinzani & Rego, 2015).

Essa trajetória tão diferente da brasileira ajuda a explicar os desafios atuais de cada modelo. O SUS, apesar de seu alcance, sofre com um subfinanciamento que já é crônico, diferenças marcantes entre regiões e a urgência de modernizar sua gestão (Lima et al., 2020; Santos & Merhy, 2006). Já o sistema norte-americano, embora invista muito dinheiro, convive com custos administrativos elevados, barreiras financeiras para o acesso e a exclusão de milhões de pessoas (Roy, 2017). Como destacam Ferigato et al. (2020), essas desigualdades estruturais afetam diretamente tanto a capacidade de resposta às necessidades da população quanto a eficiência no uso dos recursos.

Diante desse cenário, este artigo se propõe a examinar mais a fundo os dois modelos, investigando de que forma suas origens, suas formas de organização e seus mecanismos de financiamento se relacionam com os resultados e obstáculos que enfrentam hoje. A análise, baseada em revisão bibliográfica integrativa, busca contribuir para o debate sobre políticas públicas, gestão e sustentabilidade dos sistemas de saúde no contexto do século XXI.

Em relação à metodologia utilizada para a construção deste estudo, ele foi elaborado por meio de uma revisão bibliográfica integrativa, com o objetivo de reunir, sintetizar e comparar informações relevantes sobre os sistemas de saúde do Brasil e dos Estados Unidos.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos publicados em português e inglês nos últimos

20 anos, que abordassem de forma direta os aspectos estruturais, históricos, financeiros, epidemiológicos, políticos e organizacionais dos sistemas de saúde de ambos os países. Foram excluídas fontes de literatura sem revisão por pares, publicações opinativas e textos que não realizavam comparações diretas entre os sistemas de saúde dos EUA e do Brasil. Ao todo, foram selecionados 15 artigos, entre estudos acadêmicos, análises de políticas públicas e documentos institucionais, os quais embasaram as discussões ao longo do texto. A escolha dos materiais priorizou diversidade de perspectivas, qualidade metodológica e relevância temática.

2 Desenvolvimento

2. 1 Modelos de Organização dos Sistemas de Saúde

No Brasil, o SUS foi instituído pela Constituição de 1988 com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade adotando um modelo na lógica beveridgiana. Em termos práticos: o Estado organiza, financia e também presta serviços (Castro et al., 2019). A governança é descentralizada, dividida em União, Estados e Municípios, havendo o controle social por meio de conselhos e conferências de saúde (Souza, 2019). A Estratégia Saúde da Família, eixo da atenção primária, cobre mais de 70% da população; não por acaso, está ligada à queda da mortalidade infantil, à ampliação da vacinação e ao controle de doenças crônicas (Giovanella et al., 2015). Ainda assim, permanecem nós críticos: integração frágil entre níveis de atenção, alta rotatividade de profissionais e distribuição desigual de recursos (Lima et al., 2020).

Nos Estados Unidos, o modelo é outro, onde predomina um desenho liberal, com forte dependência de seguradoras privadas; o Estado atua de forma mais restrita, sobretudo através

de programas públicos como Medicare e Medicaid que atendem, respectivamente, idosos e populações de baixa renda (Obama, 2016). O Affordable Care Act (Obamacare) tentou unificar minimamente essa estrutura, promovendo a expansão do Medicaid e obrigando a contratação de seguros por parte da população. Portanto, trata-se de um sistema fragmentado, sem uma autoridade nacional capaz de coordenar de ponta a ponta (Roy, 2017). Hospitais, pagadores e empregadores têm papel decisivo, e os incentivos de mercado nem sempre conversam com equidade. O Obamacare reduziu lacunas de acesso; preservou, porém, a lógica privada, com redes limitadas e custos elevados (Pinzani & Rego, 2015).

Essa diferença de arquitetura repercute direto na organização das redes assistenciais e no acesso real das pessoas. O SUS aposta na regionalização e na hierarquização via Redes de Atenção à Saúde (RAS), articulando atenção primária, secundária e terciária (Mendes, 2018). No modelo norte-americano, a fragmentação dificulta a continuidade do cuidado e a execução de ações coordenadas de saúde pública (Ferigato et al., 2020).

