



BJGH

Brazilian Journal
of Global Health
Revista Brasileira
de Saúde Global

Percepção populacional sobre o campo de ação do Sistema Único de Saúde

Isabella de Avellar Ramos¹, Victória Costa¹, Maitê de Paula Capuano¹, Ryan Emiliano da Silva², Paula Yuri Sugishita Kanikadan²

¹Discente do curso de Medicina da Universidade Santo Amaro - UNISA, São Paulo/SP, Brasil.

²Docente do Curso de Medicina - UNISA, São Paulo/SP, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO

Verificar a percepção dos usuários atendidos em um projeto de extensão a respeito do campo de ação do SUS.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado a partir da coleta em um projeto de extensão com 167 respostas de um questionário contendo determinantes socioeconômicos e serviços que fazem ou não parte do SUS. Posterior aplicação do método de quartis para análise dos níveis de conhecimento populacional.

RESULTADOS

Há baixo conhecimento populacional sobre vigilância, prejudicando seu desenvolvimento e financiamento. Há maior entendimento sobre os serviços de atenção nos três níveis de complexidade, com destaque para a primária. A gestão é de conhecimento médio e enfrenta barreiras regionais e burocráticas. As políticas Nacional de Educação em Saúde e de Educação Popular em Saúde são essenciais para melhorar o conhecimento populacional e promover participação ativa na gestão de sua saúde.

CONCLUSÕES

Percebe-se compreensão desigual dos serviços do SUS, com áreas como vigilância e gestão sendo menos conhecidas, afetando seu desenvolvimento e financiamento, e deixando maior foco na área de atenção. O fortalecimento de políticas de educação em saúde pode auxiliar no aumento do conhecimento populacional sobre seus direitos e serviços disponíveis.

DESCRITORES

Sistema Único de Saúde; Serviços de saúde; Percepção; Usuário.

Autorcorrespondente:

Isabella de Avellar Ramos.

Faculdade de Medicina da Universidade Santo Amaro - UNISA/Campus Interlagos Rua Enéas Siqueira Neto, 340 - CEP: 04829-300 - Jardim das Imbuías, São Paulo - SP, Brasil.

E-mail: isabellaavellar@icloud.com.

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-9488-4596>.

Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons.

Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

DOI: <https://doi.org/10.56242/globalhealth;2024;4;15;6-11>

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, atendendo mais de 190 milhões de pessoas, das quais 80% usam exclusivamente o serviço público¹. Após a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a criação do artigo 196, garantir cobertura universal à saúde para todos os brasileiros se tornou dever do Estado².

Essa medida foi implementada em 1990 com a Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamentou as ações dos serviços de saúde em âmbito nacional, estabelecendo diretrizes e princípios doutrinários e organizativos do SUS³. Os princípios doutrinários incluem universalização, equidade e integralidade, enquanto os organizativos são: regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular⁴.

A Lei 8.080, capítulo I, art.5º define três objetivos: identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular políticas que visem reduzir riscos de doenças e assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde². Já no artigo 6º, são apontadas as atribuições, ou seja, as ações que fazem parte do campo de ação do SUS. Entre elas há a execução de ações de vigilância, gestão e atenção à saúde².

A vigilância no SUS é dividida em áreas como: vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador. A primeira visa eliminar, reduzir e prevenir riscos à saúde, com intervenções em problemas sanitários relacionados ao meio ambiente, produção, circulação de bens e prestação de serviços que possam ter impacto na saúde coletiva e individual. Controlando desde a produção até o consumo final desses itens. A vigilância epidemiológica monitora fatores determinantes da saúde, com a implementação de medidas de prevenção e controle de doenças e agravos. A vigilância ambiental monitora e identifica alterações em diversos fatores ambientais que podem afetar a saúde humana e o equilíbrio do meio ambiente. Na saúde do trabalhador, a vigilância atua promovendo um ambiente de trabalho seguro e saudável².

Seguindo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde, e para assegurar os princípios do SUS, os serviços de saúde foram organizados em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário⁵. Sendo habilitada a resolver a maioria dos problemas de saúde, a atenção primária é a porta preferencial de entrada do usuário ao SUS. A atenção secundária oferece serviços de média complexidade e especialidades médicas, como nas Unidades de Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, policlínicas e hospitais menores. Por fim, a atenção terciária envolve procedimentos de alta complexidade, compostos por Hospitais Universitários e unidades de ensino e pesquisa.

