JOSÉ RICHARD DE SOSA SILVA

RECONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Rio Grande

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

RECONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

JOSÉ RICHARD DE SOSA SILVA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde

Orientadora: Profª Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Rio Grande
2013

S581r Silva, José Riachard de Sosa
Reconfiguração do sistema único de saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande : contribuições do enfermeiro / José Riachard de Sosa Silva. – 2013.
177 f.

Orientadora: Heidi Crecencia Heckler de Siqueira
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2013.

1. Enfermagem. 2. Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Ação intersetorial. I. Título. II.Siqueira, Heidi Crecencia Heckler de

CDU: 616-083:614

Catalogação na fonte: Bibliotecária Maria da Conceição Hohmann CRB 10/745

JOSÉ RICHARD DE SOSA SILVA

RECONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 27 de novembro de 2013, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

BANCA EXAMINADORA

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Drª – Presidente (FURG)

Alacoque Lotenzini Erdmann, Drª. (UFSC)

Eda Schwartz, Drª (UFPEL)

Jaqueline Sallete Dei Svaldi, Drª. (FURG)

Marlene Teda Pelzer, Drª. (FURG)

Regina Gema Santini Costenaro, Drª. (UNIFRA)

Parecer

Dirce Stein Backes, Drª. (FURG)

Rio Grande, 27 de novembro de 2013.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha existência e por tudo o que me oferece.

A minha querida mãe Maria Célia pelo amor, apoio, força e valores dispensados em todos os momentos da minha vida, apesar da sua doença, sua presença me fortalece.

A meu pai Danúbio, embora ausente, eu tenho certeza que me acompanha sempre.

A meu querido companheiro e amigo Flavio Peraça Vieira pelo apoio, incentivo, amor, por me proteger, cuidar, fortalecer e conduzir pelos caminhos da fé e da perseverança a mim dispensados em todas as horas. Meu eterno amor.

A Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora deste trabalho, incansável no seu profissionalismo, amizade, apoio, disponibilidade e por me proporcionar valiosos momentos de aprendizagem. Muito obrigado, pelo respeito ao meu tempo de amadurecimento.

A Profª Drª Marlene Teda Pelzer pela amizade, carinho, apoio e disponibilidade, a minha admiração por esse ser humano tão especial.

Aos membros da banca examinadora pela participação e oportunidade de compartilhar conhecimentos.

Aos fieis amigos Camila Schwonke, Anna Casalinho, Kellen Gai, Eduardo Frio, Caroline Dias, Juliana Graciela Vestena Zillmer e Zeli Pereira pelo seu grande incentivo, amizade, por estar comigo em todos os momentos e por acreditar nesta conquista e que este era mais um sonho possível. Meu grande amor a todos vocês.

A amiga Diana Cecagno por ter compartilhado todos os momentos e compreendido as dificuldades do caminho percorrido, e ter-me proporcionado sua amizade, incentivo, cumplicidade e solidariedade durante esta trajetória.

As colegas e amigas de doutorado Cláudia Zamberlan e Adriane Calvetti pela amizade, cumplicidade e solidariedade durante esta caminhada.

A todos os professores do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, que participaram desta caminhada.

A todos os participantes da pesquisa pela sua disponibilidade e receptividade, sem sua ajuda este trabalho não seria realizado.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho, um profundo e sincero obrigado.

RESUMO

SILVA, José Richard de Sosa. Reconfiguração do Sistema Único de Saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande: contribuições do enfermeiro. 2013. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.
Orientadora: Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Objetivou-se conhecer o Sistema Único de Saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande frente a demanda das necessidades da população em relação à saúde provocadas pelo desenvolvimento socioeconômico previsto e, consequente crescimento populacional; construir uma proposta de reconfiguração do Sistema Único de Saúde no município do Rio Grande, com contribuições do enfermeiro capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina. Tem-se como **Tese:** O estudo do Sistema Único de Saúde e suas relações intersetoriais do município do Rio Grande, possibilita a construção de uma proposta de reconfiguração do Sistema Único de Saúde, com contribuições do enfermeiro, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina. O **tema** se **justifica** pelas contribuições que a pesquisa busca apresentar com a finalidade de oferecer subsídios capazes de auxiliar nas escolhas a serem realizadas de forma coletiva em benefício da saúde da população do município do Rio Grande. Alicerçado no conceito ampliado de saúde é indispensável envolver todos os setores, seus serviços e ações, do município do Rio Grande e apreendê-los como pilares essenciais para a efetivação do Sistema Único de Saúde em benefício da população. A visão sistêmica possibilita conhecer e identificar as relações dos setores e seus serviços e ações que contribuem para atender a demanda em saúde produzida pelo desenvolvimento socioeconômico do município, e assim, entender as necessidades desse ecossistema. O **referencial teórico-filosófico** construído com base em autores sistêmicos, entre eles: Prigogine, Stengers (1997), Santos, Siqueira, Silva (2009), Prigogine (2009, 2011), Capra (2012), Bertalanffy (2013), foi capaz de dar sustentabilidade a pesquisa com enfoque ecossistêmico. Como **caminho metodológico** foi empregado o método de análise de conteúdo (AC) ancorado em Bardin (2011). A pesquisa foi do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados, envolvendo o contexto do município do Rio Grande/RS, foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, buscando fundamentar a questão de pesquisa, pressupostos, objetivos e especialmente a TESE. O *lócus* do estudo foi o município do Rio Grande/ RS, mais especificamente, junto aos setores produtivos (secretarias municipais) que compõem a comuna e órgãos integrantes da saúde que oferecem atendimento à população por meio do Sistema Único de Saúde. Os **dados evidenciaram** que o município encontra-se em estado de alerta, preocupado e até mesmo assustado com as modificações e transformações que estão acontecendo, produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico e crescimento populacional como conseqüência da implantação do pólo naval. Na tentativa de equacionar os impactos nos diferentes segmentos criaram diversas estratégias, destacando-se a criação do Grupo de Trabalho e Desenvolvimento, como fórum de discussão. A intersetorialidade entre os setores do município despontou como estratégia importante alcançando bons resultados. A enfermagem, com base nos dados, encontra-se inserida nesse contexto, qualificada e pronta a exercer a sua função e enfrentar os desafios da demanda em saúde.

Descritores: Sistema Único de Saúde, Ecossistema, Saúde, Ação Intersetorial; Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, José Richard de Sosa. Reconfiguration of the public health system and its intersectorial relations in Rio Grande: contributions of nurses. 2013. 177 f. Thesis (Ph.D. in Nursing) - Graduate Program in Nursing, School of Nursing of Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande. Advisor: Prof. PhD Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Authors aimed at learning about the Unified Health System and its intersectorial relations in Rio Grande confronted with the demand of the population's needs in relation to health, caused by expected socioeconomic development and consequent population growth; to build a reconfiguration proposal of health System in Rio Grande, with contributions of nurses, able to meet the demand produced and raise the level of health of the riograndina population. As Thesis: The study of the 'SUS' and its intersectorial relations the municipality of Rio Grande, allows the construction of the proposal for a reconfiguration of the SUS, with contributions of nurses able to meet the demand generated by the socio-economic development and population growth and consequent raise the level of health of the riograndina population. The subject is justified by the contributions the research offers, as well as the built subsidies , capable of assisting in the choices to be made collectively to benefit the health of the local population. Grounded in the broader concept of health it was essential to involve all sectors, its services and actions of the municipality and looks at them as essential pillars for the realization of the National Health System for the benefit of the population. The systemic approach allowed to know and identify the relationship among sectors and their services and actions that contribute to meet the demand in produced health and thus understand the needs of this ecosystem. The theoretical and philosophical referencial was built on systemic authors, among them: Prigogine, Stengers (1997), Santos, Siqueira, Silva (2009), Prigogine(2009, 2011), Capra (2012), Bertalanffy (2013), they were able to provide sustainability to the research on ecosystem approach. As methodological approach the method of content analysis was employed (AC) anchored in Bardin (2011). The research was descriptive, exploratory, qualitative approach. Data collection was conducted through semi-structured interviews, seeking to support the research question, assumptions, goals and especially THESIS. The locus of the study was the municipality of Rio Grande / RS, more specifically, with the productive sectors (municipal secretaries) that make up the commune and agencies that provide health care to the population through SUS. The data showed that the city is on alert, worried and even frightened by the changes and transformations that are happening, produced by socioeconomic development and population growth as a result the implementation of the naval pole. In attempts to weigh the impacts on different segments strategies were created, specialy the creation of the Working and DevelopmentGroup as a discussion forum. The intersectionality among sectors of the city emerged as an important strategy achieving good results. Nursing, based on data, is inserted in this context, qualified and ready to perform its function and meet the challenges of health demand.

Key words: Unifried Health System; Ecosystem; Health; Intersectorial Action; Nusrsing.

RESUMEN

SILVA, José Richard de Sosa. Reconfiguración del Sistema Único de Salud y sus relaciones intersectoriales en el municipio del Río Grande: contribuciones del enfermero. 2013. 177 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal del Río Grande–FURG, Río Grande.
Orientadora: Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

Se tuvo por objetivo conocer el Sistema Único de Salud y sus relaciones intersectoriales en el municipio del Río Grande frente la demanda de las necesidades de la población en relación a la salud provocadas por el desarrollo socioeconómico previsto y, consecuente crecimiento poblacional; construir una propuesta de reconfiguración del Sistema Único de Salud en el municipio del Río Grande, con contribuciones del enfermero capaz de atender a la demanda producida por el desarrollo socioeconómico y, consecuente crecimiento poblacional y elevar el nivel de salud de la población riograndina. Se tiene como Tesis: El estudio del Sistema Único de Salud y sus relaciones intersectoriales del municipio del Río Grande, posibilita la construcción de una propuesta de reconfiguración del Sistema Único de Salud, con contribuciones del enfermero, capaz de atender a la demanda producida por el desarrollo socioeconómico y consecuente crecimiento poblacional y elevar el nivel de salud de la población riograndina. El tema se justifica por las contribuciones que la investigación busca presentar con la finalidad de ofrecer subsidios capaces de auxiliar en las elecciones a ser realizadas de forma colectiva en beneficio de la salud de la población del municipio del Río Grande. Basado en el concepto ampliado de salud es indispensable envolver todos los sectores, sus servicios y acciones, del municipio del Río Grande e incautarlos como pilares esenciales para la efectivación del Sistema Único de Salud en beneficio de la población. La visión sistémica posibilita conocer e identificar las relaciones de los sectores y sus servicios y acciones que contribuyen para atender la demanda en salud producida por el desarrollo socioeconómico del municipio, y así, entender las necesidades de ese ecosistema. El referencial teórico-filosófico construido con base en autores sistémicos, entre ellos: Prigogine, Stengers (1997), Santos, Siqueira, Silva (2009), Prigogine (2009, 2011), Capra (2012), Bertalanffy (2013), fue capaz de dar sustentabilidad a la investigación con enfoque ecosistémico. Como camino metodológico fue empleado el método de análisis de contenido (AC) apoyado en Bardin (2011). La investigación fue del tipo descriptivo, exploratorio, con abordaje cualitativo. La recolección de datos, envolviendo el contexto del municipio del Río Grande/RS, fue realizada por medio de entrevista semi-estructurada, buscando fundamentar la cuestión de investigación, presupuestos, objetivos y especialmente la TESIS. El locus del estudio fue el municipio del Río Grande/ RS, más específicamente, junto a los sectores productivos (secretarías municipales) que componen la comuna y órganos integrantes de la salud que ofrecen atención a la población por medio del Sistema Único de Salud SUS. Los datos evidenciaron que el municipio se encuentra en estado de alerta, preocupado e incluso asustado con las modificaciones y transformaciones que están aconteciendo, producidas por el desarrollo socioeconómico y crecimiento poblacional como consecuencia de la implantación del polo naval. En la tentativa de solucionar los impactos en los diferentes segmentos crearon diversas estrategias, destacándose la creación del Grupo de Trabajo y Desarrollo, como fórum de discusión. La intersetorialidade entre los sectores del municipio mostró ser una estrategia importante alcanzando buenos resultados. La enfermería, con base en los datos, se encuentra insertada en ese contexto, calificada y lista a ejercer su función y enfrentar los desafíos de la demanda en salud.

Descriptores: Sistema Único de Salud, Ecosistema, Salud, Acción intersectorial, Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais pontos da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde	41
Quadro 2	Competências e responsabilidades das esferas federal, estadual e municipal no âmbito da saúde	43
Quadro 3	Arcabouço Jurídico geral do SUS	46
Quadro 4	Distibuição da população 1996- 2010 Censo Demográfico	51
Quadro 5	Distribuição da população do município do Rio Grande ano 2010	52
Quadro 6	Relação de Imóveis em construção: Registrados na Prefeitura do RioGrande	55
Quadro 7	Identificação dos Sujeitos e respectivas falas da entrevista	75
Quadro 8	Descrição dos dados em relação as ações desenvolvidas	81
Quadro 9	Descrição dos achados em relação aos serviços	85
Quadro 10	Descrição dos principais pontos abordados sobre projetos	93
Quadro 11	Descrição dos dados em relação à demanda previsível	96
Quadro 12	Descrição dos achados em relação participação da enfermagem na saúde da população do Rio Grande/RS	99
Quadro13	Categorias, subcategorias e as unidades de registro	103

LISTA DE FIGURAS

Figuras 1 e 2	Localização do município do Rio Grande/RS	51
Figura 3	Relação das principais indústrias do Rio Grande/RS	58
Figura 4	Distribuição das indústrias de fertilizantes	59
Figura 5	Localização da indústria de Energia e Química	60
Figura 6	Localização das indústrias de madeira	60
Figura 7	Localização das indústrias metalúgicas	61
Figura 8	Localização das indústrias de alimentos	61
Figura 9	Localização de Serviços	62
Figura 10	Pilares de apoio utilizados na investigação	68
Figura 11	Previsão de serviços e indústria do Município em 2015	69
Figura 12	Modelo de Promoção da Saúde	149

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 11
2 REVISÃO DE LITERATURA..... 17
2.1 Saúde e Doença: conceito e evolução..... 17
2.1.1 Saúde ampliada na perspectiva ecossistêmica..... 25
2.2 Sistema Único de Saúde..... 31
2.2.1 Princípios doutrinários e organizativos do SUS..... 35
2.3 Conhecendo o espaço do objeto de estudo..... 48
2.3.1Contextualizando o município do Rio Grande: sua criação e evolução..... 49
2.3.2 Rio Grande atualmente..... 51
2.3.3 Rio Grande e seus setores produtivos..... 57
3 POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS..... 71
3.1 Tipo de estudo..... 71
3.2 Local do estudo..... 71
3.3 Sujeitos do estudo..... 72
3.3.1 Critérios de inclusão 72
3.3.2 Critérios de exclusão..... 73
3.4 Coleta de dados..... 73
3.5 Aspectos éticos..... 76
3.5.1 Análise crítica de riscos e benefícios..... 76
3.5.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores..... 77
3.5.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa..... 77
3.5.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos..... 77
3.5.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados..... 77
3.5.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa..... 78
4 RESULTADOS..... 79
4.1 Descrição dos dados obtidos por meio das entrevistas..... 80
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS..... 101
5.1 Artigo 1 107
5.2 Artigo 2 122
5.3 Artigo 3 138
6 SÍNTESE REFLEXIVA..... 153
REFERÊNCIAS..... 160
Apêndice A – Instrumento de coleta de dados para o desenvolvimento da pesquisa- roteiro de entrevista 167
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados para o desenvolvimento da pesquisa- roteiro de entrevista..... 169
Apêndice C – Autorização da Instituição para o desenvolvimento da pesquisa..... 171
Apêndice D – Convite para participar da pesquisa..... 172
Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 174
Apêndice F – Solicitação ao Comitê de Ética..... 175

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história o ser humano tem vivenciado constantes mudanças socioeconômicas, culturais e tecnológicas que as descobertas e os avanços científicos introduziram e introduzem de maneira contínua na vida cotidiana, interferindo no seu modo de pensar e fazer. Por ser parte integrante desse contexto, se interliga, se interrelaciona com os demais elementos da natureza de forma sistêmica e participa de suas mudanças (SILVA, 2006).

O ser humano é percebido por Capra (2012), como um todo integrado, constituído da dimensão biológica, sociocultural, psicológica e espiritual que se relaciona com os demais elementos da natureza, formando uma verdadeira teia de relações com o ambiente no qual vive e se desenvolve. As modificações que se processam no ambiente em que vive, trabalha e se desenvolve, refletem diretamente no seu ser e viver.

Para compreender essa relação é preciso abandonar a visão determinística, fragmentada e linear com foco em uma determinada necessidade e visualizar o ambiente como um todo integrado. Essa visão ecossistêmica viabiliza compreender a relação e as influências que as partes exercem entre si, possibilitando o surgimento de novos aspectos e novas formas capazes de gerar mudanças e transformações no todo. Portanto, as mudanças são resultados das interações entre as partes, cujo produto é maior do que a soma das ideias isoladas de cada elemento integrante do todo e que exige soluções que venham satisfazer a população (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2012).

Segundo Prigogine, Stengers (1997, p 215), “as ciências ditas "exatas" tem hoje por função sair dos laboratórios onde, pouco a pouco, apreenderam a necessidade de resistir ao fascínio de uma busca da verdade geral da natureza”. O conhecimento teórico, necessariamente, deve unir-se à prática que possui nuances particulares que precisam ser raciocinadas, ponderadas e discutidas em conjunto para obtenção de resultados mais confiáveis e congruentes, pois de forma dinâmica o conjunto das relações dos setores de determinada população movimenta-se e manifesta mudanças e necessidades diferenciadas de maneira constante.

Esse movimento dinâmico no setor saúde possui como escopo a conscientização da população sobre o direito a sua saúde entendida desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) como:

> [...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. È, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986 p.4).

Ao conceituar a saúde com essa amplitude de condições e ao percebê-la não apenas como ausência de doença, inicia-se a necessidade da concepção de novos padrões de serviços e ações, com base nas **relações** entre os setores que fazem parte das necessidades da população e que são capazes de acolhê-las como elementos integrantes do conceito saúde.

É preciso destacar que a obtenção dessa amplitude da saúde pode tornar-se possível com a participação dos diversos setores que constituem o espaço do município do Rio Grande. Assim, para o alcance dessa dimensão conceitual da saúde é indispensável envolver todos os setores, seus serviços e ações, do município do Rio Grande e apreendê-los como pilares essenciais para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) em benefício da população.

Entender o SUS como sistema leva a aceitar que é um todo formado por elementos, dotados de funções que se entrelaçam entre si, estabelecendo interconexões e que se influenciam mutuamente, provocando uma troca infinita de reações. Enquanto cada elemento integrante do sistema mantém sua individualidade e características próprias, busca obter no coletivo o propósito, o objetivo que o sistema como um todo se propõe a alcançar, saúde e melhor qualidade de vida a cada ser humano membro integrante desse sistema.

Essa percepção conduz a novos arcabouços para analisar a realidade em que a saúde do Rio Grande está inserida e, assim percebê-la em forma de **rede** que constantemente se transforma por meio das relações dinâmicas que nela interferem e influenciam. As rápidas e constantes modificações que se processam no sistema trazem na sua dinâmica não apenas os benefícios, mas também as imposições negativas que se alastram e envolvem a todos. A visão sistêmica possibilita conhecer e identificar as **relações dos setores e seus serviços e ações** que contribuem para atender a demanda em saúde produzida pelo desenvolvimento socioeconômico do município.

Prosseguindo nessa linha de pensamento, é mister olhar para o município do Rio Grande incluindo todos os setores, seus sistemas organizacionais e de suporte que integram

o seu espaço e tentar compreender as relações que acontecem e se estabelecem entre eles, e assim entender as necessidades desse ecossistema.

Entende-se que "o espaço/ambiente na dimensão ecossistêmica é um todo integrado constituído pelos aspectos físicos e sociais que se manifestam em constante interação e compõem os elementos estruturantes desse lugar" (SVALDI, SIQUEIRA, 2010, p.601).

Convém salientar que considerar o cidadão sob o olhar ecossistêmico exige a satisfação de suas necessidades individuais e coletivas, portando, "demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentação e outros". Assim sendo, pensar em intersetorialidade remete a refletir em **rede**, exigindo articulações, vinculações, inter-relações, ações complementares, entre parceiros e interdependência de serviços que venham garantir a integralidade das ações (BRASIL, 2009b p.193).

A intersetorialidade deve ser compreendida como uma estratégia política complexa, que necessita ir além da fragmentação das políticas individuais inerentes às diversas áreas onde são executadas. Seu grande desafio reside em articular os diferentes setores, seus serviços e ações na resolução de problemas de gestão compartilhada, elaborando estratégias coletivas intersetoriais para a resolutividade dos problemas de saúde, garantindo o direito à saúde e visando a promoção de qualidade de vida de toda população (MACHADO, PORTO, 2003; MACHADO, 2012).

Nessa trajetória, a intersetorialidade implica num processo de **inter-relações e interconexões de processos, saberes e práticas** que perpassa e transcende o campo da pesquisa e do ensino e permite a discussão interdisciplinar de saberes/conhecimentos específicos dos setores, serviços e ações que integram o espaço. Ela concebe a parceria, cooperação e a solidariedade como dimensões necessárias entre os diversos campos do conhecimento e do saber em relação a projetos que envolvem as diferentes disciplinas acadêmicas, instituições, gestores, respeitando a diversidade e as particularidades dos diferentes atores sociais que participam dessa caminhada (LEFF, 2000; INOJOSA, 2001; NASCIMENTO, 2010; SOUZA, MONNERAT, 2011; MACHADO, 2012).

Segundo Machado (2012, p.1), "as práticas intersetoriais, por se pautarem em articulações entre sujeitos e setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversas se apresentam como uma nova forma de trabalhar e de construir políticas públicas". Assim, entende-se que por meio da **intersetorialidade** é possível formular, implementar e acompanhar as políticas públicas que possuem impacto positivo sobre a saúde da população. Entretanto, esse espaço deve ser percebido com a **integralidade** dos setores que

formam essa unidade, incluindo o cidadão que nele habita e se desenvolve como elemento integrante dessa totalidade/unidade. A intersetorialidade ao considerar o ser humano na sua integralidade busca atender as suas necessidades individuais e coletivas.

Esse contexto evidencia que a partir do estudo da oferta atual dos setores componentes do município do Rio Grande, seus serviços e ações e as previsíveis alterações do perfil sóciodemográfico, econômico e cultural da população, permite criar novas propostas que depois de experimentadas, avaliadas, adaptadas e flexibilizadas podem ser eficazes no atendimento das demandas crescentes em saúde. Entretanto, existem avanços tecnológicos que se processam de forma rápida nos mais diversificados campos e introduzem mudanças significativas no processo saúde-doença e que devem ser consideradas e reavaliadas, constantemente, com a finalidade de programar as adequações necessárias para manter e promover a saúde da população.

Esses avanços possuem, atualmente, a era digital como um aliado importante que permite rápida divulgação da inovação de novos recursos tecnológicos na saúde. Percebe-se que, de forma constante, emergem nesta esfera, novos e sofisticados instrumentos para o atendimento ao processo saúde-doença tanto no âmbito individual como coletivo. A população deve receber informações sobre a forma de sua participação e torná-la mais consciente e responsável no cuidado a sua saúde. Os conhecimentos relativos à saúde devem envolver a equipe multiprofissional (EM) da qual o profissional enfermeiro participa e possui função de destaque frente às funções que desempenha junto à população nos mais variados espaços. Neste sentido, ele necessita de “visibilidade e efetividade não só em micro espaços pertinentes ao cotidiano das práticas do cuidado à saúde, mas também em macro espaços sociais, econômicos e políticos” (ERDMANN, 2009 p.675).

Em relação ao SUS, tema central desse trabalho, é indispensável que os gestores acompanhem atentamente o setor dos recursos tecnológicos da saúde para realizar as escolhas mais apropriadas, de maior impacto e satisfação das necessidades da população para serem inseridas e utilizadas nos serviços de saúde pública. Além da sua implantação, devem ser acompanhados e avaliados os resultados, e assim obter retorno de suas aplicabilidades.

Prigogine (2002), defende a importância das “escolhas” para a construção do futuro de um universo físico e de uma sociedade humana rigorosamente imprevisível. Em analogia às considerações de Prigogine frente às escolhas, é possível perceber a população do Rio Grande olhando o seu passado, seu presente e as incertezas de seu futuro. Essa situação frente a **imprevisibilidade** transporta para essa população grandes preocupações resultantes do desenvolvimento socioeconômico de seu ecossistema. Essas incertezas necessitam ser

compreendidas para enfrentar os desafios da **chegada do novo** e conseguir escolher as melhores possibilidades para arcar com a **chegada da mudança**.

Ao olhar nessa perspectiva e conceber Rio Grande como um todo ecossistêmico, cabe ao gestor articular todos os setores e seus sistemas organizacionais e de suporte, seus serviços e ações do município para oferecer e assegurar serviço de saúde e boa qualidade de vida à população.

Concebe-se que partindo do estudo da oferta atual das ações e serviços dos setores do município do Rio Grande e as previsíveis alterações do perfil sociodemográfico da população permite criar novas propostas que devem ser experimentados para avaliar a sua eficácia no atendimento das demandas crescentes em saúde.

Com base nessas considerações e olhando para o enfoque ecossistêmico da saúde do município do Rio Grande, deve existir por parte dos gestores desse município a preocupação dos impactos que o desenvolvimento econômico ocasionará nesse espaço. Discute-se, atualmente que este desenvolvimento trará inúmeras mudanças nos diferentes setores, portanto, o desafio está lançado. Nessa acepção e alicerçados no conceito ampliado de saúde, as mudanças necessárias neste âmbito configuram-se como desafios para oferecer acesso e atendimento aos serviços de saúde para a população

A relevância do tema se justifica pelas contribuições que a pesquisa busca apresentar com a finalidade de oferecer subsídios capazes de auxiliar nas escolhas a serem realizadas de forma coletiva em benefício da saúde da população do município do Rio Grande. No momento em que se consegue antecipar a escolha dos caminhos a serem seguidos, muitos impactos negativos poderão ser evitados e os positivos implementados. O diálogo, a negociação, as articulações e flexibilizações intersetoriais realizados de maneira sistêmica poderão alavancar energias e entendimentos capazes de incentivar as inovações em benefício da qualidade de vida da população. Ao incentivar a conceber a saúde a partir do conceito ampliado, procura-se estimular políticas públicas intersetoriais coerentes e articuladas, com a finalidade de reduzir as iniquidades na saúde. Todo esse contexto releva a importância do escopo desse trabalho.

Apoiado neste contexto tem-se como objeto principal desse trabalho, o estudo do SUS do município do Rio Grande e suas relações intersetoriais com a seguinte **questão de pesquisa:**

Que proposta de reconfiguração do SUS com base nas suas relações intersetoriais pode ser construída com contribuições do enfermeiro com vistas a atender a demanda produzida

pelo desenvolvimento socioeconômico e crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina?

Alicerçado na questão de pesquisa tem-se como **TESE:**

O estudo do SUS e suas relações intersetoriais do município do Rio Grande possibilita a construção de uma proposta de reconfiguração do SUS, com contribuições do enfermeiro, **capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina.**

Com base na questão de pesquisa e na Tese formulada apresentam-se como **Objetivos:**

- Conhecer o SUS e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande frente à demanda das necessidades da população em relação à saúde provocadas pelo desenvolvimento socioeconômico previsto e, consequente crescimento populacional;

- Construir uma proposta de reconfiguração do SUS no município do Rio Grande, com contribuições do enfermeiro, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O referencial teórico construído com a finalidade de aprofundar os conhecimentos sobre a temática e clarificar e sustentar a proposta em construção compreende os seguintes tópicos: Saúde e doença: conceito e evolução; Saúde ampliada na perspectiva ecossistêmica; Sistema Único de Saúde; Princípios doutrinários e organizativos do SUS; Conhecendo o espaço do objeto de estudo; Contextualizando o município do Rio Grande: sua criação e evolução; Rio Grande atualmente; Rio Grande e seus setores produtivos.

2.1 – Saúde e Doença: conceito e evolução

Etimologicamente, o vocábulo saúde se origina do latim *sallus* que significa integridade do bem-estar do ser humano no meio em que vive, se desenvolve e trabalha (FERREIRA, 1999). A preocupação com a saúde acompanha de diversas formas e abordagens a historia da humanidade e envolve implicações políticas, legais, sociais e econômicas.

As mudanças que se processam de maneira constante nos múltiplos segmentos socioeconômicos, culturais, tecnológicos, políticos, bem como as descobertas e os avanços científicos interferem na maneira de pensar, sentir e agir do ser humano e consequentemente, no seu processo saúde/doença (SILVA, 2006).

Com o intuito de explicar o binômio saúde/doença, que fez e faz parte da realidade e das preocupações durante as diferentes épocas históricas da humanidade, existiram várias tentativas e, assim, surgiram diversos modelos vinculados aos variados processos de produção das sociedades (BATISTELLA, 2007).

Na era paleolítica, o ser humano descobriu o fogo e desenvolveu uma linguagem rudimentar para comunicar-se, o que permitiu o inicio de uma organização social. Os povos eram essencialmente caçadores-coletores, viviam em bandos, eram nômades, e a sua sobrevivência dependia dos alimentos e água que se encontravam no seu meio ambiente. As doenças e agravos resultantes das atividades cotidianas de acidentes como quedas, cortes e lesões causadas durante as caçadas eram atribuídas a ações sobrenaturais de deuses, demônios ou espíritos malignos enviados por algum inimigo. Portanto, a **concepção mágico-religiosa** partia do princípio de que a doença era resultado do pecado ou de maldição (BATISTELLA,

2007; SCLIAR, 2007; GIOVANINI et. al, 2010). Esse entendimento pode ser atribuído à falta de subsídios de ciência e tecnologia para explicar a doença e por isso buscavam explicações sobrenaturais (SCLIAR, 2002, 2007; MENDES, LEWGOY, SILVEIRA, 2008).

Ainda nos dias atuais, a visão mágico-religiosa exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea. Essa afirmação pode ser percebida pelos inúmeros usos de procedimentos utilizados nos mais diferentes grupos sociais: uso de chás, rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de purificação, presentes nas diversas crenças e religiões o que reafirma sua presença na cultura brasileira. A procura dessas práticas permeia questões socioculturais que fazem parte da história (LUZ, 2006).