A experiência brasileira sugere que um sistema público universal sustenta promoção da saúde e prevenção de doenças, mesmo com orçamento apertado (OPAS, 2022). Já nos EUA, o foco mais curativo e a segmentação produzem gasto altíssimo e, apesar disso, resultados populacionais aquém do esperado para o nível de investimento (Ferigato et al., 2020).

2.2. Financiamento

No Brasil, manter o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve, ao menos no papel, a divisão de responsabilidades entre União, estados e municípios. A lógica prevê repasse considerando número de habitantes, situação epidemiológica e alguns indicadores de desempenho (Castro et al., 2019). Na prática, porém, essa engrenagem não gira de forma tão alinhada. O subfinanciamento, problema já antigo, continua sendo um ponto de desgaste — e foi agravado pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou gastos por vinte anos (Lima et al., 2020). Esse limite orçamentário, somado ao envelhecimento

populacional e ao aumento das doenças crônicas, cria um cenário onde imprevistos, como a COVID-19, agem como multiplicadores de pressão sobre um orçamento já exíguo.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2022) destaca que o gasto público per capita brasileiro é muito menor que a média de países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), limitando a capacidade de resposta do SUS. Além disso, incentivos fiscais a planos de saúde privados representam subsídios indiretos que beneficiam a população de maior renda, aumentando a desigualdade na alocação de recursos e a fragmentação assistencial à saúde (Souza, 2019).

Nos Estados Unidos, o caminho é quase o oposto. Grande parte do recurso vem de prêmios pagos a seguradoras privadas, seja pelo próprio indivíduo, seja intermediado por empregadores. Programas públicos como Medicare (para idosos e pessoas com deficiência) e Medicaid (população de baixa renda) complementam a cobertura, mas de forma restrita (Obama, 2016; Roy, 2017). O resultado é um mosaico heterogêneo, no qual custos e benefícios variam conforme contrato, rede disponível e poder de barganha. Mesmo com gastos que ultrapassam 17% do PIB, o debate sobre eficiência persiste, pois nem sempre esse investimento se traduz em melhores indicadores populacionais (Ferigato et al., 2020).

A divergência entre os dois modelos é bem clara: o Brasil, com orçamento limitado, oferta cobertura universal; enquanto os EUA, com recurso financeiro superior, mantêm altos índices de exclusão e endividamento médico (Ferigato et al., 2020). Ribeiro e Polanczyk (2019) destacam que o Brasil pode se beneficiar de práticas de saúde baseada em valor, inspirando-se em experiências internacionais, desde que adaptadas ao contexto do SUS e sem comprometer seu caráter universal.

2.3. Cobertura Populacional e Acesso

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido para, em teoria e também na prática cotidiana, alcançar toda a população — independentemente de emprego formal, renda ou local de residência — oferecendo desde ações básicas de prevenção até procedimentos de alta complexidade (Paim, 2018). Essa cobertura ampla se ancora, sobretudo, na atenção primária, que não só serve como porta de entrada preferencial, mas também organiza o fluxo do cuidado. Ainda assim, é comum, quando se olha de perto, encontrar desigualdades marcantes: determinadas regiões, principalmente as mais afastadas ou com infraestrutura escassa, apresentam oferta reduzida de serviços (Travassos & Martins, 2004). Houve, sim, iniciativas de ampliar a presença de profissionais — o Mais Médicos talvez seja o exemplo mais conhecido —, mas problemas como a alta rotatividade e a carência de condições adequadas de trabalho continuam a enfraquecer o impacto dessas políticas (Gonçalves et al., 2019).

Já nos Estados Unidos, o acesso depende, na maioria dos casos, da posse de um seguro de saúde. Ele pode ser privado, muitas vezes atrelado ao empregador, ou público, como no Medicare e no Medicaid (Obama, 2016). A implementação do Affordable Care Act (ACA) aumentou a cobertura, especialmente para famílias de baixa renda; porém, um número relevante de pessoas segue descoberto — o que chama atenção, considerando o patamar de gasto do país (Tolbert et al., 2019). Além disso, há as redes de prestadores restritas, que, mesmo para segurados, podem significar deslocamentos longos ou dificuldade em manter a continuidade do tratamento.

Em resumo, enquanto o SUS precisa lidar com a tarefa persistente de reduzir as desigualdades territoriais e assegurar acesso equitativo, o desafio norte-americano é, em grande parte, diminuir a exclusão e equilibrar custos, sem perder a diversidade de prestadores e arranjos de cuidado já existentes.

