

O RESGATE HISTÓRICO DA IMPLANTAÇÃO DO SUS EM PORTO ALEGRE, NA
VISÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS, REFERENTE
AO PERÍODO DE 1988 A 1996.

Félix Giambastiani da Costa*

Projeto de Trabalho Apresentada ao
Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Grupo Hospitalar Conceição
como Requisito Parcial à Conclusão do Curso

Orientador:
Prof. Ms Enf. Maria Lectícia de Pelegrini**

Porto Alegre
Novembro, 2006

* Aluno do Curso de Especialização ICTS/MS/FIOCRUZ/CICT/GHC, professor de licenciatura plena em história, técnico de enfermagem da Unidade Conceição SSC/GHC.

** Enfermeira da Assessoria Técnica da Direção do GHC, Mestre em Saúde Coletiva e Professora do Centro universitário IPA.

SUMÁRIO

Página

I. INTRODUÇÃO	3
II. REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 História da Saúde Pública no Brasil	
2.1.1 Sanitarismo	
2.1.2 Os sistemas previdenciários	
2.1.3 A expansão de serviços	
2.1.4 A reforma sanitária	
2.2 Formação do Sistema Único de Saúde	
2.3 Os serviços públicos de saúde em Porto Alegre	
2.4 A pesquisa em história	
III. OBJETIVO GERAL	16
3.1 Objetivos específicos	
IV. JUSTIFICATIVA	16
V. MÉTODO	17
5.1 Local de estudo e população	
5.2 tipo de delineamento	
5.3 amostragem e tamanho da amostra	
5.4 coleta de dados	
5.5 categorias	
5.6 análise de dados	
VI. ASPECTOS ÉTICOS	19
VII. DIVULGAÇÃO	20
VIII. CRONOGRAMA	21
IX. ORÇAMENTO.....	22
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

ANEXOS

Instrumento para Entrevista
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Introdução

Com a democracia a sociedade participou ativamente na formulação de proposições políticas para a saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no ano de 1986. Essas discussões permearam o processo constituinte de 1988, neste período houve grande pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos, onde foi incorporado a Saúde como direito de todos e dever do Estado sendo a maior conquista a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado em 1990 pelas Leis 8080 e 8142, o qual é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos, instituições públicas federais, estaduais, municipais e complementarmente por iniciativa privada.

O SUS é uma nova formulação política e organizacional que objetiva reordenar os serviços e ações de saúde estabelecida pela constituição de 1988. Com os princípios de integralidade, equidade, descentralização, universalidade.

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), identificam-se problemas e dificuldades na sua efetivação tanto a nível federal, estadual e municipal no que se refere a ordem financeira e/ou a repasses de verbas, adesão à municipalização plena por parte dos municípios, mudança de paradigmas pelos profissionais da área da saúde e o entendimento da população. Neste contexto vale fazer uma retrospectiva histórica da saúde pública no Brasil, para que seja examinada a realidade hoje existente é preciso conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo.

A partir de uma revisão da história da saúde pública no Brasil, que teve seu início com o modelo camponês, mais tarde o sistema previdenciário que atendia a população de trabalhadores formais e finalmente a implantação de um sistema público e universal através da Constituição Brasileira no século XX, é importante resgatar como ocorreu este processo no Rio Grande do Sul, principalmente em Porto Alegre, capital deste Estado.

A partir da busca de fontes bibliográficas sobre o a implantação do SUS em Porto Alegre, identifica-se à escassez destas, ficando restrita a documentos oficiais, por isso a relevância de realizar um trabalho que documente e descreva este processo histórico na cidade.

Este trabalho tem como foco de investigação a história da implantação do SUS no município de Porto Alegre até a municipalização efetiva do serviço na cidade, onde será realizado entrevistas com atores que fizeram parte do sistema público, seja na função de gestor, trabalhador, usuário e prestador de serviços. Será realizado pesquisa em fontes primárias, análise documental, para serem utilizados como material de informação à comunidade, profissionais de saúde e meio acadêmico, referente ao período de 1988 a 1996.

II - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 História da Saúde Pública no Brasil.

