


# DESAFIOS CRUZADOS: FRAGILIDADES NOS SISTEMAS DE SAÚDE DOS EUA E BRASIL NO ENFRENTAMENTO PANDÊMICO

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9371912402122>

*Data de submissão: 30/11/2024*

*Data de aceite: 02/12/2024*

### **Flávia de Oliveira Freitas**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH), Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0009-0003-8244-5299>

### **Iany Neres Ramalho**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH), Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0009-0004-4357-3850>

### **Maíra Amaral Silveira Gomes Ferreira**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH), Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0009-0007-4637-5755>

### **Ana Carolina Carvalho Rios**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH), Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0009-0006-1355-3570>

### **Valéria Cristina de Sousa**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH), Belo Horizonte – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-0203-930X>

### **Tatiana Lamounier Silva**

Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFTM/EBSERH), Uberaba – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-0372-6208>

### **Dylmadson Iago Brito de Queiroz**

Discente de Medicina pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) Uberaba – MG  
<https://orcid.org/0000-0002-6210-3895>

### **Tatiana Batista da Silva**

Hospital Universitário Presidente Dutra / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HU-UFMA/EBSERH) São Luís – MA  
<https://orcid.org/0000-0001-6965-2208>

### **Ayla Lima Soares**

Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HUWC-UFC/EBSERH), Fortaleza – CE  
<https://orcid.org/0009-0004-1977-6615>

### **André Luiz Barros Almeida**

Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HUAB-UFRN/EBSERH) Santa Cruz – RN  
<https://orcid.org/0009-0000-0395-3243>

**Juliana Nunes Lacerda**

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas /  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HUPAA-UFAL/EBSERH)  
Maceió – AL  
<https://orcid.org/0009-0006-8005-4608>

**Fernanda Ghesa Oliveira SantAnna Morais Carvalho**

Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia /  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HUPES-BA/EBSERH)  
Salvador – BA  
<https://orcid.org/0000-0002-4810-1762>

**João Paulo Morais Carvalho**

Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia /  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HUPES-BA/EBSERH)  
Salvador – BA  
<https://orcid.org/0009-0001-4330-5985>

**RESUMO:** A pandemia por Covid-19 impôs grandes desafios para o mundo em todos os campos, como por exemplo, a queda brusca na demanda de muitas atividades, interrupção de outras e, eventualmente, o fechamento definitivo de diversos empreendimentos. Além das demandas econômicas, o setor saúde sofreu todos os impactos de elevação de custos de insumos, falta de profissionais qualificados e escassez de materiais e equipamentos hospitalares. Buscou-se com a realização deste trabalho discutir os sistemas de saúde dos EUA e do Brasil e suas fragilidades no enfrentamento da pandemia por Covid-19. Realizou-se uma revisão sistemática buscando-se artigos nas bases de dados Scielo, Google acadêmico e *website* oficiais do governo. Neste contexto, utilizaram-se como critérios de inclusão artigos publicados em português e inglês, completos e indexados nos referidos bancos de dados entre os anos de 2020 e 2024, perfazendo um total de 11 artigos elegíveis e que foram aqui discutidos. As palavras-chaves pesquisadas foram Covid-19, sistema de saúde do Brasil e sistema de saúde dos Estados Unidos. O Brasil e os Estados Unidos destacaram-se por fragilidades no enfrentamento à pandemia tanto pelo fato de terem que se reinventar e lutar contra o tempo para superarem as dificuldades impostas ao passo que vivenciaram a falta de apoio dos chefes dos executivos com suas teorias negacionistas. Houve um aumento das desigualdades sociais decorrentes das perdas econômicas importantes de ambos os países, impactando diretamente nos hábitos cotidianos e de consumo das populações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Covid-19. Sistema de Saúde dos EUA. Sistema de Saúde do Brasil.

