

O paradoxo da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

The paradox of the structure of the Unified Health System (SUS)

La paradoja de la estructura del Sistema Único de Salud (SUS)

Natália Evêncio Sousa Luz¹, George Wellington Lopes da Silva Filho¹, Maria Costa Coelho Gayoso e Almendra¹, Bruna Azevedo Costa Araújo¹, Alexandre Dominic Soares Fontes¹, Mathews Brendon Ramos de Brito Sousa¹, Vitor Angelo de Souza¹, Sonja Costa Coelho Gayoso e Almendra², Luma Sérvulo de Carvalho¹, Luciana Tolstenko Nogueira¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o paradoxo envolvido na aplicação dos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revisão bibliográfica:** O SUS enfrenta desafios estruturais complexos que interferem no alcance de seus fundamentos centrais. A fragmentação da rede de atenção à saúde, caracterizada pela desarticulação entre níveis de atenção, assim como pela comunicação falha, afeta a continuidade do cuidado. Paralelamente, as desigualdades inter e intra-regionais, decorrentes da assimétrica destinação de recursos e de precária infraestrutura, também comprometem o acesso a um serviço de qualidade para todos. **Considerações finais:** Nesse cenário, nota-se a necessidade não apenas de intensificar a integração entre os níveis de atenção, mas também de destinar recursos de forma proporcional e aplicar uma gestão mais eficaz, para mitigar os paradoxos entre as premissas do SUS e a realidade de sua implementação, e, desse modo, possibilitar um sistema de saúde mais justo e eficiente.

Palavras-chave: Paradoxos do SUS, Políticas de saúde, Universalidade.

ABSTRACT

Objective: To analyze the paradox involved in applying the principles of Universality, Comprehensiveness and Equity of the Brazilian Unified Health System (SUS). **Bibliographic review:** SUS faces complex structural challenges that hinder the fulfillment of its core foundations. The fragmentation of the network of healthcare services, characterized by a lack of coordination between levels of care, as well as by communication failures, affects the continuity of care. At the same time, inter- and intra-regional inequalities, stemming from the asymmetric allocation of resources and from precarious infrastructure, further compromise access to quality healthcare services for all. **Final considerations:** In this scenario, there is a clear need not only to enhance the integration across levels of care, but also to allocate resources proportionally and implement more effective management, to mitigate the paradoxes between SUS's premises and the reality of its implementation, thus enabling a fairer and more efficient health system.

Keywords: Paradoxes of the SUS, Health policies, Universality.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la paradoja de la aplicación de los principios de Universalidad, Integralidad y Equidad en del Sistema Único de Salud (SUS). **Revisión bibliográfica:** El SUS enfrenta desafíos estructurales complejos que interfieren en el logro de sus fundamentos centrales. La fragmentación de la red de atención a la salud, caracterizada por la desarticulación entre los niveles de atención, así como por las fallas en la comunicación, afecta la continuidad del cuidado. En paralelo, las desigualdades inter e intrarregionales, derivadas de la asignación asimétrica de recursos y de la infraestructura precaria, también comprometen el acceso a un

¹ Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina - PI.

² Universidade de Pernambuco (UPE), Recife - PE.

servicio de calidad para todos. **Consideraciones finales:** En este escenario, se nota la necesidad no solo de intensificar la integración entre los niveles de atención, sino también de asignar recursos de manera proporcional y aplicar una gestión más eficaz, para mitigar las paradojas entre los principios del SUS y la realidad de su implementación, y, de este modo, posibilitar un sistema de salud más justo y eficiente.

Palabras clave: Paradojas del SUS, Políticas de salud, Universalidad.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, tem como princípios a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. Contudo, observam-se paradoxos quanto à concretização dessas premissas, tendo em vista a realidade de um sistema fragmentado e desigual, o que vai de encontro ao acesso igualitário e de qualidade por todos. Nesse sentido, é cabível analisar os motivos que levam ao descumprimento dos preceitos básicos do SUS, bem como seus desdobramentos (BRASIL, 1988). Um dos principais entraves em evidência é a fragmentação dos serviços prestados, a qual é causada pela desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde – primária, secundária e terciária, que são, respectivamente, responsáveis pela prevenção e promoção à saúde, atendimentos de média e de alta complexidade.