2.1.1 Sanitarismo

As políticas públicas de saúde vêm sendo o foco central no país a pelo menos um século. As primeiras iniciativas relacionada a saúde pública ocorreu devido a crise sanitária no Rio de Janeiro capital da República na passagem do século XIX e XX. (1)

Na metade do século XX, houve uma evolução institucional importante com a criação em 1953 do Ministério da Saúde, primeiramente esse Ministério desempenhava o papel duplo entre educação e saúde e finalmente como uma unidade isolada. A história brasileira sempre teve um cunho campanhista, neste período do aumento de endemias ditas rurais, populações dispersas, cidades em lenta evolução, alto índice de mortalidade infantil por doenças infecciosas, parasitoses e diarreias.

Em 1920, o governo federal interfere de maneira mais contundente na saúde em virtude da crise econômica cafeeira desde o início do século, sendo agravada pela 1^o Grande Guerra Mundial. A partir deste ponto se inicia um longo processo onde a pobreza começa a ser identificada como incômoda e de certa forma perigosa. ¹

Nesta década planeja-se a fragmentação de uma política social dirigida aos trabalhadores em geral, urbanos ativos via previdência social. A grande questão era organizar

¹ (Ibid.)

o mercado de trabalho, sendo este valorizado para a continuidade da ordem e progresso e conseqüentemente combater a pobreza e a doença. Assim caberá à saúde pública um novo papel.

Anterior a 1920 predominava na organização institucional os hospitais de isolamento, para doentes mentais e serviços laboratoriais que controlavam as doenças específicas.

Pelo código sanitário de 1918 e pela reforma sanitária de 1925 é onde a saúde pública cria e impõe sua área de atuação e autoridade no aparelho estatal. Sendo incorporado além do controle das doenças transmissíveis, a higiene do trabalho, do alimento, da escola, fiscalização domiciliar da medicina e da farmácia.²

Inicia nesta década como estratégia o uso de campanhas sanitárias como método de ação voltadas para à proteção da infância, inspeção de amas de leite e a profilaxia geral. O modelo sanitarista campanhista tinha como princípio básico o saneamento das cidades e garantir as exportações da economia agrícola. Doenças como a febre amarela e outras epidemias prejudicavam a economia agro-exportadora do país neste período, como a do café, com isso ocasionava que os navios estrangeiros não aportassem nos portos brasileiros.

Com a chegada do médico Oswaldo Cruz, são tomadas uma série de medidas sanitárias com a finalidade de solucionar os problemas ocasionados pelas epidemias, implementando instituições públicas de higiene e saúde, adotando o modelo de campanhas sanitaristas.

A organização dessas campanhas assemelha-se as militares, devido ao seu rigor as cidades são divididas por distritos, há encarceramento dos doentes portadores de doenças infecto-contagiosas e a obrigação do emprego das práticas sanitárias. O descontentamento com esta situação se agrava com a obrigatoriedade da vacina contra a varíola, culminando na Revolta da Vacina no Rio de Janeiro, onde a população se inflama com tais medidas.

Nas reformas de 1931 e 1938 são incluídas doenças como: a tuberculose, a sífilis e outras doenças por transmissão sexual, febre amarela e assistência dentária. Neste período há uma subvenção e auxílio para a iniciativa liberal incipiente de assistência médica ligada ao setor público que manterão a maior parte dos serviços médicos hospitalares de caráter filantrópico. Sendo criado em 1930 o Ministério da Educação e Saúde Pública, desmembrando-se em 1953 com a criação do Ministério da Saúde, o que na verdade limitou-se a um mero desmembramento do antigo.³

² (Ibid.)

³ (Ibid.)

2.1.2 Os Sistemas Previdenciários.

Na década de 60, há um grande crescimento do setor previdenciário, o setor saúde torna-se muito dinâmico e lucrativo. Os serviços hospitalares adquirem complexas tecnologias, tem se o início da indústria de medicamentos, também há um grande aumento de importação de equipamentos, expansão do ensino médico e de outros profissionais de saúde.

A população em geral não tinha proteção previdenciária, buscando atendimento nas misericórdias e beneficências. Com o passar dos anos a crise se instala na previdência, quando o número de aposentadorias e pensões aumentaram, passando a cobrar do sistema que não tinha o devido lastro financeiro. (2)

Neste período criam se os IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), unificados em 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS).