Estas práticas de saúde mágico-sacerdotais marcaram a fase empírica da evolução dos conhecimentos em saúde. Surgiram, neste contexto, o papel dos lideres espirituais com função e poder de cura, que por meio de rituais especiais procuravam afastar os maus espíritos. Eles foram chamados de formas distintas conforme as diferentes culturas: sacerdotes, xamãs e pajés entre os índios brasileiros; benzedeiras e os curandeiros na África valiam-se de diversas formas de rituais como cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas, jejum, dietas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos (BARROS, 2002; SCLIAR, 2002, 2007; BATISTELLA, 2007).

Percebe-se que a dimensão espiritual do ser humano estava presente de forma marcante no cotidiano de seus afazeres. Infelizmente, parte desses sentimentos foram esquecidos durante grande período da história da humanidade. Entretanto, atualmente, ressurge mostrando que a dimensão espiritual faz parte intrínseca do ser humano e por isso há necessidade de atender também as aspirações do ser humano na dimensão espiritual. Ela é capaz de energizar e potencializar o sentimento do ser humano e, assim, contribuir na manutenção e ou recuperação da saúde.

Na Grécia antiga surgiram os deuses da saúde, evocados para proteger a população dos infortúnios ligados aos males das doenças. Várias divindades estavam vinculadas à saúde, e os sacerdotes eram encarregados dos rituais da cura. Os gregos cultuavam o deus Esculápio como responsável pela saúde, assim como as suas duas filhas, as deusas Higéia e Panacéia que o ajudavam na arte de curar (BATISTA, 2003; BATISTELLA, 2007; GEOVANINI et. al, 2010).

Enquanto isso, para os antigos hebreus, a doença era um sinal da cólera divina, atribuído aos pecados causados pela desobediência ao mandamento divino. A doença era

considerada consequência do pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra (SCLIAR, 2002, 2007).

O apogeu da civilização grega aproximadamente 1500 a.C., constituiu um período marcante, em que as propostas de libertação da medicina das suas influências mágico-religiosas, procurou entender as **relações** entre o homem e a natureza, o que representou uma ruptura entre a superstição e as práticas mágicas surgindo um mundo baseado em **explicações racionais** para os fenômenos de saúde e doença. Os médicos também eram filósofos naturais e a cura era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos (ROSEN, 1997; SCLIAR, 2002, 2007; ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2002; BATISTELLA, 2007).

Para Scliar (2002, p.20):

> [...] novas formas de conhecimento contrapõem-se à magia, causando uma fissura no pensamento mágico. Essa fissura, representada pelo componente empírico, acentua-se a época da Antiguidade grega, cuja medicina encontra sua expressão maior em Hipócrates.

Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), considerado o pai da medicina deu uma **visão racional** à medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa. Acompanhou o pensamento baseado no racionalismo e o naturalismo dos filósofos daquele período, salientando que as doenças não eram causadas por demônios, espíritos ou deuses, e sim por causas e leis naturais. Assim, embasado neste novo pensamento, afirmou que os procedimentos terapêuticos deveriam apoiar-se numa base racional, com a finalidade de retificar os efeitos nocivos causados pelas forças naturais. Desta maneira, a medicina apartou-se do misticismo, alicerçou-se na observação e raciocínio dedutivo, considerando o **ambiente** como fator importante na influência e bem estar das pessoas, assim o ar, a água, moradia, locais que frequentavam e a alimentação que consumiam tornaram-se fundamentais para a saúde (BATISTELLA, 2007).

Nessa época inicia-se a olhar a saúde como a expressão de um **equilíbrio harmonioso** entre o que chamaram de os 4 humores ou fluidos corporais principais: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue sendo a saúde consequência do equilíbrio desses elementos. A concepção fisiológica que teve início com Hipócrates, explica as origens das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. O homem era compreendido como uma unidade organizada e a doença era consequência da desorganização desse estado. Substituiu os deuses pela observação clinica de seus pacientes, criando métodos de estudo e de diagnóstico. Hipócrates defendeu estes novos princípios

teóricos e metodológicos e, assim, passou a ser chamado como "pai da medicina”. Várias obras foram escritas por ele, assim como o juramento do médico usado até os dias de hoje (BARROS, 2002; ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2002; SCLIAR, 2002, 2007; BATISTA, 2003; BATISTELLA, 2007).

Um de seus livros mais importantes foi: Ares, Águas e Lugares, onde pela primeira vez ele chama de doenças endêmicas aquelas de ocorrência de um número regular e contínuo de casos entre habitantes de uma mesma comunidade, e de epidemia ao surgimento de uma doença de forma repentina e que atinge um grande número de pessoas de uma mesma população. Considerou fatores como clima, solo, água, alimentação e modo de vida como fatores importantes no desenvolvimento de doenças. Baseado nestes argumentos, desenvolveu uma teoria que compreendia a saúde como homeostase, isto é, como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio (BATISTELLA, 2007).

A saúde era percebida como mente e corpos sadios, e para obter este resultado a pessoa necessitava seguir um **estilo de vida em harmonia com as leis naturais**, sendo a única maneira de obter o equilíbrio entre as forças do organismo e as do seu ambiente, isto incluía o ambiente de trabalho, habitação, a dieta, na determinação do bom estado de saúde (NULAND, 1988, BARROS, 2002).

A cultura grega influenciou a cultura romana onde a engenharia sanitária teve um desenvolvimento avançado. A construção de aquedutos, cisterna de águas, banheiros públicos, entre outros, trouxeram benefícios à saúde da população (ROSEN, 1997; BATISTELLA, 2007).

O hábito do banho foi adotado por toda a população, com a finalidade de higiene corporal, como também por propriedades medicinais. Surgiu então o que ficou conhecido como a cloaca máxima, cuja função era eliminar a água da superfície assim como a drenagem dos esgotos (SCLIAR, 2002; BATISTELLA, 2007). Apesar destas medidas, o Império Romano (27 a.C. - 476 d.C.) enfrentou grandes epidemias, entre elas a de malária, o que fez com que a população rural migrasse para as cidades, o que provocou um aumento não planejado e desordenado das mesmas.

Galeno (129-199 d.C.),percebia a causa da doença de forma endógena, estando dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio (SCLIAR, 2007).

Ainda para o mesmo autor, a cultura oriental enfatizava a saúde e doença diferente à concepção hipocrática. Percebiam que existiam dentro do ser humano forças vitais, que quando funcionam de forma harmoniosa existia saúde; caso contrário, surge a doença. A

utilização de métodos como acupuntura e ioga tinham como objetivo equilibrar a energia do corpo.

Segundo Barros (2002), Galeano se baseou nas ideias de Hipócrates fazendo avanços significativos nos diagnósticos e terapias utilizadas, sendo sua ideia central de fisiologia baseada nos humores, os quais seriam influenciados pelo meio ambiente, como calor, frio e alimentação. A morte poderia ser causada por fatores internos ligados a predisposição individual, fatores externos, entre elas alimentação e exercícios físicos inadequados, ou por ambos. O diagnóstico deveria ser fundamentado em um cuidadoso exame do doente, considerando seu estado geral, condições ambientais e época do ano.

Com a queda do Império Romano aproximadamente no ano 476 d.C., e o surgimento do regime feudal na Idade Media, percebeu-se o declínio das instalações sanitárias, trazendo também desastrosas consequências na prevenção e tratamento das doenças. O cristianismo afirmava a doença como castigo de Deus pelos pecados cometidos e a cura como questão de fé. A passagem pelo mundo representava apenas um caminho para purificação da alma. Como consequência desta percepção, as práticas de cura passaram a ser atribuição e realizadas por religiosos. Foram substituídas as dietas, exercícios, chás, repousos e outras medidas terapêuticas da medicina clássica, por rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos para purificação da alma, sendo que o corpo físico, apesar de albergá-la, não tinha a mesma importância. Ao não ter recursos para tratar da doença, considerava-se que a morte seria a libertação (ROSEN, 1997; SCLIAR, 2002, 2007; BATISTELLA, 2007).

O constante medo das epidemias como varíola, lepra, difteria, sarampo, influenza, ergotismo, tuberculose, escabiose, entre outras, aterrorizavam constantemente a população. Sem dúvida, a lepra e a peste bubônica foram as doenças de maior importância e preocupação, sendo a pessoa portadora da lepra considerada como manifestação evidente da impureza diante de Deus sendo condenados ao isolamento no leprosário e aqueles que estivessem pelas estradas usavam roupas características para advertir a outros de sua perigosa ameaça. Pode-se afirmar que foi a doença que maior temeridade e impacto influenciou na população deste período (ROSEN, 1997; SCLIAR, 2002; BATISTELLA, 2007).

A peste bubônica foi uma das doenças que causou maior devastação, responsável pela morte de um quarto da população europeia em 1347, devido ao aumento das viagens marítimas, conflitos militares e movimentos migratórios, ainda acrescentado da grande miséria, promiscuidade e falta de higiene, ausência de esgotos, criação de animais domésticos

na cidade, excrementos nas ruas fez com que este período fosse conhecido como a idade das trevas (SCLIAR, 2002; BATISTELLA, 2007).

O suíço Paracelsus (1493-1541 d.C), representou o modelo de transição entre a escola galénica e o modelo biomédico. Afirmou que existia o micro e macro cosmos influenciados pelo princípio vital que chamou de archeus, sendo a causa das doenças provocadas por agentes externos ao organismo. Era adverso às ideias do passado, especialmente à teoria dos humores e ao pensamento galênico. Neste mesmo período, a alquimia e a química iniciavam sua influencia na medicina, sendo, portanto os remédios químicos os melhores para tratar da doença, exemplo disso foi à utilização do mercúrio para o tratamento da sífilis. Foi no final da idade media (final do século XV) que utilizaram estratégias como a quarentena para deter a proliferação das epidemias o que denotava a preocupação com forma de contagio de algumas doenças. Cabe ressaltar que a forte influência da igreja católica impedia as explicações além da Fé e aqueles que insistissem enfrentariam os tribunais da Inquisição (BARROS, 2002; SCLIAR, 2007).

Na época renascentista e da reforma Protestante, século XIII d.C. no início do século XVI, as práticas de saúde eram realizadas nos hospitais religiosos, onde homens, mulheres e crianças, os mais humildes e carentes, utilizavam as mesmas dependências em leitos coletivos, tornando-se um depósito de pessoas doentes e muitas vezes sendo objeto de experiências. No entanto, as classes sociais mais elevadas recebiam atendimento em sua própria residência, percebendo-se assim a existência do cuidado diferenciado (GRAÇA, 2005).

Para BARROS (2002, p.72):

> A influência de Paracelso cresceu após sua morte e muitos dos seus admiradores se destacaram no exercício de uma prática médica afastada da convencional, ainda que atentos às inovações. Quase um século depois, o médico londrinense Robert Fludd (1574- 1629) estabeleceu uma espécie de ponte entre Paracelso e as novas correntes filosóficas dos séculos XVI e XVII (em especial, as chamadas "filosofias químicas" cujos adeptos propugnavam a compreensão da natureza através da análise química, o que, no âmbito da medicina, incluía uma oposição às ideias de Galeno, com duas correntes principais: uma seguidora da tradição de Paracelso, com sua visão holística e mística do mundo; a outra, mais prática e mecanicista, preocupando-se menos com a essência das coisas e mais com sua forma e movimento.

No século XVII, filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros conceberam a **realidade do mundo como uma máquina**. Newton percebeu o Universo conforme o modelo mecânico, no qual todos seus elementos são partículas materiais,

pequenos, sólidos e indestrutíveis, em constante movimento, formando a matéria. No pensamento mecânico newtoniano, todos os eventos físicos são realizados através do movimento dessas partículas materiais resultado da força da gravidade. Sob este olhar, o mundo com os seres vivos são percebidos como uma máquina e para compreendê-los, é necessário olhá-los constituídos por diferentes peças (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2002).

Os seres vivos passam a ser estudados por partes, fragmentadas, percebendo os diferentes órgãos que os compõem. Cada parte é estudada separadamente e possui uma determinada função observável. O organismo é explicado pela soma das partes ou das propriedades o que representa o conjunto. O corpo humano foi compreendido como uma grande máquina cujas peças se encaixam ordenadamente e conforme um processo racional. Curar a doença equivalia, à reparação da máquina. Percebe-se este método como analítico e reducionista, onde o todo não pode ser compreendido como uma totalidade orgânica. Para Descartes, se houver interação lógica das peças poderá nos dar a compreensão do todo (PEREIRA, SIQUEIRA, 2008; CAPRA, 2012).

Neste período, houve um desenvolvimento dos conhecimentos de anatomia. Assim, o pensamento newtoniano apresentou explicação de vários fenômenos da vida cotidiana, permitindo oferecer a medicina mecanicista instrumentos solicitados pelos médicos para que conseguissem lidar cada vez mais de forma satisfatória, com parte das doenças mais comuns.

O **modelo biomédico** conseguiu responder à questões de saúde da época, definindo a teoria do germe, sendo que ela, dentro do espírito cartesiano, referia-se a que um organismo patogênico específico estava associado a uma doença específica, e assim, permitia as bases conceptuais necessárias para combater as epidemias. O século XVII caracterizou-se por ser um período de grande desenvolvimento da física, química e das ciências biológicas (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2002), conhecimentos que influenciaram e contribuíram na afirmação do modelo cartesiano.

Conforme Barros (2002), grandes descobertas aconteceram neste período sendo corroboradas pela abordagem biomédica como os estudos de anatomia realizados por Vesalius (publicados em 1543), a descoberta em 1628 da circulação sanguínea por William Harvey, e a primeira vacina por Edward Jenner (1790-1823).

No final do século XVIII teve início a **revolução industrial** com consequências calamitosas para a saúde tais como grandes epidemias causadas pelo desequilíbrio ecológico desencadeadas por grandes mudanças sociais. O crescimento desorganizado das cidades, com um aumento permanente da população originada pelo êxodo da população rural para as cidades implicou em falta de saneamento, condições de higiene, falta de habitação e miséria.

Esses fatos permitiram a propagação de micro-organismos causadores de grande morbidade e mortalidade. A tuberculose, a pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria e a varíola foram às doenças mais conhecidas da época (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2002).

No inicio do século XIX, aconteceram grandes descobertas, entre elas, o **microscópio** o que permitiu revelar a presença de micro-organismos. Esse período foi chamado de revolução pasteuriana, onde Louis Pasteur (1822-1895) realiza grandes descobertas cientificas entre elas a descoberta de micro-organismos causadores de doenças possibilitando a criação de soros e vacinas. Pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos, estavam sendo identificados como causantes das doenças e agora poderiam ser prevenidas e curadas (BARROS, 2002; SCLIAR, 2002, 2007; CAPRA, 2012).

O microscópio torna-se um importante e poderoso auxiliar na descoberta e controle de doenças e fez com que diferentes cientistas contribuíssem para uma importante ruptura epistemológica e início à era bacteriológica (BATISTELLA, 2007).

A partir de 1880, Pasteur dá inicio as investigações para descobrir **as causas das doenças.** Várias descobertas aconteceram nesse período, como a utilização do éter, clorofórmio e óxido nitroso por parte do cirurgião inglês Lord Lister. Em 1882, Robert Koch descobre o agente causador da tuberculose. Entre 1880 e 1898, várias descobertas aconteceram de significativa importância, como os agentes causadores da lepra, malária, cólera entre outras (SCLIAR, 2002, 2007).

O século XIX marca o inicio das especializações, com um novo olhar para o sistema de educação, onde sua base é a fragmentação do objeto e pela crescente especialização do profissional cientifico (STANCIK, 2009).

Para Pereira, Siqueira (2008, p. 45-46):

> O método cartesiano e o modelo flexneriano, através do isolamento da totalidade e da segmentação do ser humano, entre corpo e mente nas especialidades de seus órgãos sempre focados na doença, constituíram o modelo biomédico. Portanto o método cartesiano e os modelos flexneriano e biomédico podem ser considerados como sinônimos, porque possuem, além da característica reducionista, o seu enfoque centrado na doença.

Nessa época, os fenômenos biológicos são exclusivamente explicados pela química e física, ficando de lado as questões sociais, psicológicas, espirituais e as dimensões comportamentais da doença. O corpo não é visto como uma máquina perfeita e sim, como uma máquina que possui o terá problemas, e, portanto somente os especialistas poderiam constatar e concertar, dando origem assim a fragmentação do conhecimento. Foi um momento

de grandes transformações onde pela primeira vez foram considerados fatores etiológicos como desencadeantes de doenças o que permitia ser prevenidas (PEREIRA, SIQUEIRA, 2008).

No final do século XIX, muitas respostas tinham sido obtidas relativas às doenças infecciosas, mas muitas interrogações e dúvidas ainda persistiam. No inicio do século XX, foi descoberto a participação de vetores ou hospedeiros na transmissão de doenças e a participação dos portadores sadios na manutenção da cadeia epidemiológica. Assim, vacinas e soros foram produzidos para diferentes doenças como febre tifoide, tuberculose, febre amarela, poliomielite, difteria, tétano, entre outras (BATISTELLA, 2007).

Atualmente, em pleno século XXI, pode-se afirmar que ocorrem importantes mudanças demográficas, econômicas que se refletem em outros setores e principalmente na saúde. Portanto, existem grandes desafios a serem superados, o que exige um pensar de forma integrada, interconectado, já que a saúde, atualmente é percebida não apenas como a ausência da doença, e sim resultante de vários fatores conforme o conceito ampliado definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986).

Ao rever os diferentes momentos históricos, ao longo da história, permitiu perceber que a saúde foi compreendida e definida sob olhares e abordagens diversas. Ao buscar discutir, conceituar a saúde e a doença ao longo do tempo, a complexidade e a multiplicidade de fatores que influenciaram e influenciam de forma direta e indireta ficam mais evidentes. Portanto, entende-se que a saúde, resultante de vários fatores, sofre modificações na sua concepção, na medida em que surgem novos conhecimentos, novas tecnologias, discussões e compreensões a seu respeito.

2.1.1 Saúde ampliada na perspectiva ecossistêmica

Scliar (2007) assevera que a saúde reflete a situação social, econômica, política e cultural da sociedade. Assim sendo, a saúde tem diferentes interpretações e representações para as pessoas. Seu conceito é interpretado conforme a época histórica, lugar, classe social, crenças, valores individuais, concepções científicas, religiosas, culturais e filosóficas da sociedade. Dessa forma, para compreender a situação de saúde de um individuo e ou de uma coletividade é necessário considerar as suas relações com o meio físico, social e cultural, político e espiritual. Entretanto, diversas tentativas são realizadas no intuito de conceituar a saúde, que recebe interpretações conforme o período histórico em que é vivenciado e com base nas vivências e experiências do ser humano e ou do grupo social.

Esse fato no Brasil não poderia ser diferente dos demais países e esses períodos foram permeados por diversas modificações e tentativas para melhorar a qualidade de saúde no país. A saúde no Brasil foi marcada por diferentes momentos históricos, influenciados pelos processos políticos e econômicos de cada período.

No início dos anos 80, houve no Brasil uma grande crise econômica e exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde. Esse direito era assegurado apenas para aqueles que contribuíam com o Instituto Nacional de Previdência Social. Essa década foi marcada por movimentos sociais, pela redemocratização do país e pela melhoria das condições da saúde da população, onde o movimento sanitarista brasileiro cresceu e ganhou representatividade através dos diferentes setores sociais como os profissionais de saúde, usuários, políticos e lideranças populares, pela reestruturação do sistema de saúde.

Em 1986 foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que se constituiu em marco da participação de setores mobilizados da população, profissionais da saúde, entre eles os enfermeiros, sindicatos, traçando as bases e diretrizes para a Reforma Sanitária. Esse movimento garantiu um espaço importante e democrático de participação da população para a discussão destes problemas. Os temas principais abordados foram o direito à saúde com o resgate da cidadania, reordenamento do Sistema Nacional de Saúde, alternativas do financiamento da atenção à saúde, o que conduziu para o seu documento final, sendo lançadas as bases da reforma sanitária. Outro tema polêmico foi a separação da saúde da Previdência, devendo, essa, encarregar-se das ações do seguro social (BRASIL, 1986; PAIM, 2003; SILVA, 2006; AGUIAR, 2011; BERTOLLI FILHO, 2011; BRASIL, 2011a; POLIGNANO, 2012).

Conforme o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

> [...] emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir, trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades. Moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito a liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (BRASIL, 1986, p.5).

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde, junto com os movimentos de saúde da população, permitiu a aprovação da “Reforma Sanitária”, através do decreto nº 94.657/87 que resultou na criação e implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) tendo como base as diretrizes de universalidade, equidade e integralidade dos serviços de

saúde. Tinha inicio o processo para superar a dicotomia prevenção/cura e os gastos causados por uma administração deficitária (BRASIL, 1987; PAIM, 2003).

Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira e incluiu a saúde como direito do cidadão brasileiro. Esse foi um marco histórico da saúde pública brasileira e representa o avanço no sentido da universalização de direitos, estabelecido no artigo 196 que define:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário nas ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Para garantir estes direitos foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 que instaurou e regulamentou o SUS garantindo acesso universal e gratuito à saúde a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2011a).

Efetivar a saúde como direito universal a toda população torna-se um grande desafio, que só pode ser alcançado através de políticas sociais e econômicas que atuem reduzindo as desigualdades sociais e regionais do Brasil, garantindo o direito de cidadania e o fortalecimento da democracia (BRASIL, 2004).

Frente a este contexto, percebe-se que a década de 80 e 90 se caracterizou por um intenso processo de redemocratização do país, com grandes mudanças no modelo assistencial com a implantação da Reforma Sanitária. Esta representou um avanço nos direitos da população, com a Constituição Federal garantindo a saúde no seu conceito ampliado, como um direito a todos os cidadãos, alicerçado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Esta nova realidade fez com que o enfermeiro olhasse a saúde a partir do conceito ampliado e para isso necessitou adaptar as ações do seu processo de trabalho que fossem ao encontro das diretrizes agora juridicamente reconhecidas. Ele precisou criar e desenvolver estratégias capazes de apresentar maior proximidade com os usuários seja a nível institucional como na atenção pública à saúde demonstrando sua visibilidade e importância social e política (GOMES, OLIVEIRA, DE SÁ, 2007).

Desta maneira, percebe-se a necessidade de políticas públicas intersetoriais comprometidas com a redução de riscos e não somente de danos, direcionadas ao acesso igualitário e universal (PAIM, 2003). Para processar as políticas públicas com enfoque intersetorial são necessárias mudanças nas formas de pensar e agir e na maneira de perceber

os valores e assim, procurar soluções, reconhecendo que os problemas se encontram interdependentes e interconectados.

Ao ostentar o direito à saúde, garantido pela Constituição Brasileira, assumir o SUS como política pública de saúde e admitir o conceito ampliado de saúde, é necessário abandonar o pensamento mecanicista cartesiano linear e determinístico e passar para um pensar e fazer ecossistêmico. Essa mudança leva a perceber os fatos inter-relacionados, apresentando diferentes probabilidades e infinitas possibilidades. É mister considerar as interações dos elementos/setores de cada espaço e verificar as suas relações que podem resultar em novas interações e produzir flutuações e ramificações diversas nesse ambiente (PRIGOGINE, 2011).

Surge, assim, **um novo modelo**, que pela sua amplitude, abrangência e integralidade dos seus elementos constituintes forma um sistema/ecossistema de saúde baseado na prevenção, promoção e recuperação da saúde, com base na saúde, opondo-se ao modelo biomédico curativista centrado na doença. Entretanto, o SUS enfrenta diversos obstáculos na sua aplicabilidade, entre os quais é possível destacar, uma sociedade impregnada de preconceitos, discriminações, diferenças econômicas caracterizadas, especialmente, pela má distribuição da renda, aspectos culturais e geográficas, entre outros. Esse cenário demanda refletir a respeito de quais as melhores estratégias a serem utilizadas para efetivar o acesso aos serviços de saúde à população, levando em consideração as necessidades do ser humano inserido no seu espaço e tempo. A todas essas dificuldades, é preciso acrescentar os problemas inerentes ao processo de formação, as diferenças socioculturais, a má distribuição da renda e as especificidades próprias do ser humano, em particular dos profissionais da saúde, entre eles o enfermeiro buscando ampliar o seu espaço:

> A enfermagem vem ampliando, a cada dia, o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões (BACKES et.al.,2012, p.223).

De modo geral, os profissionais da saúde continuam sendo formados no modelo cartesiano, reducionista, fragmentado e dissociado do contexto, que não lhes fornece conhecimento para perceber o ser humano como uma unidade na totalidade e que suas necessidades encontram-se vinculadas ao todo formando um conjunto de elementos, um ecossistema.

Para Santos, Siqueira, Silva (2009, p.751): [...] “o ecossistema é entendido como comunidade de organismos que interagem entre si e mantém relação com o ambiente em que vivem concebe o ser humano como elemento integrante dessa comunidade”.

Esse conjunto de elementos que formam essa realidade estabelece relações entre si e constituem redes no seu habitat e buscam desenvolver-se de forma saudável e harmoniosa (SANTOS, SIQUEIRA, SILVA, 2009). Desta forma, percebe-se o ecossistema como um conjunto de elementos interconectados, inter-relacionados que formam uma totalidade, constituindo um espaço/território/ambiente numa constante troca de energia e matéria entre si. Assim, a saúde do ser humano, na perspectiva ecossistêmica, necessita ser, considerada e compreendida, por meio do conjunto dos diversos elementos que compõem o espaço onde esta inserido e que são interdependentes, se interconectam e se influenciam mutuamente.

A globalização ocasionou o desenvolvimento tecnológico, econômico e de conhecimentos científicos, mas não significa que influenciam nas melhorias das condições de vida da população (FREITAS, PORTO, 2010). Para os mesmos autores, há necessidade de abordagens integradas à procura de soluções para os problemas de saúde e ambiente, sendo que estes problemas necessitam ser compreendidos na sua “pluralidade de dimensões”.

Pode-se afirmar que:

> [...] a saúde possui, portanto, além da dimensão biomédica, dimensões éticas, sociais e culturais irredutíveis, sendo objeto de permanente negociação e eventuais conflitos dentro da sociedade, dependendo de como os valores e interesses se relacionam dentro das estruturas de poder e distribuição de recursos existentes (FREITAS, PORTO, 2010, p 29).

Corroborando com este novo paradigma, a Avaliação Ecossistêmica do Milênio tenta avaliar a saúde através de diversos aspectos, entre eles as influências exercidas nas alterações dos serviços dos ecossistemas que incutem no bem-estar humano, partindo do pressuposto que o bem estar humano é formado por constituintes múltiplos. Entre eles, incluem a saúde, e para alcançar a mesma, vários fatores são necessários que estejam interconectados e em harmonia como um ambiente físico circundante saudável, ar limpo, acesso à água limpa, alimentos suficientes, moradia, vestuário; as relações sociais, incluindo o direito de cidadania (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009).

O enfoque ecossistêmico em saúde necessita contemplar o ser humano de forma holística, sendo influenciado por fatores sociais, econômicos, culturais e espirituais. É preciso perceber o ser humano integrado e interagindo com o meio ambiente do qual faz parte (FEOLA, BAZZANI, 2002; LEBEL, 2003).

A complexidade do mundo pede uma visão holística, onde esta complexidade exige uma ciência na qual “o diálogo experimental seja baseado nos dois elementos essenciais da relação entre homem e a natureza: compreensão e modificação” (PRIGOGINE, STENGERS 1997, p18).

Esta visão holística vê o mundo como um todo integrado reconhecendo a interdependência entre todos os fenômenos, como uma rede que estão fundamentalmente interconectados e são interdependentes. Entender a interdependência significa entender as relações. Estas relações não são lineares, envolvendo múltiplos laços de realimentação. Uma alteração no ecossistema não se limita a um único efeito, mas tem possibilidades de difundir-se, bifurcar-se em padrões cada vez mais amplos, até por laços de realimentação interdependentes (CAPRA, 2012).

Considerando o conceito ampliado de saúde, assim como os princípios e diretrizes do SUS, torna-se necessário estabelecer diretrizes e metas para a reorganização do sistema de saúde local e para isso acontecer, exige um trabalho intersetorial, no presente caso, no município Rio Grande/RS, que venha garantir, contemplar e consolidar políticas públicas que garantam a saúde da população.

A temática exposta pela Tese se inter-relaciona com a realidade que o município está passando. A reconfiguração do SUS se faz necessária para adequá-lo às necessidades e modificações da demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e expansão populacional. A conscientização da participação dos diversos setores que integram os serviços e ações do município torna-se indispensável, porque no sentido amplo, a saúde é a resultante da interação do conjunto dessas dimensões que compõem a totalidade do município, ou seja, o seu ecossistema.

Urge a necessidade de novos programas e políticas em saúde, capazes de extrapolar as práticas convencionais, ultrapassando as características biofísicas da saúde para tentar implementar novas possibilidades à procura de soluções, com a participação dos gestores e da população (LEBEL, 2003).

Frente a estas novas necessidades e assim, poder atingir os objetivos do SUS, “exige-se o desenvolvimento de determinado processo de trabalho de enfermagem, que vem se diversificando em atividades assistenciais, de gerência, de ensino e de pesquisa” (GOMES, OLIVEIRA, DE SÁ, 2007, p.110). Essa diversidade de dimensões no processo de trabalho do enfermeiro não é entendida como dicotômica, mas como complementar, produzindo discernimento, aprofundamento, e aperfeiçoamento e maior qualidade às ações exercidas.

Apoiados nessa perspectiva apresentam-se novas e diferentes possibilidades, que permitem refletir e repensar as inter-relações existentes e verificar de que forma afetam as relações entre o ser humano e seu ecossistema. Frente a este contexto instável oportuniza-se a procura de soluções por meio das possibilidades e das bifurcações de diferentes caminhos/portas para atingir o equilíbrio e os recursos necessários (PRIGOGINE, 2011).

Essa busca de construção de novas possibilidades, articulando dimensões físicas a dimensões humanas, necessita considerar o conhecimento cientifico como tal, num processo de produção científica, e verificar de maneira unificada as necessidades do ser humano, sujeito e seu ecossistema. O ser humano e a natureza não estão em oposição, ao contrário, são interdependentes e interconectados, mostrando que vida e não vida não se opõem (PRIGOGINE, STENGERS, 1997).

