

LARAYNE GALLO FARIA OLIVEIRA
ORGANIZADORA

ACESSO À SAÚDE

**Desafios, perspectivas, soluções e
oportunidades na Atenção Primária à Saúde**

ACESSO À SAÚDE:

desafios, perspectivas, soluções e

oportunidades na Atenção Primária à Saúde



**LARAYNE GALLO FARIAS OLIVEIRA
(ORGANIZADORA)**

**ACESSO À SAÚDE:
desafios, perspectivas, soluções e
oportunidades na Atenção Primária à Saúde**



Copyright © Autoras e autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos das autoras e dos autores.

Larayne Gallo Farias Oliveira [Orgs.]

Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 200p. 16 x 23 cm.

ISBN: 978-65-265-0578-6 [Impresso]
978-65-265-0579-3 [Digital]

DOI: 10.51795/9786526505793

1. Acesso à saúde. 2. Desafios e perspectivas. 3. Soluções. 4. Atenção primária à saúde I. Título.

CDD – 610/370

Capa: Petricor Design

Ficha Catalográfica: Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

Revisão: Alana de Jesus Senna

Diagramação: Diany Akiko Lee

Editores: Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

Conselho Científico da Pedro & João Editores:

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil).



Pedro & João Editores

www.pedroejoaoeditores.com.br

13568-878 – São Carlos – SP

2023

CAPÍTULO 2

RELAÇÕES ENTRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SISTEMA COMPLEMENTAR NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*

Larayne Gallo Farias Oliveira¹

Lislaine Aparecida Fracolli²

Pã da Silva Lôpo³

Richardson Lemos de Oliveira⁴

Alfredo Almeida Pina-Oliveira⁵

Ana Marília Viana Utim⁶

Keila Aparecida Silva⁷

Laiza Gallo Farias⁸

Júlio Cesar Novais Silva⁹

Talitha Zileno Pereira¹⁰

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, é um sistema público de saúde brasileiro que tem como objetivo garantir o acesso universal, integral e gratuito à saúde para toda a população (BRASIL, 1990). O SUS é responsável por oferecer atendimento gratuito a toda a população brasileira, sendo financiado por recursos públicos e por meio de impostos. Desde então, conforme destaca Santos (2018), o SUS tem passado por diversos desafios, incluindo a falta de financiamento adequado, a desigualdade no acesso aos serviços e a falta de infraestrutura adequada em muitas regiões do país.

O SUS é composto por uma rede de serviços de saúde que inclui hospitais, clínicas, postos de saúde, unidades de pronto-

* <https://www.doi.org/10.51795/97865265057933144>

atendimento, entre outros. O seu objetivo principal é promover a saúde da população, prevenir doenças e garantir o acesso universal aos serviços de saúde, sem discriminação (MENDES, 2019). O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e é um elemento fundamental no sistema de proteção social do Brasil (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; CONILL, 2021; PAIM, 2019).

De acordo com Almeida Filho (2011), o objetivo do SUS não se limita apenas à prestação de serviços de saúde, mas também à promoção humanista da saúde por meio de iniciativas que abrangem uma concepção ampla de saúde, com destaque para suas determinantes sociais. Essas iniciativas visam transformar a situação de saúde da população brasileira, reduzindo as desigualdades sociais e melhorando as condições de vida de diversos grupos.

Anteriormente à criação do SUS, a assistência gratuita aos serviços de saúde era de propriedade das Santas Casas de Misericórdia pois “quem não tinha dinheiro, dependia da caridade e da filantropia” (TOMASCHEWSKI, 2007). As casas de pensão foram instituições previdenciárias criadas no Brasil na década de 1920, com o objetivo de fornecer assistência médica e social aos trabalhadores urbanos. Essas casas eram mantidas por empresas, sindicatos e outras organizações, e ofereciam serviços de saúde e outros benefícios aos trabalhadores e suas famílias (SANTOS, 2018).

As casas de pensão tiveram um papel importante no fornecimento de assistência médica à população urbana brasileira durante grande parte do século XX. No entanto, o sistema enfrentou problemas de falta de recursos e má gestão, o que levou à sua substituição pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) na década de 1970.

O INAMPS foi uma autarquia federal brasileira com o objetivo de garantir a assistência médica aos trabalhadores e seus dependentes. Ele foi responsável pela gestão do sistema de saúde pública no país até a criação do SUS em 1988 (MENDES, 2013). Tinha como principal função o financiamento e a coordenação de serviços de saúde em todo o país, incluindo a construção e a

administração de hospitais e postos de saúde, a contratação de profissionais de saúde e a implementação de políticas públicas para melhorar a saúde da população (OUVERNEY; FLEURY, 2017). Embora o INAMPS tenha desempenhado um papel importante no fornecimento de serviços de saúde à população brasileira durante as décadas de 1970 e 1980, o sistema enfrentou problemas de falta de recursos e má gestão, o que levou à sua substituição pelo SUS em 1988.