Essa problemática é uma constatação no SUS e afeta diretamente a experiência dos usuários em suas trajetórias assistenciais com cuidados descontinuados, uma vez que gera lacunas no tratamento e pode levar à piora do estado de saúde, especialmente de pacientes com doenças crônicas, as quais exigem maior complexidade e multiplicidade de pessoas e serviços envolvidos simultaneamente. Isso compromete outro princípio fundamental do SUS: a Integralidade, que deve garantir o cuidado completo nos três níveis de assistência, quando o paciente necessitar (ALMEIDA PF, et al., 2018; MORAIS IC, et al., 2020). A fragmentação, por sua vez, está intimamente relacionada à descentralização da gestão do SUS. Nesse sentido, ao preconizar como um de seus pilares a descentralização, o SUS promoveu a pulverização da oferta de serviços, o que resultou na desintegração em inter-regiões e em vazios assistenciais espalhados no território brasileiro.

Com o fito de superar a fragmentação, o Ministério da Saúde (MS), mediante a Portaria nº 4.279/2010, estabeleceu diretrizes para a instituição da Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando a integração sistêmica entre as instâncias assistenciais e o aprimoramento da integralidade dos cuidados. Entretanto, tal processo é refém de complexas relações de poder e de conflitos políticos, além de estar sujeito à má gestão do capital investido (BRASIL, 2010; REGO DA SILVA JM, et al., 2024; COSTA RS e SILVA EAL, 2019). Como resultado, há a concentração desigual de recursos e tecnologias em algumas regiões, em detrimento de outras, o que consiste em outro obstáculo para atender aos preceitos do SUS: A Desigualdade Regional na Infraestrutura de Saúde.

Nesse sentido, o estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) mostrou que, apesar de importante, tal instrumento jurídico-normativo não foi suficiente para superar as desigualdades inter-regionais. Nessa perspectiva, observa-se a constituição de um paradoxo, pois a descentralização e a regionalização obtiveram efeito contraditório no enfrentamento das desigualdades, porquanto mesmo que avanços na expansão e melhoria do acesso à atenção básica possam ser constatados como resultado dessa política, as diferenças regionais na oferta de serviços de média e alta complexidade permanecem significativas (LANDIM ELAS, et al., 2019; LIMA LD, et al., 2019).

Dessa forma, é sabida a constatação de que as regiões Sul e Sudeste encontram menor quantidade e diversidade de barreiras no que diz respeito ao acesso, disponibilidade e aceitabilidade de serviços de saúde quando comparadas às outras regiões do país, como Norte e Nordeste, além de mais chances de usufrutos dessa rede assistencial (OLIVEIRA RAD, et al., 2019). Adicionalmente, também se caracteriza como um obstaculizador do acesso à saúde universal as desigualdades intra-regionais, ou seja, dentro das regiões de saúde. Convém contextualizar que o Decreto nº 7.508/2011, regulamentador da Lei Orgânica da Saúde, foi um marco jurídico ao estabelecer formalmente as Regiões de Saúde, com o intuito de agrupar e interligar municípios que compartilham serviços e ações de saúde, a fim de possibilitar organização e integração.

Todavia, a construção da macropolítica regional enfrenta dificuldade de obtenção de verbas para prover serviços nas regiões de saúde, além da disputa pelo uso de recursos financeiros provenientes da União (BRASIL, 2011; SHIMIZU HE, et al., 2021). Tendo em vista esse cenário insatisfatório, é essencial questionar: Como se pode garantir efetivamente os princípios do SUS? Logo, o presente artigo tem por objetivo analisar o paradoxo existente da aplicação de Universalidade, Integralidade e Equidade diante de um sistema fragmentado e desigual, evidenciando os principais entraves e consequências que prejudicam sua efetividade.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A fragmentação da rede de atenção à saúde no Brasil