Para Lebel (2003), o ambiente urbano é um ecossistema fortemente influenciado pelas atividades do ser humano, portanto as cidades se tornaram um grande desafio para a saúde, onde os diversos fatores como pobreza, moradia, segurança afetam o ecossistema e sofrem influencias mútuas, já que o ser humano é elemento integrante da natureza.

Corroborando com o autor percebe-se o ecossistema atual do município do Rio Grande como um grande desafio ante as constantes influências produzidas pelo desenvolvimento econômico e o crescimento populacional em franca expansão. Ao mesmo tempo em que produz inúmeros benefícios é carregado de preocupações, pois precisa dar conta da saúde do ser humano que integra essa realidade. Esse fato está **exigindo dos gestores encontrar possibilidades, novas estratégias/caminhos**, que venham ao encontro das necessidades da população e oferecendo-lhe acesso a saúde, de forma de contemplar o conceito ampliado de saúde e os princípios e diretrizes do SUS, garantidos a todo cidadão brasileiro conforme a Constituição Federal de 1998.

2.2- Sistema Único de Saúde

"A palavra **sistema** abarca variadas conotações e envolve um amplo e múltiplo espectro de conceitos, dependendo sob que ângulo que é discutido e percebido" (SILVA, 2006, p.38).

Segundo Chiavenato (2004, p. 280), sistema:

> [...] é um conjunto de objetos unidos por alguma forma de interação ou interdependência, qualquer conjunto de partes unidas entre si pode ser

> considerado um sistema, desde que as relações entre as partes e o comportamento do todo seja o foco de atenção. Um conjunto de partículas que se atraem mutuamente (como o sistema solar), ou um grupo de pessoas em uma organização, uma rede industrial, um circuito elétrico, um computador ou um ser vivo podem se visualizados como sistemas.

Pode-se compreender o sistema como um todo formado por partes, dotadas de funções que se entrelaçam entre si estabelecendo interconexões e que se influenciam provocando uma troca infinita de reações, enquanto as partes integrantes do sistema mantêm sua individualidade e características próprias, buscam obter o propósito, o objetivo que o sistema como um todo se propõe a alcançar. O sistema proporciona uma visão compreensiva, abrangente, holística em que as totalidades representam mais que a soma de suas partes e, portanto é gestáltica. O todo é maior que a soma das partes, dando-lhe uma configuração e identidade total. Podemos percebê-lo como um conjunto de elementos, interligados, interconectados, formando uma totalidade/unidade (CAPRA, 2012).

Este novo paradigma teve inicio em meados de 1920 com o biólogo Ludwing Von Bertalanffy percebendo o ser humano de forma integral, que se opõe ao modelo cartesiano de uma visão reducionista e fragmentada (PEREIRA, SIQUEIRA, 2008; BERTALANFFY, 2013).

A teoria dos sistemas, como é chamada, se alicerça em três premissas, que são: os sistemas existem dentro de sistemas, pois cada sistema é constituído por subsistemas; os sistemas são abertos, portanto cada sistema existe dentro de um meio ambiente que é constituído por outros sistemas e por último as funções de um sistema dependem de sua estrutura em que cada sistema tem sua finalidade ou objetivo (CHIAVENATO, 2004).

Teoria Geral dos Sistemas tem por objetivo:

> [...] uma análise da natureza dos sistemas e da inter-relação entre eles em diferentes espaços, assim como a interdependência de suas partes. Ao invés de se reduzir ao ser humano para o estudo individual e isolado da sua totalidade, da propriedade de suas partes ou elementos com órgãos e células, deve-se focalizar na contextualização do todo, ou seja nas relações e interações entre as partes que se interconectam e interagem, sendo, portanto, possível a compreensão da realidade através da inserção social do ser humano (PEREIRA, SIQUEIRA, 2008, p 49).

Frente a esta perspectiva, o próprio mundo se apresenta com uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados, sendo que qualquer uma das partes que a compõem é de extrema importância, determina e influencia na estrutura de toda a teia (CAPRA, 2012).

A ideia da teia permite uma compreensão, mais ampla e simples dos sistemas, e reafirma a relação de interligação que existe entre eles, e a realidade dos inúmeros processos

que forma o todo de maneira interdependente. Essa reflexão oportuniza o repensar a magnitude e a importância que o sistema exerce no desenvolvimento de qualquer a atividade a ser realizada. Os grandes e pequenos problemas são sistêmicos, portanto, interligados e interdependentes, e somente podem ser entendidos e solucionados se aprendermos a pensar sistemicamente em termos de relação, conexão e contexto (CAPRA, 2012).

A Constituição de 1988 transformou o modelo da saúde do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo o acesso de toda população aos serviços de saúde, restrito anteriormente, apenas aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. O restante da população era excluído e quando necessitavam de assistência procuravam as instituições filantrópicas. O SUS surgiu como uma **nova forma de reordenamento e organização dos serviços e ações de saúde**, universalizando o atendimento à saúde para todos os cidadãos.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2011b, p.24):

> O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido nos artigos 196 a 200 do seguinte modo:

> **Art. 196**. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
>
> **Art. 197**. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
>
> **Art. 198**. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade.
>
> § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do

> Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).
>
> **Art. 199**. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
> § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos [...];
>
> **Art. 200**. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
> I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
> II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
> III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
> IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
> V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
> VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
> VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
> VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988)

Percebe-se que o texto constitucional evidencia a compreensão do SUS, e as necessidades de organização e determinação por parte dos gestores para que este novo modelo de saúde esteja voltado para as necessidades da população, resgatando o compromisso do Estado para com o bem-estar social, e desta maneira possa consolidar-se como um dos direitos da cidadania (BRASIL, 2011b). “Ao SUS cabe à tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa” (BRASIL, 2009a, p.9).

Sua definição consta no artigo 4º da Lei Federal 8080 como sendo:

> O conjunto de ações e serviços de saúde prestadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990a).

A proposta estrutural do SUS procura integrar todas as instituições, serviços e ações de saúde, descentralizando as decisões, as responsabilidades e os recursos financeiros através dos governos federal, estaduais e municipais, do Ministério de Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, da organização, direção e gestão do SUS, funcionamento e participação

complementar dos serviços privados de assistência à saúde e da política de recursos humanos (SILVA, 2006).

Compreende-se o SUS como um **sistema** que objetiva dar suporte e efetivação de forma organizada e articulada as ações e serviços de saúde nas três esferas do governo, a nível federal, estadual e municipal, podendo utilizar-se dos serviços particulares a serem contratados ou conveniados quando necessários para complementar o serviço público de saúde para atender de forma funcional as demandas surgidas.

O SUS foi regulamentado por meio da lei própria: a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, e pela Lei nº 8142 sancionadas em 1990 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento do SUS. Suas ações e serviços são regionalizados, conforme a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que estabelece as competências para as três esferas governamentais, dando suporte para sua organização e seu funcionamento, sendo complementadas por sucessivas Leis no decorrer do tempo (SILVA, 2006; VASCONCELOS, PACHE, 2009; AGUIAR, 2011; BRASIL, 2011b).

A Lei 8080 determina ao SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Aborda a gestão financeira e determina o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e responsabilidades de cada nível de gerência do SUS e assim, garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos e contratados privados e conveniados (BRASIL, 2004).

A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências entre os governos dos recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, constituindo-se em um espaço importante público de controle social através da participação social (BRASIL, 1990b, 2011b).

2.2.1 Princípios doutrinários e organizativos do SUS

A implantação do SUS foi e é um extenso processo de conquistas na historia das políticas públicas do Brasil, que passou de um atendimento curativista para um processo democrático, embasado numa mesma doutrina, filosofia, princípios e diretrizes, cujo alicerce fundamental é as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Portanto, o SUS necessita estar preparado para garantir o acesso à saúde da população de forma universal, equânime e integral, descentralizado e com a participação social.

È necessário ressaltar que o alcance destes principios e diretrizes e seus objetivos necessitam estar interligados, interconectados agindo em harmonia considerando o ecossitema dos atores sociais que dele participam e de todos os elementos que fazem parte deste contexto.

A Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, estabelece os princípios organizativos e doutrinarios que orientam o SUS, foram o resultado de um extenso processo histórico e social, que procurava interferir nas condições de saúde e na assistência oferecida à população brasileira. Os princípios doutrinários são universalidade, integralidade, equidade e os organizativos são definidos pela descentralização, participação e controle social, regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990a,b,c; BRASIL, 2000a, 2009a; BRASIL, 2011b; PEREIRA, RONCALLI, 2003; AGUIAR, 2011).

Universalidade refere-se ao direito que as pessoas têm ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência sem distinção alguma e sem qualquer custo, independente das características sociais. Portanto, o acesso é garantido constitucionalmente a todos, sendo o Estado obrigado a prover os recursos financeiros necessários para a sua cobertura, assim como ofertá-lo a todos os que necessitam serviços e ações de saúde enfatizando ações preventivas e reduzindo os agravos (BRASIL, 1990c; BRASIL, 2000a, 2009b; SILVA, 2006; VASCONCELOS, PASCHE, 2009; AGUIAR, 2011).

Equidade garante que todo cidadão é igual perante o SUS e para isso deve-se considerar as necessidades especificas dos diferentes grupos sociais e regionais que compõem o Brasil. As crenças, valores, cultura interferem na subjetividade da saúde de cada um, e para que possam ser atendidos conforme suas necessidades é preciso considerar as particularidades individuais inclusive das minorias para perceber estas diferenças, garantir e efetivar um atendimento a toda à população e desta maneira investir maiores recursos onde às carências são maiores (BRASIL, 2000a, 2009b; CORDEIRO, 2001; SILVA, 2006; VASCONCELOS, PASCHE, 2009).

Este princípio garante a equanimidade da assistência à saúde, sem privilégios ou preconceitos a todos os cidadãos brasileiros, visando atender às reais necessidades da população, levando em consideração as regionalidades e características individuais dos estados e municípios.

A **integralidade** indica que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas para prevenção[1], promoção[2] e recuperação[3] com uma visão integral do usuário, considerado o ser

[1] Prevenção: são ações específicas para prevenir riscos e exposições às doenças, ou seja, para manter o estado de saúde (BRASIL, 1988).

humano como um todo, precisando as ações atenderem todas as suas necessidades, garantindo o acesso a todos os níveis do SUS. Por tanto, a atenção deve estar focada no indivíduo, na família e na comunidade, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 2000a, 2009b, 2012a; SILVA, 2006; VASCONCELOS, PASCHE, 2009; AGUIAR, 2011).

Frente a estes princípios, precisa-se olhar para o SUS do município do Rio Grande, que se apresenta num momento de transformação causado pelo amplo desenvolvimento econômico. Ao olhar do ponto de vista sistêmico sabe-se que esta transformação influenciará os demais setores, e para tanto, necessitam articular-se de forma a garantir os direitos à saúde a todos os seus cidadãos, garantidos pela Constituição.

Assim, o profissional enfermeiro necessita estar inserido de forma ativa em todo este processo, seja nas atividades:

> [...] da gerência do cuidado, a formação e a instrumentalização do enfermeiro para a ampliação da rede de relações são imprescindíveis para gerar interações que o habilite para atitudes que deem conta do domínio da prática do trabalho coletivo, de interdependência, complementaridade, compartilhamento, cooperação, competição, consenso, negociação, demonstrando domínio da especificidade do trabalho e/ou do conhecimento da enfermagem (Erdmann, 2009.p.676)

Conforme o Art. 198 da Constituição Federal, a "**descentralização**, é definida como direção única em cada esfera de governo", portanto, é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, assim como, às determinações constitucionais e legais onde são definidas as atribuições comuns e competências específicas da União, Estados, Distrito Federal e municípios. Um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, sendo responsável pela negociação com os prestadores e a gerência das políticas de saúde e para tanto, precisa conhecer a realidade local (BRASIL, 1988, 2004, 2006a, 2009b; PEREIRA, RONCALLI, 2003; SILVA, 2006; VASCONCELOS, PASCHE, 2009; AGUIAR, 2011).

---

[2] Promoção: São ações que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, ou seja, o que determina ou condiciona o aparecimento de casos (BRASIL, 1988).

[3] Recuperação: são as ações que evitam as mortes das pessoas doentes e as sequelas; são as ações que já atuam sobre os danos (BRASIL, 1988).

Porém, é necessário compreendê-la não exclusivamente como um processo de transferência de responsabilidades, mas também dos recursos, e assim, os municípios se responsabilizem de promover ações e serviços de saúde para a população. Além disso, necessita de uma rede regionalizada e hierarquizada para poder integrar os serviços, considerando essencialmente as realidades do contexto local e regional. Percebe-se que o processo de descentralização exige uma ampla redefinição das atribuições dos diferentes níveis governamentais, principalmente do município, o qual é o responsável pela implantação da promoção de saúde que venha a atender as necessidades de seus usuários. Por conseguinte, o município é o principal responsável pela saúde de sua população necessitando que sejam transferidos recursos, para que possam os gestores municipais ter e exercer sua autonomia de forma plena tanto na coordenação, negociação, planejamento, implementação e avaliação dos recursos financeiros, das ações e serviços de saúde de seu município (AGUIAR, 2011).

Desde a Constituição Federal de 1988, até os dias atuais, foram necessárias alterações e estratégias nos diversos mecanismos legais como portarias, normas, e outras legislações que permitam embasar e afirmar a descentralização proposta (AGUIAR, 2011). Este processo é continuo e decorre da implementação das diversas Normas Operacionais Básicas: NOBs 01/91, NOB 01/93, NOB 01/96, assim como as Normas Operacionais da assistência a Saúde NOAS 2001/2002 (BRASIL, 1991, 1993,1996a, 2001, 2002a).

A **regionalização** é um dos princípios que norteiam a organização do SUS. Constitui-se em importante estratégia que vem ao encontro de garantir o direito à saúde, reduzindo desigualdades sociais e territoriais, otimização dos recursos e racionalidade dos gastos, promover a equidade e a integralidade da atenção à saúde à população. Os gestores estaduais e municipais, desta maneira, se articulam na implementação de políticas, ações e serviços de saúde para garantir o acesso aos usuários. Portanto, permite organizar os serviços de saúde de forma regional, e assim, proporcionar o acesso a todos os tipos de atendimento encaminhando-os para um serviço de saúde de referência daquela região.

Uma das alternativas que os municípios têm encontrado de efetivar a regionalização tem sido através dos consórcios de saúde[4]. O principio de **hierarquização** propõe formas para o sistema de saúde organizar-se para o atendimento à população através dos diferentes níveis

[4] Consórcios Intermunicipais de Saúde: têm a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais. Os municípios participantes podem optar pela formação de uma entidade jurídica separada para administrar o objeto consorciado. Consórcios Públicos: são instrumentos de cooperação federativa, dos quais podem participar União, estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2006a, p. 20).

de complexidade o que permite garantir uma assistência integral e resolutiva (BRASIL, 1990c, 2000a, 2006a; SILVA, 2006; AGUIAR, 2011).

A população precisa ter acesso aos serviços de saúde, e sua porta de entrada deve dar-se por meio dos serviços de nível primário de atenção, a Unidade Básica de Saúde. As necessidades que não forem resolvidos nestas unidades deverão ser referenciadas para serviços de maior complexidade tecnológica. A maioria das necessidades em saúde da população é resolvida nesses serviços. Algumas situações, às vezes, necessitam de serviços com equipamentos e profissionais com outro potencial de resolução. Percebe-se que não significa distribuir as necessidades da população entre as instituições que atendem a clientela do SUS, mas sim organizá-las com o indispensável suporte técnico, recursos humanos e poder decisório definido (SILVA, 2006).

Pontuando na realidade dos fatos, conforme Pontes et al (2010), muitas das UBS não conseguem dar o atendimento desejado aos seus usuários, o que originou procura pelas emergências hospitalares, prontos socorros, para ter acesso a atendimento, independente da situação ser grave ou leve, sabendo que serão atendidos, o que origina a superlotação dos serviços tornado-os em um serviço deficiente pela grande demanda. Tendo em vista esta situação, percebe-se que as unidades hospitalares através de seus serviços de urgência e emergência, tornam-se, muitas vezes, a porta de entrada dos usuários ao SUS.

A **participação e controle social** é uma das maneiras de efetivar a democracia, por meio da inclusão dos sujeitos ou atores sociais[5] nos processos de gestão do SUS por meio de suas identidades representativas, participando ativamente nos debates, formulações, implementação e fiscalização das políticas públicas de saúde nos diversos níveis municipal ou federal, estimulando, desta maneira, a comunidade a exercer um efetivo controle social, oportunizando uma gestão transparente e clara ao desempenhar o direito e a possibilidade de avaliar o desempenho do SUS e torna-se efetiva mediante a integração em órgãos colegiados decisórios, que são os Conselhos de Saúde Nacionais, Estaduais e Municipais. A Lei n. 8.142/90 instituiu duas "instâncias colegiadas" para a participação da comunidade na gestão do SUS em cada esfera de governo através da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b; 2009b, 2011b; ASSIS, VILA, 2003; SILVA, 2006). Esta lei garante um importante espaço público de controle social com a efetiva participação da população por

[5]São os indivíduos (usuários, profissionais, gestores etc.) ou coletivos (instituições, órgãos, comunidades, equipes de trabalho etc.) que participam, de forma organizada, dos processos de gestão, interferindo técnica, política ou eticamente no planejamento e/ou monitoramento da saúde pública (BRASIL, 2004, p. 16).

meio das conferencias e conselhos de saúde. Segundo BRASIL, (2011b) mais de 98% dos municípios contam com conselhos atuantes.

O **Conselho de Saúde** é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tem com a função de formulação de estratégias, controlando e fiscalizando a 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 (BRASIL, 1990b).

Além de representar a população nas discussões a respeito da saúde pública, o que implica um melhor atendimento, permite a articulação dos diversos segmentos sociais na política do município. A sua composição foi definida pela Lei 33/1992 do Conselho Nacional de Saúde e foi retificado posteriormente pela resolução 333 de 2003, assim como também pelas recomendações da 10ª e 11ª Conferencias Nacionais de Saúde. Desta maneira ele fica composto por 50% dos usuários, 25% por representantes da categoria dos profissionais da saúde e 25% por representantes de serviços e do governo (BRASIL, 1998, 2000b, 2003).

Conforme BRASIL, (2012a, p.1):

> O Conselho Nacional de Saúde instância máxima de deliberação do SUS de caráter permanente e deliberativo tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. [...] é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho. É competência do Conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde assim como, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde.

A **Conferência de Saúde** reunir-se-á a cada quatro anos com a participação e representação dos vários segmentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde, para desta maneira, avaliar a situação de saúde e propor diretrizes na formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, sendo convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. Tem-se observado que a cada nova Conferência há um aumento significativo da participação da sociedade civil, o que permite uma definição de políticas de saúde cada vez mais democráticas. As Conferências são espaços que oportunizam a sociedade

civil para discutir, assinalar e garantir os interesses, necessidades e soluções para os problemas que envolvem a saúde da população brasileira (BRASIL, 2012b).

A participação da população nos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde tem alcançado algumas conquistas, entre elas destaca-se a Carta dos Usuários, editada pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde na qual são esclarecidos os direitos dos cidadãos que procuram atendimento no SUS. Ela foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em sua 198ª Reunião Ordinária no dia 17 de junho de 2009. É considerada como uma das principais conquistas e ferramentas que a população possui para conhecer e efetivar seus direitos, participando de forma ativa na construção de um SUS de maior qualidade. Ela está baseada em seis princípios básicos de cidadania que asseguram o acesso digno tanto no sistema público como privado (BRASIL, 2011a).

Quadro 1: Principais pontos da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde

1-Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.;
2-Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
4-Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada;
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Fonte: adaptação da Carta dos direitos dos usuários da saúde: BRASIL, 2011a.

Apreende-se o SUS como um sistema democrático embasado por direitos e deveres do Estado e de todos os cidadãos. Como já citado, está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e age em todo o território nacional, havendo uma direção única em cada esfera de governo. A Constituição Federal demonstra que a concepção do SUS está fundamentada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades de toda a população, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (BRASIL, 2011b).

Percebe-se que se trata de uma verdadeira rede de compromissos, em que as instituições, organizações e pessoas necessitam articular-se em torno de uma demanda da sociedade, onde planejam e realizam ações integradas, avaliam juntos os resultados e reorientam a ação. O governo faz parte dessa rede, que deverá realizar propostas de planejamento com base regional e assumir a corresponsabilidade (INOJOSA, 2001).

Ao olhar a realidade sob a ótica ecossistêmica percebe-se que a rede atua de forma interdependente, abrangendo os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, culturais,

econômicos e políticos-institucionais, fazendo com que o mundo seja percebido em termos de relações e de integração (MILIOLI, 2007).

Frente a este cenário, salienta-se a necessidade de refletir a respeito dos impactos dos investimentos no Rio Grande, e principalmente, encontrar estratégias capazes para reorganizar o SUS no município para possibilitar o atendimento da demanda da saúde. As mudanças previstas pelas alterações socioeconômicas e o crescimento populacional irão alterar significativamente o ecossistema municipal. É preciso encontrar estratégias/caminhos capazes de manter o nível de saúde no município de forma eficaz e eficiente a todos os usuários do SUS.

Olhando para este contexto, faz-se necessário compreender e esclarecer o papel de cada esfera de governo no SUS, elucidar quem são os gestores e suas respectivas funções. No âmbito nacional compete ao Ministério da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde, e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

O SUS é responsabilidade das três esferas de governo. A gestão federal da saúde é realizada e responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo os recursos repassados pelo governo federal para a rede pública. O Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, competindo aos Estados e municípios, de forma geral, aportarem à outra metade dos recursos, formula as políticas de saúde , mas não aplica as ações e também planeja , cria normas, avalia e utiliza instrumentos de controle do SUS.

O governo federal aplica as políticas nacionais de saúde e cria as suas de acordo com as necessidades, sendo responsável pelo SUS, embasado nas normas federais, pela sua organização e coordenação do atendimento aos usuários de seu território. Destina recursos próprios como os recebidos da União nos municípios de sua responsabilidade. Para poder realizar sua gestão, utiliza de secretarias específicas para a saúde.

O governo municipal é considerado de relevância estratégica e responsável pela saúde de seu território. Para poder alcançar seus objetivos utiliza de várias estratégias, entre elas a elaboração de suas próprias políticas de saúde, mas sem desconsiderar as políticas federais e estaduais a que está atrelado. O gestor municipal necessita aplicar recursos próprios na saúde, além dos repassados pela União e Estado. Assim como o governo estadual, possui secretarias especificas de saúde para desenvolver sua gestão. È responsável pela coordenação e planejamento do SUS de seu município, alicerçado e respeitando a normatização federal e estadual. Quando não pode oferecer atendimento mais complexo aos seus usuários se utiliza de estratégias como parcerias com outros municípios que possam atender aquela demanda.

Depois do Pacto da Saúde em 2006, ficou determinado sua responsabilidade e compromisso por assumir integralmente as ações e serviços de saúde de seu território (BRASIL, 2006a).

A estrutura entre as esferas federais, estaduais e municipais, não salienta uma hierárquica, mas sim competências para todos os gestores. A normatização para cada esfera acontece por meio de órgãos específicos. No âmbito municipal, as políticas de saúde são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), na esfera estadual, são negociadas e pactuadas através da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) compostas por representantes das secretarias de saúde municipal e estadual e Conselho Estadual de Saúde, o qual é formado por diferentes segmentos sociais como profissionais da saúde, usuários, gestores, entre outros. As políticas de saúde do SUS no contexto federal são negociadas e pactuadas pela Comissão Tripartite (CIT) constituída por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais e estaduais de saúde (BRASIL, 2006a).

É imprescindível esclarecer a responsabilidade e atribuições sanitárias correspondentes a cada esfera, assim, como dos serviços e equipes que compõem o SUS, permitindo realizar um planejamento, acompanhamento e complementaridade adequada das ações e dos serviços. É responsabilidade dos prefeitos, estimular e oferecer condições para as equipes e responsáveis das mesmas de participar em todo o processo de sua região (BRASIL, 2009a).

Quadro 2: Competências e responsabilidades das esferas federal, estadual e municipal no âmbito da saúde.

Competências da União	**Competências do Estado**	**Competências do Município**
» formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;	» promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;	» planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
» participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho;	» prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;	» participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual;
» definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária;	» coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador;	» participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
» participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;	» participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;	» executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador;
» participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;	» participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;	» dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
» coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;	» formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde, em caráter suplementar;	» colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e

		atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las;
» estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios;	» identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;	» formar consórcios administrativos intermunicipais;
» estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;	» coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;	» gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
» promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;;	» estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde;	» celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
» formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;	» formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;	» controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
» identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;	» colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;	» normatizar complementarmente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.
» controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;	» acompanhar a avaliação e a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da UF.	» colaborar com a União e com os estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
» prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;	» acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);	
» elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;	» participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;	
» promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios dos serviços e das ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal;		
» normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;		
» acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;		
» elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal;		
» estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com estados, municípios e Distrito Federal.		

Fonte: adaptado BRASIL (2011b).

O SUS definido e conceituado pala Constituição Federal, assim como por outras legislações, suscita a necessidade de avaliação constante de sua efetividade. Em 2006, frente às necessidades de instituir um SUS sem fragmentações, embasados nas políticas de saúde, foi firmado o Pacto Pela Saúde, pactuado entre as três esferas de gestão União, Estados e

Municípios, no qual se estabeleceu metas, compromissos e responsabilidades para cada esfera com o objetivo de melhorar e garantir o acesso aos serviços de saúde e assim alcançar maior efetividade e eficiência do SUS. Foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006 e reafirma as responsabilidades de cada gestor (BRASIL, 2006b, 2011b; VASCONCELLOS, PASCHE, 2009).

O Pacto pela saúde é composto por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. Seu objetivo principal é elaborar inovações na organização e nos processos de gestão do sistema (VASCONCELLOS, PASCHE, 2009; BRASIL, 2011b).

De acordo com o pacto pela vida, os gestores do SUS se comprometem a definir as prioridades que venham ao encontro de melhorar a saúde da população, estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais e municipais. No pacto em defesa do SUS, adquirem e reforçam sua responsabilidade com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, defendendo seus princípios instituídos na Constituição Federal de 1988. O pacto pela gestão age no estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema direcionado na descentralização, na regionalização, planejamento e na participação social, dentre outros. Consequentemente, o pacto pela saúde necessita estabelecer ações prioritárias para a construção de políticas de saúde que considerem o contexto de suas realidades locais e regionais, na busca da equidade social (BRASIL, 2006c).

Consolidar a construção do SUS é relevante no cenário nacional, torna-se um grande desafio para os gestores, necessitando de grandes mudanças na organização para promover o acesso aos serviços e práticas de saúde adequadas em todos os níveis de atenção. Para tentar efetivar estas ações, o gestor municipal vale-se do **Plano Municipal de Saúde** (PMS) para fixar diretrizes e metas na saúde municipal.

Nesta perspectiva, o gestor municipal deve desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação de seu município, para que desta forma elencado na sua realidade, consiga obter resultados efetivos e eficientes que venham atender a reais necessidades de saúde da população. O PMS tem por finalidade orientar as ações a serem desenvolvidas, assim como o orçamento a ser utilizado para as mesmas. É necessário basear-se no Plano Nacional de Saúde[6]· que surge como um instrumento de orientação no momento da

[6] O Plano Nacional de Saúde (PNS) deve ser a referência para o Sistema Único de Saúde (SUS). A redução das desigualdades em saúde existentes no País é o princípio que orienta o PNS, que tem por objetivo geral ampliar o acesso universal e igualitário da população a ações e serviços de saúde de qualidade, oportunos e humanizados. Nesse sentido, o PNS orienta as ações do SUS em relação à atenção à saúde da população brasileira e gestão do

construção para desenvolver o PMS e deve contemplar os problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis. Compete ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS baseado na sua realidade local, onde precisam ser descritos as **causas, consequências e pontos críticos da saúde pública de seu município** e também a **definição dos objetivos e metas a serem alcançadas**, as **atividades a serem executadas, os cronogramas, os métodos de acompanhamento e de avaliação dos resultados** (BRASIL, 2004).

Para ajudar a consolidar estas metas, o SUS disponibiliza de um sistema de informação que se apresenta de grande valia para os gestores definirem, implementarem, executarem e avaliarem seus planos. Entre eles se encontram:

> [...] indicadores de saúde; informações de assistência à saúde no SUS (internações hospitalares, produção ambulatorial, imunização e atenção básica); rede assistencial (hospitalar e ambulatorial); morbidade por local de internação e residência dos atendidos pelo SUS; estatísticas vitais (mortalidade e nascidos vivos); recursos financeiros, informações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Caminha-se rumo à integração dos diversos sistemas informatizados de base nacional, que podem ser acessados no *site* do Datasus (BRASIL, 2004, p.27).

Resumidamente apresentam-se, em ordem cronológica, fatos sociais e jurídicos importantes em relação ao SUS.

Quadro 3: Arcabouço Jurídico geral do SUS

1986	8ª Conferência Nacional de Saúde
1988	Constituição da República 1988
1990	Lei Orgânica da Saúde – 8080/90
1990	Lei Complementar da Saúde – 8142/90
1993-1996	Normas Operacionais Básicas – NOB
2002	Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS
2006	Portaria 399 – Pacto pela Saúde 2006

Fonte: Com base no referencial teórico organizado pelos autores da pesquisa

Frente a todo este processo apresenta-se o Cartão Nacional de Saúde como uma ferramenta fundamental cabendo aos prefeitos reconhecer e monitorar as informações que ele aporta em beneficio da saúde da população de seu município. Ele está sendo implantado em

sistema. No PNS, estão estabelecidos os objetivos, as diretrizes e as metas nacionais de saúde (BRASIL, 2004, p. 26).

todo o território nacional e permite a formação de três cadastros, de unidades, usuários e profissionais do SUS (CUNHA, 2002; BRASIL, 2004, 2011b).

A implantação deste cartão permitirá um controle dos atendimentos utilizados pelo usuário e compreender a realidade da saúde de sua localidade, o que vem ao encontro de perceber suas necessidades, o que se pode definir como conhecer o seu ecossistema local, e a partir deste conhecimento, elaborar as estratégias para seu município em busca de objetivar um acesso universal a toda a população.