Conforme Oliveira (2006), O modelo dos IAPs representou uma expansão de cobertura, no sentido de procurar vincular aos Institutos boa parte dos trabalhadores urbanos formais e autônomos. (3)

Em 1966, o Decreto-Lei 72 extinguiu os IAPs, fundindo suas antigas estruturas no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Com isso, inaugurou-se uma nova fase, caracterizada pela expansão da cobertura dos serviços a categorias ainda não cobertas, como a dos trabalhadores rurais. Os seguros relacionados a acidentes de trabalho passaram também a fazer parte do novo arcabouço jurídico e institucional da Previdência Social. (OLIVEIRA, 2006).

Esta estrutura manteve-se até o advento da Constituição de 1988, que definiu um conceito de Seguridade Social abrangente, estendendo os direitos à cobertura previdenciária, saúde e assistência social para a totalidade da população, independentemente do exercício profissional e da existência de vínculo contributivo.

O modelo proposto a partir do regime militar priorizava a medicina curativa, sendo este incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde, havendo aumento nos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente, incapacidade do sistema

em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária se viam excluídos do sistema.

A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas.

O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privatista durante quinze anos a partir de 64, tendo recebido nestes períodos vultuosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir se deste e passou a formular novas alternativas para sua estruturação.⁴

2.1.3 A Expansão de Serviços.

A partir do Regime Militar, inicia um modelo de saúde voltado ao investimento no setor privado, através de incentivos a fundo perdidos com locação de recursos públicos na ampliação do número de leitos hospitalares, incentivando a construção de hospitais. Desta forma instalou-se o modelo médico privatista voltado para uma saúde pública curativa. (4)

Desta forma houve o incentivo para à criação de grandes postos de atendimento médico (PAM), com uma medicina excessivamente preocupada na especialização. A mesma situação fica evidenciada na criação de faculdades com ensino médico preocupado em formar profissionais para atender num sistema privado, hospitalocêntrico, centrado no médico que ignorava a realidade brasileira, cuja população não tinha saneamento básico, educação e recursos financeiros para o cuidado com a saúde.

Este modelo, associado a um regime não democrático favoreceu a prática de fraudes, além de ter um custo muito alto na história de recursos públicos investidos na saúde no país, ocasionando uma assistência de baixa resolutividade agravando os problemas existentes.

Na década de 70, as empresas privadas passam a prestar serviços aos previdenciários. As políticas de saúde dos governos militares priorizavam a medicina individual e assistencialista, não valorizando as ações no campo da saúde coletiva. É neste contexto histórico que a sociedade civil se mobiliza para o processo de redemocratização.

⁴ POLIGNAMO, (MIMEO-23p.)

2.1.4 A Reforma Sanitária.

Esta reforma sintetiza um conjunto de idéias que se relacionava às mudanças e as transformações que precisava passar a área da saúde, essas não só dava conta do sistema, mas de todo o setor saúde, com formulação de novos paradigmas da condição de vida da população.

As preocupações com o modelo sanitário tem seu nascedouro no final dos anos 60, período este onde o Brasil passa por um conturbado período de repressão e autoritarismo militar.

Neste período o movimento estudantil tem grande importância nas discussões e difusão da nova maneira de pensar a saúde pública. Em 1974, foi realizada a semana de estudos sobre a saúde comunitária, ainda houve encontros científicos de estudantes de medicina realizados nos anos de 1976 e 1978.

Destaca-se neste processo de reforma sanitária os médicos residentes de medicina geral comunitária e preventiva e social, criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, a qual surge com a finalidade de lutar pela democracia e divulgar o movimento sanitário.

Em 1980, tem início um grande movimento de contestação do sistema de saúde, houve propostas alternativas ao modelo oficial em vigência, como reivindicação à universalidade dos serviços, o caráter público e descentralização da saúde. Em 02 de setembro de 1981, é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP. Sendo um órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, tendo como função organizar, racionalizar a assistência médica, sugerir critérios de arrecadação dos recursos previdenciários do setor saúde e diminuir gastos.

Em 1985, chega o fim do Regime Militar e tem início a Nova República, tendo a frente lideranças importantes do movimento sanitário assumindo posições importantes em instituições responsáveis pelas políticas públicas de saúde no país. Com esse processo em andamento destaca-se em 1986 a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Este evento é considerado o movimento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde em toda a sua história (NETO, 2003 apud LIMA, 2005, p.77).

