

# Conhecimento de universitários sobre o Sistema Único de Saúde

## *Knowledge of university students about the National Health System*

Valdenice Aparecida de Menezes\*  
Petrônio José de Lima Martelli\*\*  
Danuta Azevedo Sampaio\*\*\*  
Keila Graciella Macêdo de Lima\*\*\*  
Amanda Maria Ferreira Barbosa\*\*\*\*  
Ana Flávia Granville-Garcia\*\*\*\*\*

### Resumo

*Introdução: o Sistema Único de Saúde, principal responsável pela assistência à saúde no território nacional, foi basicamente construído por instituições de nível superior. Objetivo: verificar o conhecimento dos universitários sobre o Sistema Único de Saúde. Métodos: a amostra foi composta por 446 estudantes dos cursos da área de saúde da Associação Caruaruense de Ensino Superior, matriculados nos níveis iniciais e finais dos cursos. O instrumento de coletas de dados foi um questionário estruturado composto por 19 questões. A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras nas salas de aula de cada curso de saúde da instituição. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. Para análise e associação foram utilizados os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher. A margem de erro considerada foi 5,0%. Resultados: verificou-se o correto conhecimento dos universitários, independente do ano do curso, sobre o conceito (68,3%), os princípios (84,8%), o campo de atuação (67,8%) e o Fundo Nacional de Saúde (57,9%). No tocante à municipalização (42,1%), vigilância epidemiológica (49,3%) e Conselho de Saúde (47,0%), o percentual de respostas corretas foi menor tanto nos universitários do primeiro quanto do último ano. Conclusão: a maioria dos universitários demonstrou ter bom conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, coerente com a afirmação majoritária de terem recebido informações suficientes sobre o tema durante a formação acadêmica.*

*Palavras-chave: Percepção. Saúde pública. Sistema Único de Saúde.*

### Introdução

Diante da inadequação do sistema de saúde que vigorava no Brasil até a década de 1980, com base nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma nova formulação política e organizacional para a reordenação dos serviços e ações de saúde, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que acarretou mudanças nas formas de pensar, conceber e realizar assistência à saúde no país<sup>1-2</sup>.

Esse sistema possui doutrinas e princípios organizativos equânimes em todo território nacional, podendo-se citar a universalidade, equidade, descentralização, participação comunitária, integralidade, hierarquização e regionalização sob o comando das três esferas do governo (municipal, estadual e federal), dando o mesmo direito e qualidade de atendimento a todo cidadão, reduzindo riscos de doenças e agravos, resultando, consequentemente, na promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>3</sup>.

A maioria das formulações e proposições do SUS foi construída pelas instituições de ensino superior, as quais são responsáveis pela formação dos profissionais que atuarão no sistema<sup>4-5</sup>. Os currículos sempre privilegiaram o paradigma curativo e problemas individuais, colocando o indivíduo como um ser biológico, não se orientando pela situação epidemiológica social, cultural e econômica da popu-

\* Doutora em Odontopediatria pela Universidade de Pernambuco FOP/UPE. Professora Adjunta da Faculdade Ascens, Caruaru - PE. Professora de pós-graduação da FOP/UPE, Camaragibe, Pernambuco, Brasil.

\*\* Doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Ageu Magalhães CPqAM/Fiocruz. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE, Brasil.

\*\*\* Acadêmicas do curso de Odontologia da Faculdade Ascens, Caruaru - PE, Brasil.

\*\*\*\* Especialista em Saúde Pública e doutoranda em Odontopediatria pela Universidade de Pernambuco FOP/UPE, Camaragibe - PE, Brasil.

\*\*\*\*\* Doutora em Odontologia pela FOP/UPE. Professora Titular da Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Odontologia; Campina Grande - PB, Brasil.

lação gerando a inaptidão de atender às suas reais necessidades<sup>6-7</sup>.

Os julgamentos a esse modelo acabaram na organização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) ligadas aos cursos de graduação e especialização da área de saúde, numa tentativa de incluir o padrão da integralidade, viabilizando mudanças nos currículos e projetos pedagógicos, presumindo-se a formação de generalistas atuando de maneira interdisciplinar, integrando ensino, serviço e pesquisa, a abordagem problematizadora, o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional. As DCNs representam também um conjunto de competências centralizadas nos princípios e diretrizes do SUS, possibilitando uma integração curricular, permitindo que os graduandos possam aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer<sup>7-13</sup>.

O Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação restringem-se à autonomia em temas considerados de responsabilidade pública. A relevância pública da saúde se constitui como uma razão suficiente para o setor educacional incorporar a autonomia universitária à gestão das políticas públicas de saúde, permitindo uma associação entre as diretrizes do SUS e as curriculares nacionais, para efetivação desse sistema<sup>13</sup>.

Como proposição do governo, uma política de mudança na formação deve possibilitar o fortalecimento da articulação entre a universidade e os serviços/sistema de saúde de modo a ampliar as chances de indução de novos compromissos de cooperação entre universidade e SUS, desde a base local/regional de inserção da instituição formadora, dos órgãos de gestão do SUS e de sua rede de atenção<sup>14</sup>.