Para compreender o SUS do município do Rio Grande/RS, é preciso olhá-lo de forma contextualizada. Nesse sentido, é necessário conhecer sua localização, estrutura organizativa, seu perfil e desenvolvimento socioeconômico, crescimento demográfico bem como, as necessidades da população. A presente pesquisa, apóia-se no embasamento sistêmico para conhecer o SUS do município, elucidar as possíveis inter-relações e interconexões que os diversos setores estabelecem entre si, buscando soluções para atender, principalmente, a saúde da população que se encontra em grande crescimento, provocado pelo desenvolvimento econômico do município.

Entende-se que a expansão demográfica do município, como consequência do desenvolvimento socioeconômico, traz consigo, além dos pontos positivos intrínsecos ao fator do desenvolvimento, uma variedade de necessidades no aspecto social, da saúde, educação, mobilidade urbana, lazer, saneamento básico, habitação, entre outras. Urge aos setores do município, tanto os públicos como privados, articular-se para encontrar as melhores alternativas para oferecer acesso e atendimento em saúde para toda a população por meio do SUS.

Frente a esse contexto, necessita-se apreender a questão da saúde do município do Rio Grande com essa conotação ampliada e não como questões isoladas e independentes. Com uma visão sistêmica, ou melhor, ecossistêmica, é possível olhar a saúde do município do Rio Grande/RS com base em novos arcabouços capazes de conduzir para a análise da realidade em que está inserida e, assim percebê-la em constante transformação porque mantém uma rede de interligações que nela interferem e influenciam.

Esse processo das transformações é complexo e aí reside o grande desafio do gestor municipal: construir novos caminhos, alicerçados nos princípios e doutrinas do SUS, que levem à sua consolidação e alcançar e efetivar uma melhor qualidade de saúde a toda população do município. Entretanto, para o alcance efetivo, necessita dissolver velhos paradigmas e adotar um modelo sistêmico, para poder obter os objetivos traçados e determinados pela própria legislação. Para um resultado mais efetivo, é preciso conscientizar

a cada um que ele é responsável pela sua saúde e na medida em que se consegue essa participação, torna-se mais efetivo buscar promover a saúde, em vez de somente programar ações para a cura da doença. Cada gestor deve conhecer o seu município para programar as possibilidades que existem, para oferecer a todos o acesso à saúde de forma digna e completa.

O desafio aqui exposto está em oferecer acesso e atendimento à saúde para a população riograndina, tomando por base os princípios e diretrizes do SUS, alicerçado no paradigma ecossistêmico. Os impactos do desenvolvimento socioeconômico do município com o aumento da população, já estão sendo experimentados e como consequência, estão exercendo uma forte influência no ecossistema local.

Paralelamente aos efeitos positivos do desenvolvimento econômico apresentam-se os impactos negativos em todos os setores do município. As mudanças que se impõem trazem consigo o potencial de importantes consequências para os seres humanos que compõem parte desse ecossistema, tanto a nível local, como nacional simultaneamente, já que para atingir os objetivos de saúde local necessariamente irão precisar de suporte de todas as esferas do governo. Os impactos se apresentam a curto, médio e longo prazo, sendo muitas vezes complexos na sua estrutura e dinâmica, de acordo as necessidades reais, e ao mesmo tempo possuem um alto grau de variabilidade, o que exige, muitas vezes, soluções rápidas e dinâmicas. Todo este processo envolve diferentes valores e interesses, exigindo decisões precisas e objetivas, contemplando as reais necessidades, como também as projetando para as necessidades futuras que irão surgir a longo prazo.

Nesse universo de mudanças ocorridas e outras prestas a ocorrer é necessário conhecer o *lócus* municipal do Rio Grande/RS a fim de facilitar projeções possíveis a partir de sua realidade, beneficiando a população riograndina.

2.3 Conhecendo o espaço do objeto de estudo

Apresentam-se, nesse subitem, dados referentes ao município do Rio Grande/RS, com a finalidade de conhecê-lo e compreender esse espaço, onde será desenvolvida a presente pesquisa. Inicialmente exploram-se os referenciais coletados e construídos, apresentado em 03 subcapítulos: Contextualizando o município do Rio Grande: sua criação e evolução; Rio Grande atualmente; Rio Grande e seus setores produtivos.

2.3.1 – Contextualizando o município do Rio Grande: sua criação e evolução

A fundação da cidade do Rio Grande/RS tem a sua origem ligada à história do Brasil Colônia. Inicialmente, quando o País foi descoberto, a parte sul não havia despertado o interesse da maioria das pessoas dessa época e por isso o conhecimento em relação a essa região era muito precário (MIRCO, 1987). Entretanto, conforme a História do Brasil, Martin Afonso de Souza e sua frota tinham como objetivo fundar núcleos de povoamento no sul do Brasil. Navegaram próximos a Costa, percebendo e descobrindo vários acidentes geográficos, entre eles a barra por onde o caudal da Lagoa dos Patos é despejado no Oceano Atlântico. Assim, em 1532 os portugueses o chamaram de Rio de São Pedro. Apesar de ser um território inóspito, era estratégico, política e economicamente, motivo pelo qual foi intensamente disputado durante séculos pela Espanha e Portugal. No início do século XVIII, significava para Portugal a defesa e o abastecimento da região mineira descoberta no interior da Colônia. Permitia, também, defender-se dos espanhóis que vinham pelo interior e dos franceses e holandeses que vinham pelo mar (TRUGILLO, 2012).

Considera-se oficialmente o inicio da colonização com a construção do Estabelecimento Militar que foi denominado com o nome de Jesus Maria e José pelo brigadeiro José da Silva Paes, líder da expedição militar portuguesa que tinha por finalidade garantir para Portugal a posse do território compreendido entre Laguna que era o limite da colonização, no sul de Santa Catarina e a Colônia de Sacramento, defronte a Buenos Aires (RIO GRANDE EM FOTOS, 2012).

Neste local, foi fundado o Presídio do Rio Grande e o Forte Jesus, Maria, José, sendo a primeira povoação do Rio Grande do Sul, mas do qual não restam vestígios. A cidade portuária de Rio Grande foi fundada no dia 19 de fevereiro de 1737, data que marca o início da colonização portuguesa no Rio Grande do Sul. (RIO GRANDE EM FOTOS, 2012).

Em 1751, o povoado passou à condição de Vila do Rio Grande de São Pedro. Por causa de seu crescimento e desenvolvimento, em 1760 passou a ser a Capital da nova Organização Administrativa, denominada a Capitania do Rio Grande de São Pedro. Em 16/12/1761, foi instalada a primeira Câmara de Vereadores do Rio Grande do Sul. Entre 1763 a 1776 ficou sob domínio de espanhóis, sendo reconquistado pela ação do Sargento-Mor Rafael Pinto Bandeira novamente para o domínio português em 2 de abril de 1776 (RIO GRANDE EM FOTOS, 2012).

Em 1780, estima-se que a população do Rio Grande já contava com cerca de dois mil habitantes livres e seiscentos escravos, sendo a maior da Capitania (TRUGILLO, 2012). No

inicio do século XIX, a Vila do Rio Grande de São Pedro tinha se transformado no principal centro de comércio - legal e ilegal - da Capitania, condicionado pelo crescimento sócio-econômico e a modernização urbana.

A classe social mais abastada e que se destacava era a formada por comerciantes que, em 1804, conseguem a autorização para instalação de uma Alfândega. Assim, em 1809 foi criado o município do Rio Grande, com instalação oficial em 1811 (TRUGILLO, 2012).

A construção do porto, finalizada em 1823, oportunizou para o município a chegada de grandes navios impulsionando a economia e o desenvolvimento. Em 1835, a Vila do Rio Grande é elevada à qualificação de cidade e, durante a Guerra dos Farrapos, com Porto Alegre ameaçada pelos revoltosos, novamente passa a ser a capital da Província do Rio Grande (TRUGILLO, 2012).

No inicio do século anterior, surgiram indústrias de fiação e tecelagem, frigoríficos e de alimentação, sendo aos poucos diversificada com grandes, médias e pequenas empresas. Rio Grande se encontrava em franco desenvolvimento econômico. Entretanto, segundo Trugillo, (2012, p. 02):

> "Os anos 60 do século XX marcam um período de estagnação e decadência econômica, gerando um grande empobrecimento da população trabalhadora com o fechamento de grande número de fábricas".

Atualmente seu destaque é a indústria petroquímica, sendo a mais importante a Refinaria de Petróleo Ipiranga e as indústrias pesqueiras. Além disso, Rio Grande oferece inúmeras opções de turismo e lazer aos seus moradores e visitantes. É considerada uma cidade portuária, universitária, balneária, tendo um porto marítimo considerado o maior do Estado.

Conforme Trugilio (2012, p.02):"Hoje, Rio Grande passa por uma reestruturação da atividade portuária, ampliando-a e modernizando-a, colocando-se como um dos principais portos brasileiros e importante porto do Mercosul".

Percebe-se que a cidade sofreu periodos de desaceleração econômica, mas aos poucos consegiu encontra novos caminhos que a direcionaram a ramificações diversas e assim, atualmente se encontra em expansão crescente.

Paralelamente ao desenvolvimento econômico seguiu-se o crescimento demográfico, inicialmente de forma mais lenta e posteriormente de maneira acelerada, conforme a a tabela a seguir :

Quadro 4 – Distibuição da população 1996- 2010 Censo Demográfico

1996	1997	1998	1999	2000	2004	2005	2010
178.256	180.271	182.318	184.388	186.488	191507	193.045	197.228

Fonte: IBGE 1996-2010.

2.3.2 – Rio Grande atualmente

O município do Rio Grande está situado no extremo sul do Brasil, distante 310 km de Porto Alegre - RS. Limita-se ao norte com o município de Pelotas e Lagoa dos Patos; ao sul com Santa Vitória do Palmar; ao leste com o Oceano Atlântico e Canal do Rio Grande; ao oeste com Pelotas, Arroio Grande e Lagoa Mirim.

Sua altitude é de dois metros acima do nível do mar, com um clima subtropical marítimo, com temperatura mínima de 2° C e média normal de 13,4° C no inverno; no verão a temperatura mínima é de 18° C e a média normal é de 22,6° C. É notável registrar que encontra-se no seu espaço parte da Reserva Ecológica do Taim e a Praia do Cassino, considerada a maior em extensão do mundo, pois se estende ao longo do oceano Altântico por 212 km.

Figuras 1 e 2: Localização do município do Rio Grande/RS
Fonte: Sedai e Prefeitura, 2011.

Segundo estudo realizado, o município do Rio Grande vive, presentemente, a expectativa da retomada dos grandes investimentos a partir da instalação de indústrias entre as

quais o Consórcio Quip (formado pelas empresas Queiroz Galvão, UTC Engenharia, Camargo Corrêa, IESA e PJMR), responsável pela construção da plataforma de petróleo da PETROBRAS (P53), a um custo de 553 milhões de dólares (FEIJÓ, LEIVAS, 2009).

Conforme o censo demográfico de 2010, o município do Rio Grande conta com 197.228 habitantes (QUADRO 5).

Quadro 5 – Distribuição da população do município do Rio Grande ano 2010

População residente	197.228
População residente urbana	189.429
População residente rural	7.799
Homens	94.983
Homens na área urbana	90.514
Homens na área rural	4.469
Mulheres	102.245
Mulheres na área urbana	98.915
Mulheres na área rural	3.330
Domicílios recenseados	81.478 Domicílios
Domicílios particulares ocupados	66.646 Domicílios
Domicílios particulares ocupados com entrevista realizada	65.447 Domicílios
Domicílios particulares ocupados sem entrevista realizada	1.199 Domicílios
Domicílios particulares não ocupados	14.728 Domicílios
Domicílios particulares não ocupados de uso ocasional	8.364 Domicílios
Domicílios particulares não ocupados vagos	6.364 Domicílios
Domicílios coletivos	104 Domicílios
Domicílios coletivos com morador	52 Domicílios
Domicílios coletivos sem morador	52 Domicílios
Média de moradores em domicílios particulares ocupados	2,94 Moradores

Fonte: IBGE, 2010.

A carência de trabalhos científicos que abordam a temática sobre a cidade do Rio Grande e capaz de oferecer sustentação sobre o desenvolvimento da cidade do Rio Grande a partir de 2009, conduziu a buscar informações divulgadas por meio de reportagens jornalísticas apresentados, principalmente, nos dias 13/12/2009 a 18/12/2009. As reportagens intituladas “Janela de oportunidades” e cuja repórter responsável foi Michele Ferreira teve como entrevistado o Dr. Marcelo Domingues Professor da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sendo o mesmo coordenador do trabalho apresentado ao governo Estadual do Rio Grande do Sul, chamado “DESENVOLVIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DO POLO NAVAL E OFFSHORE DE RIO GRANDE” que serviu de sustentação para construir o referencial temático deste capitulo.

A empresa *Wtorre* Engenharia que controla o Estaleiro Rio Grande é tambem responsável pela implantação do Dique Seco, no Superporto de Rio Grande o qual será utilizado para construção e reparação de plataformas oceânicas de exploração de petróleo e

gás. Conforme o presidente do Sindicato Nacional da Indústria da Construção e Reparação Naval e *Offshore* (Sinaval), a previsão para os próximos oito anos é da construção de 338 navios, principalmente embarcações que servirão de apoio às plataformas da PETROBRAS.

"Estima-se que foram gerados cinco mil empregos diretos e vinte mil indiretos somente com esses dois empreendimentos em Rio Grande". Em 2008, o número de empregos formais em Rio Grande atingiu o total de 31.097, um aumento de 4.141 empregos desde 2005, ocasionados pelos investimentos proporcionados pelo Polo Naval e Offshore (FEIJÓ, LEIVAS, 2009, p.253).

Em junho de 2010, o número de trabalhadores chegou a 32.445. Fonte: Elaborado pelo CIP – Centro Integrado de Pesquisa – ICEAC da FURG. Conforme Cadastro Geral de Emprego e Desemprego do Ministério do Trabalho (CADEG) em 1º janeiro de 2012, o número de trabalhadores era de 37.814. (BRASIL, 2012c).

Frente a este cenário, os autores salientam e permitem a reflexão a respeito de quais serão os impactos dos investimentos motivados pela instalação do Polo Naval e *Offshore* no município do Rio Grande em toda a cadeia de produtos e serviços no estado.

A reportagem do dia12 de dezembro de 2009 do Diário Popular descreve:

> O redesenho econômico do extremo sul do Brasil está traçado. Até 2015, Rio Grande deve gerar entre 20 e 25 mil empregos diretos. Para cada cidadão colocado no mercado formal, outros três entram na cadeia de forma indireta. Projeções da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e da prefeitura demonstram que a população, pode dobrar, [...] O carro-chefe é a Petrobras que, em uma década, deverá aplicar R$ 9,8 bilhões e gerar 9,6 mil empregos diretos - entre as plataformas P-55 e P-63 e a construção de oito cascos, para alimentar a estrutura destinada ao pré-sal (FERREIRA, 2009a, p. 7).

As informações já apresentadas, na reportagem concedida pelo pesquisador Domingues, ao Diário Popular em 13 de dezembro de 2009, afirma que todos os setores serão afetados e cita como exemplo o aumento na rede municipal de ensino pela procura de vagas que apresentava um acréscimo de 0,6 a 1% ao ano, foi para 10% em 2009 e, em 2010 não deve ser diferente. Calcula-se que a frota de veículos passará de 75,1 mil para 220 mil e orçamento municipal de R$ 210 milhões para R$ 800 milhões, estimando-se para o ano de 2020 uma população de 450 mil moradores. Portanto, o município se transformará, e segundo os pesquisadores o processo é irreversível.

Conforme informações apresentadas na mesma reportagem (p.3):

> [...] o cálculo populacional considera o fato de que a cada emprego direto e indireto gerado, mais uma pessoa também viria a morar no município. O

> número fica no campo das projeções, pois não há como afirmar qual será a população flutuante, nem quantas dessas pessoas fixarão residência em cidades como Pelotas. (FERREIRA, 2009b, p.3).

Na reportagem do dia 14 de dezembro de 2009, do mesmo jornal, a repórter afirma que são cinco as prioridades do município: saúde, habitação, educação, transportes e capacitação profissional. Para tanto, todas as terças feiras o prefeito Fábio Branco e sua equipe reúnem-se para trocar informações e fazer projetos para atender esta futura demanda.

A repórter Ferreira (2009a, p.2), na mesma matéria alerta:

> O desafio está lançado. Em dez anos, só a Petrobras irá aplicar R$ 9,8 bilhões e gerar 47 mil empregos entre diretos e indiretos em Rio Grande. A plataforma petrolífera P-53 deixou a cidade em setembro de 2008 e, no rastro de um investimento de R$ 2,5 bilhões, apenas 10% das vagas haviam ficado nas mãos dos trabalhadores da região. Cerca de 30% dos profissionais vieram de outras pontas do Rio Grande do Sul e a fatia maior, de 60%, não era de moradores sequer do território gaúcho.

A situação apresentada vem permeada de algumas questões e desafios de como serão os impactos em termos de emprego e renda que esses novos investimentos irão gerar na região, quais serão os setores mais atingidos e qual o nível de qualificação que será exigido para atender a demanda. .Estima-se que o setor de siderurgia material elétrico e eletrônico, madeira e mobiliário, químicos e transportes que se encontram diretamente ligados a atividade naval poderão produzir aproximadamente “26 bilhões de dólares em termos de bens e serviços, e mais de 700 mil empregos diretos e indiretos ao longo de quinze anos, através do efeito multiplicador da economia do Rio Grande do Sul” (FEIJÓ, LEIVAS, 2009, p.263).

Frente a esta situação, permeada por diversos fatores já nominados, o prefeito Fábio Branco em 29/04/2011, recebeu o Plano Municipal de Habitação de Interesse Social, elaborado por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Habitação e Desenvolvimento Urbano (SMHADU) e a Universidade Federal do Rio Grande (FURG) que promoveram um total de 22 audiências públicas em todas as regiões da cidade, entre os meses de junho de 2009 e março de 2011. A maior parte desses encontros contou com uma significativa participação da comunidade, que ressaltou seus problemas e necessidades em termos habitacionais. Na mesma reportagem o Prefeito diz “Estamos construindo mais um plano municipal que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da população”. O dossiê será encaminhado ao Ministério das Cidades, em Brasília, para que Rio Grande possa ser incluído no Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (DIARIO POPULAR, 2011, 2012).

Apresenta-se a seguir a relação de imóveis em construção, registrados na Prefeitura do Rio Grande:

Quadro 6: Relação de Imóveis em construção: Registrados na Prefeitura do RioGrande

Habitação

IMOVEIS REGISTRADOS NA PREFEITURA - 67.000

EMPREENDIMENTOS	UNIDADES	SITUAÇÃO	INVESTIMENTOS
Residencial Atlântico Sul	123 sobrados	MCMV - Em construção	R$ 7.380.000,00
Residencial Parque São Pedro	200 sobrados	MCMV - Em construção	R$ 12.000.000,00
Residencial Village Center Nobre	96 aptos	MCMV - Em construção	R$ 7.373.100,00
Residencial Jockey Club I	200 aptos	MCMV - Em construção	R$ 11.980.000,00
Residencial Jockey Club II	200 aptos	MCMV - Em construção	R$ 11.980.000,00
Residencial da Lagoa I	200 aptos	MCMV - Em construção	R$ 11.980.000,00
Residencial da Lagoa II	200 aptos	MCMV - Em construção	R$ 11.980.000,00
Residencial São João	180 aptos	MCMV - Em construção	R$ 8.640.000,00

Fonte: Sedai e Prefeitura, 2011.

Olhando para explosão demográfica descrita anteriormente e os dados em relação as unidades em construção nota-se a grande defasagem entre ambos. As 1.399 unidades em construção não conseguem dar conta das necessidades habitacionais levando em consideração somente o número de empregos oferecidos. Entretanto, o trabalhador que se estabelece na cidade, certamente, tentará trazer a sua família. Assim, o *deficit* habitacional será altamente atingido.

Destaca-se na reportagem do dia 21 de outubro de 2010 do diário Popular de Pelotas que:

> O presidente da Petrobras, José Sergio Gabrielli, afirmou nesta quinta-feira (21) que o Brasil se tornará pioneiro no desenvolvimento de plataformas inéditas. Com a inauguração do Polo Naval de Rio Grande, a indústria naval brasileira iniciará a produção de oito plataformas em série, padronizadas. "Quase todas as plataformas em produção do mundo são feitas a partir da reforma de navios. [...] O presidente Lula participou da cerimônia de inauguração; [...] Além de receber o primeiro dique seco brasileiro capaz de produzir plataformas em série, com 350 metros de comprimento e 130 metros de largura, o complexo gaúcho ainda recebe bilhões de reais de

> investimentos privados associados ao projeto, disse Gabrielli. “Já temos estaleiros funcionando aqui e empresas se instalando para construir as peças que necessitamos” (MACIEL, 2010).

As informações apresentadas permitem afirmar que o município do Rio Grande encontra-se em processo de transformação, e cabe às autoridades competentes, bem como, à população, preparar-se para poder dar conta da demanda que esta transformação exige.

Conforme o objetivo do presente trabalho, a saúde também necessita estruturar-se frente a esta demanda. É incerta a quantidade de população que o município já possui ou virá a ter. Além do acréscimo do número de habitantes, os demais fatores, de forma sistêmica/ecossistêmica, influenciarão na saúde da população.

Segundo a secretária de Saúde do Município, na reportagem do dia 14 de dezembro de 2009 afirma que não existe nenhuma dúvida quanto à necessidade urgente de expansão da rede de saúde pública e privada para poder atender a demanda de usuários, e para tanto urge a necessidade de mais leitos hospitalares, Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), assim como exames , equipamentos e recursos humanos. A rede municipal de atendimento através do Sistema Único de Saúde atende 80% da população do município. Entre as medidas estratégicas a serem implantadas estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e demais providências a serem tomadas em relação a demanda que se apresenta e acresce de forma constante (FERREIRA, 2009c).

Outro fator importante se refere à contratação de pessoal da saúde para formar as novas equipes. Em relação a esse tema, a Secretária de Saúde ressalta que a Câmara de Vereadores e o Conselho Municipal de Saúde deverão aprovar estas contratações de forma emergencial, até a realização de um concurso público. Encontra-se em discussão a implantação do Centro de Promoção e Atenção à Saúde, direcionado, principalmente, ao atendimento de mulheres e idosos, e que tem como objetivo principal a prevenção de agravos e promoção da saúde diminuindo, assim, as internações nos dois hospitais locais e evitando a superlotação e a longa espera por um leito (FERREIRA, 2009c).

Em relação aos leitos hospitalares, o município conta com o Complexo filantrópico Santa Casa do Rio Grande composto pelo hospital geral com 268 leitos, hospital de cardiologia e oncologia com 129 leitos e o hospital psiquiátrico, chamado Vicença Maria da Fontoura, com 97 leitos. Também existe no município o Hospital Universitário: Hospital Prof. Miguel Riet Corrêa Jr., com 190 leitos e que se encontra em processo de ampliação de leitos.

Já a assistência privada conforme reportagem do Diário Popular do dia 21/01/2012, a Unimed Litoral Sul deverá inaugurar seu hospital próprio em julho de 2014 com investimento

de R$ 25 milhões. A pedra fundamental do empreendimento foi lançada oficialmente no dia 27/01/2012. Essa instituição ocupará área de seis mil metros quadrados com previsão para funcionar com 80 leitos, cinco salas cirúrgicas, 12 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e 11 salas para o Centro de Diagnósticos. Segundo o presidente da Unimed Litoral Sul, a previsão é que sejam realizadas mais de cinco mil internações por ano e cerca de três mil cirurgias. A iniciativa deverá gerar para o município 500 novos empregos, sendo 300 vagas diretas e 200 indiretas (ALBERNAZ, 2012).

Atualmente, o município dispõe de 32 Unidades Básicas de Saúde, das quais 27 funcionam com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e 18 são contempladas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)[7]. As equipes da ESF oferecem 47,2% de cobertura à população segundo relatório do primeiro semestre de 2012. Também a secretaria de Saúde conta com Serviços Especiais como o Serviço Móvel de urgência e emergência (SAMU), Laboratório Municipal de análises clínicas; Farmácia Municipal; Serviços de saúde mental e Unidade de Vigilância em Saúde.

*2.3.3 – Rio Grande e seus setores produtivos***.**

Consideram-se como setores produtivos todos os segmentos da estrutura municipal, ou seja, as respectivas secretarias municipais, ligados à produção de determinado bem ou serviço, e as relações que se estabelecem entre eles.

Ao tomar como base as funções sociais elencadas na atual Constituição Brasileira, que correspondem ao direito à cidadania, à posse da terra, moradia, saneamento, serviços públicos, transporte, mobilidade e acessibilidade, ao trabalho, alimentação, lazer, saúde, entende-se que os setores produtivos de um município precisam buscar em conjunto essa cidadania para a população. Neste sentido é preciso buscar a sustentabilidade, o desenvolvimento social ecossistemicamente equilibrado e economicamente viável, tendo em vista, garantir qualidade de vida para os que vivem no presente, mas sem esquecer as gerações futuras.

Ao usufruir do ecossistema peculiar do espaço em que vive determinado grupo social, as funções sociais não podem ser esquecidas, uma vez que todos possuem o direito a uma vida saudável e de qualidade. Portanto, o ambiente, aqui entendido com o conjunto de elementos

[7] É um programa que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012d).

tanto físico como biológicos e suas relações de um determinado espaço e tempo, precisa ser preservado, protegido, e as fontes naturais respeitadas em benefício da humanidade.

Pretende-se conhecer os segmentos do ecossistema do município do Rio Grande/RS, com intuito de entender como se inter-relacionam para atender as necessidades da população riograndina. Como o setor industrial, de educação, da habitação, saúde, mobilidade urbana, lazer, estabelece as relações com os demais?

Ao estudar as relações intersetoriais e avaliar as demandas do setor saúde advindas do desenvolvimento socioeconômico pelo qual o município está passando pretende-se encontrar o subsídios para compreender as necessidades da população em relação a saúde e tentar construir uma proposta de reconfiguração do SUS no município do Rio Grande, com contribuições do enfermeiro, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina.

O centro industrial da cidade do Rio Grande situa-se à beira do estuário da Lagoa dos Patos, onde se localizam diversas indústrias de fertilizantes, óleo, alimentos e pescado, bem como uma refinaria de petróleo. O município tem atraído varias empresas que querem prestar serviços a Petrobras e aos estaleiros. O início deste crescimento começou em 2005, com a construção pelo consórcio Quip (sociedade empresarial liderada pela companhia Queiroz Galvão dos módulos da plataforma P-53).

Figura 3: Relação das principais indústrias do Rio Grande/RS
Fonte: Sedai e Prefeitura, 2011

A seguir, destacam-se as indústrias atuais mais importantes do município do Rio Grande: algumas instaladas e em funcionamento, e outras sendo implantadas.

Torna-se necessário apontar a diferença entre crescimento dos setores de produção, que pode ser entendido, principalmente, pelo aumento em relação ao quantitativo, enquanto o desenvolvimento implica em mudança da qualidade. O desenvolvimento visto sob esse prisma abrange o aumento dos graus de complexidade, integração e coordenação de um sistema como um todo, em que os elementos integrantes da totalidade, interdependem, interagem e influenciam-se mutuamente processando mudanças.

Olhando o município do Rio Grande/RS, nessa perspectiva, compete aos gestores uma árdua tarefa, o de planejar o desenvolvimento municipal frente ao "processo de urbanização acelerada; pressão social sobre a oferta de infraestrutura e serviços públicos e sobre espaços adequados à ocupação e uso; demanda por emprego e renda" (MOISÉS, 2012, p.313). Para poder compreender os impactos que as indústrias causaram e causam no município, apresenta-se uma serie de informações utilizando fotografias que permitem visualizar a sua localização, sinalizando-as em funcionamento e as que estão se instalando.

Figura 4: Distribuição das indústrias de fetilizantes
Fonte:Sedai e Prefeitura, 2011

Figura 5: Localização da indústria de Energia e Química
Fonte: Sedai e Prefeitura, 2011

Figura 6: Localização das indústrias de madeira
Fonte: Sedai e Prefeitura, 2011

Figura 7: Localização das indústrias metalúgicas
Fonte:Sedai e Prefeitura, 2011

Figura 8: Localização das indústrias de alimentos
Fonte: Sedai e Prefeitura, 2011

.

Figura 9: Localização de Serviços
Fonte: Sedai e Prefeitura, 2011

Perante o contexto industrial apresentado e considerando o objeto do estudo não basta analisar o município somente nesse aspecto. A conjuntura deve constituir-se de todos os setores da municipalidade para entender as influências que a Saúde, especialmente, o impacto que o SUS sofrerá na sua estrutura e funcionamento.

Certamente urgem necessidades prioritárias a serem ponderadas pelo gestor da saúde, em conjunto com os demais setores do município, a fim de construir novos caminhos para a consolidação do SUS. As transformações no setor Saúde, assim, como nos demais do município aconteceram e continuam a acontecer de forma acelerada sob a lógica do desenvolvimento, portanto, aumentam as responsabilidades dos gestores que integram a totalidade dos segmentos locais. Ante esse fato, é necessário construir uma nova configuração do território com a participação de todos os responsáveis pelos setores. Esse trabalho precisa ser elaborado no coletivo, por meio do diálogo, da discussão e tomada de decisões em conjunto, um trabalho **intersetorial.** A intersetorialidade possibilita construir novos desenhos do território, em estudo, utilizando novas e modernas estratégias coletivas de gestão, de forma **intersetorial,** capazes de resolutividade aos desafios lançados pelo desenvolvimento pelo qual passa o município e que continuará a enfrentar, conforme o previsto.

No entender de Inojosa (2001, p. 105), a intersetorialidade é:

> [...] como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos[8] em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico.

Segundo Inojosa (2001, p. 103), o conceito pode ser definido como a "articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos".

A intersetorialidade, no município do Rio Grande/RS pode ser entendida como a articulação entre a totalidade dos segmentos que compõem o seu espaço. Em busca, conforme propósito desse trabalho, da saúde da população. A articulação envolve os saberes, experiências, necessidades e expectativas que cada gestor percebe e as influências que são exercidas de forma mútua pelos elementos integrantes do ambiente, tanto os abióticos (elementos físicos) como bióticos, entre os quais os seres humanos desse ambiente.