A Atenção Primária à Saúde (APS), é a principal estratégia do SUS, considerada como a porta de entrada e responsável por oferecer os primeiros cuidados em saúde, como consultas médicas, atendimento de enfermagem, vacinação, entre outros serviços (STARFIELD, 2002). A importância da APS na prevenção de doenças e promoção da saúde está diretamente ligada ao fato de que a maioria das doenças pode ser evitada ou tratada precocemente se houver um acesso adequado aos serviços de saúde na fase inicial do desenvolvimento da doença (PIRES; LUCENA; MANTESSO, 2022).

Neste sentido, a APS trabalha com a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de ações como o diagnóstico precoce de doenças, a realização de vacinação, ações educativas em saúde, o monitoramento de doenças crônicas, entre outras atividades. A atuação na APS também é importante para a identificação de fatores de risco e para o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado para os usuários (MENDES, 2019).

Além disso, a APS é uma estratégia eficaz para a redução de custos na saúde, uma vez que, a prevenção e o tratamento precoce das doenças podem evitar internações e procedimentos mais invasivos e caros (SANTOS, 2018). A atuação da APS também contribui para a redução da sobrecarga dos serviços de urgência e emergência, uma vez que muitas demandas nessas áreas poderiam ter sido atendidas de forma preventiva na APS (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2022).

Já o sistema complementar de saúde no Brasil, teve origem nas primeiras associações de ajuda mútua, que nasceram no

século XIX. A partir da década de 1920, o setor privado de saúde começou a se desenvolver no país, com a abertura de hospitais e clínicas particulares. Nos anos 1960 e 1970, a criação dos planos de saúde impulsionou ainda mais o crescimento do setor privado de saúde, que se tornou uma opção para aqueles que podiam pagar por serviços médicos mais rápidos e personalizados (CONILL *et al.*, 2018).

O sistema de saúde complementar no Brasil é composto por instituições e profissionais que oferecem serviços de saúde mediante pagamento direto ou através de planos de saúde (CELUPPI *et al.*, 2019). Esses planos de saúde são adquiridos por indivíduos ou empresas para ter acesso a serviços de saúde em hospitais, clínicas, consultórios médicos e outros serviços de saúde privados. As empresas de planos de saúde são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e precisam cumprir normas e regulamentações para garantir a qualidade dos serviços prestados (PIETROBON; CARVALHO; CAETANO, 2008).

O sistema complementar de saúde tem crescido nos últimos anos e se tornou uma opção para quem busca um atendimento mais rápido e individualizado. Assim como em outros países, no Brasil, alguns segmentos da população, como aqueles com renda média e alta, trabalhadores do mercado formal ou de setores econômicos de ponta, funcionários públicos e parlamentares, têm cobertura de planos de saúde (CONILL, 2021). Entretanto, o acesso aos serviços de saúde privados ainda é restrito a uma parcela da população brasileira que pode pagar por esses serviços, o que tem gerado desigualdades no acesso à saúde no país (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

No que tange mais especificamente aos serviços de saúde, um desafio que merece destaque diz respeito ao subfinanciamento da saúde e à baixa participação do setor público nesse financiamento, tornando o sistema de saúde nacional bastante afeto aos interesses privados, dada a relevância do sistema suplementar privado no

sistema como um todo (GADELHA; MALDONADO; COSTA, p. 231, 2012).

De acordo com o relatório institucional n. 8 que trata da “Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família”, o SUS não cobre 72,69 milhões de brasileiros e brasileiras, o que corresponde a 34% da população do país. Dentre esses, pelo menos 33,3 milhões de pessoas não possuem plano de saúde privado e dependem exclusivamente do SUS (FARIA *et al.* 2023). Tais dados, abrem espaços para alguns questionamentos: estas populações estão tendo acesso à saúde como um direito de cidadania? Como a coexistência dos sistemas de saúde público e privado impacta o acesso da população à APS? Qual a relação entre o SUS e o sistema privado no acesso à APS?

Partindo destas reflexões, este capítulo propõe refletir sobre a importância da APS no Brasil e compreender como o SUS e o sistema privado de saúde se relacionam para oferecer acesso à saúde no Brasil. Pode-se dizer que esta relação é complementar, mas não igualitária. Enquanto o SUS é o principal provedor de APS para a população de baixa renda e sem acesso a planos de saúde privados, o sistema privado complementa o acesso à APS para indivíduos que podem pagar por planos de saúde.