A gestão em saúde envolve práticas que visam planejar, organizar, coordenar e avaliar as ações e serviços, garantindo os princípios de acesso à saúde. É responsável por integrar os diferentes níveis de atenção à saúde; coordenar políticas públicas e a alocação eficiente de recursos^{6,7}. Além disso, tem evoluído com o uso de modelos participativos, como o planejamento estratégico comunicativo, que promove diálogo entre profissionais e a população, resultando em decisões mais inclusivas e centradas nas necessidades da comunidade^{6,8}.

Embora sua importância seja reconhecida, a percepção da população sobre o SUS nem sempre é positiva, queixas de filas longas e tempo de espera são comuns⁹. Em pesquisa do Datafolha com o Conselho Federal de Medicina e a Associação Paulista de Medicina em 2014, 92% avaliaram a saúde no Brasil com notas de 0 a 7, sendo que 60% deram notas de 0 a 4. Para o SUS, 87% atribuíram notas de 0 a 7, sendo 54% entre 0 a 4 - numa escala de 0 a 10⁷. A importância de avaliar a percepção dos usuários sobre o SUS se dá devido ao seu papel essencial na saúde pública e os desafios de satisfação relatados, visando contribuir para a melhoria dos serviços e da confiança na gestão pública. Desta maneira, este estudo objetiva verificar a percepção dos usuários atendidos em um projeto de extensão a respeito do campo de ação do SUS.

MÉTODOS

Este estudo transversal foi realizado dentro das atividades do projeto de extensão "Hospital a Céu Aberto", promovido

pela International Federation of Medical Students Association (IFMSA) Brazil do comitê da Universidade de Medicina de Santo Amaro (UNISA). O evento ocorreu no Serviço Social do Comércio (SESC) unidade Interlagos, com participação de diversas Ligas Acadêmicas. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o parecer número 6.754.133.

Os participantes da pesquisa assinaram o termo de Compromisso e Confidencialidade e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo a resolução de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foram incluídas apenas pessoas maiores de 18 anos. Não houve benefício direto aos participantes.

A coleta de dados foi realizada por questionário impresso após a consulta. Foram pedidos os seguintes dados pessoais: idade, gênero, nível de escolaridade, faixa de renda, bairro de procedência e uso de convênio particular, do sistema público ou de ambos. Os participantes também assinalaram os serviços de saúde que acreditam fazer parte do SUS, os itens foram selecionados a partir do artigo 6º do capítulo I da Lei 8.080, garantindo que ao menos uma atividade de vigilância, atenção em saúde e gestão em saúde constasse no questionário, havendo ainda, itens que não fazem parte do SUS, como por exemplo: realização de boletim de ocorrência, botox para estética, aplicação de lentes dentárias, dentre outros.

Após a coleta, a análise dos dados foi feita pela Metodologia de Quartis que categorizou as frequências em quatro intervalos igualmente distribuídos, identificando padrões de agrupamento. Primeiramente, os dados foram organizados em ordem crescente, sendo que o item menos assinalado possui 4,44% e o mais assinalado possui 86,67%, e os valores dos percentis 25, 50 e 75 foram calculados. O primeiro quartil (Q1), com um valor de 26,7%, indica que 25% dos dados estão abaixo desse ponto. O segundo quartil (Q2), possui um valor de 44,15%, que separa os 50% inferiores dos superiores. O terceiro quartil (Q3), com um valor de 69,275%, indica que 75% dos dados estão abaixo dessa porcentagem.

Dessa forma, os itens foram classificados em quatro grupos: Q1 como baixo nível de conhecimento (4,44% - 26,7%), Q2 como médio baixo nível de conhecimento (26,7% - 44,15%), Q3 como médio alto nível de conhecimento (44,15% - 69,27%), e Q4 como alto nível de conhecimento, com porcentagem entre (69,27% - 86,67%).

Os demais determinantes foram analisados em conjunto para um melhor entendimento do perfil dos respondentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram recolhidas 167 respostas válidas no evento. Os itens do questionário (Tabela 1) foram divididos nas áreas de vigilância, atenção e gestão em saúde e relacionados posteriormente a variáveis ligadas ao quesito perfil socioeconômico. Por fim, associou-se a percepção populacional descrita com as políticas públicas de educação em saúde do SUS.