## INTERSECTING CHALLENGES: WEAKNESSES IN THE US AND BRAZILIAN HEALTH SYSTEMS IN THE PANDEMIC FIGHT

**ABSTRACT:** The Covid-19 pandemic has imposed major challenges on the world in all fields, such as the sharp drop in demand for many activities, the interruption of others, and, eventually, the definitive closure of several businesses. In addition to the economic demands, the health sector has suffered all the impacts of rising input costs, lack of qualified professionals, and shortage of hospital materials and equipment. This work sought to discuss the health systems of the USA and Brazil and their weaknesses in facing the Covid-19 pandemic. A systematic review was carried out searching for articles in the Scielo, Google Scholar, and official government websites databases. In this context, articles published in Portuguese and English, complete and indexed in the aforementioned databases between 2020 and 2024 were used as inclusion criteria, making a total of 11 eligible articles that were discussed here. The keywords searched were Covid-19, Brazilian health system, and United States health system. Brazil and the United States stood out for their weaknesses in dealing with the pandemic, both because they had to reinvent themselves and fight against time to overcome the difficulties imposed on them, while also experiencing a lack of support from executives with their denialist theories. There was an increase in social inequalities resulting from the significant economic losses in both countries, directly impacting the daily and consumption habits of the populations.

**KEYWORDS:** Covid-19. US Health System. Brazilian Health System.

### INTRODUÇÃO

O impacto do vírus SARS-CoV-2 sobre a humanidade pode ser medido pelo número de infecções e óbitos evidenciados em todo o mundo e, em especial, no Brasil. Em fevereiro de 2022, foram confirmados mais de 25.800 milhões de casos e cerca de 629 mil óbitos causados pela Covid-19, somente no Brasil. A população sobrevivente viu uma catástrofe sanitária que se configura como o maior problema de saúde pública da atualidade em todo o mundo (MACHADO *et al.*, 2023).

Estados Unidos da América (EUA) e Brasil lideravam o *ranking* de óbitos por Covid-19. A letalidade por milhão de habitantes se aproximava, levando-se em conta o número de habitantes.

Os Estados Unidos e o Brasil enfrentaram desafios significativos durante a pandemia de Covid-19, com fragilidades distintas que dificultaram suas respostas à crise. Essas fraquezas são atribuídas a fatores estruturais, políticos e sociais, além de questões relacionadas à governança e à desigualdade.

Brasil e Estados Unidos tiveram que se reinventar e lutar contra o tempo para superarem as dificuldades impostas ao passo que vivenciaram a falta de apoio dos chefes dos executivos com suas teorias negacionistas.

Objetivou-se com a realização deste trabalho discutir os sistemas de saúde Sistema de Saúde dos EUA e do Brasil e suas fragilidades no enfrentamento da pandemia por Covid-19.

O estudo justifica-se pelo número de óbitos no cenário mundial e pelo alarmante registro de número total de óbitos e óbitos por milhão de habitantes dos países em questão, além da importância da atuação dos governos em agir frente ao cenário de pandemia por um vírus de transmissão, principalmente aérea e sem vacinas disponíveis.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, qualitativa, consistindo em um tipo de pesquisa que se apoia em buscar e analisar o conhecimento publicado referente à determinada temática. Para atender tal proposta, realizou-se uma pesquisa em artigos científicos nas bases de dados Google acadêmico e Scielo, além dos *websites* oficiais do governo e outros de relevância para o tema, sendo contemplados entre os meses de junho e novembro de 2024, utilizando as palavras-chave: Covid 19, sistema de saúde dos EUA e sistema de saúde do Brasil.

Para a construção do mesmo foram analisados e lidos na íntegra 46 trabalhos de relevância, sendo selecionados 15 trabalhos que se aplicavam ao desenvolvimento do tema.

Foi considerado como critério de inclusão: artigos completos, em idioma português e inglês, indexados, publicados entre 2020 e 2024, além de fontes de relevância significativa como *websites* conceituados na área, páginas oficiais do governo do país, cujos objetivos viessem de encontro ao problema da pesquisa. Como critérios de exclusão, as literaturas que não contribuíssem diretamente com o objeto da pesquisa.

Para seleção do material foram analisados e selecionados os trabalhos com base nos títulos e posteriormente nos resumos, visando aprofundar o entendimento sobre ambos os sistemas de saúde em questão e seus desafios.