DESENVOLVIMENTO

Embora a saúde seja um direito de cidadania garantido por lei no Brasil, ainda há desafios a serem enfrentados para garantir que todos os brasileiros tenham acesso adequado aos serviços de saúde. Ao longo das décadas seguintes, o SUS e o sistema privado de saúde se desenvolveram de forma paralela no Brasil, e apesar das diferenças entre os dois sistemas, ambos contribuíram para o acesso da população aos serviços de saúde no país. Uma das principais diferenças entre o SUS e o sistema privado de saúde é a forma de financiamento.

O financiamento do SUS é predominantemente público, ou seja, é financiado por recursos provenientes do Orçamento Geral da União, Estados, Municípios e do Fundo Nacional de Saúde (MASSUDA, 2020). Além disso, o SUS também conta com outras fontes de financiamento, como convênios com instituições públicas e privadas, doações, entre outras e tem uma abordagem mais centrada para a prevenção e promoção da saúde.

O Previne Brasil é um programa do Ministério da Saúde que teve como objetivo reorganizar o modelo de financiamento e gestão da APS no país. Lançado em 2019, ele busca fortalecer a APS como porta de entrada para o sistema de saúde, além de priorizar a prevenção e promoção da saúde (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021). Entre as principais ações do programa, estão a criação de novos critérios para repasse de recursos federais para os municípios, baseados em indicadores de desempenho e qualidade dos serviços de saúde, e auxílio da oferta de serviços de saúde na APS, incluindo consultas médicas, exames e vacinação. O Previne Brasil também prevê a adoção de novas tecnologias para a gestão e monitoramento dos serviços de saúde, a capacitação dos profissionais de saúde e o fortalecimento da participação social na gestão da saúde (CARMO *et al.*, 2022).

O Brasil investe 9,2% do seu PIB em saúde, no entanto, a parcela de gastos públicos em saúde, que é de 3,95% do PIB, está consideravelmente abaixo da média de outros países da América do Sul, indicando um sistema cronicamente subfinanciado (FRANÇA FILHO, 2021). É necessário aumentar e melhorar os gastos em saúde pública, devido à natureza progressiva e ao alto retorno social das políticas de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como, às demandas crescentes associadas ao envelhecimento populacional e às variações nos custos médico-hospitalares.

No entanto, de acordo com o estudo de Ubaldine e Oliveira (2020), as projeções de gastos do SUS até 2060 mostram dois fatos importantes: primeiro, o SUS não está em uma trajetória explosiva de gastos, ao contrário de outros sistemas de saúde de outros países, e tende a se estabilizar em um determinado patamar. Em

segundo lugar, com a presença da Emenda Constitucional n. 95 que define o teto de gastos da União, o gasto em saúde pode ficar restrito a longo prazo, caindo para 3,8% do PIB.

Já o sistema privado de saúde, é predominantemente financiado por pagamentos diretos dos usuários ou por meio de planos de saúde, que são oferecidos por empresas privadas de saúde (ROCHA *et al.*, 2021). Os planos de saúde funcionam como uma espécie de seguro, em que os usuários pagam uma mensalidade e têm direito a uma série de serviços de saúde, dependendo do plano escolhido. Estes, tem uma abordagem mais centrada para o tratamento de doenças e condições de saúde já existentes.

No entanto, a coexistência deste último pode ter um impacto negativo no acesso da população à APS nas desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre os ricos e os pobres. Se os serviços de saúde privados forem muito caros e inacessíveis para a maioria da população, isso pode levar a uma maior desigualdade no acesso à APS, o que pode ter consequências graves para a saúde da população em geral (BAHIA; CARDOSO, 2019).

Os preços abusivos dos planos de saúde no Brasil afetam diretamente o SUS ao sobreendar a rede pública de saúde (BAIRD, 2020). Como muitas pessoas não conseguem arcar com os altos custos dos planos de saúde privados, acabam recorrendo ao SUS para receber atendimento médico. Esse aumento na demanda pode gerar (e gera) uma sobrecarga no sistema, impactando a qualidade do atendimento prestado aos usuários do SUS. Ainda segundo Baird (2020), o sistema de saúde privado muitas vezes atende a parcela da população mais rica, e muitas vezes mais saudável, deixando para o SUS os usuários com doenças mais graves e complexas, o que gera um desequilíbrio na distribuição de demanda e recursos.