Tabela 1 - Itens do questionário por categoria, porcentagem e quartil.

Perguntas questionário	Categorias do questionário	% de respostas	Quartil
Fornecimento de remédios básicos	Atenção	86,67%	4
Consulta médica	Atenção	85,00%	4
Vacinação humana	Atenção	84,44%	4
Realização de pré-natal	Atenção	83,89%	4
Psicólogo	Atenção	83,33%	4
Agente comunitário de saúde	Atenção	83,33%	4
Assistente social	Atenção	81,67%	4
Cirurgias	Atenção	81,11%	4
Fisioterapia	Atenção	80,56%	4
Fonoaudiologia	Atenção	75,00%	4
Transfusão sanguínea	Atenção	73,33%	4
Banco de leite humano	Atenção	73,33%	4
Quimioterapia	Atenção	72,78%	4
Transplante de órgãos	Atenção	69,44%	4
Assistência integral ao autista	Atenção	68,89%	3
Ações de nutrição	Atenção	66,11%	3
Inserção de DIU de cobre	Atenção	65,56%	3
Atendimento a populações vulneráveis	Atenção	62,78%	3
Atenção domiciliar	Atenção	61,67%	3
Reabilitação auditiva, física e visual	Atenção	61,11%	3
Fornecimento de próteses e andadores	Atenção	57,22%	3
Profilaxia pré-exposição ao HIV	Atenção	57,22%	3
Notificação de violência contra a mulher	Atenção	54,44%	3
Aborto legal	Atenção	38,89%	2
Silicone pós-retirada de mama	Atenção	37,22%	2
Cirurgia de mudança de sexo	Atenção	22,22%	1
Constelação familiar	Atenção	20,00%	1
Ioga e meditação	Atenção	18,89%	1
Fertilização in vitro	Atenção	11,11%	1
Remédios de alto custo	Gestão	66,11%	3
Incentivo ao desenvolvimento científico	Gestão	31,11%	2
Controle de qualidade de medicações	Vigilância	57,22%	3
Ações de saneamento básico	Vigilância	45,00%	3
Vigilância da água e alimentos	Vigilância	43,33%	2
Eliminação de riscos à saúde do trabalhador	Vigilância	37,22%	2
Investigação de óbito materno	Vigilância	36,11%	2
Divulgação de informações sobre acidentes	Vigilância	33,33%	2
Avaliação da exposição humana a contaminantes químicos	Vigilância	32,78%	2
Proteção ao meio ambiente	Vigilância	31,11%	2
Formulação da política de sangue	Vigilância	31,11%	2
Controle sanitário de fronteiras, portos e aeroportos	Vigilância	28,33%	2
Gestão de riscos decorrentes de desastres naturais	Vigilância	26,67%	1
Fiscalização de produtos radioativos	Vigilância	25,00%	1
Proteção do ambiente de trabalho	Vigilância	23,33%	1
Monitoramento de cosméticos	Vigilância	10,56%	1
Castração de animais	Não pertence	29,44%	2
Todas as vacinas animais	Não pertence	26,67%	1
Realização de boletim de ocorrência	Não pertence	22,22%	1
Prisão preventiva	Não pertence	15,00%	1
Lentes dentárias	Não pertence	10,56%	1
Barriga de aluguel	Não pertence	7,22%	1
Botox para estética	Não pertence	6,11%	1
Remoção de tatuagem	Não pertence	4,44%	1

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Vigilância

A análise mostrou que o público tem um conhecimento relativamente baixo sobre vigilância em saúde no SUS¹¹. Enquanto 4 itens se apresentaram como Q1 e 8 como Q2, nenhum item foi classificado como Q4 e apenas dois (ações de saneamento básico e controle de qualidade de medicações) como Q3.

Esse conhecimento populacional limitado impacta negativamente no desenvolvimento e financiamento do setor. Embora a vigilância em saúde tenha ampliado suas áreas de atuação e aprimorado sua capacidade de previsão e intervenção, sua expansão não foi acompanhada da compreensão pública, contribuindo para a subvalorização do setor, criação de desigualdades na incorporação e descentralização de tecnologias entre a assistência à saúde e a vigilância, criando uma lacuna no fortalecimento das capacidades do SUS em áreas fundamentais como: a promoção da saúde, o controle de doenças e as respostas a emergências de saúde pública¹².