Dentro desse contexto, o objetivo deste trabalho é verificar o conhecimento de universitários dos cursos de saúde de uma instituição de ensino superior sobre o Sistema Único de Saúde, destacando a sua importância na formação profissional do indivíduo.

## Materiais e método

A amostra foi composta por universitários na faixa etária de 17 a 35 anos, graduandos dos níveis iniciais e finais dos cursos da área de saúde (biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia e odontologia), de uma instituição particular de ensino superior, Associação Caruaruense de Ensino Superior (Faculdade ASCES) do estado de Pernambuco, Brasil. Essa instituição possui um Centro de Especialidades Odontológicas (parceria Brasil Sorridente do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru), e participa do Programa Federal Pró-Saúde.

Foram considerados estudantes do início do curso aqueles matriculados no primeiro e/ou segundo semestre, e concluintes aqueles matriculados no penúltimo e/ou último semestre. O cálculo amostral foi estratificado por curso e por sexo, considerando prevalências obtidas na amostra da pesquisa mais próximas de 50% e margem de erro de 5%. A amostra totalizou 446 universitários, sendo 125 (28,0%) do sexo masculino e 321 (72,0%) do feminino.

O instrumento de coleta foi um questionário estruturado composto de 19 perguntas (abertas e fechadas), abordando as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, bem com as questões relativas ao conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde. Para avaliar a fidedignidade das respostas, o questionário foi, com 10% da amostra, previamente validado pelo método "face a face".

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2009, mediante a aplicação do questionário, de forma individual, anônima e autopreenchível em sala de aula com todos os alunos reunidos de cada curso de saúde da instituição, na disciplina que apresentou o maior número de alunos matriculados.

A princípio, foi explicada aos estudantes a finalidade da pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos participantes voluntariamente, tendo lhes sido garantido anonimato e sigilo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Asces (protocolo nº 019/09) e esteve de acordo com os princípios éticos contidos na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Declaração de Helsink.

As informações obtidas foram calculadas por técnicas estatísticas descritivas através de distribuições absolutas, percentuais de medidas e técnicas de estatísticas inferenciais. As técnicas de estatística inferencial envolveram a utilização do teste Qui-quadrado de Pearson ou, quando as condições para utilização deste não foram verificadas, o teste Exato de Fisher.

A digitação e o processamento dos dados foram realizados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 15. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi 5,0%.

## Resultados

Na Tabela 1 verifica-se que a maioria dos universitários tinha entre 21 e 29 anos (53,3%), eram do sexo feminino (72,0%) e solteiros (88,3%).

Tabela 1 - Distribuição dos pesquisados por faixa etária, sexo e estado civil, conforme o ano de graduação dos cursos da área de saúde da Asces. Caruaru, 2009

| Variável             | Ano      |       |        |       | Grupo total |       |
|----------------------|----------|-------|--------|-------|-------------|-------|
|                      | Primeiro |       | Último |       | N           | %     |
|                      | N        | %     | N      | %     |             |       |
| • Faixa etária       |          |       |        |       |             |       |
| Até 20               | 148      | 64,6  | 28     | 14,7  | 176         | 41,9  |
| 21 a 29              | 75       | 32,8  | 149    | 78,0  | 224         | 53,3  |
| 30 ou mais           | 6        | 2,6   | 14     | 7,3   | 20          | 4,8   |
| Total <sup>(2)</sup> | 229      | 100,0 | 191    | 100,0 | 420         | 100,0 |
| • Sexo               |          |       |        |       |             |       |
| Masculino            | 74       | 31,1  | 51     | 24,5  | 125         | 28,0  |
| Feminino             | 164      | 68,9  | 157    | 75,5  | 321         | 72,0  |
| Total                | 238      | 100,0 | 208    | 100,0 | 446         | 100,0 |
| • Estado civil       |          |       |        |       |             |       |
| Solteiro             | 203      | 89,8  | 174    | 86,6  | 377         | 88,3  |
| Casado               | 23       | 10,2  | 27     | 13,4  | 50          | 11,7  |
| Total                | 226      | 100,0 | 201    | 100,0 | 427         | 100,0 |

Na Tabela 2 verifica-se que, com exceção do que representa o SUS, a maioria dos pesquisados respondeu de forma satisfatória as questões abordadas com diferença significativa ( $p < 0,05$ ).

Tabela 2 - Avaliação das questões do SUS sobre conceito, princípios, diretrizes, campos de atuação e fundo nacional de saúde segundo o ano de graduação dos universitários da área de saúde da Asces. Caruaru, 2009.

