

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 país¹⁻².

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 saúde³.

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 sistema⁴⁻⁵. 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 necessidades⁶⁻⁷.

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 conhecer⁷⁻¹³.

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 sistema¹³.

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 atenção¹⁴.

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 ⁽²⁾	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 ⁽³⁾	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 ⁽³⁾	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 ^(2, 3)	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 ⁽²⁾	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 ⁽⁴⁾	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 ⁽¹⁾ = 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 ⁽³⁾	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 ⁽²⁾ = 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 ⁽⁴⁾	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 ⁽¹⁾ < 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 ⁽²⁾	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 ⁽¹⁾ = 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 ⁽²⁾	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 ⁽¹⁾ = 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 ⁽²⁾	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 ⁽¹⁾ < 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 ⁽⁴⁾	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 ⁽¹⁾ < 0,001*
Sarampo	122	52,1	106	51,5	228	51,8	p ⁽¹⁾ = 0,887
Tétano	75	32,1	73	35,4	148	33,6	p ⁽¹⁾ = 0,453
Dengue	152	65,0	142	68,9	294	66,8	p ⁽¹⁾ = 0,377
AIDS	200	85,5	182	88,3	382	86,8	p ⁽¹⁾ = 0,373
Escabiose	17	7,3	7	3,4	24	5,5	p ⁽¹⁾ = 0,075
Tuberculose	183	78,2	180	87,4	363	82,5	p ⁽¹⁾ = 0,012*
Hanseníase	122	52,1	172	83,5	294	66,8	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Difteria	39	16,7	50	24,3	89	20,2	p ⁽¹⁾ = 0,048*
Base ^(3, 4)	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 ⁽²⁾ = 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 ⁽⁴⁾	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 ⁽¹⁾ = 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 ⁽⁴⁾	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 ⁽¹⁾ = 0,049*
Agentes comunitários	184	78,3	176	85,0	360	81,4	p ⁽¹⁾ = 0,069
Enfermeiros	204	86,8	197	95,2	401	90,7	p ⁽¹⁾ = 0,002*
Dentistas	187	79,6	177	85,5	364	82,4	p ⁽¹⁾ = 0,103
Fisioterapeutas	55	23,4	52	25,1	107	24,2	p ⁽¹⁾ = 0,674
Auxiliares de enfermagem	154	65,5	147	71,0	301	68,1	p ⁽¹⁾ = 0,217
Base ^(3, 4)	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 ⁽²⁾ < 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 ⁽⁴⁾	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 ⁽¹⁾ = 0,653
Não	92	49,7	92	47,4	184	48,5	
Total ⁽⁴⁾	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 mecanicista¹⁵. 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 mesmas¹⁶.

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^{6,7,9,12,17}.

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 saúde¹⁸. Cyrino e Pereira (1999)¹⁹ 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^{7,9}.

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^{18,20}.

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 integral²¹.

Diante disso, percebe-se que o sistema público de saúde representa uma das principais oportunidades de romper a supremacia do modelo biomédico²², conseqüentemente, o SUS enquadra-se nesse raciocínio. De acordo com Paim (2009)²³, 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. (2009)²⁴ ao analisarem o grau de conhecimento de estudantes do curso de Fisioterapia.

O sistema público de saúde representa atualmente um dos maiores empregadores²⁵. O aumento significativo na contratação de profissionais tem influenciado a formação dos universitários, sugerindo alterações no conteúdo curricular, com ênfase para a saúde pública²². 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 serviços³. Em seu estudo, Cotta et al. (1998)²⁶ e Saturnino et al. (2011)²⁷ 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 Brasil²². A consolidação do SUS tem exigido dos gestores a identificação, a formulação e o fortalecimento das ações no campo dos recursos humanos²⁵, 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 governo². 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 população²⁸⁻³⁰. De acordo com Santos e Trelha (2003)³¹, 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 social²⁵. 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 debates³². 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 saúde³³. 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. (2009)²⁴ 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 sistema⁵.

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
5. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 [on line]. Disponível em: http://bvsms.saude.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
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.saude.ba.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.
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.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%20201115.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