2.4. Qualidade, Eficiência e Resultados em Saúde

O desempenho dos sistemas de saúde do Brasil e dos EUA tem divergências quando observados sob o âmbito da qualidade, eficiência e resultados populacionais. O SUS tem se destacado em áreas como atenção primária, programas de vacinação, controle de doenças infecciosas e realização de transplantes, sendo reconhecido internacionalmente por essas ações (Castro et al., 2019). Giovanella et al. (2015) trazem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um dos fatores principais na melhoria dos indicadores de saúde, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e o melhor controle de doenças crônicas. Entretanto, ainda ocorre uma articulação deficiente entre os níveis de atenção, resultando em repetição de exames desnecessários, encaminhamentos pouco justificados e espera prolongada por especialidades (Mendes, 2018). O SUS ainda apresenta fragilidades tais como gestão ineficiente em algumas regiões, falta de integração dos sistemas de informação, desabastecimento de insumos e infraestrutura hospitalar ultrapassada (Santos & Merhy, 2006). Além disso, desigualdades regionais comprometem a oferta homogênea de serviços, resultando em diferenças expressivas na qualidade do atendimento entre áreas urbanas e remotas (Lima et al., 2020).

Nos Estados Unidos, a qualidade é heterogênea, ou seja, existem centros excelentes em tecnologia e ciência, porém o acesso é limitado, com resultados insatisfatórios (Obama, 2016). Apesar dos altos investimentos, estudos da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) mostram que indicadores como expectativa de vida e mortalidade infantil são inferiores aos de países com sistemas públicos universais, demonstrando a ineficiência do modelo, que tem elevado gasto, mas não garante a equidade (Ferigato et al., 2020).

Ao comparar gasto e resultado, a assimetria é evidente: o Brasil direciona cerca de 3,8% do PIB à saúde pública (IBGE, 2023) e mantém indicadores populacionais razoáveis; já os EUA, com mais de 17% do PIB aplicado no setor, não convertem esse investimento em ganhos proporcionais (Schneider et al., 2021). Isso sugere que eficiência não se resume ao

volume de recursos, mas à forma como se organiza a gestão, se conecta o cuidado e se prioriza a prevenção.

No fim das contas, em ambos os modelos, qualidade e eficiência tendem a falhar quando políticas públicas, prática clínica e desenho organizacional não conseguem caminhar em sintonia — e, infelizmente, essa harmonia ainda é rara.

2.5. Saúde Baseada em Valor

A Saúde Baseada em Valor, também chamada Value-Based Healthcare, traz uma mudança importante na forma como se organiza e se paga pelos serviços de saúde. Em vez de remunerar só pelo número de procedimentos, a ideia é focar nos resultados que realmente fazem diferença para o paciente, na qualidade do cuidado que ele recebe (Porter, 2010). Nos Estados Unidos, essa abordagem ganhou bastante força depois do Obamacare. Com ele, vieram programas como as Accountable Care Organizations (ACOs) e outros modelos de pagamento que priorizam desempenho. O que se busca é integrar os prestadores, reduzir desperdícios e melhorar os indicadores clínicos (Obama, 2016; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020). Mesmo com esses avanços, ainda tem muito desafio pela frente, tal como envolver de verdade os grupos mais vulneráveis, e também lidar com a resistência que sempre existe quando se tenta mudar modelos tradicionais de pagamento (Roy, 2017).

Aqui no Brasil, essa ideia está começando. Algumas experiências ocorrem no setor privado, principalmente em hospitais e operadoras de planos de saúde, que utilizam indicadores de desempenho para monitorar qualidade e custos (Ribeiro & Polanczyk, 2019). Entretanto, no âmbito do SUS, essa iniciativa enfrenta barreiras, tais como a falta de sistemas de informação integrados, a ausência de indicadores padronizados e a falta de capacitação profissional para utilização de ferramentas analíticas (Mendes, 2018).

Portanto, a experiência norte-americana mostra que para a saúde baseada em valor funcionar precisa ter uma governança firme, sistemas de informação que conversem entre si e métricas claras, confiáveis. E para o SUS, significa usar os recursos de forma mais alinhada com qualidade, eficiência e equidade, sem renunciar àquele princípio básico da universalidade (OPAS, 2022).