| Questão   | Ano      |       |        |       | Grupo total |       | Valor de p          |
|---|----------|-------|--------|-------|-------------|-------|---------------------|
|   | Primeiro |       | Último |       | N           | %     |                     |
|   | N        | %     | N      | %     |             |       |                     |
| • O que é o SUS?  |          |       |        |       |             |       |                     |
| Instituições dos três níveis de governo e se necessário, pelo setor privado                                     | 157      | 66,5  | 144    | 70,2  | 301         | 68,3  | $p^{(1)} = 0,689$   |
| Instituições estaduais e se necessário, pelo setor privado  | 16       | 6,8   | 12     | 5,9   | 28          | 6,3   |                     |
| Instituições dos três níveis de governo, sem participação do setor privado                                      | 27       | 11,4  | 17     | 8,3   | 44          | 10,0  |                     |
| Instituições federais e estaduais e, se necessário, pelo setor privado  | 36       | 15,3  | 32     | 15,6  | 68          | 15,4  |                     |
| Total <sup>(3)</sup>  | 236      | 100,0 | 205    | 100,0 | 441         | 100,0 |                     |
| • Quais os princípios do SUS?   |          |       |        |       |             |       |                     |
| Universalidade, integralidade e equidade  | 173      | 76,5  | 191    | 94,1  | 364         | 84,8  | $P^{(1)} < 0,001^*$ |
| Descentralização, participação e autonomia  | 31       | 13,7  | 9      | 4,4   | 40          | 9,3   |                     |
| Equidade, intersetorialidade e racionalidade  | 22       | 9,7   | 3      | 1,5   | 25          | 5,8   |                     |
| Total <sup>(3)</sup>  | 226      | 100,0 | 203    | 100,0 | 429         | 100,0 |                     |
| • Quais as diretrizes administrativas do SUS?   |          |       |        |       |             |       |                     |
| Hierarquização  | 61       | 26,0  | 59     | 28,6  | 120         | 27,2  | $P^{(1)} = 0,528$   |
| Descentralização  | 123      | 52,3  | 148    | 71,8  | 271         | 61,5  | $P^{(1)} < 0,001^*$ |
| Atendimento integral  | 134      | 57,0  | 98     | 47,6  | 232         | 52,6  | $P^{(1)} = 0,047^*$ |
| Participação complementar da iniciativa privada   | 44       | 18,7  | 48     | 23,3  | 92          | 20,9  | $P^{(1)} = 0,238$   |
| Participação da comunidade  | 109      | 46,4  | 80     | 38,8  | 189         | 42,9  | $P^{(1)} = 0,110$   |
| Controle social   | 91       | 38,7  | 56     | 27,2  | 147         | 33,3  | $P^{(1)} = 0,010^*$ |
| Resolutividade  | 49       | 20,9  | 54     | 26,2  | 103         | 23,4  | $P^{(1)} = 0,184$   |
| Base <sup>(2, 3)</sup>  | 235      |       | 206    |       | 441         |       |                     |
| • Sobre os campos de atuação do SUS:  |          |       |        |       |             |       |                     |
| Restringe-se à execução dos serviços de saúde   | 66       | 29,6  | 42     | 20,8  | 108         | 25,4  | $p^{(1)} = 0,037^*$ |
| Não contempla a saúde do trabalhador  | 13       | 5,8   | 5      | 2,5   | 18          | 4,2   |                     |
| Atua na política de saneamento, formação de recursos humanos em saúde e na política de derivados de sangue      | 138      | 61,9  | 150    | 74,3  | 288         | 67,8  |                     |
| Não contempla a execução da política de derivados de sangue   | 6        | 2,7   | 5      | 2,5   | 11          | 2,6   |                     |
| Total <sup>(2)</sup>  | 223      | 100,0 | 202    | 100,0 | 425         | 100,0 |                     |
| • Sobre o Fundo Nacional de Saúde:  |          |       |        |       |             |       |                     |
| Existe nas três esferas: Federal, Estadual e Municipal.   | 120      | 54,8  | 122    | 61,3  | 242         | 57,9  | $p^{(1)} = 0,002^*$ |
| Conta que recebe toda verba destinada à saúde, que é repassada para municípios, estados e algumas instituições. | 70       | 32,0  | 70     | 35,2  | 140         | 33,5  |                     |
| Existe apenas nas esferas estadual e municipal.   | 29       | 13,2  | 7      | 3,5   | 36          | 8,6   |                     |
| Total <sup>(4)</sup>  | 219      | 100,0 | 199    | 100,0 | 418         | 100,0 |                     |

(\*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Devido ao fato de um mesmo pesquisado citar mais de uma alternativa, registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

(3): Houve diferença nos valores de n devido à falta de informação.

De acordo com os dados constantes na Tabela 3, destaca-se que quando questionados sobre a vigilância epidemiológica e a participação dos serviços privados, a maioria dos universitários respondeu corretamente as questões abordadas com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

Tabela 3 - Avaliação das questões do SUS sobre municipalização da saúde, vigilância epidemiológica, participação no SUS dos serviços privados, da sociedade e dos conselhos de saúde, conforme o ano de graduação dos universitários da área de saúde da Asces. Caruaru, 2009