A pressão por mais serviços de média e alta complexidade direciona recursos de forma desproporcional, prejudicando as ações de vigilância e perpetuando o ciclo de subfinanciamento e fragilidade estrutural¹².

Atenção

Entre os 53 itens do questionário, 29 fazem parte da atenção em saúde nos três níveis de complexidade. Desses 14 foram classificados como Q4, 9 como Q3, 2 como Q2 e 4 classificados como Q1. Nota-se que 79,3% dos itens foram qualificados como Q3 e Q4 enquanto, apenas 13,7% foram alocados como Q1, concluindo que este setor corresponde um campo de atuação do SUS com elevado conhecimento por parte da população analisada¹³.

Dentre os itens analisados (Tabela 2), 21 fazem parte da atenção primária, dois da atenção secundária e seis da atenção terciária, indicando que o conhecimento foi homogêneo dentro dos três níveis de atenção do SUS, não sendo considerado um fator significativo na determinação do conhecimento a respeito da disponibilização de serviços na saúde pública¹³.

Faz-se necessário que os usuários tenham o conhecimento adequado dos serviços oferecidos, a fim de utilizá-los de maneira ampla e adequada às necessidades individuais¹⁸.

Tabela 2 - Itens de atenção em saúde classificados por nível de atenção e quartil.

Perguntas Questionário Atenção em Saúde	Nível de Atenção	Nível de conhecimento
Fornecimento de remédios básicos	Primária	Alto
Realização de pré-natal	Primária	Alto
Vacinação humana	Primária	Alto
Psicólogo	Primária	Alto
Fonoaudiologia	Primária	Alto
Banco de leite humano	Primária	Alto
Assistente social	Primária	Alto
Consulta médica	Primária	Alto
Fisioterapia	Primária	Alto
Agente comunitário de saúde	Primária	Alto
Reabilitação Auditiva, física e visual	Primária	Médio alto
Fornecimento de próteses e andadores	Primária	Médio alto
Atendimento a populações vulneráveis	Primária	Médio alto
Ações de nutrição	Primária	Médio alto
Inserção de DIU de cobre	Primária	Médio alto
Atenção domiciliar	Primária	Médio alto
Profilaxia pré-exposição ao HIV	Primária	Médio alto
Assistência integral ao autista	Primária	Médio alto
Notificação de violência contra a mulher	Primária	Médio alto
Constelação familiar	Primária	Baixo
oga e meditação	Primária	Baixo
Transfusão sanguínea	Secundária	Alto
Aborto legal	Secundária	Médio baixo
Quimioterapia	Terciária	Alto
Transplante de órgãos	Terciária	Alto
Cirurgias	Terciária	Alto
Silicone pós retirada de mama	Terciária	Médio baixo
FIV	Terciária	Baixo
Cirurgia de mudança de sexo	Terciária	Baixo

Fonte - Elaborado pelos autores (2024).

Gestão

O questionário possui 2 itens de gestão: fornecimento de medicamentos de alto custo e incentivo ao desenvolvimento científico.

O primeiro obteve classificação Q3 por consequência das regiões mais desenvolvidas, como o Sul e Sudeste, terem maior acesso a esses medicamentos, enquanto as áreas menos favorecidas enfrentam mais dificuldades¹⁹. Apesar do acesso garantido por lei, barreiras burocráticas e desigualdades regionais contribuem para este resultado²⁰. Já o segundo item foi classificado como

Q2, este setor se destaca em programas como o Programa de Pesquisa para o SUS, que financiou mais de 3,7 mil estudos científicos com um investimento de R\$343 milhões, que fortalece a pesquisa científica e combate a desinformação^{21,22,23}.

Perfil socioeconômico

O estudo apresenta uma limitação relacionada ao público e local de coleta, visto que os dados indicam que a maioria dos participantes tem uma renda baixa a moderada, possivelmente influenciada pela gratuidade dos serviços e pela localização em um bairro de características socioeconômicas menos favorecidas. Predomina-se também uma população jovem, com 85,9% dos participantes entre 18 e 49 anos.