2.6. Resposta à Pandemia da COVID-19

A pandemia de COVID-19 expôs fragilidades estruturais e destacou a importância de sistemas universais e integrados. No Brasil, o SUS foi importante ao garantir acesso gratuito a diagnóstico, tratamento e vacinação para toda a população (Ferigato et al., 2020). Mesmo diante de dificuldades logísticas, desinformação e crise política, o SUS possibilitou aumentar leitos, organizar testagem e realizar campanhas de vacinação (Bahia, 2021). A rede pública, através da Estratégia Saúde da Família, evitou colapso hospitalar, mobilizando recursos por meio de regulação (Castro et al., 2019). Ferramentas digitais como Conecte SUS e e-SUS Notifica demonstraram a importância da tecnologia na resposta à crise (OPAS, 2022).

Nos Estados Unidos, a dependência de seguros de saúde vinculados ao emprego agravou o impacto da pandemia, pois milhões perderam a cobertura com o desemprego (Obama, 2016). A fragmentação do sistema dificultou a coordenação e ampliou desigualdades, especialmente entre negros, latinos e populações de baixa renda (Bahia, 2021). Apesar de altos investimentos e da rápida produção de vacinas, a politização das medidas e a ausência de coordenação federal prejudicaram a eficácia das ações (Ferigato et al., 2020).

Em ambos os países, a crise acelerou o uso de tecnologias digitais, como telemedicina e sistemas de informação (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2020), mas sem eliminar desigualdades. Conforme a OPAS (2022), sistemas universais como o SUS

demonstram maior resiliência, enquanto a ausência de um modelo centralizado, como nos EUA, expõe vulnerabilidades e reforça a necessidade de reformas estruturais.

2.7. Governança e Desafios de Gestão

A governança do SUS é descentralizada e tripartite (União, Estados e Municípios), com participação social em conselhos e conferências (Souza, 2019). Embora fortaleça o controle social e a adaptação das políticas às realidades locais (Castro et al., 2019), enfrenta barreiras como desigualdade na capacidade de gestão, falhas na coordenação interfederativa e fragmentação dos sistemas de informação (Santos & Merhy, 2006; Lima et al., 2020). A judicialização pressiona financeiramente a gestão coletiva (Bahia, 2021), e a ausência de mecanismos fortes de monitoramento limita melhorias contínuas (OPAS, 2022).

Nos EUA, a governança é muito fragmentada, com vários atores e falta de um órgão central, o que resulta em sobreposição de funções, perda de recursos e dificuldades para implantar políticas unificadas (Obama, 2016; Roy, 2017). A influência de interesses privados, como seguradoras e indústrias farmacêuticas, restringe reformas que aumentem o acesso de todos aos serviços de saúde (Pinzani & Rego, 2015). Enquanto o SUS busca melhorar sua coordenação com recursos limitados, o sistema norte-americano sofre com barreiras estruturais à equidade (OPAS, 2022).

2.8. Discussão

A comparação entre os sistemas de saúde do Brasil e dos EUA mostra modelos opostos de organização e financiamento. O SUS, mesmo com subfinanciamento e desafios estruturais, garante acesso universal e atua efetivamente na promoção, prevenção e controle de doenças, contribuindo para a redução das desigualdades (Castro et al., 2019; Souza, 2019). Já o sistema norte-americano, embora tenha mais recursos investidos e centros de excelência,

não garante cobertura universal e tem resultados populacionais desproporcionais aos gastos, mantendo milhares de pessoas sem assistência e trazendo mais desigualdades, especialmente para grupos vulneráveis (Ferigato et al., 2020; Obama, 2016; Bahia, 2021). A pandemia de COVID-19 também deixou mais evidentes essas diferenças (Ferigato et al., 2020; OPAS, 2022).

Apesar das discrepâncias entre os sistemas, há lições que devem ser aprendidas. O Brasil pode melhorar a gestão e incorporar práticas de saúde baseada em valor, sem abrir mão dos princípios universais (Ribeiro & Polanczyk, 2019), enquanto os EUA poderiam incluir elementos da atenção primária do SUS e priorizar políticas voltadas à equidade. Mendes (2018) reforça a necessidade de sistemas de saúde mais resilientes que integrem os serviços, que tenham investimentos adequados e decisões políticas de acordo com o bem-estar da população. Nesse sentido, fortalecer o SUS requer ampliar o financiamento, qualificar a gestão e integrar tecnologias, enquanto os EUA precisam repensar sua governança e reduzir a influência do mercado para garantir acesso equitativo e sustentável.