| Questão  | Ano      |       |        |       | Grupo total |       | Valor de p                |
|--|----------|-------|--------|-------|-------------|-------|---------------------------|
|  | Primeiro |       | Último |       | N           | %     |                           |
|  | n        | %     | n      | %     |             |       |                           |
| • O que é municipalização da saúde?  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Conjunto de ações e serviços preventivos e curativos no município  | 56       | 24,3  | 54     | 28,0  | 110         | 26,0  | p <sup>(1)</sup> = 0,157  |
| Resolução dos serviços em todos os níveis de assistência   | 48       | 20,9  | 25     | 13,0  | 73          | 17,3  |                           |
| Descentralização dos serviços para os municípios   | 91       | 39,6  | 87     | 45,1  | 178         | 42,1  |                           |
| Integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico do município                                      | 35       | 15,2  | 27     | 14,0  | 62          | 14,7  |                           |
| Total <sup>(3)</sup>   | 230      | 100,0 | 193    | 100,0 | 423         | 100,0 |                           |
| • O que é vigilância epidemiológica?   |          |       |        |       |             |       |                           |
| Coleta de informações sobre saúde e doença para intervenção  | 68       | 29,3  | 78     | 41,1  | 146         | 34,6  | p <sup>(2)</sup> = 0,009* |
| Ações para eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários                    | 128      | 55,2  | 80     | 42,1  | 208         | 49,3  |                           |
| Estudo do processo saúde-doença em coletividades humanas   | 30       | 12,9  | 31     | 16,3  | 61          | 14,5  |                           |
| Integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico do município                                      | 6        | 2,6   | 1      | 0,5   | 7           | 1,7   |                           |
| Total <sup>(4)</sup>   | 232      | 100,0 | 190    | 100,0 | 422         | 100,0 |                           |
| • Sobre a participação dos serviços privados:  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Nunca podem integrar o SUS   | 18       | 7,7   | 6      | 3,0   | 24          | 5,5   | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Uma vez contratados, estes serviços seguem regras próprias   | 30       | 12,8  | 12     | 6,0   | 42          | 9,7   |                           |
| A Constituição Federal não resguarda o direito de participação   | 32       | 13,6  | 8      | 4,0   | 40          | 9,2   |                           |
| Para garantir a cobertura assistencial à população, pode-se recorrer aos serviços da iniciativa privada            | 155      | 66,0  | 174    | 87,0  | 329         | 75,6  |                           |
| Total <sup>(2)</sup>   | 235      | 100,0 | 200    | 100,0 | 435         | 100,0 |                           |
| • Sobre a participação da sociedade na gestão do SUS?  |          |       |        |       |             |       |                           |
| As conferências e os conselhos de saúde constituem formas previstas em lei da participação social na gestão do SUS | 169      | 73,8  | 169    | 82,8  | 338         | 78,1  | p <sup>(1)</sup> = 0,137  |
| Só as conferências de saúde permitem a participação no SUS   | 21       | 9,2   | 13     | 6,4   | 34          | 7,9   |                           |
| Só os conselhos de saúde permitem a participação no SUS  | 31       | 13,5  | 16     | 7,8   | 47          | 10,9  |                           |
| A sociedade não tem direito a participar na gestão do SUS  | 8        | 3,5   | 6      | 2,9   | 14          | 3,2   |                           |
| Total <sup>(2)</sup>   | 229      | 100,0 | 204    | 100,0 | 433         | 100,0 |                           |
| • O que significa dizer que os conselhos de saúde  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Devem ser paritários?  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Metade dos conselheiros deve ser representante dos profissionais   | 43       | 19,6  | 31     | 16,0  | 74          | 17,9  | p <sup>(1)</sup> = 0,098  |
| Metade dos conselheiros deve ser de entidades governamentais   | 43       | 19,6  | 54     | 27,8  | 97          | 23,5  |                           |
| Metade dos conselheiros deve ser de representantes dos usuários  | 102      | 46,6  | 92     | 47,4  | 194         | 47,0  |                           |
| Metade dos conselheiros deve ser de prestadores de serviço   | 31       | 14,2  | 17     | 8,8   | 48          | 11,6  |                           |
| Total <sup>(2)</sup>   | 219      | 100,0 | 194    | 100,0 | 413         | 100,0 |                           |

(\*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Houve diferença nos valores devido à falta de informação.

Da Tabela 4, excetuando-se algumas doenças de notificação obrigatória, conceitos relativos aos serviços de referência e contrarreferência, NOBs, profissionais que compõe a equipe de saúde da família e informações fornecidas ao longo da formação discente, a grande parte dos pesquisados respondeu de maneira aceitável as questões abordadas com diferença significativa ( $p < 0,05$ ).

Tabela 4 - Avaliação das questões do estudo segundo o ano de graduação nos cursos da área de saúde da Asces. Caruaru, 2009