Os objetivos específicos de mudança iam além de uma reforma administrativa e financeira, deveria acontecer uma modificação profunda, com a ampliação do conceito saúde e suas ações. A questão que permeou as discussões foi à natureza deste novo sistema que estava germinando, se estatal ou não, de implementação imediata ou progressiva.

Os financiamentos e a discussão da operacionalização ainda deveriam ser mais aprofundados, embora se recomenda à constituição se um orçamento social que engloba-ser os recursos destinados às políticas sociais nos diversos ministérios e dos diversos fundos sociais, cabendo, contudo, a organização de fundos únicos de saúde nos três níveis da federação. Propôs-se a criação de um grupo executivo de reforma sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde – a Comissão Nacional da Reforma sanitária (CORDEIRO, 2004, apud LIMA, 2005, p.78).

Cabe salientar, que anterior a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizou-se em todos os Estados as pré-conferências com ampla discussão com a sociedade, constituindo fóruns representativos de debates, contando com grande número de participantes que aprovaram medidas importantes para a saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, reuniu pela primeira vez mais de 4 mil pessoas durante cinco dias, formada por um público composto por delegados escolhidos nas pré-conferências estaduais, indicados pelas instituições públicas, estatais, educacionais e de pesquisa, organizações civis, entidades sociais e de ouvintes. O marco desta conferência foi a participação da população através de seus representantes, discutindo propostas com os técnicos, profissionais de saúde, políticos, intelectuais de maneira igualitária.

No relatório final, traduziu o consenso dos diversos grupos de trabalho havendo uma conceituação ampla de saúde, com seus determinantes, incorporação como direito de cidadania e conseqüentemente dever do Estado com a proposta de criação do SUS.

Nas discussões sobre o financiamento e sua operacionalidade o consenso era que deveria ser mais aprofundado para constituição do SUS, partindo de uma proposta da presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social / Ministério Assistência e Previdência Social - INAMPS/MPAS criou-se em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS que nasceu com princípios básicos a universalidade, a equidade, a descentralização, regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. A sua implantação se configurou como estratégia ponte para as novas políticas de saúde, organizando os serviços enquanto assegurava o processo de trabalho da constituinte e da elaboração legislativa para este setor.

No ano de 1988 é concluído o processo constituinte e promulgada a 8ª Constituição do Brasil. Esta constituinte marcou de forma importante as redefinições das prioridades na política do Estado na saúde pública.

Com a Constituição e das Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e 8142/90, criam-se conselhos e conferência que constituem um sistema nacional de órgãos e colegiados onde a participação da sociedade civil é de fundamental importância na formulação das políticas de saúde. Os conselhos de saúde são instâncias públicas onde formam opiniões e vontade política.

É neste momento que a sociedade se apropria das questões políticas, das reivindicações onde o debate se amplia de suas opções de desenvolvimento e muitos avanços institucionais promovidos pela nova Constituição na área social e da seguridade social período este que o Brasil passa a dar seus primeiros passos rumo a democracia política na década de 80.

2.2 A formação do Sistema Único de Saúde

Através da Constituição de 1988, promulgada em 1989, tendo a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, juntamente com outras leis compuseram uma estrutura jurídica avançada, contemplando as principais diretrizes do que deveria ser uma base legal do Sistema Único de Saúde – SUS, com o direito a saúde como preceito constitucional e a organização de um sistema universal, igualitário com base na descentralização e sendo financiado por fundos públicos.

Muitos obstáculos podem ser detectados com alguma clareza na sua trajetória, mas também entraves que estes embates propiciaram. Com o processo de urbanização ocorrido nas últimas décadas do século passado gerando uma reorganização populacional, social e cultural. Atualmente mais de 80% da população vivem nas cidades, camadas pobres da população permanecem à margem da sociedade, nas periferias urbanas e favelas.

O processo de descentralização da saúde é político administrativo, envolvendo a transferência de serviços, mas também a descentralização de responsabilidades de poder, de recursos financeiros de esfera federal para estadual e municipal.