O modelo atual das Redes de Atenção à Saúde, segmentado em níveis hierárquicos (primário, secundário e terciário), apresenta dificuldades consideráveis para integrar ações e estabelecer fluxos coerentes entre os diferentes serviços. Essa organização fragmentada compromete a continuidade do cuidado e a integralidade do sistema, o que resulta em atendimentos desarticulados e ineficazes. Além disso, a rede de serviços de saúde caracteriza-se por ser assimétrica e incompleta, operando com tecnologias variadas que nem sempre são acessadas de forma equitativa pelos cidadãos, o que frequentemente interrompe os processos de cuidado e prejudica a efetividade do sistema. A alta rotatividade de profissionais e a dispersão dos locais de atendimento contribuem para essas dificuldades, criando lacunas na continuidade do cuidado e prejudicando a qualidade e a efetividade dos serviços prestados (BELGA SMMF, et al., 2022; OLIVEIRA LGFb, et al., 2023).

A falta de comunicação eficaz entre os níveis primário, secundário e terciário prejudica a continuidade do cuidado e intensifica a fragmentação assistencial, o que compromete a troca de informações sobre o paciente e o seguimento do tratamento. A deficiência na comunicação entre os profissionais de diferentes níveis, devido a falha de integração entre sistemas de informação, impacta negativamente a qualidade do atendimento e a resolução dos problemas de saúde dos usuários. Além disso, falhas de coordenação são particularmente evidentes nos pontos de transição entre os serviços, obrigando os pacientes a repetirem suas histórias clínicas ou exames ao circularem por diferentes níveis de atenção, o que torna o sistema de saúde menos eficiente.

Essa situação gera falhas na assistência, como a duplicação de exames e a ausência de informações clínicas atualizadas, aumentando o desperdício de recursos que poderiam ser empregados para fortalecer a universalidade do sistema (ALMEIDA PF, et al., 2018). A combinação desses fatores, que implica uma transição entre os diferentes níveis de atenção à saúde habitualmente mal-conduzida, compromete o acompanhamento contínuo dos pacientes. Essa má gestão resulta em descontinuidade dos cuidados e dificulta o acesso oportuno aos serviços, o que favorece o agravamento das condições clínicas. Como consequência, observa-se uma sobrecarga em determinados pontos da rede, especialmente no nível terciário, onde a demanda aumenta devido à incapacidade de resolutividade nos níveis anteriores. Essa dinâmica prejudica a eficiência do sistema e a qualidade do atendimento prestado aos usuários (BELGA SMMF, et al., 2022).

A fragilidade estrutural, evidenciada pela fragmentação e pela descontinuidade do cuidado, é ainda mais marcante no manejo de doenças crônicas, que demandam acompanhamento constante e integração eficaz entre os diferentes níveis de atenção. A continuidade do tratamento é essencial para integrar os serviços de saúde e coordenar ações de forma coerente. Embora a Estratégia de Saúde da Família deva garantir essa continuidade, a ineficiência na comunicação entre os serviços e profissionais dificulta esse objetivo. A visão hierárquica do sistema, em vez de compartilhar responsabilidades, fragiliza a rede e dificulta o controle de doenças crônicas (FERRAZ LR, et al., 2020).

A ineficiência na assistência contínua a portadores de doenças crônicas frequentemente leva à exacerbação da condição e à busca por serviços de emergência, que não têm recursos para resolver as necessidades de saúde e falham no encaminhamento para o serviço de saúde apropriado para a continuidade do cuidado. A falta de direcionamento para a atenção primária especializada, bem como a falta de orientação

a pacientes e familiares sobre o tratamento contínuo revela fragilidades na articulação entre emergência e outros serviços da rede de saúde (ACOSTA AM, et al., 2020).

As dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade e disparidade na oferta desses recursos nas regiões de saúde evidenciam a necessidade urgente de fortalecer a regionalização da saúde. Embora essa regionalização dependa da participação dos gestores estaduais e municipais, o protagonismo desses gestores precisa ser ampliado para reduzir as desigualdades e a fragmentação do sistema. No entanto, a fragilidade da participação regional no planejamento reflete a centralização do poder, onde as regras impostas pelo Estado, Legislativo e Judiciário limitam a autonomia dos entes federados e prejudicam tanto a integração do sistema quanto a capacidade de atuação eficaz das regiões na gestão dos serviços de saúde (SHIMIZU HE, et al., 2021).

Sob essa perspectiva, a principal barreira enfrentada pelos usuários do sistema de saúde é a acessibilidade, que inclui o tempo de deslocamento e os custos com transporte. A escassa disponibilidade de recursos também é um obstáculo em todas as regiões: a falta de profissionais, a carência de alguns serviços, o compartilhamento inadequado de informações e as longas listas de espera em relação às necessidades. Esses obstáculos não apenas revelam as desigualdades regionais nos serviços de saúde no Brasil, mas também evidenciam como o Estado ainda falha em cumprir com a universalidade e a equidade no sistema de saúde (OLIVEIRA RAD, et al., 2019).

As políticas regionais podem ser um impulso positivo para combater as desigualdades. É necessário superar os impasses locais para fortalecer as políticas de redução dessas desigualdades. No Brasil, problemas estruturais somam-se à falta de equipamentos e especialidades no território, em contraste com os sistemas de saúde dos países desenvolvidos, que são centrados no paciente. Isso se deve à fragmentação das redes, à ausência de liderança pública na integração e à crise que dificultou a articulação entre os atores da política setorial e intersetorial, complicando a implementação dos princípios do SUS (VIANA AL D'Á, IOZZI FL, 2019).

Nesse contexto, a adoção de novas estratégias para melhorar a articulação e integração dos serviços, fortalecer a coordenação entre os níveis de atenção e integrar os fluxos de informação é essencial para superar a fragmentação nas redes de saúde. A incorporação de tecnologias, como plataformas digitais e aplicativos móveis, facilita o compartilhamento de dados entre os níveis de atenção e minimiza essa desarticulação. Além disso, a telemedicina amplia o acesso a cuidados em áreas remotas, superando barreiras financeiras, culturais e geográficas, o que aprimora tanto a eficiência quanto a qualidade do atendimento (GASPAR FILHO JP, et al., 2024).

A disponibilização de prontuários eletrônicos facilita o acesso aos serviços de saúde e é fundamental para um acompanhamento longitudinal eficaz. Nesse sentido, o prontuário eletrônico é um sistema avançado que reúne dados sociodemográficos, clínicos e de assistência e que permite o compartilhamento entre profissionais e instituições de saúde. Ele conecta os níveis de atenção primária, secundária e terciária, o que garante a continuidade do cuidado. Além disso, reduz redundâncias, como a repetição de exames, e aumenta a eficiência dos serviços de saúde (TESSER CD, et al., 2018; CABRAL KB, et al., 2024).

Por fim, a telemedicina representa uma ferramenta essencial para ampliar o alcance dos serviços, especialmente em regiões remotas. Ela é capaz de reduzir desigualdades e de promover um acesso mais equitativo para populações vulneráveis. Os canais de telemedicina oferecem suporte em tempo real aos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), o que reduz a dependência de consultas presenciais, otimiza o atendimento e contribui para a diminuição de problemas recorrentes, como as longas filas de espera.

Além da telemedicina, a telerregulação representa um recurso tecnológico importante, que utiliza protocolos clínicos, baseados em evidências científicas, para orientar os encaminhamentos da APS para a atenção especializada, promovendo maior eficiência no fluxo assistencial. Com a integração de teleconsultorias e telediagnósticos, a telerregulação prioriza casos, evita encaminhamentos desnecessários e otimiza recursos, o que torna o acesso aos serviços de saúde mais ágil e eficiente. (SOUZA RQ, et al., 2022; KATZ N, et al., 2020).