| Questão   | Ano      |       |        |       | Grupo Total |       | Valor de p                |
|---|----------|-------|--------|-------|-------------|-------|---------------------------|
|   | Primeiro |       | Último |       | n           | %     |                           |
|   | n        | %     | n      | %     |             |       |                           |
| • O que caracteriza o nível de atenção primária?  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Profissionais especializados  | 18       | 7,7   | 3      | 1,5   | 21          | 4,8   | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Profissionais de formação generalista   | 187      | 79,9  | 199    | 97,1  | 386         | 87,9  |                           |
| Profissionais especializados e equipamentos de alta complexidade  | 18       | 7,7   | 2      | 1,0   | 20          | 4,6   |                           |
| Profissionais especializados e os hospitais de grande porte   | 11       | 4,7   | 1      | 0,5   | 12          | 2,7   |                           |
| Total <sup>(4)</sup>  | 234      | 100,0 | 205    | 100,0 | 439         | 100,0 |                           |
| • Quais doenças abaixo são de notificação Obrigatória?  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Gripe   | 85       | 36,3  | 35     | 17,0  | 120         | 27,3  | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Sarampo   | 122      | 52,1  | 106    | 51,5  | 228         | 51,8  | p <sup>(1)</sup> = 0,887  |
| Tétano  | 75       | 32,1  | 73     | 35,4  | 148         | 33,6  | p <sup>(1)</sup> = 0,453  |
| Dengue  | 152      | 65,0  | 142    | 68,9  | 294         | 66,8  | p <sup>(1)</sup> = 0,377  |
| AIDS  | 200      | 85,5  | 182    | 88,3  | 382         | 86,8  | p <sup>(1)</sup> = 0,373  |
| Escabiose   | 17       | 7,3   | 7      | 3,4   | 24          | 5,5   | p <sup>(1)</sup> = 0,075  |
| Tuberculose   | 183      | 78,2  | 180    | 87,4  | 363         | 82,5  | p <sup>(1)</sup> = 0,012* |
| Hanseníase  | 122      | 52,1  | 172    | 83,5  | 294         | 66,8  | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Difteria  | 39       | 16,7  | 50     | 24,3  | 89          | 20,2  | p <sup>(1)</sup> = 0,048* |
| Base <sup>(3, 4)</sup>  | 234      |       | 206    |       | 440         |       |                           |
| • O que é referência e contra referência no SUS?  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Encaminhamento do paciente ao serviço básico, informando o que foi realizado e se o problema foi resolvido  | 36       | 15,9  | 21     | 10,6  | 57          | 13,4  | p <sup>(2)</sup> = 0,102  |
| Conjunto contínuo das ações e serviços no município   | 13       | 5,7   | 16     | 8,1   | 29          | 6,8   |                           |
| Garantia do atendimento no serviço especializado, informando o problema de saúde. Depois encaminhamento ao serviço básico, informando o que foi realizado | 172      | 75,8  | 160    | 80,8  | 332         | 78,1  |                           |
| Integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico do município   | 6        | 2,6   | 1      | 0,5   | 7           | 1,6   |                           |
| Total <sup>(4)</sup>  | 227      | 100,0 | 198    | 100,0 | 425         | 100,0 |                           |
| • Finalidades das Normas Operacionais Básicas (NOBs)  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Normatizaram o SUS  | 103      | 51,5  | 79     | 47,0  | 182         | 49,5  | p <sup>(1)</sup> = 0,059  |
| Regularizaram as relações entre os gestores   | 26       | 13,0  | 11     | 6,5   | 37          | 10,1  |                           |
| Definir o papel de cada esfera do governo   | 64       | 32,0  | 73     | 43,5  | 137         | 37,2  |                           |
| Não são definidas   | 7        | 3,5   | 5      | 3,0   | 12          | 3,3   |                           |
| Total <sup>(4)</sup>  | 200      | 100,0 | 168    | 100,0 | 368         | 100,0 |                           |
| • Profissionais da equipe de saúde da família?  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Médicos   | 209      | 88,9  | 195    | 94,2  | 404         | 91,4  | p <sup>(1)</sup> = 0,049* |
| Agentes comunitários  | 184      | 78,3  | 176    | 85,0  | 360         | 81,4  | p <sup>(1)</sup> = 0,069  |
| Enfermeiros   | 204      | 86,8  | 197    | 95,2  | 401         | 90,7  | p <sup>(1)</sup> = 0,002* |
| Dentistas   | 187      | 79,6  | 177    | 85,5  | 364         | 82,4  | p <sup>(1)</sup> = 0,103  |
| Fisioterapeutas   | 55       | 23,4  | 52     | 25,1  | 107         | 24,2  | p <sup>(1)</sup> = 0,674  |
| Auxiliares de enfermagem  | 154      | 65,5  | 147    | 71,0  | 301         | 68,1  | p <sup>(1)</sup> = 0,217  |
| Base <sup>(3, 4)</sup>  | 235      |       | 207    |       | 442         |       |                           |
| • Sobre promoção de saúde:  |          |       |        |       |             |       |                           |
| É a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde   | 196      | 86,3  | 197    | 97,5  | 393         | 91,6  | p <sup>(2)</sup> < 0,001* |
| Criação de ambientes favoráveis não interfere no processo de promoção de saúde  | 20       | 8,8   | 3      | 1,5   | 23          | 5,4   |                           |
| Não representa uma nova concepção da saúde  | 7        | 3,1   | 2      | 1,0   | 9           | 2,1   |                           |
| Não necessita ser vista de maneira multidisciplinar   | 4        | 1,8   | -      | -     | 4           | 0,9   |                           |
| Total <sup>(4)</sup>  | 227      | 100,0 | 202    | 100,0 | 429         | 100,0 |                           |
| • Informações do SUS no curso foram suficientes?  |          |       |        |       |             |       |                           |
| Sim   | 93       | 50,3  | 102    | 52,6  | 195         | 51,5  | p <sup>(1)</sup> = 0,653  |
| Não   | 92       | 49,7  | 92     | 47,4  | 184         | 48,5  |                           |
| Total <sup>(4)</sup>  | 185      | 100,0 | 194    | 100,0 | 379         | 100,0 |                           |

(\*): Diferença significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Houve diferença nos valores devido à falta de informação.