O princípio constitucional a *saúde é um direito de todos e um dever do estado* é o divisor de águas entre os grupos que disputavam a hegemonia nas políticas de saúde no Brasil. De um lado estava o movimento sanitário brasileiro e seus aliados dos movimentos

sociais e sindicais, partidos políticos de esquerda, administrações municipais e estaduais, conselhos de saúde e profissionais de diferentes setores. Essas forças sociais e políticas defendiam um modelo assistencial baseado nas diretrizes do SUS, esse conjunto representa um Sistema Nacional de saúde com algumas semelhanças com os modelos de saúde inglês, canadense e italiano.

Esse ordenamento jurídico disponibiliza oferta de serviços à população, sem recursos financeiros para tais despesas geradas com este fim.

O art. 198, da Constituição Federal do Brasil refere que as ações do SUS têm as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. (5)

Na regulamentação do SUS, a Lei 8080/90 nas disposições gerais tem se o seguinte:

Art. 2º . A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Na Lei 8080/90, no que se refere aos seus princípios e diretrizes temos o seguinte:

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

No aspecto da universalidade temos como a garantia ao acesso de serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os seus níveis, a ser garantido por uma rede hierarquizada de serviços com tecnologias apropriadas, sem discriminação entre população urbana e rural e/ ou entre contribuinte ou não contribuintes previdenciários.(6)

O acesso ocorre no nível primário sendo este a porta do sistema de saúde, referenciando aos níveis secundários e terciários quando necessário.

Na equidade, temos a garantia a toda a população ao acesso em condições de igualdade, não importando o gênero, situação econômica, social, cultural ou religiosa mas podendo haver uma discriminação positiva nos casos especiais onde a prioridade deve ser dada a quem tem mais necessidade.

O atendimento na integralidade deve incorporar um amplo espectro de intervenção, articulando prevenção, atendimento curativo e reabilitação. Nessa proposta deve haver uma ação integrada que promova a saúde no cotidiano das pessoas, fazer diagnósticos, tratamentos precoces na redução de danos e iniciar a reabilitação do indivíduo ao convívio social.

Os serviços de saúde precisam estar organizados em níveis de complexidade crescente, com tecnologias adequadas para cada nível, potencializando a resolutividade devendo haver uma adequada regulamentação entre os níveis do sistema com fluxos de referência e contra-referência, formulando o conceito de hierarquização e regionalização do sistema.

A descentralização é entendida como uma resposta ao movimento anterior que foi a descentralização político administrativa dos governos militares. Propõe redistribuição do poder repassando as competências e decisões para esferas próximas a população. Havendo uma necessidade de redefinição de suas atribuições desconcentrando poder da União e dos Estados para os Municípios.

Com este processo esta a municipalização da saúde entendida como político administrativa sendo uma ruptura com o modelo assistencial tradicional e consiga dotar os municípios com modelos locais de saúde de acordo com as diretrizes do SUS.

Os recursos humanos desempenham um novo modelo assistencial baseado nas diretrizes do SUS, sendo imprescindível o engajamento assim como melhora na renumeração, qualificação e mudanças no sistema de ensino estando este também voltado a formar e preparar profissionais para atender no SUS.

Em relação ao Controle social é garantido pelo Estado que a sociedade civil se organize e tenha possibilidades de influenciar sobre as políticas de saúde. Esta participação tem caráter deliberativo onde possa determinar a política de saúde que interesse ao conjunto da população. Esta participação é garantida nos três níveis de governo. (7)

Como rege a Lei 8142/90:

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providencias.

No Artigo 1º temos:

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde;

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

2.3 Os serviços públicos de saúde em Porto Alegre

No Rio Grande do Sul, a construção do SUS teve grandes desafios em virtude de uma grande diversidade epidemiológica, demográfica, econômica e social nos municípios gaúchos. Outro fator importante a ser considerado é a oferta de serviços de media e alta complexidade concentrados nas grandes cidades, principalmente em Porto Alegre capital deste Estado.

Anteriormente a implantação, há o predomínio de instituições de saúde não-governamentais, no entanto o número de prestação de serviços corre a conta do setor público e este é responsável pelo sistema como um todo através de sua autoridade com regulação e controle das atividades. A Secretária de Saúde foi criada pelo decreto nº 21.240 de 08/08/1971, tendo como objetivo de melhorar o nível de saúde da população assegurando o básico essencial para a promoção, proteção e recuperação. A maior parte dos leitos hospitalares pertence à rede privada, nos especializados a rede pública.