A análise de escolaridade e gênero mostrou predominância feminina. Não houve pessoas sem alfabetização entre os respondentes. Apenas mulheres declararam saber ler e escrever. No ensino fundamental completo, houve 39 mulheres e 16 homens, e no ensino fundamental incompleto, 11 mulheres e 4 homens. A maior parte possui ensino superior completo (40 mulheres e 21 homens), e no ensino superior incompleto, 25 mulheres e 13 homens. Esses dados indicam maior participação feminina nos níveis de escolaridade mais elevados.

Políticas Nacionais de Educação em Saúde

Duas políticas podem ter papel significativo em relação à melhoria do entendimento destes achados no Brasil. A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, estabeleceu a Política Nacional de Educação em Saúde, com objetivo de integrar o ensino, a atenção à saúde e a gestão no SUS, promovendo melhorias na qualidade e humanização do sistema²⁴. Já a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, de 2013, visa ampliar a participação popular e fortalecer a gestão participativa, promovendo uma conexão mais estreita entre gestores, profissionais de saúde e a população, baseada no conhecimento compartilhado e na construção de um projeto democrático e popular²⁵.

Essas políticas se relacionam com os resultados do estudo, que revelou que muitos participantes não identificaram corretamente os serviços oferecidos pelo SUS. Por exemplo, a castração de animais foi frequentemente apontada, apesar de não ser um serviço do SUS, evidenciando que o conhecimento da população sobre o sistema precisa ser ampliado¹⁸.

Para que a população participe ativamente e usufrua dos benefícios do SUS, é fundamental compreender os serviços disponíveis e seus direitos e deveres como parte do sistema público de saúde. A Política Nacional de Educação em Saúde desempenha um papel crucial ao capacitar agentes comunitários para disseminar informações precisas e adaptadas às necessidades da população, fortalecendo a autonomia das pessoas na tomada de decisões sobre sua saúde.

A Educação Popular em Saúde, por sua vez, promove uma troca de saberes entre profissionais e a comunidade, valorizando as práticas culturais e locais, o que permite uma atuação mais ativa na população na gestão da sua saúde^{26,27}.

Junto a isso, as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde podem fomentar a criação de projetos que aproximem a gestão das necessidades da população e divulguem serviços pouco conhecidos, como a ioga e meditação, classificadas como Q1 no estudo, implantadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares²⁸.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou uma compreensão desigual por parte da população em relação aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Embora haja um bom entendimento sobre a atenção à saúde, especialmente nos três níveis de complexidade, áreas como vigilância sanitária e epidemiológica ainda são pouco conhecidas, o que compromete o desenvolvimento e o financiamento dessas atividades. O menor conhecimento sobre esses serviços e os de gestão pode contribuir para a perpetuação de desigualdades regionais e dificuldades de acesso a tecnologias e medicamentos de alto custo.

Além disso, o estudo destacou disparidades socioeconômicas e regionais no acesso aos serviços de saúde, com maior participação feminina e predominância de indivíduos com níveis variados de escolaridade. Para superar essas lacunas e promover uma participação mais ativa da população no SUS, é fundamental o fortalecimento de políticas de educação em saúde, como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que visa capacitar os cidadãos, aumentar a conscientização sobre seus direitos e serviços disponíveis, e consequentemente, melhorar a gestão e o acesso ao sistema.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 20 mai. 2023.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 mai. 2023.
3. Brasil. Lei nº8.080. 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 mai. 2023.
4. Giovanella L, Escorel S, Vasconcelos LC, Carvalho JN, Carvalho AI. Política e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 20 mai. 2023.
5. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 15 jun. 2023.
6. Rivera FJ, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciênc. saúde colet.*, v. 15, p. 2265-2274, 1 ago. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500002>. Acesso em: 07 set. 2024.
7. Pinafo E, Almeida EF, Carvalho BG, Mendonça FF, Domingos CM, Silva CR. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciênc. saúde colet.*, v. 25, n. 5, p. 1619-1628, maio 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>. Acesso em: 07 set. 2024.
8. Emília A, Reis RS. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. 1. ed. Un. XIII. São Luís. 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acerivo/html/ARES/7408/1/GP5U1.pdf>. Acesso em: 7 set. 2024.
9. Campos GW. Reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde colet.*, v. 27, n. 7, p. 2516, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022777.07692022>. Acesso em: 22 mai. 2023.
10. Conselho Federal de Medicina (CFM), Datafolha, Associação Paulista de Medicina (APM). Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área de saúde. 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>. Acesso em 22 mai. 2023.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Vigilância Sanitária no SUS: Curso Básico em Vigilância Sanitária. Brasília. 2015. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/publicacoes-elaboradas-para-cursos-de-pos-graduacao/curso-basico-em-vigilancia-sanitaria-2015/unidade_01-vigilancia-sanitaria-no-sus.pdf. Acesso em: 29 ago. 2024.
12. Teixeira MG, Costa MC, Carmo EH, De Oliveira WK, Penna GO. Health surveillance at the SUS: development, effects and perspectives. *Ciênc. saúde colet.* 23 (6). jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>. Acesso em: 30 ago. 2024.
13. Silva AM, Cordeiro CG, Costa GC, Caetano DA, Alves MS, Sanches VS *et al.* O Conhecimento da População Sobre o Sistema Único de Saúde e o seu Funcionamento. *Cadern de Educ, Saúde e Fisiot.* v. 1, n. 1, 2014. Disponível em: <http://revista>.

redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/125. Acesso em: 26 de set. 2024.

14. Brasil. Portaria nº 3.149 de 28 de dezembro de 2012. Brasília, dez. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html. Acesso em: 07 set. 2024.

15. Brasil. Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 07 set. 2024.

16. Brasil. Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 07 set 2024.

17. Brasil. Portaria nº 127 de 13 de fevereiro de 2023. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0127_14_02_2023.html#:~:text=Instituiu%20estrat%C3%A9gia%20excepcional%20de%20amplia%C3%A7%C3%A3o,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20D%20SUS. Acesso em: 07 set. 2024.

18. Hamada RK, Almeida VO, Brasil IC, Souza SG, Luzia RA, Campos EM. *et al.* Conhecendo o Sistema Único de Saúde: um olhar da população. Rev. Atenção Prim. a Saúde. v.21, n.4. 24 jan. 2020. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16459>. Acesso em: 26 de set. 2024.

19. Acurcio FA, Brandão CM, Guerra AA Júnior, Cherchiglia LM, Andrade IG, Almeida AM. *et al.* Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. Rev. bras. estud. popul., v. 26, n. 2, p. 263-282, dez. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982009000200007>. Acesso em: 26 de set. 2024.

20. Oliveira LC, Nascimento MA, Lima IM. O acesso a medicamentos em sistemas universais de saúde - perspectivas e desafios. Saúde em Debate, v. 43, n. spe5, p. 286-298, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S523>. Acesso em: 26 de set. 2024.

21. Ministério da Saúde. Programa Pesquisa Para o SUS - PP-SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/ppsus>. Acesso em: 26 set. 2024.

22. Ministério da Saúde. Programa de Pesquisa para o SUS é instituído oficialmente no Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/dezembro/programa-de-pesquisa-para-o-sus-e-instituido-oficialmente-no-brasil>. Acesso em: 26 set. 2024.

23. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde investe R\$234 milhões para pesquisas em saúde. jul. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/julho/ministerio-da-saude-investe-r-234-milhoes-em-nove-chamadas-publicas-para-pesquisa-em-saude>. Acesso em: 26 set. 2024.

24. Brasil. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Brasília, DF, ago. de 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 06 set. 2024.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 06 set. 2024.

26. Brito, PN, Santana EL, Moraes OA, Silva JC, Cruz PJ. O que se tem discutido sobre Educação Popular em Saúde nos últimos anos: uma revisão narrativa da literatura. Ciênc. saúde coletiva 29 (06), jun. 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.12542023>. Acesso em: 7 set. 2024.

27. Silva-Arioli IG, Schneider DR, Schneider DR, Barbosa TM, Ros MA. Promoção e Educação em saúde: uma análise epistemológica. Psicol. cienc. prof., v. 33, p. 672-687, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300012>. Acesso em: 7 set. 2024.

28. Docusse P. loga na Atenção Básica: uma intervenção integrativa e complementar para promoção da saúde. Florianópolis, SC, abril de 2017 Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/12915/1/Pedro_Docusse_Junior.pdf. Acesso em: 06 set. 2024.