3 Considerações Finais

Tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, o fortalecimento dos sistemas de saúde exige uma abordagem que una eficiência, equidade e inovação, garantindo que as necessidades da população sejam atendidas de forma integral e humanizada. No Brasil, é fundamental aperfeiçoar a gestão dos recursos, diminuir as desigualdades regionais e investir na valorização dos profissionais. Já nos Estados Unidos, é necessário avançar na redução das barreiras financeiras ao acesso e ampliar políticas públicas que assegurem cuidado integral, especialmente para populações vulneráveis. Em ambos os países, a integração entre atenção primária, secundária e terciária, aliada ao uso inteligente da tecnologia, pode transformar a

forma como a saúde é percebida e oferecida, aproximando-a da realidade e das demandas da população.

Portanto, é notório que as soluções para os sistemas de saúde do Brasil e dos EUA devem estar voltadas para estratégias que possam integrar a eficiência administrativa com as inovações tecnológicas, associado a políticas públicas de saúde voltadas para prevenção e para o cuidado continuado. Ao se perceber as potencialidades e limitações de cada sistema, torna-se possível construir caminhos que valorizem a vida e a dignidade das pessoas, fortalecendo a saúde como direito essencial e promovendo um modelo de cuidado mais justo, sustentável e próximo das reais necessidades da sociedade.

Referências

BAHIA, L. **Crise econômica e sanitária e desempenho entre os planos e seguros de saúde: a pandemia de COVID-19 e os riscos da financeirização.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 453-462, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/141381232021262.41062020.

CASTRO, M. C. et al. **Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future.** *The Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. **Overview of the Medicare and Medicaid Programs.** U.S. Department of Health & Human Services, 2020. Disponível em: https://www.cms.gov. Acesso em: 6 out. 2026.

FERIGATO, S. et al. **Covid-19 e os sistemas de saúde dos Estados Unidos e do Brasil: respostas, efeitos e perspectivas.** *Revista de Administração Pública*, v. 54, n. 4, p. 595-613, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-761220200385.

GIOVANELLA, L. et al. **Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde no Brasil: comparação entre as regiões.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 6, p. 1207-1220, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00125214.

LIMA, L. D. et al. **Desafios e potencialidades no funcionamento e acesso ao sistema de saúde pública no Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 111, 2020. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002442.

MENDES, E. V. **Os desafios do sistema de saúde brasileiro.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 7, e00023618, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311x00023618.

OBAMA, B. **United States health care reform: progress to date and next steps.** *JAMA*, v. 316, n. 5, p. 525-532, 2016. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2016.9797.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Lições do Brasil em construir um sistema de saúde universal.** OPAS/OMS Brasil, 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/documentos/licoes-do-brasil-em-construir-um-sistema-de-saudeuniversal. Acesso em: 6 out. 2026.

PINZANI, A.; REGO, S. **A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA.** *Revista de Bioética*, v. 23, n. 3, p. 541-548, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422015233092.

PIPES, S. **Obamacare has doubled the cost of individual health insurance premiums.** *Forbes*, 2016. Disponível em: https://www.forbes.com/sites/sallypipes/2016/10/31/obamacare-has-doubled-the-cost-ofindividual-health-insurance-premiums. Acesso em: 6 out. 2026.

RIBEIRO, R. A.; POLANCZYK, C. A. **Oportunidades e desafios da saúde baseada em valor: como o Brasil pode aprender com a experiência dos EUA.** *Revista Brasileira de Economia da Saúde*, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2019.

ROY, A. **A critical analysis of Obamacare.** The Manhattan Institute, 2017. Disponível em: https://manhattan-institute.org. Acesso em: 6 out. 2026.

SANTOS, N. R.; MERHY, E. E. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 644-646, 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002.

SOUZA, L. E. P. F. **O sistema de saúde brasileiro ante a tipologia internacional: universalização restrita e segmentação do acesso.** *Saúde em Debate*, v. 43, n. esp. 5, p. 123137, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S509.