## Discussão

Após a realização desta pesquisa, que pretende representar um subsídio aos que trabalham por mudanças na área da saúde, algumas considerações surgiram durante a análise e discussão dos dados, principalmente pelo fato de a literatura científica dispor de poucos artigos a respeito do tema.

A educação superior tem passado por visíveis mudanças nos últimos anos, entretanto, o modelo vigente nas ciências da área da saúde é inegavelmente positivista, dualista, reducionista e mecanicista<sup>15</sup>. É inegável a relevância dos avanços conseguidos durante a vigência desse paradigma, porém, são inegáveis também os prejuízos advindos de equívocos incorporados a ele ao longo dos anos. Há uma concordância em todos os ramos das ciências quanto à necessidade de mudança desse paradigma no sentido de integração das partes sem desprezar a importância do estudo das mesmas<sup>16</sup>.

Os currículos dos cursos sempre privilegiaram o paradigma curativo, e essa continua sendo a filosofia de muitas universidades, cujo ensino não se orienta pela situação epidemiológica social, cultural e econômica da população, ou seja, priorizando os problemas de saúde individuais e não o coletivo<sup>6,7,9,12,17</sup>.

A orientação predominante na formação profissional da área da saúde no país defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde e, em geral, pouco integrados; hegemônicos na abordagem biologicista, medicalizante, procedimento-centrada e tecnicista. Quanto ao modelo pedagógico, frequentemente limita-se à metodologia tradicional da transmissão, impossibilitando o desenvolvimento de uma visão crítica, problematizadora, construtivista e com protagonismo ativo sobre o cuidado na saúde<sup>18</sup>. Cyrino e Pereira (1999)<sup>19</sup> enfatizaram que a formação de novos profissionais de saúde deve ser feita em parceria com os serviços ligados ao SUS: assim, os estudantes teriam oportunidade de presenciar e vivenciar o cotidiano dos serviços.

Com o intuito de que todas as alterações ditas pelas diretrizes curriculares sejam implementadas nos cursos de saúde, mudanças nos currículos e, conseqüentemente, nos projetos pedagógicos, devem ser viabilizadas para que as instituições de ensino superior cumpram o seu papel na formação de profissionais atualizados e comprometidos com o desenvolvimento do SUS<sup>7,9</sup>.

As relações de compromisso e responsabilidade entre o SUS e as instituições de educação superior requerem políticas que incluam proposições de um projeto de governo onde haja participação conjunta em várias ações, como, por exemplo, participação em projetos locais de educação permanente para docentes e profissionais de saúde<sup>18,20</sup>.

O Programa Saúde da Família (PSF), que vem sendo implantado progressivamente nos municípios brasileiros desde 1994, é considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reorientação da atenção básica no país. Pressupõe a responsabilidade de atenção integral sobre uma população e território definida por meio de uma atuação inter e multidisciplinar. O programa constitui-se em um espaço adequado para exercitar a formação de profissionais de saúde com enfoque de atenção integral<sup>21</sup>.

Diante disso, percebe-se que o sistema público de saúde representa uma das principais oportunidades de romper a supremacia do modelo biomédico<sup>22</sup>, conseqüentemente, o SUS enquadra-se nesse raciocínio. De acordo com Paim (2009)<sup>23</sup>, o SUS representa um sistema de saúde organizado de acordo com as crenças e valores da sociedade brasileira, conservando a influência dos determinantes sociais. As principais transformações organizacionais desse sistema vêm acontecendo nos últimos vinte anos. Verificou-se no presente estudo que a maioria dos universitários tem conhecimento sobre o que o SUS representa, o que concorda com os achados de Pinheiro et al.<sup>24</sup> (2009) ao analisarem o grau de conhecimento de estudantes do curso de Fisioterapia.

O sistema público de saúde representa atualmente um dos maiores empregadores<sup>25</sup>. O aumento significativo na contratação de profissionais tem influenciado a formação dos universitários, sugerindo alterações no conteúdo curricular, com ênfase para a saúde pública<sup>22</sup>. Diante disso, torna-se imprescindível o domínio desse sistema, principalmente no que diz respeito ao conhecimento de suas leis, dentre elas a Lei Orgânica nº 8080/90, que constitui uma das principais leis que regem a saúde no Brasil, dispoendo sobre várias condições primordiais, dentre as quais a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços<sup>3</sup>. Em seu estudo, Cotta et al.<sup>26</sup> (1998) e Saturnino et al.<sup>27</sup> (2011) constataram um inadequado nível de conhecimento dos profissionais de saúde pertencentes ao serviço público e de universitários acerca dos conceitos, princípios do SUS e suas diretrizes participativas. Vale destacar que neste estudo a maioria dos universitários respondeu corretamente sobre os princípios do SUS. Já no que concerne às diretrizes, houve diferença significativa com relação a alguns itens.