A articulação intersetorial possui como objetivo obter resultados unificados frente a situações complexas tendo como alicerce principal a **sinergia**, e assim, conseguir alcançar um impacto positivo nas condições de vida da população e na saúde da mesma, objetivo dessa pesquisa.

Conforme Machado (2012), as práticas intersetoriais, se pautam em articulações entre sujeitos e setores sociais diversos, aportando saberes, poderes e vontades diferentes, sendo um novo desafio para trabalhar com questões amplas e complexas, e assim, construir políticas públicas que venham ao encontro de garantir saúde à população.

Corroborando com os autores e elencado nos seus conceitos, percebe-se o município do Rio Grande permeado por novos desafios originados pelo desenvolvimento econômico que vem acontecendo e continuará a acontecer, e necessita da participação dos diferentes atores sociais para poder enfrentar as mudanças e superar a fragmentação do atendimento. Neste sentido é necessário articular as políticas públicas de forma coesa, interconectadas e inter-relacionadas para poder oferecer acesso à saúde da população do município, com base nos princípios do SUS e observando e contemplando o conceito ampliado de saúde.

Para obter os resultados desejados:

> Trabalhar intersetorialmente envolve a criação de espaços comunicativos e de negociações, que inclusive consigam gerenciar conflitos para que finalmente, se possa chegar com maior potência, a algum resultado. Importante ressaltar que este resultado não implica necessariamente na

[8] Sinergia neste trabalho é considerada como "trabalho em conjunto"

> resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que possa somar na acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir (MACHADO, 2012, p.1).

Trabalhar de forma intersetorial é pensar e agir de forma democrática, o que constitui um grande desafio para todos os envolvidos nesse processo. Para desencadear este processo, o objetivo proposto deve ser de interesse dos segmentos que compõem a unidade. Para que isto aconteça, é necessário aprender a oportunizar e respeitar os espaços de cada participante, que possui seus próprios ritmos e dinâmicas (MACHADO, 2012).

No presente trabalho a intersetorialidade pode ser percebida como:

> [...] a prática de gestão na saúde que permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde e na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, trabalho, emprego, habitação, cultura, segurança e outros. Remete também ao conceito de rede, cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. O contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem (MACHADO, 2012, p.6).

A intersetorialidade envolve a abordagem ecossistêmica na medida em que integra os segmentos que compõem a unidade em busca de energias e possibilidades para solucionar os desafios no coletivo.

O gestor do município do Rio Grande, preocupado em encontrar soluções para os eminentes problemas previstos pelo desenvolvimento econômico criou o Grupo de Trabalho e Desenvolvimento (GTD),composto pelos grupos temáticos de infra-estrututa da Educação, Saúde, Habitação, Mobilidade Urbana, Segurança e Capacitação Profissional. Tem como objetivos contemplar um fórum de discussão sobre as questões de desenvolvimento local e especificamente buscar novas oportunidades para o Município; ser o facilitador na INTERLOCUÇÃO Município-Empresa; ser o responsável pela integração e troca de experiência de todas as Secretarias; criar grupo de trabalho específicos para cada área afim; auxiliar e criar condições para novos empreendimentos; levar a todos as projeções futuras e apoiar o Programa de Mobilização da Indústria Nacional do Petróleo (PROMINP) em todas as suas necessidades (BRANCO, 2011).

O PROMINP tem como objetivos buscar novas oportunidades para a indústria de bens e serviços da Região Sul do RS; consolidar o PROMINP como ferramenta para o Polo Naval; Identificar oportunidades de desenvolvimento e capacitação dos fornecedores do RS para bens e serviços; criar um ambiente propício de discussão de ideias, oportunidades e sugestões, com foco principal da REGIÃO.

O PROMINP é Composto por 7 grupos temáticos: Plano Diretor para o Polo Naval, Caracterização da Demanda, Infraestrutura Regional, Qualificação de Mão de Obra, Fornecedores de Bens e Serviços, Impacto Socioeconômico, Identificação do Foco do Polo Naval (BRANCO, 2011).

Integram o programa a prefeitura Municipal do Rio Grande, Universidade do Rio Grande (FURG), Instituto Federal (CTI), Petrobrás, Centro de Indústrias (CIRG), SEBRAE, Secretaria de Infraestrutura, SEDAI, SUPRG, SENAI, RS óleo e gás, COREDE SUL, SINDOP RS e Câmara do Comércio.

Percebe-se que o Município está consciente da necessidade do trabalho intersetorial para poder alcançar os objetivos propostos, como também, encontrar caminhos para enfrentar os desafios do desenvolvimento econômico. Essa forma de ação significa apontar as potencialidades e limites por meio do processo da intersetorialidade, proporcionando uma análise dos fatores condicionantes que permitem tomar decisões capazes de aperfeiçoar o processo de gestão. Desta maneira, pode-se entender a intersetorialidade como uma oportunidade de estratégia ampla de influência para o enfrentamento dos problemas e, assim, pensar na saúde a partir do seu conceito ampliado, que envolve, obrigatoriamente, a participação dos diferentes setores que fazem parte desse ecossistema e comporta o acesso à saúde da população conforme as diretrizes do SUS.

Prigogine e Stengers (1997), se referem a possibilidade e necessidade de comunicação entre as variadas esferas do saber contendo no seu objetivo uma compreensão mais apropriada da complexidade à nossa volta quando discorrem acerca do reencantamento do mundo, em que se pode compreender como reencantar o mundo a busca do diálogo entre ciências, tradições e culturas. Os autores destacam que as novas descobertas influenciam, diretamente, a forma como o homem vem observando a natureza, e assim surgem novas possibilidades para enfrentar e superar os problemas do cotidiano.

As bifurcações, as possibilidades que surgem, permitem buscar novos caminhos que levem aos objetivos propostos (PRIGOGINE, 2009). Por analogia, as possibilidades que o desenvolvimento econômico aponta para Rio Grande assinalam para a necessidade de encontrar caminhos/estratégias para soluções necessárias no atendimento a demanda da saúde

de toda sua população frente às grandes transformações que o município vem sofrendo no seu ecossistema local.

Os gestores já estão à procura de soluções, mas existem incertezas diante da possível demanda que certamente, o setor saúde do SUS enfrentará pela influência de todos os setores que o município está sofrendo e continuará a sofrer. Algumas medidas já foram adotadas, como a criação em 2009, da Coordenação Municipal de Urgência e Emergência, que faz cumprir com o que está determinado na Política Nacional. Existe no município o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que conta com uma UTI móvel e uma unidade de suporte básico. Está em fase de implantação o serviço de motolância, mais duas unidades de suporte básico que terão sua sede na praia do Cassino e na Quinta.

Segundo o coordenador do programa de Atenção Básica, o município foi contemplado com duas Unidades de Pronto Atendimento[9] (UPA), uma tipo 3 que contempla até 500 pessoas por dia e será instalada na zona da Junção e outra do tipo 1 que atende até 300 pessoas dias para ser instalada na Praia do Cassino, ambas em processo licitatório e que foram solicitadas por meio da Secretaria de Saúde do Município do Rio Grande. O município também foi contemplado pelo Ministério da Saúde com duas ambulâncias que estão sendo aguardadas.

Olhando de forma intersetorial e para efetivação de um trabalho integrado e interconectado entre o SAMU e UPAS, foi implantado o Comitê Gestor Municipal de Urgência e Emergência (COGEMUE) através do Decreto Municipal nº 11230, de 15 de agosto de 2011 que estabelece as diretrizes em conformidade com o disposto na Política Nacional de Atenção às Urgências. Seu objetivo principal é integrar as redes de urgência do município do Rio Grande.

Para alcançar o objetivo de integração e os aspectos da intersetorialidade fazem parte deste comitê conforme Decreto Municipal nº 11230 artigo 5, §3:

> I – o Coordenador Municipal do Sistema de Urgência e Emergência;
> II – um representante titular e um suplente da Secretaria Municipal de Transportes e Trânsito;
> III - um representante titular e um suplente da Defesa Civil;

[9]As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação (BRASIL, 2012e).

> IV - um representante titular e um suplente dos Prontos Atendimentos Municipais (UBS Cassino, Parque Marinha e Profilurb);
> V - um representante titular e um suplente do Serviço de atendimento Móvel de Urgência;
> VI - um representante titular e um suplente da Superintendência do Porto do Rio Grande;
> VII - um representante titular e um suplente do Hospital santa Casa do Rio Grande;
> VIII - um representante titular e um suplente do Hospital Universitário de Rio Grande;
> IX - um representante titular e um suplente da Secretaria Municipal de Assistência Social;
> X – um representante titular e um suplente da Secretaria Estadual de Segurança Pública;
> XI - um representante titular e um suplente da Corporação do Corpo de Bombeiros;
> XII - um representante titular e um suplente da Atenção Básica- SMS;
> XIII - um representante titular e um suplente dos Centros de Atenção Psicossocial;
> XIV - um representante titular e um suplente do Conselho Municipal de Saúde;
> XV - um representante titular e um suplente da Policia Rodoviária Federal (RIO GRANDE, 2011)

O Comitê se reúne mensalmente na Coordenação de Urgência local que permite as trocas de diferentes saberes entre seus integrantes, para conhecer as atividades entre os diferentes órgãos, e assim também amenizar atritos e poder trabalhar de forma integrada e interconectada, considerando os aspectos e necessidades do ecossistema local. Uma das conquistas realizadas por este comitê foi a implementação de classificação de riscos, o que permite um melhor atendimento ao usuário. A primeira instituição a implantar foi a Santa Casa do Rio Grande no inicio de 2012 e mais recentemente, em agosto deste ano, foi o Hospital Universitário. Segundo o coordenador do comitê, o grande desafio é a preocupação em organizar este atendimento em rede. As reuniões mensais são cenários de amplas discussões para superar as dificuldade e poder atingir os seus objetivos em beneficio de uma melhor qualidade de atendimento e acesso à saúde para a população.

Frente ao apresentado, percebem-se os grandes desafios que o município está enfrentando e o esforço que está sendo utilizado para encontrar estratégias que possam proporcionar uma qualidade de vida à população.

Com base na teoria ecossistêmica, fundamentada no referencial filosófico de Prigogine (2002, 2009, 2011), buscou-se encontrar subsídios que possam ser utilizados para compreender e auxiliar no enfrentamento das mudanças socioeconômicas do município do Rio Grande/RS e suas influências na saúde.

Para ilustrar e compreender essa proposta e verificar as mudanças socioeconômicas em curso e projetar possíveis demandas e encontrar caminhos que poderão levar a um desfecho dos serviços de saúde SUS favoráveis para a população foi construído um diagrama que indica os pilares de apoio dessa investigação (Figura 10). E cujos pontos serviram de farol a indicar a sequência a ser seguida em busca da concretização da proposta.

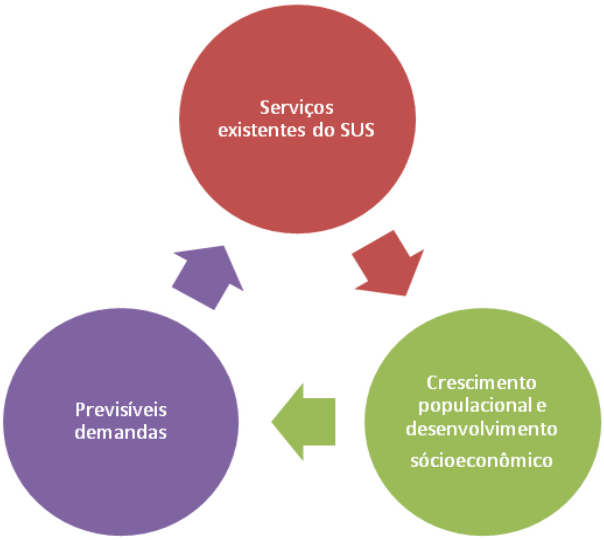

Figura 10: Pilares de apoio utilizados na investigação
Fonte: Construído com base no referencial teórico metodológico elaborado pelos pesquisadores

Ao aprofundar o conhecimento por meio do processo da intersetorialidade, espera-se conseguir elaborar o presente trabalho, alcançar os objetivos e, especialmente, sustentar a TESE. Ao alimentar os laços e vínculos conceituais na direção da consolidação de oferecer acesso e saúde à população riograndina, o que exige competência técnica, administrativa e política e, principalmente, reflexão a respeito do compromisso com a população, necessita-se, no caso do Rio Grande, não conhecer apenas a realidade atual de seu ecossistema, mas avançar com um espírito futurista para, desta maneira, conseguir que as mudanças que se manifestam já de forma irreversível, venham consolidar ambientes saudáveis. Assim, é necessário interagir com os indivíduos e grupos para encontrar por meio da discussão, embates políticos, socioculturais e ambientais as estratégias, os caminhos mais saudáveis e sustentáveis, construídos no coletivo, para resolver os problemas e conflitos da coletividade.

Existe uma expansão previsível para 2015 em serviços e indústria (Figura 11), conforme projeção realizada pelo gestor municipal (2011).

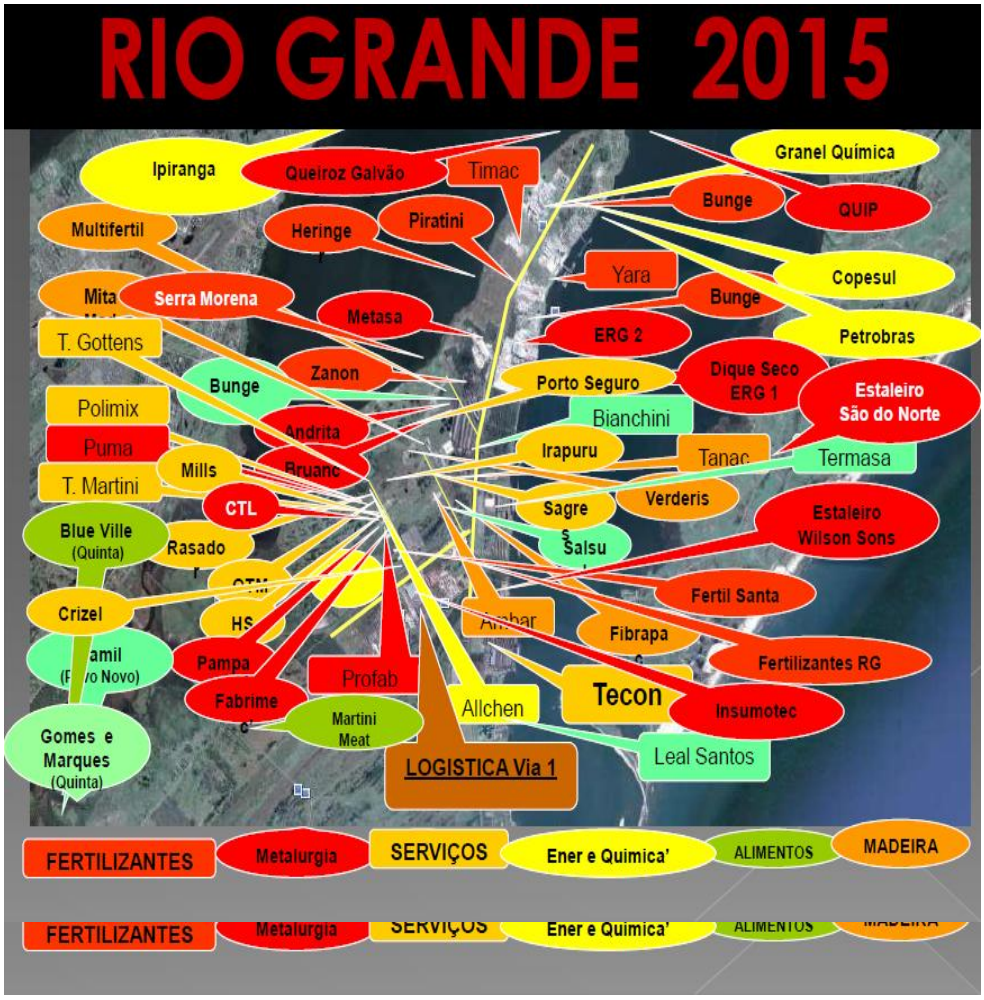

Figura 11: Previsão de serviços e indústria do Município do Rio Grande/RS em 2015
Fonte: Sedai e Prefeitura, 2011

Mesmo sendo uma previsão, não pode deixar de ser considerada quando se busca conhecer um espaço. As previsões possuem a sua âncora no presente, mas não podem deixar de refletir sobre o passado porque o futuro é construído a partir dos fatos e acontecimentos vividos no passado e no presente.

A figura 11 retrata o futuro em relação a serviços e indústrias e traz embutido toda uma história que envolve o município desde a sua criação, fase de desenvolvimento, trajetória de estaganação e finalmente, uma grande expectativa em torno do que está vivendo. Entretanto, percebe-se que apesar da euforia, própria de quem encontrou um caminho com uma diversidade de bifurcações, para alavancar o desenvolvimento, a população e especialmente, os gestores municipais e das instituições que prestam serviços à saúde da propulação riograndina encontram-se preocupados e buscam estratégias para oferecem

serviços de qualidade para a demanda que se apresnta em crescimento acelerado e que necessita ser atendida.

Nessa pesquisa bucou-se conhecer, por meio dos secretários municipais e intituições que prestam serviços de saúde à população, as ações, serviços, programas e projetos em desenvolvimento ou programados para atender essa demanda. Ao mesmo tempo, foi importante conhecer as articulações programadas e desenvolvidas no sentido de arcar com as influências, positivas e negativas, que o desenvolvimento socioeconômico traz imbutido e cujos fatores interagem de forma interrelacionada sobre a saúde do ser humano.

3 POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS

Este capitulo tem como finalidade apresentar o desenvolvimento da metodologia utilizada, abordando os procedimentos e métodos para poder alcançar os objetivos da pesquisa e sustentar a Tese. Compreende o tipo de estudo, local do estudo, sujeitos e amostra da pesquisa, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos da pesquisa.

3.1 Tipo de estudo

Neste estudo o método escolhido para a realização da pesquisa foi o tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa A abordagem qualitativa vem ao encontro da proposta deste trabalho porque ela permite explorar aspectos tanto objetivos como subjetivos que a conjuntura do município do Rio Grande apresenta, nesse momento histórico, sem preocupar-se com a mensuração.

"A **pesquisa qualitativa** é uma atividade situada que localiza o observador no mundo". Caracteriza-se por ser um campo de investigação que abrange o estudo do uso e a coleta de uma multiplicidade de materiais empíricos e de uma variedade de atividades interpretativas, assim, não privilegia uma única prática metodológica em relação a outra (DENZIN e LINCOLN, 2006, p. 17).

A pesquisa **descritiva-exploratória** além de observar e descrever o fenômeno investiga a sua natureza complexa e outros fatores aos quais está relacionado. "A pesquisa qualitativa exploratória destina-se a desvendar as várias maneiras pela quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes" (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004, p.34).

Para os mesmos autores a pesquisa qualitativa permite utilizar vários métodos na coleta de dados, sendo holística, buscando compreender o todo. A pesquisa descritiva tem por objetivo observar, descrever e documentar os aspectos de uma determinada situação.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município do Rio Grande/ RS, mais especificamente, junto às secretarias que compõem a comuna, identificados com a letra M e as instituições/ integrantes da saúde do município que oferecem atendimento à população por meio do SUS, identificados com a sigla I (Quadro nº 7).

3.3 Sujeitos do estudo

Os 14 sujeitos da pesquisa foram constituídos por 09 secretários de secretarias do município do Rio Grande e pelo Diretor, Presidente, Superintendente de 05 instituições que oferecem atendimento à população do SUS do município do Rio Grande conforme segue:

- Secretário(a) municipal da Saúde do Município do Rio Grande;
- Secretário(a) municipal da Educação do Município do Rio Grande;
- Secretário(a) municipal de Cidadania e Assistência Social do Município do Rio Grande;
- Secretário(a) municipal da Segurança, dos Transportes e do Trânsito do Município do Rio Grande;
- Secretário(a) municipal da Habitação e Desenvolvimento Urbano do Município do Rio Grande;
- Secretário(a) municipal de Coordenação e Planejamento do Município do Rio Grande;
- Secretário(a) municipal de duas secretarias sorteadas entre as não selecionadas;

  As secretarias que integraram o sorteio aleatório foram:
- Secretária Municipal do Meio Ambiente do Município do Rio Grande;
- Secretária Municipal da Cultura do município do Município do Rio Grande;
- Diretor(a) do Hospital Universitário “Dr Miguel Riet Correa JR;
- Presidente da Santa Casa do Rio Grande;
- Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Rio Grande;
- Superintendente da CORSAN do município do Rio Grande;
- Diretor(a) UNIMED do município do Rio Grande.

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram observados como critérios de inclusão:

- Ser gestor de instituição de saúde que oferece atendimento à população por meio do SUS;
- Ser secretário (a) da Secretaria da Saúde do Município do Rio Grande;
- Ser secretário da Secretaria da Educação do Município do Rio Grande;
- Ser secretário (a) da Secretaria de Cidadania e Assistência Social do Município do Rio Grande;
- Ser secretário(a) da Secretaria de da Segurança, dos Transportes e do Trânsito do Município do Rio Grande;
- Ser secretário(a) da Secretaria da Habitação e Desenvolvimento Urbano do Município do Rio Grande;
- Ser secretário(a) da Secretaria de Coordenação e Planejamento do Município do Rio Grande;
- Ser secretário de uma das duas secretarias do município sorteadas entre as demais do município para levantamento de dados.
- As secretarias que integraram o sorteio aleatório foram:
- Secretário (a) Municipal do Meio Ambiente do Município do Rio Grande;
- Secretário(a) municipal da Cultura do município do Município do Rio Grande;
- Ser Diretor(a) do Hospital Universitário "Dr Miguel Riet Correa JR;
- Ser Presidente da Santa Casa do Rio Grande;
- Ser Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Rio Grande;
- Ser Superintendente da CORSAN do município do Rio Grande;
- Ser Diretor (a) da UNIMED do município do Rio Grande.

3.3.2 Critérios de exclusão

Constituíram os critérios de exclusão dos sujeitos:

- Recusa em participar da pesquisa;
- Encontrar-se afastado das atividades por estar de férias, doença ou outros motivos.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados teve início somente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e foi realizada por meio da entrevista semiestruturada.

A entrevista semiestruturada, caracteriza-se pela utilização de um roteiro, que serve de guia para a entrevista, contendo tópicos ou questões abertas e ou fechadas, relacionadas com a questão de pesquisa, objetivos e tese, dirigida a cada respondente. A função do entrevistador é encorajar o participante a falar livremente sobre todos os tópicos listados enquanto as respostas são gravadas (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Conforme Denzin e Lincoln (2006), a entrevista é um instrumento típico da pesquisa qualitativa que permite a aproximação entre o pesquisado e o pesquisador com a finalidade de obter informações a respeito de determinado assunto.

Para a coleta de dados foram construídos dois roteiros para a entrevista: um aplicado aos participantes das secretarias do município do Rio Grande (Apêndice A) e o outro aos participantes das outras instituições e órgãos de serviços que possuem relação com a saúde do município (Apêndice B).

O roteiro permite ao entrevistador, eleger e explorar determinados assuntos que podem conduzir a novos questionamentos, considerando, a questão norteadora, a TESE e os objetivos da pesquisa. Partindo da livre expressão do entrevistado, o entrevistador pode chegar a esclarecer temas relevantes que venham constituir subsídios ao estudo.

No percurso teórico-metodológico de natureza qualitativa essa investigação buscou articular teoria e prática com base fundamentada nos princípios doutrinários do SUS voltados para a melhora da saúde da população. Foram investigados os discursos e práticas que desafiam a realidade do ecossistema do município do Rio Grande, buscando conhecer as relações intersetoriais que ocorrem entre as secretarias, bem como entre os órgãos integrantes da saúde que oferecem atendimento à população por meio do SUS desse *lócus*.

Após a aprovação do projeto pela banca examinadora e pelo comitê de ética de saúde (CEPAS/FURG) foram realizados os contatos necessários junto às secretarias do município e respectivas instituições/órgãos que fazem parte no atendimento à saúde da população do Rio Grande e foram selecionados como participantes dessa pesquisa, convidando-os para participar da mesma (Apêndice D). Nesse momento foi explicado o objetivo da pesquisa, sua relevância e a importância da sua participação para o alcance do proposto. Aos que aceitarem em participar foi marcado local, data e hora para e marcar horário e local para realizar a entrevista semiestruturada que teve caráter confidencial, e foi garantido o anonimato das informações. O local e horário para realização da entrevista ficou a critério do entrevistado, desde que respeitados os aspectos éticos, morais e físicos dos envolvidos. Após as devidas apresentações explicou-se, novamente, a proposta de estudo, esclarecendo a questão de pesquisa, objetivos e TESE.

Foi esclarecido sobre o anonimato, a possibilidade de desistir em qualquer etapa da pesquisa sem prejuízo pessoal e ou profissional. Para preservar o anonimato dos sujeitos utilizou-se como código para os sujeitos das Secretarias do município do Rio Grande a Letra M seguida de um número arábico iniciando com 1 e enumerando-se de forma subsequente os demais conforme a sequência das entrevistas realizadas. Aos sujeitos das Instituições de saúde entrevistados foi atribuída a letra I seguida de um numeral, iniciando com 1 e seguindo-se a ordem conforme a sequência das entrevistas realizadas (Quadro nº 7).

Quadro 7: Identificação dos Sujeitos e respectivas falas da entrevista

Sujeitos		**Falas em relação às questões da entrevista:**				
		AÇÕES **A**	**SERVIÇOS** **S**	**PROJETOS** **P**	**DEMANDA PREVISÍVEL** **F**	**ENFERMAGEM** **E**
Secretarias Municipais do Município do Rio Grande	**M_1**					
	M_2					
	M_3					
	M_4					
	M_5					
	M_6					
	M_7					
	M_8					

Exemplo:

M_1 A S P F E

Refere-se a fala do sujeito 1 da Secretaria Municipal em relação aos serviços que realizam

Falas em relação demandas previsíveis

Falas em relação à Enfermagem

Falas em relação aos projetos previstos

Identifica a fala do sujeito 1 da Secretaria Municipal em relação as ações desenvolvidas

Sujeito nº 1 da Secretaria do Município

Sujeito da Secretaria do Município

Sujeitos		**AÇÕES** **A**	**SERVIÇOS** **S**	**PROJETOS** **P**	**DEMENDA PREVISÍVEL** **F**	**ENFERMAGEM** **E**
Instituições/Serviços de saúde	**I_1**					
	I_2					
	I_3					
	I_4					
	I_5					

I_1 O 1 Indica a fala do primeiro sujeito de Instituição/serviços do município

O I identifica o Sujeito de Instituição/serviços do município.

Obs: Quanto às falas utiliza-se a mesma identificação anterior.

A seguir foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o pesquisando (Apêndice E), e solicitada autorização para gravar as entrevistas e para divulgar, em meios acadêmicos, os resultados obtidos, bem como, o compromisso de lhes comunicar os resultados alcançados com a pesquisa. Foi esclarecido ao sujeito que qualquer dúvida poderá ser elucidada pessoalmente, por telefone ou mesmo por *e-mail*, cujos dados constam no TCLE.

Ao termino de cada entrevista, o entrevistador agradeceu pela participação do entrevistado, colaboração e contribuição para com a pesquisa e se colocou à disposição para informações em qualquer momento da realização do trabalho.

Posteriormente a cada entrevista, com o objetivo de conservar a fidedignidade dos dados coletados gravados, foram transcritos na íntegra pelo próprio pesquisador, evitando perda ou esquecimento de detalhes, de modo a facilitar a posterior análise e interpretação dos mesmos.

3.5 Aspectos éticos

Para a realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos que se fazem presentes nas diversas etapas deste trabalho conforme Resolução Nº. 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996b), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Após a aprovação do projeto pela Banca Examinadora, o projeto foi registrado no SISNEP e cadastrado no site da PROSPESP/FURG e encaminhado ao Conselho da Escola de Enfermagem da FURG para avaliação. Após aprovação foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) para sua aprovação (Apêndice F). A coleta de dados teve início somente após a aprovação da proposta pelo CEPAS.

Cada sujeito foi convidado a assinar o TCLE em duas vias ficando uma com o entrevistado e a outra com o pesquisador. No TCLE consta a participação voluntária do sujeito, elucidação dos objetivos deste estudo e o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase do trabalho, sem prejuízo pessoal e/ou profissional, e, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa com seres humanos será garantido: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

3.5.1 Análise crítica de riscos e benefícios

A princípio, não existem riscos prejudiciais à integridade dos sujeitos participantes dessa pesquisa. Entretanto, em caso de algum sujeito evidenciar aborrecimentos ou sentimentos emocionais ao evocar fatos ocorridos será encaminhado para o serviço de assistência psicológica da FURG. Pontua-se que não houve necessidade de nenhum encaminhamento, pois a coleta dos dados ocorreu de forma tranquila com grande colaboração de todos entrevistados.

3.5.2 Explicitação das responsabilidades dos pesquisadores

Os autores da pesquisa responsabilizam-se por todos os processos envolvidos na pesquisa, tendo o compromisso com a confidencialidade dos sujeitos participantes, assumindo a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução 196/96, que rege as pesquisas com seres humanos.

3.5.3 Explicitação de critérios para suspender e/ou encerrar a pesquisa

Apesar da previsão da possibilidade de suspender a pesquisa em caso de poderá recusa de todos participantes convidados, essa se realizou sem incidentes e todos os convidados foram solícitos e compreensivos ao responder o roteiro da pesquisa.

3.5.4 Declaração de que os resultados serão tornados públicos

Após conclusão deste estudo, os resultados da pesquisa foram divulgados primeiramente pela apresentação pública de defesa da TESE, além disso, foram entregues cópias para disponibilizar na biblioteca Campus Saúde, para elaboração de trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias, de cursos de especialização, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, além de sua divulgação em eventos. Os materiais e dados coletados serão utilizados, exclusivamente, para os fins de publicações científicas. Ressalta-se que não existem conflitos de interesses entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. Declara-se que são aceitas as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

3.5.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados e/ou materiais coletados

Os dados obtidos durante a presente pesquisa ficarão sob a responsabilidade do pesquisador responsável para poder realizar a análise e sua comparação. Posteriormente, serão arquivados em caixa lacrada, por um período de cinco anos, e assim, se assegura a legitimidade do estudo e serão guardados no Banco de Dados do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES), sob a supervisão da Professora Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, orientadora desta TESE e líder desse grupo de pesquisa.