Na sequência, foi realizada a análise dos dados coletados para o desenvolvimento do mesmo e elaboração das considerações finais acerca do estudo, estabelecendo consonância com os objetivos fundamentados (MARCONI e LAKATOS, 2017).

## **DESENVOLVIMENTO**

### **O sistema de saúde norte americano**

O sistema de saúde dos Estados Unidos é um sistema com grande diversidade de instituições públicas e privadas, tendo o Estado descentralizado e responsável pelas ações de controle (como vigilância epidemiológica e sanitária), fornecimento e não prestação direta de serviços médico-hospitalares voltados a populações específicas como aposentados, os menos favorecidos e os veteranos de guerra, que detém a maioria dos leitos públicos federais. (BUSS; LABRA, 1995).

O setor privado é o principal prestador do sistema de saúde. Responsável pela maior parte da assistência direta com acesso a planos de saúde de cobertura diferenciada. Presta até mesmo serviços vinculados aos programas estatais como o *Medicare* e o *Medicaid* (BUSS; LABRA, 1995).

O *Medicare* é um programa de seguro de saúde federal destinado principalmente a indivíduos com 65 anos ou mais, bem como a pessoas com certas deficiências ou doenças crônicas. Já o *Medicaid* é um programa conjunto entre o governo federal e os estados, voltado para pessoas de baixa renda, incluindo crianças, gestantes, idosos e indivíduos com deficiência. Ele se destaca por oferecer uma ampla gama de serviços, incluindo: cuidados preventivos, serviços hospitalares e ambulatoriais, medicamentos prescritos (em muitos estados) e cuidados de longo prazo (CMS, s.d., KAISER FAMILY FOUNDATION, s.d.).

A elegibilidade e os benefícios variam de estado para estado, pois os governos estaduais têm flexibilidade para administrar o programa dentro das diretrizes federais. O financiamento é compartilhado entre o governo federal e os estados, com base em fórmulas que consideram a renda média estadual (HHS, s.d.).

## O sistema de saúde brasileiro

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 não existia no Brasil um sistema de saúde universal. As pessoas que tinham acesso à saúde eram aquelas que contribuía para a previdência social. O sistema era centralizado no governo federal sem a participação da população. A saúde era vista como a simples ausência de doenças. Quem não era contribuinte e não podia pagar pelos serviços dependiam da caridade e filantropia (BRASIL, 2020).

A Constituição da República Federal em 1988 em seu artigo 196 traz a saúde como direito de todos e dever do Estado, que o deve garantir através de políticas sociais e econômicas que objetivam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O artigo 198 em seu parágrafo primeiro fala que SUS será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Todas as ações do SUS são gratuitas e universais, acessíveis a todos os brasileiros e estrangeiros que residam ou estejam no território brasileiro.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e além de outras providências (BRASIL, 1988).

Ainda como forma de complementar sobre a participação da comunidade e o financiamento do SUS foi criada a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências (BRASIL, 1988).

As instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, seguindo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Como forma de forma de normatizar, controlar fiscalizar a saúde suplementar foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2001 para propiciar a defesa do interesse público na assistência à saúde, através da regulação desses prestadores e sua relação com os consumidores (SALVATORI E VENTURA, 2012 apud BRASIL, 2000).

Antes da criação da ANS não havia controle do Estado na regulamentação dos planos privados de assistência à saúde, eles atuavam sob mecanismos frágeis, principalmente a respeito de informações ao consumidor (SALVATORI E VENTURA, 2012 apud COSTA, 2008).

## **Fragilidades no enfrentamento à pandemia por Covid-19**

Os Estados Unidos ocupam o primeiro lugar em número total de mortes por Covid-19. Houve um registro de 1.080.536 mortes desde fevereiro de 2020, de acordo com dados do *Our World in Data*. O Brasil registrou 689.945 mortes desde o início da pandemia e um total 35.978 infecções notificadas (PODER360, 2022).

Analisando o *ranking* de óbitos por milhão de habitantes o Brasil está a frente dos EUA, ocupando a 17ª posição com um total de 3.234 óbitos por milhão de habitantes e os EUA a 18ª posição chegando a 3.194 óbitos por milhão de habitantes (PODER360, 2022).