Neste sentido, é necessário regulamentar o setor de planos de saúde, para garantir a transparência nos preços e na qualidade dos serviços oferecidos, assim como a concorrência justa entre as empresas, o que poderia reduzir os preços abusivos e diminuir a pressão sobre o SUS.

Para o sistema privado, a APS muitas vezes é vista como um serviço complementar, principalmente quanto ao Programa Nacional de Imunização e a oferta de atendimento de urgência e emergência (CONILL, 2021). Neste sentido, Conill (2021) alerta que a falta de coordenação e comunicação entre os serviços públicos de saúde e privados pode levar à duplicação de serviços, ao desperdício de recursos e à falta de continuidade do cuidado.

A pressão no SUS pode ser reduzida por usuários que possuem plano de saúde, por meio de algumas medidas, como a utilização do plano de saúde para consultas e exames simples, deixando assim a rede pública de saúde para aqueles que realmente necessitam. Ademais, evitando a utilização desnecessária de serviços de urgência e emergência para problemas que não são graves ou que podem ser tratados em consultas agendadas com seus médicos conveniados. Nesta mesma perspectiva, o agendamento de consultas de acompanhamento com antecedência para doenças crônicas não degenerativas e outras causas, pode vir a evitar a procura por atendimento na rede pública de saúde em momentos de crise ou emergência, deixando assim os recursos do SUS para quem realmente precisa.

Outra medida fundamental é a participação de campanhas de vacinação. Os usuários com plano de saúde devem participar das campanhas de vacinação promovidas pelo governo, evitando assim a sobrecarga no sistema de saúde durante surtos de doenças infecciosas. Neste sentido, é importante que os usuários com plano de saúde sejam solidários e conscientes, evitando utilizar os recursos do SUS de forma assistida e sempre que possível contribuir para melhorar a qualidade dos serviços de saúde pública.

A colaboração do setor privado com o SUS pode trazer inovações tecnológicas e novas abordagens de gestão para o setor de saúde, melhorando a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019). Pode contribuir para a expansão da capacidade de pesquisa e desenvolvimento na área de saúde, beneficiando a população como um todo desde que seja feita de maneira transparente e regulamentada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema complementar no acesso à APS no Brasil é complexa. Embora o SUS seja o principal responsável pela oferta de serviços de APS no país, uma parcela significativa da população tem acesso à saúde por meio de planos de saúde privados. Isso pode levar a desigualdades no acesso aos serviços de saúde e à sobrecarga do SUS em regiões com menor cobertura de planos de saúde.

Porém, a recente implementação do programa Previne Brasil pelo governo federal busca fortalecer a APS como porta de entrada para o sistema de saúde, priorizando a prevenção e promoção da saúde. Além disso, a integração entre o SUS e o setor privado pode ser promissora se realizada de forma eficiente e transparente, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

Vale destacar, que os preços abusivos dos planos de saúde no Brasil são um problema recorrente. Os altos valores cobrados pelos planos, somados à falta de transparência e à baixa qualidade dos serviços prestados, tornam o acesso à saúde um privilégio para poucos, enquanto muitos ficam desprotegidos e sem acesso à assistência médica adequada.

Além disso, a falta de regulação eficiente e de concorrência no setor contribui para a manutenção desses preços abusivos. É necessário, portanto, que sejam implementadas medidas para garantir a transparência nos preços e a qualidade dos serviços, bem como o fortalecimento do SUS como um sistema público e universal de saúde.

Há, no entanto, uma tendência positiva na área de saúde, que é o crescimento do número de consultórios e clínicas populares que oferecem serviços com preços acessíveis, ampliando o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde. Isso é particularmente importante em países onde o sistema de saúde é inacessível ou inadequado para muitos indivíduos. A oferta de serviços com preços baixos pode ajudar a democratizar o acesso à saúde e reduzir as desigualdades na prestação de cuidados de saúde. Além disso, o

aumento da concorrência pode levar a uma melhoria geral na qualidade dos serviços prestados, com os prestadores de cuidados de saúde buscando melhorar sua eficiência e eficácia para manter seus “clientes”.

Certamente, o setor complementar não deve ser “demonizado”, mas sim visto como um complemento ao SUS, especialmente em relação à capacidade de oferecer serviços especializados e de alta complexidade. No entanto, é importante que esses serviços sejam acessíveis e ofereçam custo-efetividade, ou seja, que os custos envolvidos na prestação de cuidados de saúde estejam em linha com os benefícios para a saúde dos pacientes. Essa é uma questão complexa e controversa, no entanto, a colaboração entre esses setores pode ser benéfica para garantir que todos os cidadãos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente de sua renda.