3.5.6 Demonstrativo da existência de infraestrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa

A Escola de Enfermagem da FURG e o GEES são responsáveis pela infraestrutura necessária para a realização da pesquisa. Os custos do projeto ficarão a cargo dos pesquisadores.

4 RESULTADOS

Este capítulo contempla a descrição dos dados capturados por meio da entrevista semiestruturada com os 13 sujeitos: 08 participantes das secretarias (secretários) municipais do Rio Grande e 05 participantes (Diretor, Presidente e Superintendente) de instituições que prestam serviços aos usuários do SUS em Rio Grande/RS.

As entrevistas semiestruturadas tiveram como categorias preestabelecidas: Relações intersetoriais das Secretarias e Instituições, que prestam assistência de saúde para a população do Rio Grande/RS pelo SUS; relações intrasetoriais das secretarias municipais e Instituições que prestam assistência de saúde para a população do Rio Grande/RS pelo SUS; demanda previsível: visão dos participantes da pesquisa; contribuições da enfermagem no enfretamento da saúde para a população do Rio Grande/RS: na visão dos entrevistados.

A situação criada a respeito do aumento da demanda na saúde causado pelo desenvolvimento econômico e sociodemográfico que o município vivencia deixa visível a necessidade do incremento de novas estratégias para atender as necessidades da população. Desta forma, cada participante do estudo foi incentivado a descrever a situação da sua unidade e mostrar como participa de forma individual ou intersetorial na saúde do município.

O instrumento de pesquisa, na sua primeira parte, buscou conhecer as características sociodemográficas dos participantes: sexo, estado civil, idade, escolaridade, setor/atividade/instituição em que trabalha, cargo, tempo de atuação no cargo que ocupa e afinidade técnica, o que permitiu delinear um perfil dos entrevistados.

As questões elaboradas a serem descritas de forma aberta pelos participantes permitiram capturar dúvidas, inquietações, expectativas e necessidades sentidas pela unidade para colaborar com a saúde do município. Ao mesmo tempo a descrição das ações, serviços e projetos que desenvolve oportunizaram perceber a participação nas soluções para as necessidades atuais e as previstas num futuro que se configura em proporções aceleradas.

Enfatiza-se a necessidade da compreensão da realidade para encontrar alternativas às problemáticas inerentes à transformação desse espaço e assim, conceber e debater a interconexão entre os distintos cenários, constituintes do município, com vistas a descobrir impactos positivos. Cada uma das entrevistas é capaz de ajudar a entender a realidade e indicar caminhos para a demanda dos serviços de saúde.

Neste contexto, os novos desafios, causados pelo desenvolvimento, envolvem ações individuais e interdisciplinares, capazes de contemplar a nova realidade do seu ecossistema, no entanto, elas requerem flexibilidade, coparticipação, solidariedade para reformular as estratégias à medida que surgem novos problemas e dúvidas a serem enfrentadas em benefício da população.

4.1 Descrição dos dados obtidos por meio das entrevistas

Para realizar a descrição dos dados das entrevistas utilizou-se a Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (2011), que compreende três fases: a pré-análise; a exploração do material; e, o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação.

A **pré-análise** tem por objetivo a organização propriamente dita do material de pesquisa, e assim, tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais de forma a conduzir o plano de análise por meio da leitura flutuante; escolha dos documentos e entrevistas, permitindo a "constituição do corpus" e a formulação das hipóteses/ ou pressupostos e dos objetivos (BARDIN, 2011, p.121).

A primeira fase, segundo Bardin (2011, p. 121) possui "três missões: a escolha do documento a ser submetido à análise, a formulação de hipóteses e objetivos, e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final".

A exploração do material permite codificar, decompor ou enumerar em função de regras previamente formuladas os dados coletados. Nesta fase, é necessário realizar a análise propriamente dita, que não é mais que a aplicação das decisões tomadas na fase anterior. Consiste no período mais duradouro com a etapa de codificação, onde são feitos os recortes em unidades de contexto e de registro; é a fase da categorização e cujos requisitos necessários para uma boa categoria são a exclusão mutua, a homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade. Os procedimentos aplicados anteriormente podem ser manuais: seleção das atividades e categorização (BARDIN, 2011).

Para apresentar os resultados, alicerçado em Bardin (2011), é necessário a organização dos dados; a codificação de resultados; realizar a categorização e por fim a interpretação . Assim, a Análise de Conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização que permita uma interpretação das mensagens e dos enunciados.

Nessa pesquisa, para processar a organização dos dados, realizou-se a leitura detalhada das informações obtidas por meio das 13 entrevistas e buscou-se identificar o seu sentido em relação a questão de pesquisa, objetivos e TESE. Prosseguindo verificaram-se as frases,

trechos e parágrafos das transcrições das falas dos sujeitos participantes da pesquisa que demonstraram aderência a essa pesquisa e realizou-se o devido recorte.

Para facilitar a visualização dos achados foram organizados 5 quadros, ou seja, quadro 8, 9, 10, 11 e 12 com os principais dados obtidos por meio das entrevistas em relação: as ações desenvolvidas pelas Secretaria Municipais e Instituições do município do Rio Grande, envolvendo a saúde; aos **serviços** envolvendo a saúde desenvolvidas pelas Secretarias Municipais e Instituições do município do Rio Grande; aos **projetos** envolvendo a saúde desenvolvidos pelas Secretarias Municipais e Instituições do município do Rio Grande; as **demandas previsíveis** envolvendo a saúde conforme as Secretarias Municipais e Instituições do município do Rio Grande; à **participação da enfermagem na saúde da população do Rio Grande/RS** segundo as Secretarias Municipais e Instituições do município do Rio Grande.

Quadro 8: Descrição dos principais pontos abordados pelos entrevistados em relação às **ações** desenvolvidas pelas Secretarias Municipais e Instituições do município do Rio Grande, envolvendo a saúde.

Sujeitos	**Questão: Ações desenvolvidas no período de 2009 à 2012 pelas secretarias e Instituições do município do Rio Grande**
M_1	**A_1 -** [...] fazer convênios com as outras secretarias isso seria um caminho natural, a necessidade de parcerias, não se pode trabalhar sozinho, isolado.
M_2	**A_1-** participei da mesa redonda da semana de geografia.Eu diria que em Rio Grande seja uma das pessoas que faço mais audiências públicas por ano.Na realidade eu participo dirigindo ou participando pela prefeitura a umas 20 ou mais audiências por ano.Faço muita palestra, mas que não anoto. [...] seminário coordenado pela DEMIT, a empresa que esta fazendo monitoramento controle ambiental da estrada BR 392[...] **A_2 -** [...] orçamento e quem faz isso ? quem faz isso é secretaria de planejamento, então no momento que eu estou fazendo isso eu estou trabalhando com todas as secretarias.
M_3	
M_4	**A_1 -** A secretaria na realidade somos todos nós, porque todos nós andamos de ônibus ou andamos de carro o somos pedestre, então é uma secretaria muito dinâmica que a cada dia, a cada hora ela tem uma novidade ela tem um fato acontecendo que exige soluções imediatas. Existe uma intersetorialidade não somente com as outras secretarias, como com a comunidade como um todo,porque não precisa ser de alguma secretaria para requisitar os nosso serviços. Nós trabalhamos em conjunto com as outras secretarias, por ex com a secretaria do meio ambiente que tem a patrulha mirim, tem todas aquelas operações na praia, eventos, tudo a secretaria disponibiliza a sua equipe para participar. Com a secretaria da cidadania com a comunidade participamos, agora internamente, temos esse intercâmbio com todas as outras secretarias, fazendo eventos. Ocorre um acidente, é uma comunicação direta com o SAMU, com a secretaria da saúde por que existe um convênio entre prefeitura e Brigada Militar. Nós temos integração com a Brigada Militar, participamos de todas as barreiras. **A_2 -** Temos algumas ações que são solidários com outras entidades [...] qualquer tipo de atividade com comunidade ,nós damos o apoio de segurança na via,seja autorizando a fechar a via, seja com nossos agentes de transito, batedores quando tem maratonas, que tem as corridas, o pessoal nossa equipe participa sempre.
M_5	**A_1 -** A intersetorialidade foi proposta como projeto do governo, deste último governo[...] Então no programa do governo que depois nós implementamos com decretos dai a criação do comitê gestor social. O que é um comitê gestor social? é uma ferramenta de trabalho do governo para provocar a intersetorialidade e a transversalidade, nas decisões. Te dou um exemplo: uma senhora de idade de 70 anos que vai pegar um ônibus, e tem dificuldade em subir no ônibus,porque o degrau é muito alto, aquilo ali é um problema social, e a solução de aquele problema não é um problema da secretaria de assistência social, é um problema da secretaria do transporte.

	Uma determinada rua num bairro onde, a secretaria de saúde detecta muitos, a recorrência de problemas de saúde respiratórios é faz uma análise é descobre que aquilo se deve a poeira daquela rua ali está um problema de saúde social, que não entanto não é a secretaria de assistência social que tem que resolver aquilo, mas, duas secretarias, da saúde pelo tratamento das pessoas, e a secretaria de obras pela necessidade de asfaltamento daquela rua, de pavimentação daquela rua para minimizar os problemas de saúde. O pessoal que esteja jogando lixo no terreno baldio, e atraindo com aquilo ali vetores que incidem na saúde como a questão do rato, da barata, nós temos ali um sério problema de saúde na questão ambiental que não é da assistência social, [...] mas que é da secretaria de meio ambiente, secretarias de serviços urbanos, então é impossível hoje falar em social, sem tu ter uma visão social intersetorial,tanto o que diz respeito a horizontalidade como transversalidade[...]. **A_2 -** Então quando tu vai discutir a questão da gripe H1N1 tu vais reunir somente intervenientes da saúde? não, tu tens que reunir todos os intervenientes tu vás tratar de aglomeração de pessoas,[...] isso tem que ser obrigatoriamente tratado de forma intersetorial.Então para discutir a questão da gripe H1N1 , se chamou os diretores de escolas particulares,diretores de hospitais,proprietários de empresas de transporte, e assim vai indo para provocar o debate e a discussão. **A_3** ações integradas de combate a drogadição e ai nos da universidade parceira de primeira ordem,através de aquele grupo de drogadição que tem la no hospital universitário coordenado pelo prof Amarante que, não por acaso é tb o coordenador do comitê municipal de combate as drogas,e participaram dessa ação Ministério Público, Judiciario,Policia civil, Militar e Policia Rodoviária, secretaria da Saúde,secretaria da Fazenda, Secretaria de cidadania e assistência social ,Segurança transporte e transito[...]integramos Também a esse trabalho o Conselho Tutelar. [...] nos mostramos para nossa sociedade que existe ações intersetoriales.
M_6	**A_1 -** Posso afirmar que foram desenvolvidos vários projetos e ações pedagógicos nestes últimos 4 anos com a intenção de melhorar a qualidade do ensino no município.
M_7	**A_1 -** Órgão público tem que ter parceiros, a intersetorialidade é fundamental com certeza os projetos tem que ter parcerias. [...] nos participamos juntos com a universidade, ai aparece a intersetorialidade, eu acredito que o gestor público tem que trabalhar , aproveitar as oportunidades que academia oferece,tem esse papel, está aberta para isso e nós temos que buscar o assessoramento. Hoje, as secretarias procuram dialogar diretamente com a secretaria do meio ambiente. Hoje a secretaria de obras, que não tiver uma licença ambiental, ela não pode mexer em um detalhe la do projeto , não pode ter nenhuma intervenção no ambiente se não tiver uma autorização ambiental. Por isso a questão da legislação faz com que as secretarias se comuniquem mais, [...]. [...] plano ambiental do município, todo que fazemos esta baseado nele. Ele define todas as diretrizes como as ações, os programas que foram implantados e que deveram ser implantados no município e os empreendimentos básicos, para definir de que forma vão ser implantados se são compatíveis. Ele reúne varias secretarias ONGs, CONDEMA, pelotão ambiental [...] é a brigada militar que atua na área ambiental. Nós temos uma lei municipal, que institui a política municipal a ex do que aconteceu no congresso nacional,que tramitou por mais de 20 anos um projeto de lei, ate chegar o ano de 2010 para implementar a política nacional , então enquanto tramitava esse projeto no congresso, nós elaboramos uma Lei municipal,com a parceria da FURG,nos participamos juntos com a universidade, ai aparece a intersetorialidade,eu acredito que o gestor público tem que trabalhar , aproveitar as oportunidades que academia oferece,tem esse papel, está aberta para isso e nós temos que buscar o assessoramento. **A_2 -** hoje por ex nos temos muitas ações e atividades que já estão sendo desenvolvidas pela secretaria. Nós temos feito um trabalho de palestras direcionadas a comunidades, escolas. Vários temas como reciclagem, arborização urbana. As principais atividades de são educação ambiental já falei palestras e atividades pedagógicas, aulas com parceria com o SMEC, associações de bairros, empresas, Tb do polo naval que nos convidam para palestras com enfoque de educação ambiental, O resultado de tudo isto é muito positivo. **A_3 -** Material informativo_que a gente usa para praia além da cartilha que é o eixo temático se distribui em supermercados, ruas. É importante estar todos os envolvidos do projeto, a gente não pode sozinho, se não tiver parceiro não da certo, principalmente um órgão público. Órgão público tem que ter parceiros, a intersetorialidade é fundamental com certeza os projetos tem que ter parcerias.
M_8	**A_1 -** Com respeito a intersetorialidade trabalho em conjunto, aqui no caso os projetos com certeza precisamos de parceria como do meio ambiente, por ex o projeto da UPA tem que mandar os efeitos do impacto ambiental, andar o projeto de arborização em torno, a secretaria do planejamento também ajudou, ate definir o local de implantação, então a gente trabalhou sempre super bem com as outras secretarias, porque esta composição termina facilitando o trabalho, tem o pessoal la da UGP que é a unidade de projetos, que nos ajuda , no monitoramento de convênios, nos ajuda na elaboração de projetos técnicos. Todos os programas tem intersetorialidade com a educação, cidadania, meio ambiente, inclusive agora que estamos com a elaboração do plano de saneamento, na qual tem varias secretarias envolvidas, e também as atividades de educação, educação em saúde, patrulha ambiental, várias atividades que são desenvolvidas em parceria, a secretaria do transito também, que participa, atividades escolares, então são realizadas em parcerias **A_2 -** Ações conjuntas em datas comemorativas, como semana da diabete, da tuberculose, [...] que envolves secretarias, inclusive a universidade que é uma grande parceira nossa, tanto o hospital como a escola de enfermagem, psicologia. A gente tem vários programas de estágio tanto curriculares, como estágios

	remunerados, também envolvendo as universidades e as escolas técnicas, então existe muito apoio, e que faz que o trabalho aconteça. Um ex é a semana do bebe, que acontece em novembro, que envolve tantas ações e pessoas, como SENAC, FURG especificamente a enfermagem, são muitas parcerias, todo mundo entra para poder que fazer uma atividade contemple o público. Então sem intersetorialidade não seria possível fazer estes eventos. **A_3 -** Temos ações de parceria que são extremamente importantes, por ex o que a gente chama de grupo de saúde mental que foi elaborado com outras secretarias, ministério público que seu objetivo é prestar atendimento integral e intersetorial a criança e adolescente, envolve secretaria de educação, saúde, planejamento, conselho tutelar, enfim envolve todos os órgãos da criança e adolescente não somente para problemas mentais, envolve problemas de sono e outras dificuldades realmente tem um caráter intersetorial para poder fazer este trabalho ampliado. [...], nunca minha gestão perdeu de vista o que é primordial que é atendimento, fazer e prevenção da saúde. A gente nunca perdeu essa interface na verdade de ajudar. Nós fizemos contrato de prestação de serviço para ampliar o leque de consultas, para ampliar os exames em varias áreas, convênios com os hospitais para atendimento, no hospital é um convenio do município com a universidade, o município contrata o profissional paga-se a cirurgia e ainda uma taxa por utilizar o bloco cirúrgico, a otorrino também a gente fez um pacote que inclui tudo, consulta, exames e a internação. Sobre o aspecto da prestação de serviço sempre que necessário compramos serviço, alugamos serviço, tentamos aumentar a oferta de serviços ao usuário. Rio grande é considerado polo nos serviços de saúde, na referencia de saúde então é referencia para 28 municípios da região, mas para isso Tb tivemos que trabalhar ações especificas, [...]
I_1	**A_1 -** Bom o importa te é dizer que nós somos 100% de todas as nossas ações via secretaria da saúde, então todos os nossos procedimentos, consultas elas são via secretaria da saúde, porque¿ por que nosso hospital é 100% SUS. Os próprios gestores vem a demanda que necessitam, tanto do município como do estado eles chegam nos hospitais universitários dizendo as nossas demandas são estas, estas e estas.[...] é um trabalho intersetorial,Ministério da saúde, ministério de educação porque porque nos somos hospital universitário [...], então isso é que da o intersetoriamento , secretaria do estado e secretaria do município. Quando a gente senta para fazer essa grande reunião o município e o estado já fizeram suas demandas e nos levamos o que vamos fazer, em termos quantitativos a gente senta e diz eu posso oferecer tantos em termos de consultas oftalmológicas, eu ofereço tanto em cirurgias, tanto em termos de Rx, tanto em exames laboratoriais, então essas são as minhas metas quantitativas em termos de contratualização. Com respeito a Santa Casa a gente não trabalha de forma independente trabalhamos juntos, temos algumas parcerias com a Santa Casa,parcerias quase fraternais no sentido de que se precisamos deles , se precisamos roupas, exames,nossa primeira captação de órgãos eles foram parceiros nisso,se precisa de respirador a gente consegue, eu preciso de leito telefono diretamente para o diretor e ele consegue, se estou com meu PS estrangulado eles me ajudam, a gente estabeleceu desde que estamos aqui uma parceria forte, não existe um convenio formal,,existe um convenio de ensino entre o \HU e Santa Casa, com faculdade de medicina enfermagem,os professores vão para la com os alunos,mas repito não existe um convenio formal, mas existe um convenio informal realmente uma parceria muito forte , muito forte mesmo,se eu preciso qualquer coisa ligo para la e sempre sou atendida e se eles ligarem nos atendemos eles,isto é uma coisa muito, muito bacana que existe,e isso não pode ser nunca desprezado **A_2 -** [...] agora mesmo a gente teve palestra sobre gerenciamento de enfermagem, cursos de PIC, cursos de curativos, tudo esta aberto a comunidade e ao trabalhador da Secretaria de Saúde, a parceria também se dá dessa forma.
I_2	**A_1 -** Em Rio Grande já existe essa interação interinstitucional, por exemplo é notório, claro e transparente de que para o ensino todos concorrem, para assistência ao paciente todos concorrem, porém ao entendimento e um planejamento de que não temos trabalhar com sinergia, nós dobrarmos os meios, ou seja, a FURG fazer referência em HIV AIDS e a Santa Casa também seria um desperdício de recursos, a FURG ser referencia em atendimento materno infantil de alto risco e a Santa Casa também, seria um desperdício de recursos. Então nos ao longo desses anos com os autores da saúde, ele gestores municipais de saúde, gestores regional de saúde, gestor estadual de saúde e conselho municipal de saúde, definimos juntamente com as instituições parceiras que a Santa Casa seria referencia para trauma, referencia para cardiologia, para onco, vascular, para nefro, para a parte de intensivismo e para a parte de urgência e emergência, além da psiquiatria. E a FURG ficaria com as referencias HIV AIDAS, materno infantil e outras que por ventura surjam e a Santa Casa não concorra e vice versa. E assim podemos oferecer mais diversidade de assistência para a população e ao mesmo tempo economizar os recursos públicos que são escassos. **A_2 -** [...] um curso que nos fizemos há 2 anos chamado ATLS, para preparar os profissionais no atendimento de urgência e emergência, foi um custo na ordem dos 60 a 70 mil reais. A cada 15 dias os profissionais viam de fora, ai entra um outro problema era preciso equacionar o trabalho do pessoal de enfermagem e profissional médico com as escalas de serviços. Às vezes um profissional da enfermagem não trabalha só na Santa Casa. Então o que acontece o curso e ministrado durante o turno do trabalho dele e pra nos fazermos o curso durante o turno de trabalho as vezes não se encaixa na proposta pedagógica de quem ta dando o curso. Pois o profissional que termina seu turno de trabalho a maioria já sai para outro emprego, então essa e uma grande dificuldade que encontramos.

I_3	**A_1 -** Os hospitais de RG, a Santa Casa, o HU [...] eles trabalham buscando a complementaridade, eles evitam na medida do possível a disputa entre si e buscam se complementar e ter um relacionamento, se ajudando. **A_2 -** O Conselho tem realizado ou trabalhado no sentido de fazer aquilo que e de determinado ou tem como atribuição através da legislação. Que é fazer o controle social, inclusive nos aspectos econômicos, principalmente isso. Depois dentro do controle social, discutir as possibilidades de atendimento nas ações e programa do município, que sejam realizados com respeito ao direito do usuário. Principalmente a questão da Humanização do SUS, da questão do acesso: as consultas, exames, aos atendimentos medicamentos. Esse tem sido o nosso centro de disputa na área do atendimento de controle social [...] **A_3 –** [...] desde 2008 o Conselho vem construindo junto com a Secretaria Municipal de Saúde, nós estamos esboçando que seja um sistema municipal de controle social. Já havíamos trabalhando com uma espécie de piloto, que é a construção dos Conselhos Gestores Locais de Saúde, descentralizamos o controle social, fazendo com que cada Unidade Básica de Saúde, tenha um conselho formado de 50% de trabalhadores dessa unidade básica e 50% por aquela população atendida pela unidade básica. Esses conselhos gestores eles são extensão do Conselho Municipal de Saúde [...] de fazer com que as pessoas nos tragam esses dados, essas dificuldades e ou facilidades. Que nem só da critica negativa, também acontece a critica positiva. Então isso cria um clima de debate harmonioso e democrático. . Em 2012 como nós já tínhamos esse pilotos trabalhando a gente levou um projeto formal para o Conselho Municipal de Saúde, e aprovamos isso no plenário do conselho. E hoje nós temos 14 conselhos gestores funcionando aqui. Desde as áreas do interior do município, daquelas mais longicuoas como: Turutama, Ilha dos Marinheiros, Petrolinea, Povo Novo, Quinta e ai novos viemos vindo com cerca de 14 conselhos gestores trabalhando nessa modalidade. **A_4 -** ação principal agora levar as comunidades as possibilidades de que eles possam discutir com as secretarias, com o gestor municipal da saúde as necessidades da população. Criar um fórum de discussão. **A_5 -** Atendimento hospitalar é um atendimento de média e alta complexidade, infelizmente o município não tem atribuição sobre esse tipo de assistência de alta complexidade e isso é feito através do Estado do Rio Grande do Sul, no entanto o Conselho Municipal tem diálogo direto com as direções hospitalares. A gente se necessário ligamos para a direção hospitalar e interpelamos eles a respeito do atendimento, da falta do atendimento. Muitos documento expedidos pelos hospitais são remetidos aos conselhos, como planos operativos, despesa realizada nos hospitais com recurso publico, principalmente com o Hospital da Santa Casa, porque considerando que a Santa Casa é um hospital filantrópico e isso dá um canal muito próximo para eles receberem recursos através de programas e incentivos estaduais e federais. Nós temos canal de comunicação direto, não há nenhum constrangimento entre nós secretários, entre os dois centros hospitalares e o conselho Municipal de Saúde. A qualquer momento que a gente sente a necessidade de se comunicar com esses órgãos, a gente busca a comunicação, e a comunicação tem sido imediata.
I_4	**A_1 -** Eventualmente a UNIMED cede equipamentos, faltou por alguma situação não planejada algum medicamento na Santa Casa a gente fornece. Existe um troca que é bastante forte. [...] nós temos dois hospitais na cidade de Rio Grande, um hospital universitário que desde março de 2011 definiu que só trabalharia como SUS, e a gente tinha convênio com o HU, desde lá passamos a não contar com mais essa capacidade de oferta e passamos a contar exclusivamente com a oferta da Santa Casa que é um hospital filantrópico, de conceito destinado prioritariamente ao SUS, que vem de uma capacidade ociosa a particulares e convênios. Então a partir do momento que eu crio uma capacidade própria de atender aos meus beneficiários, de alguma forma eu estou contribuindo sim para o Sistema Único de Saúde, com a desocupação dos leitos desses hospitais, para que voltem a destinar a uma atenção do Sistema Único de Saúde. E forma obviamente, a interface, a ligação que não e contratual mas de qualquer forma ocorre de um caráter social. Socialmente responsável que a Unimed defende, pratica, vivencia em várias atitudes, então certamente quando o poder público necessitar, assim como em outras vezes já fizemos , estaremos a disposição para tentar auxiliar no que tiver ao alcance. **A_2 -** Participamos de ações comunitárias promovidas pela prefeitura, como por exemplo, a doença de pele, no mínimo dois médicos nossos atuam fazendo exames. O ano passado contribui com a análise cito patológico dos materiais coletados. **A_3 –** [...] parte prática como estimulo a uma mudança de hábito alimentar, com atendimento com nutricionistas, aulas práticas, hoje a noite mesmo acabei de receber via SMS no celular como cliente UNIMED, todos provavelmente receberam que vai ter uma aula pratica de uma receita de uma torta com produtos orgânicos.
I_5	**A_1-** [...] como super intendente mantenho contato com a prefeitura e nos reunimos com algumas secretarias, como a de planejamento e outras e também com a CEEE.É fundamental essa comunicação, então ai percebes que existe um trabalho intersetorial. A onde há ocupação ai vem à questão legal de como atender. A questão e dialogar com a prefeitura, para tentar resolver, muitas vezes com interferência do Ministério Público. **A_2-** [...] participamos muito seguidamente em eventos e atividades, como Expofeira, Festa do Mar, o que tiver. Nós vamos lá como os nossos folders de educação ambiental. Também, atuamos em blitz, pedágios. Vemos sempre de forma positiva os resultados.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos autores

Quadro 9: Descrição dos principais pontos abordados pelos entrevistados em relação aos **serviços** envolvendo a saúde desenvolvidas pelas Secretarias Municipais e Instituições do município do Rio Grande.