O sistema de saúde dos EUA evidenciou uma falha no decorrer da pandemia. A maior parte dos segurados tinha convênio e com a pandemia houve aumento do desemprego e consequentemente perda do poder aquisitivo e dos convênios ao passo que essas pessoas não era elegíveis para o *Medicare* ou *Medicaid*. Esses cidadãos ficaram sem cobertura no momento em que mais precisavam e concomitantemente o sistema teve diminuição nas suas receitas, o que impactou o financiamento das ações (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

Destaca-se a atuação da *Food and Drug Administration* (FDA) e do *Centers for Disease Control* (CDC), na divulgação de diretrizes para prevenção da Covid-19 como o uso de máscaras, suporte às pesquisas e insumos farmacêuticos. Importante mencionar o *Strategic National Stockpile* (SNS) que funcionou como um estoque de insumos e distribuição (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

Percebeu-se uma demanda reprimida por atendimento primário, que pode ser devido a perda de seguros por perda de vínculo trabalhista. Essa demanda reprimida pode ter contribuído para o aumento da demanda por cuidados intensivos o que pode ter aumentado o número de óbitos (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

No Brasil percebeu-se um grande número de fatores que aumentaram o número de casos e de mortes, entre os quais cabe ressaltar: descoordenação federal, ausência de liderança do governo federal, negacionismo, falta de insumos, escassez de mão de obra especializada, aumento do número de atendimentos no SUS por falta de capacidade da rede privada e por perda de planos de saúde privados devido ao desemprego, demora na aquisição de vacinas, entre outros (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

Ao final de 2020, EUA e Brasil lideravam o *ranking* de óbitos por Covid-19. A letalidade por milhão de habitantes se aproximava, levando-se em conta o número de habitantes. Nos dois países houve negacionismo por parte dos chefes do executivo que não seguiram as recomendações da Organização Mundial de Saúde, fator crucial para chegarmos os alarmantes dados epidemiológicos supracitados (OMS) (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

*Segundo Smith e Johnson (2021) destaca-se como principais fragilidades dos EUA:*

Descentralização do sistema de saúde: o sistema de saúde dos EUA é fragmentado e depende fortemente de seguros privados, o que resultou em disparidades no acesso ao atendimento médico, especialmente para populações mais vulneráveis.

Resposta inicial lenta: o governo federal demorou a reconhecer a gravidade da pandemia, resultando em atrasos na implementação de medidas como o uso de máscaras e distanciamento social.

Politização da pandemia: a crise foi politizada, com mensagens contraditórias de líderes federais e estaduais sobre a gravidade do vírus e a eficácia das vacinas, o que gerou desinformação e resistência da população às medidas de saúde pública.

Desigualdades raciais e econômicas: grupos minoritários e economicamente desfavorecidos sofreram taxas desproporcionalmente altas de infecção e mortalidade devido a condições de vida precárias e maior exposição ao vírus.

*Silva et al. (2021) apontam como principais fragilidades do Brasil:*

Gestão central descoordenada: no Brasil, a falta de coordenação entre o governo federal, estados e municípios prejudicou a implementação de medidas unificadas, como lockdowns e campanhas de vacinação.

Subnotificação e falta de testagem: o país enfrentou dificuldades na ampliação da testagem e no rastreamento de casos, o que comprometeu a identificação e o controle de surtos locais.

Desigualdade social e territorial: a vasta extensão territorial e as disparidades regionais agravaram o impacto da pandemia, especialmente em áreas remotas e comunidades indígenas.

Comunicação contraditória: assim como nos EUA, a pandemia foi politizada no Brasil, com líderes políticos minimizando a gravidade do vírus, o que gerou confusão e baixa adesão às medidas preventivas.

Sistema de saúde sobrecarregado: embora o SUS tenha desempenhado um papel crucial, a infraestrutura hospitalar foi rapidamente sobrecarregada, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, evidenciando desigualdades no sistema de saúde.

### *Semelhanças apresentadas entre os dois países:*

Ambos enfrentaram altos índices de mortalidade e infecção, liderando o número global de casos e óbitos durante grande parte da pandemia.