Desigualdade regional na infraestrutura de saúde

As desigualdades regionais no SUS evidenciam desafios estruturais que afetam diretamente a equidade no acesso à saúde. No Norte e Nordeste, limitações históricas se traduzem em dificuldades de acesso, agravadas pela baixa densidade de profissionais de saúde, escassez de leitos hospitalares e falta de infraestrutura logística, especialmente em áreas remotas. Essa situação resulta em indicadores de saúde desfavoráveis, como altas taxas de mortalidade infantil e materna, além da ausência de serviços essenciais, como suporte em saúde mental e nutricional, que ampliam os vazios assistenciais. Enquanto isso, as regiões Sudeste e Sul concentram uma oferta maior de recursos e infraestrutura de alta complexidade, com melhores indicadores de saúde.

Entretanto, desigualdades intrarregionais persistem, especialmente em áreas periféricas e rurais, onde o acesso a serviços de qualidade é limitado. Isso reflete a necessidade de uma redistribuição mais eficiente dos recursos para fortalecer a atenção primária e integrar os níveis de atenção (PALMEIRA NC, et al., 2019; OLIVEIRA LGFa, et al., 2023). A descentralização do financiamento do SUS, concebida para aumentar a autonomia local, revela fragilidades que intensificam as disparidades regionais. Municípios do Norte e Nordeste, dependentes de transferências federais, enfrentam limitações técnicas e administrativas para implementar políticas eficazes.

A fragmentação entre estados e municípios agrava o problema, dificultando a execução integrada de serviços de saúde. Essas desigualdades também afetam a atenção primária, base do SUS. Nas regiões mais vulneráveis, sua baixa resolutividade pressiona os serviços de média e alta complexidade, sobrecarregando os grandes centros urbanos. Essa dinâmica reflete a necessidade de maior integração entre os níveis de atenção e de políticas que fortaleçam a governança regional. Mecanismos redistributivos mais efetivos são essenciais para reduzir as desigualdades no acesso à saúde (ALVES TM, et al., 2021; SILVA SL, et al., 2023).

Superar esses paradoxos exige reconfigurações estruturais, como maior articulação intergovernamental e investimento em tecnologias que ampliem o acesso e a eficiência do SUS. A redistribuição equitativa de recursos e o fortalecimento da gestão descentralizada, com suporte técnico e capacitação, podem transformar o sistema em um modelo mais universal e sustentável. Essa abordagem é crucial para alinhar o SUS aos princípios de equidade e universalidade que fundamentam sua criação (MORAIS IC, et al., 2020). Além disso, a implementação de tecnologias como telessaúde e prontuários eletrônicos tem sido apontada como uma solução promissora para reduzir as desigualdades no acesso à saúde em áreas remotas do Brasil.

Durante a pandemia de COVID-19, o programa Telessaúde Brasil Redes demonstrou potencial ao reduzir em até 20% as internações hospitalares em regiões atendidas. Todavia, desafios estruturais persistem, incluindo conectividade inadequada e falta de capacitação técnica, que limitam a eficácia dessas tecnologias (LISBOA KO, et al., 2023; LUNA WF, et al., 2019). Um desafio adicional é a dificuldade de fixação de profissionais de saúde em áreas isoladas. Cerca de 40% dos médicos alocados nessas regiões relatam intenção de migrar para centros urbanos devido a condições de trabalho precárias e à falta de suporte técnico e estrutural.

Embora o programa Mais Médicos tenha trazido avanços, sua eficácia permanece limitada sem investimentos paralelos em infraestrutura e educação continuada, que são essenciais para consolidar a universalidade do SUS em regiões vulneráveis (PACHECO TR, et al., 2023; PEREIRA MCL, et al., 2024). Por fim, investimentos direcionados podem reduzir as lacunas de infraestrutura em até 25% nos próximos cinco anos, promovendo maior equidade no acesso à saúde. A modernização de unidades básicas e a expansão da conectividade digital são fundamentais para superar o paradoxo estrutural do SUS, combinando inovação tecnológica com políticas públicas robustas e sustentáveis (REIS BMR, et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das reflexões abordadas, fica claro o paradoxo do SUS no que concerne a cumprir seus princípios. Nesse sentido, a desarticulação entre os níveis de atenção, causada, sobretudo, por problemas de gestão e de comunicação entre os níveis de assistência, prejudica a continuidade do cuidado e, dessa forma, dificulta