Sujeitos	Questão: Serviços desenvolvidos no período de 2009 a 2012 pelas secretarias e Instituições do município do Rio Grande.
M_1	**S_1 - PRATA DA CASA** [...] muitos grupos privados de dança, teatro sempre levaram o nome da cidade sem nenhum apoio da cidade, então a ideia era dar condições para esse grupo como reconhecimento e como uma espécie de ajuda financeira para esses grupos trabalharem. [...] o requisito era que fossem grupos que já no mínimo tivessem dois anos de existência e que tivessem levado o nome da cidade sem nenhuma forma de patrocínio. Esses grupos se inscreviam, esses grupos eram selecionados [...] doze grupos por ano, dois a dois recebia 6 apresentações no teatro municipal,[...]. [...] esses grupos recebiam o aluguel do teatro grátis, eles usavam o teatro gratuitamente, toda a equipe técnica do teatro, som iluminação, eles tinham divulgação de TV, divulgação de radio, divulgação de mídia impressa, ingressos e cartazes, eles recebiam tudo isso de graça e toda a venda do espetáculo era revertida para esses grupos, o único que tinham que fazer era vender os ingressos e se apresentarem. [...] através de um convenio com parceria da parte privada [...]como é um projeto que depende da iniciativa privada a gente amarra as parcerias de dois em dois anos, então foi feito a primeira edição, a segunda edição agora esta encerrado o projeto, pode ser feito uma terceira edição que vai depender da nova gestão. As principais dificuldades são a aceitação da iniciativa privada de participação no projeto, à adesão imediata ao projeto, colaboração, a gente teve no inicio essas dificuldades.Também temos ainda como dificuldades o publico, a formação de plateia, a dificuldade de vender os ingressos, mesmo com a divulgação da TV, de radio, tem dificuldades das vendas dos ingressos. Ainda há, não digamos um preconceito, um ranço na cidade em relação ao artista local. [...] eu particularmente acredito que todos os projetos que trabalham com a cultura e com o lado de qualidade de vida acaba refletindo na saúde forma positiva, embora não acha um convenio formal. Então o lazer estas atividades culturais refletem de forma positiva na saúde. **S_2 - TEATRO PARA TODOS**[...] nós contratamos e cedemos gratuitamente o teatro municipal para espetáculos infantis.[...] agendamos esses espetáculos com as escolas, [...] não só fazia agendamento para as escolas se oferecia transporte para essas crianças de ida e volta, em algumas ocasiões se ofereceu lanche, mas nem foi oferecidas em todas. [...] foi levado ao teatro de graça em torno de 5.200 crianças, mais ou menos, então acho que foi atingido os objetivos. [...] através de convenio com SESI ,SESC e algumas vezes com recurso da prefeitura **S_3 - SEMANA DE CULTURA** [...] é um programa de educação patrimonial nas escolas, , para conscientizar as crianças do que é patrimônio, e a partir de ai fazer ações , é o programa mais amplo que a gente tem, é um programa permanente, [...] A grande ideia é que a população conheça esse patrimônio e que ajude a conservá-lo, não vais ser de um dia para outro que vão deixar de pichar mas é um caminho andado.Este o programa, mas amplo que a gente tem a finalidade e essa e os resultados tem sido excelentes, o retorno tem sido muito grande. [...] se faz curso de para os professores, para que os professores trabalhem o patrimônio em sala de aula, eles tem dentro do programa um sub projeto que é um ônibus que tem 5 roteiros culturais , roteiro de praça , roteiro de museus, de igrejas, dos museus técnicos da FURG . Esses roteiros são disponibilizados durante todo o ano para as escolas prévio agendamento, esse ônibus é disponibilizado com guia,é um ônibus adaptado para essa finalidade. No verão se coloca em lugares turísticos também, ele faz o roteiro do cassino, dos casarões e da praia. Este programa também tem o programa de sinalização dos monumentos históricos, dos prédios históricos. **S_4 - ORQUESTRA DE ESCOLA MUNICIPAL**. [...]então a Prefeitura entrou com investimento forneceu todos os instrumentos, os uniformes e paga um instrutor.[...]é uma troca, esses alunos que tem o conhecimento empírico da música eles vem, para a orquestra , passam a ter aulas de solfejo, aprendem , e esses músicos que somente passam na parte teórica passam também para a parte prática, então essa troca,que são muito saudáveis[...] [...]funciona, com músicos da escola de belas artes, e com os alunos das bandas escolares. a gente tinha pouco tempo e queríamos criar logo, então uma orquestra demanda muito tempo e músicos profissionais,um gasto muito grande,[...] Dificuldades, claro por os músicos não serem pagos, a grande dificuldade e não poder dar cachê para eles . a ideia e que se programasse algum convenio com alguma entidade particular. **S_5 - PALCO ABERTO** [...] que era o teatro municipal para ser utilizado tem um custo um pouco alto, então, o projeto era facilitar o acesso ao teatro para os grupos iniciantes, então durante o ano aquelas datas de menor concorrência durante o ano, os grupos eram sorteados para usar o teatro gratuitamente. **S_6 - O QUADRO DA CULTURA** [...] funcionou no cassino durante três anos, três verões, [...] ligado a um projeto de educação patrimonial, o que é, ai faz parte da política da popularização da cultura, [...] A nossa ideia e levar as coisas onde a população está, tentar acessibilizar ao máximo. [...] então na avenida rio grande no cassino, nos períodos de inicio de janeiro ate o carnaval instalamos um palco com músicas, danças durante toda a temporada, a noite, num horário alternativo mais cedo para que as pessoas pudessem assistir , ali junto também tínhamos oficinas e tenda de exposições de artes plásticas. [...] era lotada todas as noites, eu ex que dou ali do processo de popularização é que uma exposição normal nossa que abre aqui dentro da casa de cultura que fica em torno de 15 a 20 dias ela tem uma media de 100 visitantes dia no máximo. La no cassino que a gente montou a tenda e fazia as exposições eu uma semana a gente tinha em torno de 1000 a 1200 visitantes.
M_2	**S_1** - [...] por ser uma secretária media eu participo praticamente de todo todos os projetos, o que acontece uma prefeitura [...] pavimentação da 24 que ainda está em andamento,implantação do grupo esportivo parque são Pedro, ministério da cidade pavimentação da aquela estrada entre rio grande e via 7, ou 9 e avenida atlântica no

	cassino,pavimentação da Silva Paes, implementação do parque esportivo. Bandeirantes, PAC drenagem e pavimentação que entrou 26 milhões no município,para pavimentação da metade da cidade, o pro transporte que é de grande movimentação,também recurso que está propiciando a construção dessas estações de transbordo,asfaltamento de aqui na BAN, inclusão digital,apoio ao setor agropecuário,compra di, di,máquinas, máquina e implementos agrícolas,infraestrutura e pavimentação da Fonseca que está em execução, quadra esportiva do Castelo Branco, do Agda do bairro Profilub, implantação do parque esportivo da lagoa , PAC2 , Programa de melhoria de infraestrutura que é também um grande programa di, di, di pavimentação e drenagem em bairros, programa de esporte e lazer e, programa parque São Pedro, remediação do lixão do Carreiros, é um problema passivo ambiental que ficou , revitalização do rincão da cebola, programa segundo tempo,praça esportiva cultural que esta sendo construída la na área do hipódromo,uma praça de 2 milhões de reais que nós fomos buscar , drenagem e pavimentação também outro programa revitalização da orla do saco da mangueira que iniciamos nesta semana ai, um grande estudo de confecção do saco da mangueira da orla, plano municipal de saneamento básico, pacto de ação portuária construindo 576 imóveis para deslocar pessoas que estão ocupando áreas portuárias Os **PROGRAMAS** estão sendo efetivos com certeza, por ex o que atinge diretamente a população é pavimentação e drenagem , qual é a vantagem que as pessoas tem, primeiro deve melhorar a estima das pessoas morando em ruas calçadas, segundo poeira , saúde, toda a pavimentação hoje tem que ter drenagem, elimina a valeta, e por ai vai. No PAC da situação portuária no qual hoje são 37 milhões de reais estão construindo 576 casas dessas ai eu diria que mais de 70% das famílias que vão ocupara esses imóveis são pessoas que moram na .forma mais miserável, sub-humanas , umas moram com a casa encostada no muro do estacionamento automotivo, não tem banheiro, não tem cozinha, não tem coisa nenhuma e outro mora no bairro santa Tereza bem la dentro praticamente la na coroa do boi, sujeitos a toda aquela insalubridade, e tudo isso com certeza reflete na saúde das pessoas. **S_2 -** [...] o governo federal lançou um programa, não, um portal de projetos, não somente para o município e para todos os entes públicos e privados também [...] me permite e ter um funcionário meu aqui, plugado na internet, nesse portal e saber os editais que os diversos ministérios estão publicando para obter recursos. Isso a gente faz dentro da secretaria, se faz isso se conquistou uma série de recursos que hoje estão sendo executados.
M_3	**S_1 - MINHA CASA MINHA VIDA** e esta também envolvido em programas de expansão portuária, que são áreas residenciais, áreas ocupadas indevidamente em áreas portuárias pela população que hoje serão remanejadas para o Residencial Getúlio Vargas I e II, são dois condomínios verticais, que abrigaram entorno de 450 famílias, que serão remanejados daquela área de alta periculosidade na área do Porto, que será ocupado pelo Porto.[...] Estaremos removendo todas aquelas famílias, ou seja, estaremos dando fim a uma favela que tem junto ao Bairro Getúlio Vargas e todas essas famílias serão remanejadas para o BGV I e II. remanejar essas famílias que moram em barracos, em área totalmente insalubre, com muitas dificuldades de acesso, que serão remanejados para esses condomínios. É um programa federal, como apoio do governo estadual e municipal [...] Programa Minha Casa Minha Vida e fazer essa parceria com a Caixa Econômica Federal [...] Essas famílias não são simplesmente retiradas de uma favela e colocadas no residencial. Elas sofrem todo um tratamento psicológico, ela sofre todo um tratamento de qualificação profissional ela sofre assim um trabalho social intenso, que esta dentro do programa Minha Casa Minha Vida. Nós temos que dar um trabalho social para essas famílias antes, durante e 6 meses depois, um acompanhamento orientando essas pessoas como e viver num condomínio, como é receber um casa com água e esgoto, a importância da manutenção dessa casa, a importância de viver em novo núcleo habitacional.[...] o trabalho social é um acompanhamento constante com as famílias. Evidentemente que a partir do momento que a gente retirar essas famílias dessa área portuária, que uma área ilegal que foi coupada ilegalmente. Nós também estaremos dando um passo muito importante em relação a saúde pública, porque são barracos que existem ali a maioria sem assoalho, a maioria com problemas de abertura. Como temos problemas de umidade consequentemente temos alto índice de crianças doentes e pessoa idosas, porque é aquilo ali na verdade um cortiço para não dizer uma favela, e agora todas essas famílias irão para esses modernos conjuntos habitacionais. [...] hoje é não permitir invasão é a tolerância zero, em relação as invasões porque nós queremos continuar com essa parceria com o governo federal para dar continuidade nos projetos Minha Casa Minha Vida. Nós queremos tirar do Rio Grande esse ar de favela. Se você sobrevoar Rio Grande você irá ver que Rio Grande é uma média cidade com um centro muito pequeno e uma vila muito grande, para não dizer uma área favelada muito grande. **S_2 - EXPANSÃO PORTUÁRIA QUE ESTAMOS REALIZANDO NA VILA SANTA TEREZA**, onde estamos construindo entre casas e assobradados em torno de 270 unidades habitacionais, que nós vamos tirar aquelas famílias de la da beira da praia, daquela área onde será ocupada pela Br 392, que também serão remanejadas para o centro da vila Santa Tereza , saindo de uma área totalmente insalubre, inclusive a famosa favela “dom bosquinho” , todas essas residências todas essas famílias que moram nesses barracos estarão se mudando para esse moderno núcleo habitacional, que esta sendo implantado ali na Vila Santa Tereza,[...]Tudo para famílias de baixa renda que moravam em áreas insalubres, em áreas de risco, áreas ocupadas ilegalmente. Famílias que tem renda de zero a 3 salários mínimos. Na verdade, todas essas famílias que foram colocadas no Residencial Carreiros, conhecido também como “Marcelino Champanha”, são famílias que tem renda familiar entorno de 1 salário mínimo, ou seja, ganharam uma casa que hoje vale em torno de 70 a 80 mil reais e vão pagar somente 10% desse valor, ou seja, a prestação nunca ultrapassaram 10% de um salário mínimo, praticamente ganharam essas residências Criarmos vários núcleos habitacionais em torno da cidade e assim que nós vamos resolver o problema.
M_4	**S1 NOS TEMOS CONVENIO COM A SAMU** onde se detecta os pontos críticos de acidentes, por exemplo cruzamentos que tem maior número de acidentes, o tipo de veiculo que se envolve, a hora que tem mais ocorrência de acidentes, ai entra a engenharia de trafico que em muitos lugares se tira o ela faz com que coloca rotatória o que faz com que todos cuidem, com a rotula também ela faz com que todos parem naquele ponto e ai como consequência começa a ver respeito no transito,é um transito consciente[...] isso num processo lento vai fazer que muita gente tenha direção defensiva, e principalmente a responsabilidade , solidariedade no transito que é uma coisa eu a gente detecta

	muito isso**.** Ao ter esse apoio, vai ter menos acidentes e, portanto menos pessoas acidentadas tendo como consequência nos sistema de saúde a diminuição do inchaço do sistema de saúde como um todo. **S_2 ESCOLINHA PARA A EDUCAÇÃO DO TRANSITO,** aqui nos temos o semáforo, com faixas de segurança é uma escolinha de transito. Qual a finalidade dela, é participar de eventos e praticamente participar das escolas, nos temos bicicletas então os alunos viram motoristas, ai os agentes de trânsitos tem uma equipe trabalhando nisso. Os agentes ensinam a sinalização, explicam, quando tem que atravessar a faixa de segurança. Eles percorrem este itinerário, este circuito com a bicicleta. A bicicleta é toda equipada com capacete, ate para as crianças irem se habituando que tem que ter a segurança e tem que saber que porque andam de bicicleta não podem fazer ir a qualquer lugar, que posso fazer qualquer tipo de coisa, tem que saber que tem que parar na faixa de segurança, que tem que dar preferência ao pedestre, então essa parte as escolas tanto particular, como município como do estado elas agendam,é todos os dias todas as semanas que temos atividades. Esses eventos de empresas, esses eventos maiores, eventos de bairros a escolinha, também é convidada, [...].
M_5	**S_1 -** [...] então nos ***criamos um projeto*** de governo e ***construímos um decreto*** que considero uma preciosidade e quem vem ao encontro do trabalho proposto na sua pesquisa e esse decreto criou o **Comitê Gestor de Saúde**, comitê de gestão social para cuidar dessa questão. Colocamos ali todas as secretarias que tem esse foco de administrar as coisas da cidade, do município, colocamos todos os conselhos municipais, nesse comitê. e vou dar um ex bem prático ligado a área de saúde. Quando nos tivemos essa gripe H1N1, nos tivemos que tomar algumas medidas na área de controle sanitário, que acabaram implicando em ações das mais diversas secretarias. No momento que tomar cuidado no transporte coletivo tu vai, de ter menos pessoas dentro do ônibus no momento de um crise dessas, esta envolvendo a secretaria de transporte, a secretaria de saúde. **S_2 -** no próprio decreto já esta dito isso, que a primeira ação que o gestor municipal passava a administração de esse comitê gestor era a drogadição, então foram inúmeras reuniões 7,8,10 ou mais ações integradas de combate a drogadição ;utilizamos a universidade parceira de primeira ordem,através de aquele grupo de drogadição que tem la no hospital universitário coordenado pelo Prof Amarante que, não por acaso é também o coordenador do comitê municipal de combate as drogas,e participaram dessa ação Ministério Público, Judiciário, Policia civil, Militar e Policia Rodoviária, Secretaria da Saúde, Secretaria da Fazenda, Secretaria de Cidadania e Assistência Social ,Segurança Transporte e Transito. [...] integramos também a esse trabalho o Conselho Tutelar. Então nos tínhamos um comitê formado por cerca de 60 pessoas, para desenvolver **ações com relação a drogadição,**numa ação que nos fizemos eram 31 viaturas, inclusive da policia federal ,ônibus nos colocamos na ação porque tínhamos certeza que íamos encontrar menores consumindo álcool em determinados lugares da cidade,fazenda estava presente porque? por que nos acabamos fechando estabelecimentos que estavam vendendo isso. Quando tu vais tratar de droga, não se pode focar somente uma determinada droga, tem que abranger tudo que é droga, e nos sabemos hoje que as drogas lícitas se transformam em portal para as drogas ilícitas, em todo isso esta a questão do álcool, e está a questão do álcool vendido para criança e adolescentes. **Então com esta ação nos mostramos para nossa sociedade que existe ações intersetoriales,** Por ex as 4h os conselheiros tutelares ligando para os pais irem buscar seus filhos, que forma apreendidos, constatamos que estavam alcoolizados, as famílias agradeceram, mas infelizmente a medida que vão trocando as pessoas tem que começar todo o trabalho novamente, e não estou me referindo somente aos órgãos policiais, e estou me referindo,a universidade, estou me referindo a prefeitura, as ONG que estão trabalhando conosco, as pessoas tem que ser permanentemente incitadas , provocadas,a reconhecerem a nossa impotência diante de nossos problemas na área da saúde, segurança publica , educação. Estou respondendo a esta pesquisa,estou encarando isso não como uma colaboração com uma pesquisa da universidade, de mestrado, doutorado, enfim, eu considero isso como mais uma possibilidade, de através desta pesquisa, fazer uma provocação a sociedade da necessidade intersetorialidade. **S_3 - TERCEIRA IDADE** [...] desenvolvemos atendimento integral, como estamos atendendo hoje, hoje nos temos ações da secretaria que vão desde atividades lúdicas, atividades recreativas, atividades físicas ,até a questão da saúde deles,então nos temos grupos, formamos , incentivamos,colocamos os nossos técnicos dentro desses grupos par buscar essa convivência social com eles. Eles desenvolvem atividades como dança, teatro, educação física, informática, [...]. Para que a terceira idade se mantenha ativa, para isso nos precisamos contar com a colaboração da saúde, que faz o atendimento a saúde,ainda que muito longe do que nos estamos querendo, envolvendo a secretaria da educação, na questão da informática, na questão do professor de educação física, aqui temos três secretarias integradas e também eventualmente se chama a secretaria de transportes quando se precisa levar um grupo para fazer determinadas atividades. **S_4 - PROGRAMA REDE FAMÍLIA,** ele foi criado em 2009 e iniciado em 2010 e hoje 2012 ele esta maduro, forte com ótimos resultados, maravilhoso, existem números para comprovar isso. **Este programa é conduzido intersetorialmente.** Ele teve o foco inicial a criança abrigada, é uma criança que alguém tem que assumir a função de pai e mãe dessa criança, que corre risco social, foi recorrida, através do judiciário foi julgado que tem que ser abrigada essa criança. O objetivo da rede família: buscar um lar para essa criança, tentando reestruturar os laços familiares,desfeitos por diversas causas como alcoolismo, drogadição,desemprego violência,então tratar resgatar esse lar, buscar um lar substituto para essa criança,primeiro busca-se avós, padrinhos o uma família que se dispusesse a adotar já linkando com o projeto de adoção que existe oficial do governo o rede família nasceu,após 3 ou 4 reuniões com 3 pessoas, eu, juiz da juventude e o então promotor da infância, e ai nos entendemos que um programa dessa natureza, para ser efetivamente forte, deve ser um programa da sociedade, ai nos chamamos ONGs , conselhos tutelares, todos que interagiam na política do menor e adolescente.
M_6	**S1- alimentação** escolar através dos programas, **S2 - uniformes**, que vem ajudar a qualidade de vida dessas pessoas.
M_7	**S_1 - EDUCAÇÃO AMBIENTAL: PATRULHAMENTO MIRIM** que são atividades desenvolvidas de educação [...] são ações voltadas para a coleta seletiva, arborização urbana. [...] se faz palestras, atividades didáticas de esporte e

	lazer, trilhas interpretativas, oficina de arte com material reciclável, principalmente com garrafas pet. As atividades da patrulha mirim e só no cassino. O objetivo é formar patrulhas ambientais que atuem na comunidade riograndina como um todo**.** Nós fazemos este trabalho em parceria com a secretaria de educação. **S_2 - CENTRAL PRAIA VIVA** que tem todo enfoque de trabalhar com a gestão, isso desde 2010, com controle fiscalização das ações principalmente de veraneio tendo em vista os impactos do veraneio e que cada temporada aumenta mais o quantitativo de pessoas que visitam o balneário Cassino. Estas ações são desenvolvidas junto com o CONDEMA, que nós temos uma relação muito direta com o conselho municipal de meio ambiente, e é de ali que emanam todas as diretrizes, as principais políticas públicas que emanam desse conselho de meio ambiente [...] CONDEMA que foi reestruturado no ano de 2000 que foi criado la no ano de 1983 ele tem caráter deliberativo, normativo é composto por órgãos públicos , sociedade civil, ONGs ambientalistas e a secretaria também faz parte da estrutura. **S_3 - COLETA SELETIVA** [...] não é uma atribuição nossa operacionalizara a coleta seletiva e sim, trabalhar com essa lei aqui com as questões das diretrizes, o planejamento, o controle. A coleta seletiva, as pessoas procuram saber os dias que ao caminhão passa da coleta seletiva, nós dão endereço para saber os dias e horários dessa coleta. O gerenciamento do resíduo sólido que é la na outra secretaria de serviços. Quando eu falei da gestão ambiental dentro de um sistema municipal de proteção ambiental é, totalmente ligado e interligado, é um sistema que está relacionado com todas as demais estruturas administrativas das secretarias. A questão ambiental não tem como separar, isso não existe. A secretaria do meio tem que estar ligada com a secretaria de saúde, secretaria de coordenação e planejamento, com a secretaria de serviços urbanos que atua no gerenciamento do lixo, com a secretaria do transito, enfim urbanos. Hoje nos temos dois gargalos da secretaria em coleta seletiva, porque¿ nós, não temos estrutura para abraçar o serviço que não é nosso, nós não temos caminhões, os caminhões são muito antigos, muito velhos, no temos pessoal para trabalhar, Este é um dos gargalos que tenho hoje em dia na secretaria, mas a intenção sempre foi de fazer o melhor, evitar que este setor ficasse aquém,mas a gente reconhece que isto é um gargalo hoje. Hoje o município frente a este processo de desenvolvimento que estamos passando ele esta gerando de 150 a 155 toneladas diárias. Ate um ano, ano e meio atrás estávamos com 120 a 125 toneladas diárias. Tudo isto vai afetar direto na saúde da população porque, pela questão do saneamento. **S_4 -** Temos unidade de administração, **DIVISÃO DE ARBORIZAÇÃO,** que traça o plano diretor de urbanização urbana Esse plano foi elaborado no final do ano 2009 e inicio de 2010 porque o que nós encontramos, e nós temos hoje árvores de grande porte localizadas na área urbana, e que por consequência em função de toda estrutura dela causam conflitos com as áreas de serviço em geral, ai entra CEEE, telefonia, TV a cabo, enfim, sem contar com o nosso solo, um solo arenoso uma característica típica da nossa região, as raízes superficiais aflorando causando conflito também com as calçadas e com quem transita, então, são informações que nesse sentido foram trazidas para dentro deste plano diretor junto a uma equipe técnica que reunir técnicos de várias secretarias, e trabalharam e elaboraram o plano diretor em conjunto. **S_5 - PROGRAMA RIO GRANDE HOJE** [...] onde existe um calendário, onde a prefeitura vai ate um bairro e oferece serviços que são desenvolvidos na prefeitura.Então a comunidade tem a oportunidade de receber esse serviço e informações la no seu bairro Dentro da parte do meio ambiente, especificamente educação ambiental nos desenvolvemos as informações com respeito aos eixos da coleta seletiva, material reciclável, que pode ser utilizado para fazer vários objetos como tapetes, enfim, damos destaque a arborização urbana e coleta seletiva, entre outros, agora nos queremos incluir saneamento básico, que vai incluir esgoto, água potável,rede, drenagem.Participam várias secretarias **S6 - IMPLANTAÇÃO DA COLETA DIFERENCIADA PARA SERVIÇOS DE SAÚDE** foi um trabalho junto com o pessoal dos resíduos sólidos em 2010, ela não é operacionalizada por nós, podemos dizer fiscalizada. Os resíduos dos serviços de saúde é uma coleta diferenciada, com coleta diária, e cadastrada na secretaria de serviços urbanos que depois repassa para a empresa terceirizada quem faz a coleta, realizado num contêiner especial que é um armazenamento temporário, este contêiner é refrigerado, fica la no aterro sanitário conforme a legislação da FEPAM , esse resíduo ainda é encaminhado, para ser tratado é não aqui em rio grande, e depois vai para o aterro sanitário. Também a secretaria de serviços urbanos esta envolvida nessa fiscalização, tem seu fiscal ambiental.mas se houver demanda nos Tb podemos fiscalizar. **S_7 - O PLANO DE MANEJO DAS DUNAS ESTÁ LIGADO AO PROGRAMA PRAIAS VIVAS** visa controlar as ações do veraneio, as atividades que acontecem durante o veraneio. **S_8 - COOPERATIVAS DE CATADORES** [...] lei federal, e essa lei da um prazo para que os municípios se adequarem ao que preconiza os artigos da lei, o município do Rio Grande esta muito alem da grande maioria dos municípios do Brasil porque temos um aterro sanitário, temos um processo de recuperação do a lixão e coleta seletiva implantadas, mas isto não foi de um dia para o outro. [...] no total de 5,estas cooperativas são estimuladas por nós para a população carente, é um grupo de catadores que trabalham dentro dessas cooperativas os a política , hoje temos a política nacional que trata da política nacional dos n Hoje se faz uma triagem, tem a coleta seletiva e paralelo tem a coleta comum, a coleta seletiva leva para os catadores necessitados. Olhando para essas pessoas comparadas como elas estavam, tiveram com certeza uma melhoria na qualidade das suas vidas, com certeza, ate dito por eles mesmo dizem esse depoimento, essa manifestação, antes eles estava catando lixo no lixão, inclusive acontecia fatos de acidentes dos catadores no lixão, era um processo totalmente negativo, que não tinha nada de positivo. Com certeza trouxe uma melhoria na saúde dessa população, se expondo a menos riscos e sendo orientados para seu próprio cuidado, o que traz uma melhoria como já falei na própria saúde do individuo. **S_9 - CONVÊNIO COM ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PNEUMÁTICOS** [...], me parece que foi em 2008 se implantou em todo o município a coleta pneumáticos que são levados para uma central,se transporta, para ia, o

	município não tem custo,com esse serviço. Tem resultados positivo e gradativos._Isso está relacionada a saúde publica, tirando esses pneus , ou seja são ações preventivas que repercutem na saúde publica da população. **S_{10} - INCLUSÃO DOS AGENTES AMBIENTAIS,** nos buscamos os catadores que andam na rua do coletando, catando material, é importante que depois da implantação do polo naval, muitos catadores foram estes agentes ambientais recebem indicações de festas, feiras e eventos em geral no município, onde eles recebem da secretaria orientações um ex foi na festa do mar onde os catadores, esses agentes ambientais, conseguiram uma tonelada e meia de resíduos sólidos, eles triaram esse material, separaram,e eles vendem para essas pessoas que compram esse material.Hoje eles são poucos, não se tem tantos catadores cadastrados , como falei estão sendo absorvidos pelas empresas,digamos uma mão de obra mais operacional que este mercado que, por isso hoje não se tem tanto catadores em função dessa demanda trabalhar nas empresas. Com certeza isto influencia na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e, portanto na sua saúde.
M_8	**S_1 - PROGRAMA VIDA ATIVA** que busca trabalhar promoção da saúde através de atividades físicas e as academias da saúde que também fomos contemplados. **S_2 - CAPs** implantamos um infantil e um álcool e droga e agora nos estamos com ações de oficinas terapêuticas nas comunidades. Conseguimos contratar psiquiatra, algo que o município vinha a 5 anos e não conseguia, finalzinho de 2009 conseguimos contratação, hoje temos em todos CAPS psiquiatra , uma coisa que é raro.a gente faz um grande esforço para manter . Os CAPs tem toda a equipe montada com profissionais. A gente tem um bom relacionamento com o hospital psiquiátrico se a gente precisa somos atendidos [...]. [...] ampliamos a linha de medicamentos disponibilizados, hoje são mais de 215 itens, descentralizamos a farmácia, então temos uma farmácia central e mais 3 farmácias descentralizadas para atender a população, ampliamos os prazos de validade das receitas dos crônicos era 90 dias passou para 6 meses porque não conseguiam voltar no médico para renovar então não adiantava, resolvia uma coisa e criava outro problema. **S_3 - URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** [...] nós implantamos o SAMU no final de 2009, e encaminhamos para o ministério em finais de 2010 um pedido de extensão do SAMU porque nosso SAMU tem uma básica e uma avançada e precisamos de mais duas, uma para a quinta e outra para o cassino, na verdade é que já o ministério já assinou positivamente de que o município precisa de mais duas, mas ainda não mandou os veículos, então é uma situação que não ficou finalizada até o momento. Com uma promessa do Ministério que o ano que vem, 2013, sairão outras UPAS. Então essa é a estrutura pensada para dar conta da urgência e emergência e da ampliação da questão da retaguarda do atendimento com o objetivo de reduzir a demanda do PS e do PA da região central. **S_4 - UNIDADES TRADICIONAIS REEQUIPADAS TODAS** [...] as unidades, encaminhamos um projeto aprovado no ano passado para o ministério, o ano passado recebemos vários estímulos para reequipar as unidades de saúde. **S_5 - PROJESUL** é um programa que visa melhorias da gestão, aprovamos para organizar o departamento de pessoal, incentivo para trabalhar a questão de educação permanente. **S6 - SAUDE DO DEFICIENTE** [...] no ano passado 2011, no verão nos tivemos aquela atividade com os cadeirantes na beira da praia, conseguimos as cadeiras para entrar na água, foi uma coisa bem interessante, assim, ele continua em funcionamento. **S_7 - SAÚDE BUCAL** esta ligada a ESF, ele não é considerado um programa, mas uma estratégia, porque a saúde bucal hoje está com quase 40% de cobertura dentro da estratégia, que é uma cobertura boa, ate porque a pouco temos não tínhamos nada de saúde bucal. [...] a prioridade destes programas é dar conta daquela demanda, justamente aparece à secretaria para definir demanda, organizar protocolos, o acesso, protocolos clínicos de atenção, a gente trabalha muito a organização dos protocolos, como protocolo da saúde da mulher, da saúde da criança, hipertenso e diabético, basicamente para regrar o acesso e o trabalho das equipes, isto acabou ajudando bastante o processo de organização. Os resultados destes programas foram sempre positivos. **S_8 - CONCURSOS** Fizemos neste período de 4 anos 3 concursos para varias áreas dos profissionais da saúde , nível médio e superior , concursamos psiquiatras , terapeutas ocupacionais, então a gente consegui evoluir bastante nesses pontos. O mais complicado foi preencher a área médica, a gente colocou 100 vagas para médicos, hoje temos 78 médicos concursados e 2 contratados. Nesses 3 concursos foram oferecidas 100 vagas entre generalistas e especialistas. Temos problemas com os profissionais que às vezes ele assume e alguns meses um ano, e vão embora porque fazem concurso, então essa alta rotatividade que acaba atrapalhando bastante.
I_1	**S_1 - REDE CEGONHA** que é o que eles trabalham mais, a gente não tem conseguido trabalhar muito na rede cegonha porque nos falta muito a questão de recursos humanos para trabalhar a rede cegonha [...].**Temos dentro da rede cegonha a humanização do parto e nascimento** como é que se faz essa parceria¿ todas as nossas consultas de alto riscos elas são contratualizadas com a prefeitura. A prefeitura manda para ca essas gestantes, nós não temos o que deveria ter em termos de oferta de alto risco por falta de profissionais A função da rede cegonha também dela é a formação, é o ensino, prioritariamente a questão do ensino., que se liga com a assistência que esses órgão secretaria do município, estado, ministério da saúde requer do hospital universitário que tem interface dele ligado ao ministério da educação e a outra interface dele ligado com a questão da assistência. **S_2 - MÃE CANGURU** [...] eu estou agora conseguindo colocar, e então esse atendimento ele é do hospital universitário, ele faz parte de uma prioridade do ministério da saúde e do ministério da educação inicia agora 2 de abril de 2013,que foi um projeto que foi uma briga gigantesca para a gente conseguir colocar esses 5 leitos para a mães canguru e inicia agora , então é um projeto que esta vinculado a essa rede, que é dentro dessa política de humanização do parto e nascimento que esta dentro de uma política maior, que é uma política nacional de humanização