A politização da pandemia e a desinformação foram problemas comuns, dificultando a adesão às medidas de controle.

Enfrentaram desafios logísticos na aquisição e distribuição de vacinas, embora os EUA tenham conseguido acelerar significativamente a vacinação após 2021.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Analisando o contexto histórico frente aos investimentos do Brasil na erradicação e prevenção de doenças com Programa Nacional de Imunização e seus grandes avanços na promoção da saúde e prevenção de doenças e considerando o sistema de saúde dos EUA como característica a falta de universalidade de cobertura à população e onde prevalecem os sistemas privados de saúde e o modelo biomédico de cuidado à saúde, no qual os cuidados são voltados ao tratamento de doenças. Posto essas características, surpreende-se o fato de os EUA terem investido e desenvolvido e adquirissem mais vacinas que o Brasil.

Considerando o contexto da pandemia, percebeu-se a resistência/negação de seus representantes em reconhecer a gravidade da pandemia no seu início com teorias negacionistas e atraso em viabilizar respostas de enfrentamento à pandemia, como um dos fatores mais agravantes. Brasil ainda conta com as questões socioeconômicas e o tamanho continental do país além do aumento do desemprego e perda de cobertura de planos de saúde. Nos EUA o fato da perda dos seguros de saúde também contribuíram muito para o descontrole da pandemia.

A pandemia de Covid-19 expôs fragilidades estruturais em ambos os países, destacando a importância de sistemas de saúde integrados, governança eficiente e comunicação clara. As lições aprendidas são fundamentais para fortalecer as capacidades de resposta a crises futuras, priorizando equidade no acesso à saúde e cooperação multissetorial.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Congresso. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 13 jun. 2024.



- BRASIL. Governo Federal. **SUS completa 30 anos da criação**. Disponível em: <https://www.gov.br/ca-sacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/setembro/sus-completa-30-anos-da-criacao>. Acesso em: 21 jun. 2024.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 20 set. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 12 jul. 2024.
- BUSS, P. M.; LABRA, M. E. orgs. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0. Disponível em: <http://books.scielo.org/>. Acesso em: 25 ago. 2024.
- CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS). **Medicare program - general information**. S.d. Disponível em: <https://www.cms.gov/Medicare>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS). **Medicaid program - overview**. S.d. Disponível em: <https://www.medicaid.gov>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- FIGUEIREDO, A. C.; GUICHENEY, H.; LAZZARI, E. **Vulnerabilidades sociais, modelos de provisão de saúde e mortalidade decorrente da pandemia de Covid-19 no Brasil e nos Estados Unidos**. Disponível em: [https://www.lab-doxa.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Figueiredo\\_Guicheneey\\_Lazzari\\_REVISTO\\_ed.pdf](https://www.lab-doxa.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Figueiredo_Guicheneey_Lazzari_REVISTO_ed.pdf). Acesso em: 18 nov. 2024.
- HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS). **The role of Medicare and Medicaid in U.S. healthcare**. S.d. Disponível em: <https://www.hhs.gov>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- KAISER FAMILY FOUNDATION. **Medicare e Medicaid: comparação e principais desafios**. Disponível em: <https://www.kff.org>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- MACHADO, M. H. *et al.* Óbitos de Médicos e da equipe de Enfermagem por COVID-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. **Ciên. Saúde Colet.**, v. 28, n. 2, 2023. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2023.v28n2/405-419/>. Acesso em: 06 jul. 2024.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2017.
- PODER360. **Países com mais mortes por milhão de habitantes**. 2022. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/brasil/com-3-234-mortes-de-covid-por-milhao-brasil-e-17o-em-ranking/>. Acesso em: 14 out. 2024.
- SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. **A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde**. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-92302012000300006>. Acesso em: 17 de nov. 2024.
- SILVA, P. V. *et al.* A politização da pandemia no Brasil: impactos nas medidas de saúde pública. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 55, n. 1, 2021. Disponível em: . Acesso em: 14 out. 2024.
- SMITH, J.; JOHNSON, R. Fragmentation and inequalities in the US healthcare response to COVID-19. **Journal of Public Health Policy**, v. 42, n. 3, 2021.