Neste sentido, é necessário aumentar a APS no SUS por meio do fortalecimento da ESF, modelo comprovadamente eficaz. Para alcançar esse objetivo, é preciso realizar a conversão integral dos modelos de APS tradicionais para a ESF, bem como ampliar a cobertura da ESF para atingir 100% da população. É fundamental também, garantir que todas as equipes de ESF estejam completas e tenham melhores condições de trabalho, além de inovar no modelo assistencial da APS com foco no enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. Por fim, é importante incorporar ferramentas de saúde digital na APS para aprimorar o atendimento oferecido aos usuários.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BAHIA, Ligia; CARDOSO, Artur Monte. Saúde em tempos de hiperajuste fiscal, restrição à democracia e obscurantismo. **Brasil: incertezas e submissão**, p. 251-269, 2019.

BAIRD, Marcello Fragano. **Saúde em jogo: atores e disputas de poder na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2020.

BRASIL. Lei 8080 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, set 20, 1990.

CARMO, Weslley Lieverson Nogueira do et al. Projeto “APS Forte” e os reflexos nos indicadores do previne Brasil e no processo de trabalho das equipes de atenção primária dos municípios do Estado do Amapá. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 40043-40063, 2022.

CELUPPI, Ianka Cristina et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 302-313, 2019.

CONIL, Eleonor Minho. Sistemas universais de saúde: o que a comparação com outros países nos informa?. **O tempo**, p. 84, 2021.

CONILL, Eleonor Minho et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1501-1510, 2008.

FARIA, Manuel et al. **Estimativa de Recursos Necessários para Ampliação da Estratégia Saúde da Família.** Estudo Institucional nº 8. 28 de novembro de 2022, atualizado em 12 de janeiro de 2023.

FRANÇA FILHO, André Luiz de. **A relação entre os gastos públicos com saúde e indicadores de qualidade de vida no Brasil.** 2021. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Ciências Econômicas) – Departamento de Economia, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2021.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José Manuel Santos de Varge; COSTA, Laís Silveira. **O Complexo**

Produtivo da Saúde e sua Relação com o Desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. Capítulo 7. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, v. 2, p. 89-120, 2012.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; TEIXEIRA, Márcia. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4593-4598, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, p. 27-34, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. In: **Desafios do SUS**. P. 869-869. 2019.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias; SILVA, Myria Ribeiro da; SILVA, João Luis Almeida da. Construction of the PEC-URE educational technology: training in urgency and emergency for the Family Health Strategy. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e31411528429, 2022.

OUVERNEY, Assis Mafort; FLEURY, Sonia. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**, v. 51, p. 1085-1103, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 15-28, 2019.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional

de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 767-783, 2008.

PIRES, Renata de Cássia Coelho; LUCENA, Adriana Dias; MANTESO, Jhennyfer Barbosa de Oliveira. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 107-114, 2022.

ROCHA, Rudi et al. **Considerações sobre a Reforma da Lei dos Planos de Saúde e seus Possíveis Impactos sobre o SUS**. 2021.

SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1729-1736, 2018.

SETA, Marismay Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. **Caridade e filantropia na distribuição da assistência: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas-RS: 1847-1922**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2007.

UBALDINE, Danielle Diniz; OLIVEIRA, Herick Cidarta Gomes de. Reflexos do envelhecimento populacional brasileiro nos custos assistenciais do setor de saúde suplementar: uma análise da projeção para 2060. **Refas-Revista Fatec Zona Sul**, v. 7, n. 2, p. 17-35, 2020.

¹Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, <http://lattes.cnpq.br/5639264388387820>

²Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP. Professora titular da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, <http://lattes.cnpq.br/4380012729471796>

³Pós-graduando em Direito médico e da saúde – Legale Educacional, <http://lattes.cnpq.br/2325696638494627>.

⁴ Doutorando em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), <http://lattes.cnpq.br/4803706686488473>.

⁵Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP-SP). Professor Doutor do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) da EEUSP-SP, <http://lattes.cnpq.br/5159190517984235>.

⁶ Farmacêutica licenciada em química, pela faculdade Estácio de Sá e professora acadêmica, <https://lattes.cnpq.br/8066300078791575>.

⁷ Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG, <http://lattes.cnpq.br/8799464726195496>.

⁸ Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Unidompedro. Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Hospitalar com ênfase em UTI, <http://lattes.cnpq.br/8018510376864885>

⁹ Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, <http://lattes.cnpq.br/9097690533929931>

¹⁰ Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde da Família PPGSF na Universidade Federal do Sul da Bahia, Médica Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, <http://lattes.cnpq.br/0653676041791816>