um cuidado integral. Somada a essa questão, as desigualdades inter e intra-regionais decorrentes, principalmente, de carências estruturais, comprometem a equidade do acesso à saúde. Frente a esse panorama, é imprescindível a coordenação e organização das instâncias de cuidado, a distribuição proporcional de recursos, além do fortalecimento do uso de tecnologias, como a telemedicina e sistemas de informação integrados, para enfrentar os desafios de fragmentação e desigualdade no sistema. Portanto, é evidente a necessidade de combater tais obstáculos para garantir os princípios propostos pelo SUS.

REFERÊNCIAS

1. ACOSTA AM, et al. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2020; 41: 20190155.
2. ALMEIDA PF DE, et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 2018; 42: 244-260.
3. ALVES TM, et al. Desafios da regulação do acesso à assistência hospitalar no SUS em uma metrópole norte brasileira. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(3): 6491.
4. BELGA SMMF, et al. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, 2022; 46: 551-570.
5. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acessado em: 06 de fevereiro de 2025.
6. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 18 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2011; 18 jun. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acessado em: 06 de fevereiro de 2025.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece normas para a execução do Programa de Qualificação de Unidades de Saúde. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-4.279-de-30-de-dezembro-de-2010-10569487>. Acessado em: 06 de fevereiro de 2025.
8. CABRAL KB, et al. Prontuário eletrônico na atenção primária à saúde sob a óptica dos profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2024; 24(8): 16508.
9. COSTA RS e SILVA EAL. Redes de Atenção à Saúde: Desafio dos gestores para sua implementação e funcionamento. *Revista Revise*, 2019; 3.
10. DE SOUZA RQ, et al. A aplicabilidade da telemedicina e os seus reflexos na relação médico-paciente: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(1): 9573.
11. FERRAZ LR, et al. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 2020; 54: 3622.
12. GASPAR FILHO JP, et al. Serviços públicos de saúde no Brasil e o princípio da universalidade: uma reflexão crítica. *Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 2024; 16(2).
13. KATZ N, et al. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25: 1389-1400.
14. LANDIM ELAS, et al. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. *Saúde em Debate*, 2019; 43(5): 161-173.
15. LIMA LD DE, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 35(2): 94618.
16. LISBOA KO, et al. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. *Saúde e Sociedade*, 2023; 32(1): 210170.
17. LUNA WF, et al. Project More Doctors for Brazil in remote areas of the state of Roraima: relationship between doctors and the Special Supervision Group. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2019; 23(1): 180029.

18. MORAIS IC, et al. A percepção do usuário em relação à qualidade do atendimento na atenção primária à saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 50: 3465.
19. OLIVEIRA LGF, et al. Cenário das desigualdades regionais no acesso à atenção primária à saúde no Brasil. *ReP USP*, 2023.
20. OLIVEIRA LGF, et al. Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 2023; 27(7): 3385–3395.
21. OLIVEIRA RAD DE, et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 35(11): 120718.
22. PALMEIRA NC, et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 31(3).
23. PEREIRA MCL, et al. Saúde pública no Brasil: desafios estruturais e necessidades de investimentos sustentáveis para a melhoria do sistema. *Revista Cedigma*, 2024; 3(2): 64-80.
24. REGO DA SILVA J M, et al. Os entraves da administração pública brasileira para o estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 2024; 47: 16363.
25. REIS BMR, et al. Desafios e caminhos para a equidade em saúde na atenção primária. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2024; 24(8): 14473.
26. SHIMIZU HE, et al. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26: 3385–3396.
27. SILVA SL, et al. Avaliação do atributo da integralidade na atenção primária à saúde da criança. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2023; 23(8): 13495.
28. TESSER CD, et al. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, 2018; 42(1): 361-378.
29. VIANA AL D'Á e IOZZI FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 35: 22519.