Os alicerces do SUS estão relacionados ao papel das instituições de ensino superior: formação de profissionais alinhados com o atual modelo assistencial, permitindo o cumprimento dos requisitos do atual sistema de saúde pública no Brasil<sup>22</sup>. A consolidação do SUS tem exigido dos gestores a identificação, a formulação e o fortalecimento das ações no campo dos recursos humanos<sup>25</sup>, incluindo também os mais diversos campos de atuação deste sistema. Ressalta-se também a importância do conhecimento das ações do Fundo de Saúde, órgão

responsável pela verba destinada à saúde no Brasil que funciona atuando nas três esferas de governo<sup>2</sup>. No presente estudo, verificou-se que a maioria dos universitários demonstrou domínio de alguns dos campos de atuação que constituem o SUS, bem como a respeito da participação do fundo de saúde.

Com relação à municipalização do SUS, ações da vigilância epidemiológica, participação dos serviços privados e da sociedade nas conferências e nos conselhos de saúde, tanto os estudantes ingressantes quanto os concluintes tiveram uma percepção correta desses conceitos. Esses conhecimentos são de suma importância para a compreensão do SUS em sua totalidade. Enquanto profissionais da área de saúde, os estudantes necessitam de experiência em atividades práticas, fornecidas pelas universidades, permitindo, dessa forma, um contato direto dos discentes com as reais necessidades da população<sup>28-30</sup>. De acordo com Santos e Trelha (2003)<sup>31</sup>, a educação baseada na interação com a comunidade possibilita o desenvolvimento e treinamento de habilidades e competências, tais como liderança, formação de equipes multiprofissionais, resolução de problemas, comunicação e planejamento.

A literatura demonstra a importância de uma educação universitária abrangente que envolva os âmbitos biológico, ético e social<sup>25</sup>. Investimentos em treinamento e qualificação pessoal são capazes de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas, nesse caso específico, os docentes, um dos principais pilares da formação educacional. A formação dos estudantes da área de saúde que atuarão nesse sistema teve, no decorrer dos anos, as mais diversas estratégias de operacionalização, dentre as quais figuram: norma operacional de assistência a saúde (NOAs), norma operacional básica (NOBs) e o Pacto de Gestão, culminando em alguns debates<sup>32</sup>. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde representa uma proposta de ação cujo objetivo é contribuir para a solidificação de várias atividades, como a transformação e qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços e das práticas pedagógicas na formação dos trabalhadores de saúde<sup>33</sup>. Com relação a essa realidade, alguns pontos são substancialmente importantes na transmissão, consolidação e vivência do conhecimento: níveis de atenção estabelecidos pelo SUS, doenças de notificação obrigatória, referência e contrarreferência, NOBs, composição das equipes de saúde da família e promoção de saúde. De maneira geral, houve um bom conhecimento dos pesquisados, tanto do primeiro quanto do último ano, na identificação dos tópicos.

Quando questionados se as informações obtidas no curso de graduação foram suficientes para o conhecimento, entendimento e funcionamento do SUS, 52,6% dos estudantes concluintes afirmaram que sim. Esses dados foram semelhantes aos verificados por Pinheiro et al.<sup>24</sup> (2009) entre acadêmicos de Fisioterapia que afirmaram ter conhecimento

sobre o SUS, destacando terem adquirido tal conhecimento, em grande parte, no curso de graduação, e acreditarem estar preparados para atuar no Sistema Único de Saúde.

Neste estudo, os universitários da área de saúde demonstraram ter um bom conhecimento sobre princípios doutrinários e organizacionais do SUS, além de deterem um bom preparo teórico quando questionados sobre a origem, a função e o financiamento do SUS. Esse fato pode ter sido influenciado pelo preparo do corpo docente dessa faculdade, atento às novas diretrizes curriculares, além do fato de esses estudantes terem acesso aos conhecimentos relativos ao SUS no início dos cursos, ocorrendo uma incorporação do conteúdo prático e teórico ao longo da formação discente.

Apesar disso, a mobilização do pensamento nacional para a mudança na graduação envolve a formação e o encorajamento de docentes, trabalhadores, estudantes, gestores e movimentos sociais. A mudança na graduação dos profissionais da saúde segue sendo um tema de fundamental importância para aqueles preocupados com a consolidação do SUS e cada vez mais presente na agenda política dos gestores desse sistema<sup>5</sup>.

## Conclusão

A maioria dos universitários, especialmente os concluintes, demonstrou ter conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, coerente com a afirmação prevalente de terem recebido informações suficientes sobre o SUS durante a formação acadêmica.

## Abstract

*Introduction: the National Health System, main responsible for health care in the national territory, was basically built by higher education institutions. Objective: the objective of this study is to verify the knowledge of students about the National Health System. Materials and methods: the sample was composed by 446 students of health area courses of the Caruaruense Association of Higher Education, enrolled in the initial and final levels. The data collection instrument was a structured questionnaire consisting of 19 questions. Data collection was carried out by the researchers in the classrooms of each health area course of the institution. There were used descriptive and inferential statistics techniques. For analysis and association tests chi-square or Fisher Exact were used. The considered error margin was 5.0%. Results: it was verified the correct knowledge of the university, regardless of the course's year, about the concept (68.3%), principles (84.8%), the field of action (67.8%), and the National Health Fund (57.9%). Regarding the municipalization (42.1%), epidemiological surveillance (49.3%), and Health Council (47.0%), the percentage of correct responses was lower in both, first and last year's university students. Conclusion: most university students have demonstrated good knowledge about the National Health System, which is*