No desenvolvimento de suas atividades a Secretária Estadual de Saúde dividiu o Estado em quinze regiões sanitárias. (8)

A municipalização da saúde em Porto Alegre ocorreu em 1996, que até então possuía somente 12 serviços de atenção primária à saúde e um hospital público, Hospital de Pronto Socorro (HPS) especializado em atendimento a politraumatizado e queimados sob a gestão da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), aumentando para 100 serviços, em 1999.

As questões da saúde e a implantação do SUS como do sistema de saúde vigente em Porto Alegre é resultado da participação coletiva incluindo os gestores, trabalhadores, prestadores de serviços do SUS e principalmente dos usuários.

Na cidade houve a realização de quatro conferências de saúde, sendo a última em 2003.(9)

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre tem como embrião a CIS/CIMS (Comissão Interinstitucional/Municipal de Saúde) as quais tiveram sua criação através da luta dos movimentos sociais, com a grande contribuição do Movimento Sanitário, desde a década de 70.

Em 1992, através de amplo debate com o conjunto da Sociedade Porto-alegrense, a Câmara de Vereadores e o Governo Municipal, foi instituído o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, com Caráter Deliberativo e Fiscalizador das Ações de Saúde do Município, por intermédio da Lei 277/92.

2.4 A pesquisa em história.

A preocupação relacionada ao passado tem seu início em períodos recuados historicamente, a noção de preservar pelo que compreendemos nos dias atuais surge no século XIX.

No século XVIII, as iniciativas de preservar eram somente realizadas pela aristocracia e pela igreja.

Na Inglaterra, o vandalismo da Reforma criou a necessidade de proteção de igrejas e imagens. Na França, a Revolução de 1789 apresentou o problema do destino que teriam os bens confiscados do clero e da aristocracia, grupos sociais cujas posses eram o alvo principal dos vandalismos do período. (Possamai, 2000, p. 15).

Essa preocupação também podia ser vista através de pensadores e sábios. Lançando mão dos ideais iluministas, sábios e eruditos se insurgiram contra essas destruições, justificando que aqueles bens eram de interesse para a instituição pública, pertencendo a toda a nação, não devendo, portanto, ser destruídos. (Possamai, 2000, p. 15). (10)

O historiador quando recolhe toda a documentação tem a função de compreender como é e porque aquela sociedade se define como tal, para que não seja destruída. Ainda tem o interesse pelo conhecimento histórico mostrando como a sociedade contemporânea lida com o seu passado e sua memória, como uma necessidade permanente em preservar seu passado, demonstrando a percepção do tempo histórico e da historicidade dos processos sociais desencadeados. (11)

É importante que seja feita uma análise crítica das escolhas do que será preservado, onde a história tem muito a contribuir, pois sua atribuição específica é de estudar os registros do passado.

Falar em patrimônio no Brasil é difícil. O primeiro esforço do historiador é perceber que a categoria patrimônio adquire diversos sentidos dependendo do setor social para o qual se dirige. O esquecimento atua muito mais que a lembrança e é ele o elemento central da memória. (Garbinatto, 2000, p.43).

Na história recente da reforma setorial em saúde, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 é o marco que traz de forma mais sistematizada as diretrizes e o ideário do novo sistema de saúde: um sistema único, embasado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular. Estes princípios foram reafirmado na Constituição Federal de 1988 e nas Leis 8080 e 8142 de 1990, desencadeando a implantação do Sistema Único de Saúde.

Conforme GARBINATTO (2000), O velho e o novo devem ser compreendidos juntos como memória histórica, integrando com suas contradições temporais e espaciais o imaginário da população. (12)

III – OBJETIVO GERAL

Realizar um levantamento histórico, referente ao período de Implantação do SUS em Porto Alegre, compreendido nos anos de 1988 a 1996.

3.1 Objetivos específicos

- Resgatar a memória histórica do SUS em Porto Alegre;
- Reconstruir o processo histórico de implantação do SUS na cidade de Porto Alegre;
- Documentar essa história através texto.