*consistent with the majority statement that they have received enough information on the topic during academic formation.*

*Keywords: Perception. Public health. Unified Health System.*

## Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil; 1988; p. 133-37.
2. Oliveira DC de, Gomes AMT, Sá CP de, Acioli S. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica ao Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. *Psicol teor prá* 2007; 9(2):26-46.
3. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 [on line]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>
4. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [on line] 2001; 6 (2): [9 páginas] 319-28 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232001000200004&script=ci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232001000200004&script=ci_arttext)
5. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 [on line]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)
6. Weyne SC. Construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: Kriger L (Org.). *Promoção de Saúde Bucal – ABOPREV*. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 1-26.
7. Garbin CAS, Saliba NA, Moimaz SAS, Santos TS. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. *Rev Abeno* 2006; 6(1):06-10.
8. Campos FE, Belisário AS. O programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface comun saúde educ* [on line] 2001; 9: [9 páginas]. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista9/debates1.pdf>.
9. Rodrigues RPCB. Análise da área da saúde coletiva nas estruturas curriculares dos cursos de odontologia do Brasil [dissertação]. Araçatuba (SP): Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2005.
10. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface comun. saúde educ.* [on line] 2005; 9 (16): [18 páginas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832005000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832005000100013&script=sci_arttext)
11. Saippa-Oliveira G, Koifman L, Pinheiro R. Seleção de conteúdo, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERG-CEPESC-ABRASCO; 2006. p. 205-27.
12. Araújo D, Miranda MCG, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev. baiana saúde pública* [on line] 2007; 31 (1): [11 páginas]. Disponível em: [http://www.sau.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Suplemento\\_Vol31%2020.pdf](http://www.sau.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Suplemento_Vol31%2020.pdf).
13. Oliveira GS de. Saberes e esquemas de ação docente em saúde coletiva [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
14. Almeida M. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
15. Pietroni P. *Viver holístico*. São Paulo: Summus; 1988.
16. Fontes OL. Educação biomédica em transição conceitual: um enfoque pós-moderno [tese]. Piracicaba (SP): UNIMEP; 1997.
17. Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos; 2000.
18. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na Graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. saúde pública* [on line] 2004; 20(5): [10 páginas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>.
19. Cyrino EG, Pereira MLT. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o Projeto Saúde e Educação de Botucatu. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(2):39-44.
20. Feuerwerker LCM. Estratégias atuais para a mudança da formação dos profissionais da saúde [on line] 2001; [5 páginas]. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia\\_mudancas.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf).
21. Pinto LLS, Formigli VLA, Rêgo RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: Integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social. *Rev. baiana saúde pública* [on line] 2007; 31 (1): [18 páginas]. Disponível em: [http://www.sau.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Revista\\_Vol31\\_n1\\_2007%2020115.pdf](http://www.sau.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%2020115.pdf).
22. Costa SM, Silveira MF, Durães SJA, De Abreu MHNG, Bonnan PRF. Perceptions of dental students regarding dentistry, the job market and the public healthcare system. *Ciência & Saúde Coletiva* [on line] 2012; 17 (5): [12 páginas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a22v17n5.pdf>.
23. Paim JS. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.
24. Pinheiro LBD, Diógenes PN, Filgueiras MC, Abdon APV, Lopes EAB. Conhecimento de graduandos em Fisioterapia na Universidade de Fortaleza sobre o Sistema Único de Saúde. *Fisioter Pesq* [on line] 2009; 16(3):[6 páginas]. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v16n3/04.pdf>.
25. Gil CRR. Human resources training in family health: paradoxes and perspectives. *Cad Saude Publica* 2005; 21(2):490-498.
26. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real. Viçosa: Ed. da Universidade Federal de Viçosa; 1998.
27. Saturnino LTM, Luz ZP, Perini E, Modena CM. O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [on line] 2011; 16 (4) [8 páginas]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n4/v16n4a30.pdf>.
28. Skelton J, Mullins MR, Kaplan AL, West KP, Smith TA. University of Kentucky community-based field experience: program description. *J Dent Educ* 2001; 65(11):1238-42.
29. Bernabé E, Bernal JB, Beltrán-Neira RJ. A model of dental public health teaching at the undergraduate level in Peru. *J Dent Educ* 2006; 70(8):875-83.
30. Lampert JB. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. *Boletim da ABEM*. [on line] 2003; 31[3 páginas]. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/caderno>.
31. Santos RB, Trelha CS. A comunidade como sala de aula: experiência de nove anos do Curso de Fisioterapia em um projeto multiprofissional e interdisciplinar. *Fisioter Mov* 2003; 16(1):41-6.
32. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação de profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* [on line] 2011; 20 (4) [16 páginas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>.



33. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

**Endereço para correspondência:**

Valdenice Aparecida de Menezes  
Rua Carlos Pereira Falcão, 811/602, Boa  
Viagem  
Fone: (81) 3326 7107  
51021-350 Recife - PE  
E-mail: valdmenezes@hotmail.com

*Recebido: 14/04/2012 Aceito: 06/08/2012*