IV - JUSTIFICATIVA

A justificativa é realizar um trabalho que envolva tríplices conceitos como: história, saúde e informação podendo a partir do conhecimento histórico do SUS no Rio Grande do Sul, sua situação atual e dessa forma podendo utilizá-lo como ferramentas no campo da informação e tecnologia a fim de ser um referencial para o entendimento de conceitos e conseqüentemente a sua divulgação para os profissionais da saúde para que possa na sua prática cotidiana repensar sua postura.

Após está revisão inicial da literatura surge à proposta de desenvolver um projeto que detalhe a questão histórica da implantação do SUS no Rio Grande do Sul. Fazendo um resgate histórico com ênfase em Porto Alegre.

V - METODO

5.1 Local e população de estudo

Este estudo será realizado com profissionais da saúde, gestores e usuários do serviço de saúde de Porto Alegre, que aceitarem participar da pesquisa e análise documental.

5.2 Tipo de delineamento

É um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, buscando evidenciar a compreensão dos gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, através da realização de entrevistas semi-estruturadas, como também a utilização de fontes históricas.

A partir do levantamento documental encontrado, embasado nas fontes históricas se delineará o pensamento subjetivo do pesquisador para elaboração dos roteiros de entrevistas.

Pesquisa documental nas fontes históricas como: jornais, revistas, internet, material iconográfico, documentos públicos, atas de reuniões, revisão de prontuários e cadastro de pacientes, com a finalidade de estabelecer uma cronologia dos acontecimentos, estabelecer a linha da entrevista e seleção de entrevistados.

Os locais elegidos para a busca destas fontes são: arquivo histórico, biblioteca do Hospital Nossa Senhora da Conceição, a biblioteca da Escola de Saúde Pública/RS, Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e Secretária Municipal de saúde de Porto Alegre, Museu da Comunicação do Rio Grande do Sul, Centro de Documentação das principais redes de televisão e jornais do Rio Grande do Sul.

5.3 Amostragem e tamanho da amostra

A amostra será de composta por pessoas que participaram como gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS em Porto Alegre no período de 1988 a 1996, que vivenciaram a implantação do SUS.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados será realizada através de uma entrevista semi-estruturada elaborada, pelo autor da pesquisa (ANEXO A) aplicada aos selecionados na amostra como descrito

anteriormente, em horário previamente agendado pelo pesquisador, sendo individualizado para cada entrevistado com duração prevista de 30 a 45 minutos.

Ressalta-se que as entrevistas serão gravadas e transcritas pelos autores do estudo e que após seu uso serão apagadas, podendo também utilizar o recurso audiovisual, se consentimento dos entrevistados.

5.5 Categorias

As categoria inicialmente selecionadas para este trabalho serão:

- As expectativas em relação ao SUS;
- SUS o contexto da cidade e do Estado;
- O SUS e a viabilidade;
- O SUS e seus entraves;
- O SUS e seus avanços.

5.6 Análise de dados

A análise de dados será realizada através da análise de conteúdos por categorias (Minayo, 1992). Os resultados serão discutidos, tendo como base o referencial teórico utilizado nesta investigação. (13)

VI - ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste projeto, serão respeitados os princípios éticos e os direitos de privacidade e anonimato dos sujeitos participantes do estudo conforme preconiza Goldin (1997 -2004) (8). O consentimento dos sujeitos será obtido através do “Termo de Consentimento Livre Esclarecido” (ANEXO B), em duas vias às quais serão destinadas ao próprio sujeito e ao pesquisador. Ressalta-se ainda, que os resultados da pesquisa poderão ser utilizado em possíveis publicações científicas. (14)

VII - DIVULGAÇÃO

Ressalta-se ainda, que os resultados da pesquisa poderão ser utilizado em possíveis publicações científicas através de artigos e/ou apresentação em eventos científicos, assim como os pesquisadores se comprometem a devolver os resultados para o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre.

IX - ORÇAMENTO

Os recursos humanos utilizados para elaboração deste projeto serão:

- Liberação de carga horária do pesquisador, 10 horas/semanais.
- Material de escritório: caneta, folha de ofício, cartucho de impressora, fita cassete para gravador, prancheta, CD-R, Pen-drive. Custo R\$ 500,00
- Custos com serviços gráficos: encardenação e banner. Custo R\$ 300,00
- Material audiovisual: câmara filmadora digital. Custo R\$ 2.000,00
- Contratação de consultoria de outros profissionais, elegidos pelo pesquisador. Custo R\$ 4.000,00

O orçamento para este projeto tem o custo total de R\$ 6.000,00.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências citadas:

1 - LIMA, N. T (Org.). **Saúde e Democracia – história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz,2005.

2 - POLIGNAMO, M.V. **História das Políticas de Saúde – uma pequena revisão**. Disponível em: < http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf (MIMEO-23p.). Acesso em: 11 nov. 2006.

3 – OLIVEIRA, F.E.B.**Previdência Social**. Disponível em: < <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/previd/apresent/apresent.htm>. Acesso em: 11 nov. 2006.

4 – PERES, L. A. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil**. Disponível em: < em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>. Acesso em 10/11/2006.

5 - BRASIL. Lei N° 8.080,19 de setembro de 1990. **Dos Princípios e Diretrizes**. Diário Oficial da União dos Princípios e Diretrizes [182]. 20 de 09 de 1990.

6 – PUSTAI, O. J. O Sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B.B; SCHIMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**; 3° edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 69 – 75.

7 - BRASIL. Lei N° 8.142, 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União Poder Executivo. 31 de 12 de 1990.

8 – RIO GRANDE DO SUL. **Saúde no RS: uma visão abrangente**. Porto alegre: Secretária de Saúde e Meio Ambiente. 1979.

9 – PORTO ALEGRE. **Secretária Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde**. 4° Conferência Municipal de Saúde. Porto Alegre, 2003.

10 – POSSAMAI, R.Z. Arquivos e documentos textuais: antigos e novos desafios. Ciências e Letras. Porto Alegre: FAPA. n. 27. p 13 – 24. 2000.

11 - COSTA, F. G. Documentário: um recorte histórico do Serviço de Saúde Comunitária/GHC. Porto Alegre: [s. n], 2005. 20 f. Projeto de Trabalho Apresentado ao Curso de Especialização em Informação e Saúde – CICT/FIOCRUZ/GHC.

12 – GABINATTO, V. Arquivos e documentos textuais: antigos e novos desafios. Ciências e Letras, Porto Alegre: FAPA, n. 27, p. 37 – 48, 2000.

13 – MINAYO, M.C. de S (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade, 6º Ed. Petrópolis: Vozes. 1999.

14 – GOLDIM, J. R. Bioética. UFRGS, Porto Alegre, ago. 2005. Disponível em: < <http://www.bioetica.ufrgs.br/textos.htm#consentimento>>. Acesso em 12 de nov. de 2006.

Referências consultadas:

BARROSO, V.L.M. **Arquivos e documentos textuais: antigos e novos desafios.** Ciências e Letras, Porto Alegre: FAPA, n. 31, p 197 – 206, 2002.

BASTOS, L.R; PAIXÃO, I; FERNANDES, L.M; DELUIZ, N. **Manual: para a elaboração de projetos e relatórios de pesquisa, teses, dissertações e monografias.** 6º ed. Rio de Janeiro – RJ: LTC; 2003.

CIÊNCIAS e LETRAS, Porto Alegre: FAPA, 2000, 2002.

CORSETTI, B. **Arquivos e documentos textuais: antigos e novos desafios.** Ciências e Letras, Porto Alegre: FAPA, n. 27, p 49 - 57, 2000.

FACULDADES PORTO-ALEGRENSES. **Manual para Elaboração de Trabalhos Técnico-Científicos**. 1º ed. Porto Alegre – RS: FAPA, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família – saúde dentro de casa**. Brasília, 1994. 18 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento Preliminar. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, 1996. 15 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. 33 p.

REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA, Porto Alegre: SBMGC, v. 1, n. 1, jul – set. 1987.

SAÚDE COMUNITÁRIA – **Atenção Primária à Saúde – Qualidade de Vida**. Taubaté/SP: Instituto de Estudos Monteiro Lobato, n. 10, set/out. 1998.

SONHOS TROPICAIS; André Sturm: Pandora Filmes, 2002. 1 DVD (120 mim): color.

TEIXEIRA, C; PAIM, J.S; VILASBOAS, A .L. **Promoção e Vigilância da Saúde**. 1º .ed. Salvador - BA: ICS, 2002.

VIEIRA, M. P. A et al. **A Pesquisa em História**. São Paulo – SP: Editora Ática, 1989.