	S_3 - EDUCAÇÃO PERMANENTE é uma coisa muito, muito forte esses cursos da educação permanente são abertos a secretaria municipal de saúde Agora estamos abrindo Tb, nos oferecemos toda nossa estrutura de rede e organização de tele ensino em termos de tele medicina que a gente vai fazer uma parceria muito legal com a secretaria municipal de saúde da rede de urgência e emergência, esta é outra rede que agente tem, então a gente trabalha esta rede junto com o SAMU[...]. **S_4 - A UTI PEDIÁTRICA** vai entrar em funcionamento, a enfermagem esta contratada,todo o resta já esta pronto.Vão ser 10 leitos de UTI pediátrico, são 10 leitos, 5 de canguru,5 intermediários, a única coisa que esta faltando é o recuso humano médico [...]atende as necessidades do município e atende as necessidades do estado[...]. **S_5 -** [...] a própria **CENTRAL DE LEITO DE PORTO ALEGRE** que entra com a questão da referencia e contra referencia , então nos estamos ligados a própria direção do hospital com transferência de pacientes com busca ativa de leitos,então esse conjunto de ações é uma parceria muito legal, é impossível trabalhar sem interdisciplinaridade, sem parcerias. **S_6 - TEMOS NOSSO PRONTO ATENDIMENTO** aberto 24 h porque antigamente ele não funcionava 24h então ele não atendia a essa demanda da prefeitura então foi estabelecido um convenio formal onde a prefeitura repassa um dinheiro para o HU via fundação de apoio para que a gente consiga manter o funcionamento do PA 24h. **S_7 -** [...] a gente vai trabalhar junto com **O NÚCLEO DE EDUCAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** a gente Tb faz parte La na prefeitura e vai instrumentalizar toda a rede que faz parte da urgência e emergência , bombeiros , brigada,os hospitais, trabalhadores desta área,então a gente vai ajudar eles e eles através da SAMU o fazer cursos então vai haver uma grande parceria , e nos vamos fazer parte. **S_8 -** [...] **ESTÁ TUDO INFORMATIZADO**, eu entro aqui e vejo o que está acontecendo no meu PA, quantos pacientes forma atendidos, quantos não foram ainda. **S_9 -** [...] **CONVENIO DA CATARATA** que acontece aqui,a cada 15 dias acontece a maratona da catarata, a prefeitura cede o profissional oftalmologista[...] **S_{10} -** [...] **temos o CANE** aqui que é a questão das hepatites, que funciona nas nossas dependências com profissionais da prefeitura [...] **S_{11} -** [...] **TEMOS AQUI UMA DENTISTA** que trabalha com os diabéticos,que também é uma profissional cedida da prefeitura, Temos Tb outros profissionais aqui que trabalham no programa da diabetes e em outros programas, é muito legal esta integração. **S_{12} - TEMOS O CID**: Centro Integrado de Diabete e Hipertensão que da assistência ao cliente diabéticos SUS com a finalidade de melhor a qualidade de vida deles através do controle, educação e orientações; com a participação de acadêmicos de enfermagem e medicina da FURG. **S_{13} - NÓS TEMOS UM CENTRO OBSTÉTRICO NOVO** aqui no hospital que não foi inaugurado ainda por que tivemos que colocar um laboratórios nos temos um centro obstétrico hoje sucateado , não tenho vergonha de dizer isso,e ao mesmo tempo temos um centro obstétrico pronto de ponta, zero quilometro que não esta sendo utilizado porque porque temos dinheiro do reuf e tivemos que alocar o laboratório para la dentro, mas assim que sair o laboratório a gente vai colocar o centro obstétrico. **S_{14} -** [...] **TEMOS UMA MATERNIDADE NOVA COM 36 LEITOS** para ser inaugurada que está pronta , mas enquanto não troco o centro obstétrico não consigo liberar a maternidade[...] **S_{15} - TENTANDO COLOCAR, A QUESTÃO DA REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA**, que a gente tem que tentar novamente essa ideia que é por ex a classificação de riscos, os pacientes são classificados em verdes , amarelos,vermelho se azuis,os pacientes azuis muitas vezes não precisavam chegar ao hospital,podiam se atendidos na rede,hoje em dia nos atendemos esses pacientes porque ,porque eles se sentem mais confortáveis aqui que na rede,então a gente está tentando de trabalhar com a secretaria de fazer a contra referencia,por ex o [...[enfermeiro de aqui tem a localização dos postos, em relação a localização da essas pessoas , onde o Sr mora ¿ o Sr pode procurar seu posto de saúde ,hoje não precisa do hospital, pode ir la no seu posto, mas ainda o enfermeiro não se sente confortável de fazer isso porque existe o medo do enfermeiro de assumir o risco porque na saída eles acontecer algo ,então não querem correr o risco de ser processado,o medo da fiscalização é muito grande então esta questão no foco de referencia e contra referencia na urgência e emergência é complicado,[...]
I_2	**S_1 -** A Santa Casa é referência em **URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**, então ela é o pronto socorro do município. [...] com essa atuação digamos do SAMU [...] os pacientes começaram a chegar aqui prontinhos, para que as equipes medicas e de enfermagem da linha de frente do pronto socorro tivessem mais chances de salvas os pacientes, principalmente oriundos de trauma [...] **S_2 - A UNIDADE DE QUEIMADOS**, entrou em operação depois de um grande trabalho feito a nível comunitário, por parte dos Clubes do Rotari de Rio Grande, alguns vereadores da câmara municipal de Rio Grande e também da Secretaria Municipal da Saúde que conseguiu envidar esforços juntos ao Estado, do gestor Estadual para que nós pudéssemos concretizar essa unidade de queimados do padrão chamado intermediário.No interior do Rio Grande do Sul hoje essa unidade representa muito, ela não e uma UTI, mas após o trauma de um incêndio, de uma queimadura o paciente vem para Rio Grande e consegue resolver seus problemas. **S_3 -** [...] a concretização do **COMPLEXO HOSPITALAR ÊNIO DUARTE FERNANDES**, ou seja foi feito um novo prédio para hospitalização com 100 leitos, esse prédio também foi feito como bloco operatório, aumentando a

	capacidade do bloco operatório para 04 salas cirúrgicas, uma nova UTI para este novo complexo, UTI geral adulto e um serviço de hemoterapia, ou seja, um banco de sangue novo que o maior banco de sangue provado do interior do Rio Grande do Sul.[...] **S_4 –** [...] **UM NOVO SISTEMA DE RADIOTERAPIA**, pois nos somos uma unidade de alta complexidade em oncologia, foi acrescentado ao serviço uma máquina chama **acelerador linear**, pois nos só tínhamos a **bomba de cobalto, cobalto 60** e mais uma grande equipe médica. Principal finalidade desse projeto foi aumentar a oferta de serviços assistenciais a população de Rio Grande e região. Acreditamos que alcançou o esperado, e já esta tornando insuficiente para atender a demanda vivenciada no dia a dia, isso fez com que a Santa Casa novamente se organizasse para projetar uma nova investida no sentido de conseguir acolher essa população toda que nos procura. Mas agora do projeto que ser quer daqui pra frente que é da vazão a essa demanda que ainda ficou esse projeto nos estamos enfrentando grandes dificuldades, junto ao planejamento do município. Os setores de aprovação da parte de projetos junto ao município, que talvez esse seja o grande problema hoje em Rio Grande, mas não e uma deficiência culposa do gestor municipal, Rio Grande cresceu muito em pouco tempo e por mais estrutura que tivessem não conseguiriam dar vazão a toda essa demanda [...]. **S_5** [...] **FORMAÇÃO GERENCIAL,** que é mais voltado para o pessoal de apoio e administrativo, que precisa interagir com a enfermagem para que a assistência seja o melhor possível. Estes programas existem com a finalidade de qualificar o empregado e prender o empregado na instituição, nós chegamos a conclusão que não é só salário que prende o empregado, muito antes pelo contrario, é o bem estar dele dentro da empresa, as condições que a empresa da para deixa-lo seguro para trabalhar as dificuldade que as vezes se tem são as financeiras, porque um curso de especialização, de pós graduação, um treinamento e uma coisa muito cara[...] **S_6 - EDUCAÇÃO CONTINUADA**, onde e oferecido treinamento permanente de pessoal, que um programa que vem sendo desenvolvido pela Enfª Irmã Liliane, mais outra enfermeira e 01 auxiliar que vem fazendo um trabalho de acompanhamento de nivelamento da assistência que se presta. Como o giro de empregados e muito grande na saúde e na Santa Casa não e diferente, nós temos em média de 30 a 40 admissões e demissões por mês, são 30 a 40 novos profissionais que entram no hospital.. Se tu não tem um programa de educação continuada que nivele os modos operantes vai dar discrepância e a qualidade vai cair.
I_3	**S_1 -** Nós estamos com um problema na área do **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**. Quando nós pegamos a direção do conselho municipal de saúde nós recebemos juntos com os demais documentos um exemplar de proposta do plano municipal de saúde, que deveria ser do período de 2010 até 2013. [...] a gente acabou se enrolando muito, não conseguindo fazer a aprovação no ano passado[...] o município de RG não tem um plano municipal de saúde aprovado ainda, nós vamos fazer essa aprovação. **S_2 –** construímos o chamado **PLANO PLURI-ANUAL,** 2014 a 2017 é aquele que esta estabelecido no artigo 162 da Constituição Federal, que os executivos tem que realizar. Com base nisso e com base nos dados que a gente pegou na legislação estadual e municipal, nós construímos um projeto no qual temos 26 reuniões com as comunidades, dividimos o município em 26 regiões e fizemos 26 reuniões nessas regiões com as comunidade, além disso ainda teve mais dois grupos de pessoas que se organizaram, por tanto ficamos com 28 regiões a onde colhemos informações e propostas a respeito da saúde,Com vista nas necessidades apontadas pela sociedade, buscando determinantemente a participação da sociedade, não só a participação da sociedade, mas também a possibilidade de organizar a sociedade transmiti conhecimento para a sociedade, receber conhecimento da sociedade e juntos o Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores e delegados eleitos pela comunidade, poder debater com o executivo durante os próximos 04 anos[...] **S_3 -** Nós temos um dialogo constante com a secretaria, quase que diário. **O conselho municipal de saúde tem uma diversidade na representação da sociedade.** No conselho ele tem gestores da saúde. A secretaria e membro do conselho [...] Então nós temos representação da prefeitura, representação da Universidade Federal do Rio Grande, representação dos prestadores de serviços, representação das entidades, que são entidades que congregam os trabalhadores na área da saúde, como também temos representação dos usuários através das entidades organizativas. Fazemos minimante uma reunião mensal ordinária, além disso, a ordenação do conselho esta em contato direto com a secretaria de saúde. Às vezes isso pode representar que eu tenho o poder de ligar para ca e dizer atendo o "fulano" agora. Não é isso que nos impulsiona, o que nos impulsiona é a possibilidade de ligar para a secretaria e perguntar por que o "fulano" não foi atendido. Esse diálogo nós queremos ter com a secretaria, nos não queremos ter o diálogo paternalista, sermos o pai do usuário. **S_4 -** Nós mantemos ele aberto todo o dia, a população pode chegar no conselho, claro que há determinados momentos que precisamos fechar, conferências, alguma coisa dessa ordem. A Secretaria Municipal de Saúde designou trabalhadores para trabalhar no Conselho Municipal de Saúde e alem disso 02 membros do conselho municipal de saúde passam o dia aqui na volta. E ai nos frequentamos as secretarias, direções dos hospitalares, frequentamos as unidades do hospital, não raro a coordenação que se reúne uma vez por semana agenda essa reunião dentro de um hospital, em uma determinada enfermaria. **S_5 -** Para fazermos também o controle social. Participamos inclusive das comissões de avaliações dos hospitais que a 3ª CRE realiza, nós também somos parte integrante dessa comissão. O conselho municipal tem assento no CEPAS da FURG e agora também no CEPAS da Santa Casa. Estamos trabalhando o máximo possível nos sentido de fazer com que o Conselho Municipal de Saúde seja uma parte que possa realmente interagir no sentindo do desenvolvimento do atendimento, oferecer conhecimento a sociedade. **S_6 -** Nós esboçamos como uma Conferencia Municipal Extraordinária. As conferencias municipais, elas são realizadas de 4 em 4 anos, a última realizada em RG foi em 2011. A nossa próxima conferencia ordinária e em 2015. Então nos realizamos a Conferencia Municipal agora, trabalhando só com propostas para o plano plurianual. Essa conferência

	teve esse foco, foi realizada no município, com uma proposta de trabalho da nossa gestão.
I_4	**S_1 –** [...] **A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS** do nosso pronto atendimento, a gente esta vendo um certo fenômeno que acabou ocupando, inchando as nossas áreas de urgência e emergência. Nós temos um pronto atendimento 24hs, que é um serviço por definição de emergência, ele não e um centro médico eletivo. A gente acabou nesse meio tempo perdendo a nossa principal característica que é a atenção da emergência. Então esta sendo feito a implantação do protocolo MANCHESTER, que é um protocolo internacional, pra fazer a classificação de risco, essa classificação não restringe o atendimento no pronto atendimento, mas ela define qual o tempo máximo de espera que cada situação. **S_2 - PROGRAMA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE**, que a gente tem o nome comercial de ESPAÇO VIDA, principalmente considerando o fato de que vai a ver uma mudança significativa nos padrões de consumo em saúde. Porque a gente esta falando em um crescimento populacional que os estudos apontam para 2020 em dobrar a população, e não se dobra a população com taxa de natalidade obviamente. Principalmente com as taxas de natalidade atuais, então são pessoas que vem de fora, e que trazem uma forma de consumir saúde diferente do que culturalmente o riograndino utiliza. Também e importante deixar claro que essas pessoas mudam o perfil epidemiológico [...]vai se procurar uma maior drogadição. A gente tem dados da nossa área ocupacional que já apontam para isso. Hoje a gente faz 70% dos exames de admissão do polo naval, e nessa área gente tem uma mostra significativa, já existe um aumento significativo do usa de drogas licitas e ilícitas[...] A gente tem que ter alternativas de curto prazo, a gente não pode se conformar em só estar apagando incêndio[...] **S_3 –** [...] **EDUCADORA FÍSICA** com aulas de alongamento e também o YÔGA que trabalha mente e alma, os nossos beneficiários tem acesso a isso também. **S_4 -** [...] temos uma **TERAPEUTA OCUPACIONAL** A ideia e mudar o hábito alimentar e de praticas de atividades físicas e também a questão da ocupação do ócio,[...] que trabalha a parte de como tornar o ócio mais criativo,[...]. **S_5 - UNIVERSIDADE COORPORATIVA,** essa universidade tem um cronograma, um orçamento para investimento, não é pouco, hoje temos um valor bastante forte em cima disso. E ela visa justamente a educação continuada dos profissionais, não somente da área da saúde, mas também da parte administrativa, esta tudo dentro do mesmo bojo. Essa capacitação ocorre tanto interna como externamente, a gente tem algumas parcerias como Fundação Getulio Vargas, hoje deve ter 4 funcionários com incentivo educacional fazendo a sua universidade fora Com o hospital a gente tem esse compromisso ainda muito mais forte, a gente uma estimativa de 300 empregos diretos no hospital, trabalhando dentro de um modelo assistencial que não é o modelo que nos estamos acostumados. Vai ter que ter uma mudança cultural. A gente ainda trabalha com a premissa de que quanto mais tempo a gente ficar melhor, nós trabalhamos o contrario que a pessoa entre e sai, que tenhamos uma rotatividade dos leitos. Então é uma mudança de cultura que vai exigir uma adaptação da forma de atender, desde o técnico de enfermagem até o enfermeiro, até o profissional médico. Então a universidade a partir do ano que vem vai trabalhar com a comunidade oferecendo cursos de capacitação, lógico que com foco no modelo assistencial e de gestão pretendido pelo hospital, mas que automaticamente vai gerar uma capacitação geral para preparar mão de obra. Eu não sei se eu vou contratar, mas eu vou oferecer o curso para todo mundo. **S_6 -** Participamos muito forte nos **PROGRAMAS DE SAÚDE DAS EMPRESAS** que nos contratam, então dentro das SIPACs (semana interna de prevenção de acidentes), as empresas incluem um conteúdo de promoção e prevenção em saúde, palestra de tabagismo, alcoolismos, drogadição, doenças sexualmente transmissíveis, palestras das nossas nutricionistas com relação a hábitos alimentares. **S_7 - TEMOS UM SOFTWARE** que trabalha muito forte analisando a nossa carteira, identificar situações crônicas, que precisam de atenção de acompanhamento, tentando verificar se os exames de controle estão sendo feitos.
I_5	**S_1** - A CORSAN está no Rio Grande desde 1973, ou seja, através do contrato de concessão, ou seja, o município transfere para a companhia de saneamento, ai ela começa a atuar em 2 dos 4 itens do saneamento: abastecimento de água e esgotamento sanitário, os outros dois são resíduos sólidos e drenagem urbana que fica por conta do município. Através da CORSAN o estado esta presente na comunidade tentando abastecer o maio numero de residências, nossa meta sempre é 100%, e conseguir esse lado social com uma tarifa diferenciada para pessoa que moram em estado de vulnerabilidade social. Hoje nossa meta é levar água a todos, mas têm lugares que os moradores não querem, e ai nós não podemos fazer um investimento, porque ? por que vão ter que pagar a água, ai nos não temos poder para chegar e dizer nos vamos colocar água. **S_2** - Nós estamos em uma sociedade que necessitamos trabalhar intersetorialmente, como posso trabalhar isoladamente, é impossível, eu trabalhar sem conversar com a prefeitura, Rio grande tem em torno de 60% de imóveis irregulares, não ocupações, eu vou colocar rede de água la , vou atender uma comunidade , vou oferecer qualidade de vida, mas para isso eu preciso de uma autorização da prefeitura , que autorize dizendo que esta regularizado,eu poderia atender uma comunidade, poderia arrecadar, mas não posso sem a prefeitura autorizar[...] Nós temos um problema, muitas vezes quem resolve é o ministério público. **S_3 -** Primeiro a condição básica da população a ter acesso à água de qualidade, portanto estas oferecendo saúde. O resultado positivo é quando tu ganha e reinveste no sistema para beneficiar a população. Então temos muito investimento assim, mas tem muita coisa por fazer também. **S_4 -** Só para reforçar temos alguns programas como: programa de controle de perda, capacitação e informação profissional, programa de segurança do trabalho, que são programas permanentes. Nós aqui na regional temos parceria com o SESC e com o SESI nós conseguimos já o ano passado esse ano mais de 8 cursos gratuitos. **S_5 -** [...] a CORSAN se obriga a substituir 10% ao ano das redes precárias, redes de fios de cimento de brasilite, não

	porque são cancerígenas, elas são cancerígenas se existir aspiração do pó. Elas provocam vazamento que vai dar falta de abastecimento, então nos temos que substituir, e nos temos em torno de 40 a 50 kms de rede de brasilite, isso da uns 5 kms por ano , isso no novo modelo de contrato. Isso traz que a comunidade mediante audiência publica peça, o que faz com que o município diga o que quer e a prestadora do serviço vai entrar com os recursos para fazer a obra. **S_6 -** Nós tivemos 27% de cobertura de esgoto aqui no município do Rio Grande. **S_7** - programa também, que é o **SÓCIO – AMBIENTAL**, pra todas essas redes que foram feitas nós temos uma resistência as pessoas que ligaram, elas não tem compreensão de isso é saúde pública, preservação do meio ambiente. Então temos uma equipe que desenvolve um trabalho de conscientização de casa, de porta em porta, dizendo da importância que ali esta passando uma rede de esgoto. Que não precisa ficar mais com esgoto no solo, ligando a um sistema que vai para uma estação de tratamento, que vai tirar o esgoto da frente de sua casa e levar para uma estação de tratamento que vai devolver para a natureza da mesma forma que foi retirada. O programa socioambiental foi criado em 2007. Então é um programa que acompanha na verdade a conscientização das pessoas na verdade com relação ao esgotamento sanitário, não só para sua vida, como para a vida da "urbanidade". Esse programa acontece sempre que se tem obra do PAC, sempre tem quem chegar e conversar com a população explicar que ali vai ser feito uma obra que vai causar um certo transtorno, mas que terá beneficio para ela e sua vizinhança, "e ai tu desarma", bom agora me respeitaram com cidadã. É importante essa comunicação, porque a gente esta intervindo na vida das pessoas.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Quadro 10: Descrição dos principais pontos abordados pelos entrevistados em relação aos **projetos** envolvendo a saúde desenvolvidas pelas Secretarias Municipais e Instituições do município do Rio Grande.

Sujeitos	**Questão: Projetos desenvolvidos no período de 2009 a 2012 pelas secretarias e Instituições do município do Rio Grande.**
M_1	
M_2	**P_1 -** existem projetos, estes são os cadastrados na sincov.
M_3	
M_4	**P_2 -** Outra coisa muito importante e que nos começamos a trabalhar, ainda não tem um diagnostico formado que é um projeto piloto, nos buscamos **DESENVOLVER O NÍVEL DE MORTE NO TRANSITO,**e saber da pessoa sequelada ele vai ter uma aposentadoria por invalidez, vai depender do sistema de saúde para uma fisioterapia, uma cirurgia, quanto tempo ficou internado ou faleceu em consequência do acidente?. Hoje esse que chega no pronto socorro e morre ou morre durante a cirurgia ele não é computado como acidente de transito,por ex chegou para cirurgia e faleceu , eu acho que esse link é uma coisa muito importante, é importante para conhecer a realidade , a nível estatístico é bem mais real se nos conseguirmos fazer este acompanhamento. Saber se a pessoa volta a trabalhar ou não pode trabalhar mais, ficou inválido, com sequelas, morreu no hospital em consequência do acidente, porque tudo isso repercute aonde? [...] o transito termina ali no momento do acidente, mas, a consequência desse acidente repercute principalmente na saúde, vai ter mais indivíduos dependendo do sistema de saúde ,muitas vezes sobrecarregando, inchando. Nos buscamos desenvolver, é um projeto piloto esse tipo de parceria com a secretaria de saúde e os hospitais locais , já começou mas ao final não chegamos a uma definição.
M_5	**P_1 - CENTRO DE CONVIVENCIA DA TERCEIRA IDADE** ele vai ser construído do lado do hospital, só não foi construído este ano porque não tivemos orçamento, vai ficar para 2014. Este centro vai ter pista para exercícios físicos, piscina, hidroginástica, salão para bailes, palco, salas de atendimento para a saúde, biblioteca, sala de informática, sala de estar par convivência, encontros, ou seja, numa ação integrada de diversas secretarias, e tudo que a terceira idade precisar do poder público ela vai.
M_6	
M_7	**P_1 - O PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO,** ele foi instituído através de um contrato, primeiro junto ao ministério das cidades para buscar recursos,depois o comitê gestor que neste momento estão reunidos.O plano de saneamento básico esta em fase de diagnostico,já realizamos três audiências públicas no município. **P_2 - O PROJETO DE REVITALIZAÇÃO DA LAGOA DOS PATOS DA MANGUEIRA** donde prevê toda uma proposta inovadora para nos riograndinos,que é resgatar o olhar da população para a água,porque hoje se observa na entrada da cidade ,avenida Presidente Vargas nos temos os pátios voltados para água e a frente para a rua. A proposta do projeto orla é para que se tenha la na orla do saco da mangueira um cenário, em que se tenha uma via, uma ciclovia, algo que também evite as invasões que são frequentes e futuramente transformar em uma área de conservação.
M_8	**P_1 - PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DA FARMÁCIA POPULAR** que não foi implementado porque o ministério suspendeu as implantações porque não tinha capacidade para abastecer as novas, tinha dificuldade la com a FIO CRUZ **P_2 – CAPs** [...] uma proposta de fazer um horário estendido para o CAP 3 , eles trabalham manhã e tarde, estender para a noite, com a oportunidade de ter 1 ou 2 leitos de observação, para permanecer pacientes se necessário, para quando paciente precisa de manejo e tal. **P_3 - UPAS**_então fomos contemplados em 2009 com a UPA 3 que a de porte para uma população de 300 000 para atender ali na JUNÇÂO

	UPA para o Cassino, e Tb pedimos uma UPA para a QUINTA Então fomos contemplados na Junção e Cassino e a da Quinta está em projeto. **P_4 - APROVAMOS NO MINISTÉRIO MAIS 6 UNIDADES DE SAÚDE, PARA ESF.** Nossa dificuldade é media, na verdade o município não aumento a cobertura de 50% que era nosso compromisso em função de não conseguir profissionais da classe médica[...]. **P_5 - PROJETO DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA** que foi aprovado junto ao ministério para iniciar aquele processo de acompanhamento, tem financiamento. **P_6 -** Aprovamos no Ministério o projeto de implementação do **CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE** que não avançou muito porque onde vai ser implantado o ministério exige posse do terreno e ainda não esta pronto, então não consegui evoluir muito. **P7 –** [...] projeto para implantação do **CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS** que está em fase de negociação com o Estado, que para 2013 segundo nossos planos entre em aprovação. **A principal dificuldade dos** projetos e quando envolve elaboração de projetos de engenharia, como eu não tenho dinheiro locado aqui na secretaria eu dependo da coordenação, tem meia dúzia de engenheiros para toda a prefeitura, e também tem uma análise muita rigorosa dos projetos, se a parede não tem a metragem prevista nas normas da LBC, volta tudo. A engenharia leva mais de uma no para aprovar um projeto o que dificulta bastante
I_1	**P_1 - CASA DA MÃE GESTANTE** que nos fizemos uma parceria com a secretaria de saúde para a gente tenha o projeto da mães gestante, mas, que é ligado tudo isso , é um galho de uma grande árvore dentro dessa rede que é a rede cegonha. Essas mães vem referenciadas das UBS e depois são contra referenciadas, nos temos essa parceria as vezes ela não se em função da contrarreferencia, mas existe essa vontade e estamos tentando que de certo,existe essa comunhão e existe uma força entre nos e a secretaria que é a questão da vontade acontecer, isso é muito legal, então se nos temos um problema a gente se comunica a qualquer hora do dia ou noite, nos temos nossos telefones e a gente liga para resolver os problemas. **P_2 - PROJETO DE CAMINHÕES DE SAÚDE OCULAR** chegaram ontem a duas carretas com dois cointeners, com dois consultórios oftalmológicos completos e no dia 28de abril vão chegar as 2 carretas que vão puxar.E esses dois cointainers vão ser trabalhados em parceria é um projeto de intereducação do ministério da saúde que vai funcionar com profissional da secretaria de saúde e do HU com alunos do HU e que vai ir nas escolas,vai ser um projeto itinerante com alunos qeu já entram no consultório e saem ate com óculos,é um programa pronto, e para aqueles municípios que tem Programa Brasil Alfabetizado e o outro o programa dos óculos, não lembro o nome agora,para fazer este tipo de atividades.A gente pode fazer também fazer com os municípios regionais,vamos fazer com Santa Vitoria, com Santa vitoria do Palmar,com os municípios da nossa micro região.Ai essa ligação vai se dar direto com o gestor municipal. **P_3 - PROJETO BOQUINHA FELIZ** [...] o que ele tem haver com a rede cegonha, tem por que ele o boquinha feliz esta ligado ao nenezinho que nasce porque a boquinha feliz tem que ver desde o nascimento, orientações para a mãe [...].
I_2	**P1** – [...] um **CENTRO MÉDICO**, um **CENTRO CLINICO,** que nós vamos construir onde se localiza atualmente a SORAN, que é na esquina da Rua Raul Barlem com a Presidente Vargas, será um edifico com 06 ou 09 andares. Todo ele será destinado no percentual legal de 60% SUS[...]. Contribui com a saúde da população em muito. Se interliga totalmente porque da vazão hoje a uma demanda que Rio Grande esta tendo dificuldade de atender. Qual e a demanda? O pessoal que vem de fora, que esta trabalhando, eles são usuários do SUS ate ali, via de regra eles tem planos de saúde básicos, então não usam o SUS para o primeiro atendimento, agora no atendimento de alta complexidade todos jogam para cima do SUS. Então na minha opinião esse projeto nosso ele vai complementar a assistência hoje que não e prestada em muitas áreas de atuação. Nós temos hoje só na Santa Casa de Rio Grande 10 altas complexidades, traumatologia e ortopedia, neurocirurgia, cardiologia, oncologia, queimados, vascular, nefrologia, psiquiatria, endovascular e temos intensivismo. Nós temos que dar vazão a isso, inúmeros pacientes vem da nossa micro região e da nossa macro região para Rio Grande. Então a interface com a secretaria de saúde é muito importante, porque quem regula a assistência prestada por nós a Santa Casa junto ao SUS é a Central de Regulação Municipal da Secretaria de Saúde.
I_3	
I_4	**P_1 –** Vou falar de um projeto principal que integra uma serie de subprojetos que ai fica mais fácil de explicar. começou em 2004 quando digamos as primeiras informações relacionadas a um possível polo naval no rio grande, no qual o polo naval foi instalado entre 2006 a 2007, nós realizamos desde 2004 um estudo de viabilidade econômica financeira sobre a implantação de um hospital particular da Unimed na cidade do Rio Grande.Em 2004 nos não tínhamos demanda, embora a gente já visualizava um a necessidade de um hospital privado. Mas não havendo uma disponibilidade tudo isso apontou para uma possível viabilidade logicamente dadas as informações de mercado da época para esse polo naval apontado para uma necessidade, um reestudo em 2017. Em dois anos o polo naval se efetivo 2006-2007. Alem dos beneficiários atendidos pela Unimed Litoral Sul a gente observou um crescimento no número de atendimentos a usuários de outras unimedis de fora do rio grande. Depois com o estudo da origem desta demanda nos identificamos eram empregados que já possuíam convenio com as Unimed das cidades de origem e que vinham consumir recursos de saúde de nosso município. Re analisando toda essa demanda se verificou que a gente precisava antecipar o reestudo anterior que era para 2017 porque o cenário mudou completamente, então em 2009 nós concluímos o novo estudo e logicamente mais abrangente, além do estudo de viabilidade econômico financeiro, também fizemos uma análise completa de todos os serviços de saúde instalados, capacidade operacionais instaladas e também o nível de qualidade prestado por esses serviços. Nós pegamos dados de mercado sobre a possibilidade de crescimento populacional relacionado ao município do rio grande [...], se o crescimento decorre dessa cadeia econômica ligada a Petrobras e que todos que venham aqui trabalhar vão ter plano de saúde, então o mercado também se amplia essas pessoas obviamente precisam ser atendidas, não é só vender, a gente precisa vender e oferecer o serviço. **P_2 -** O nome do projeto é **PLANO DIRETOR DE VERTICALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA UNIMED**

	LITORAL SUL, na verdade é um plano de verticalização dos serviços de saúde, dentro dele a gente vai encontrar o projeto do Hospital Unimed e o centro de diagnóstico, que ele inicia como centro de diagnóstico de imagem e depois ele vai acrescentando alguns outros recursos. A principal finalidade desse projeto é justamente alinhar a capacidade de oferta de serviço a demanda existente e futura. A 3ª coordenadoria da cidade de Pelotas ,já avaliou e deu encaminhamento positivo,o que nos permitiu ingressar com esse projeto na prefeitura do Município do Rio grande, na secretaria de planejamento e nós já temos autorização de inicio de obras que foi no final de 2012, a gente consegui o alvará para iniciar a obra é um projeto que vai a ser financiado com recursos do sistema financeiro ,financiamento BNDF o contrato já esta garantido, ele esta aguardando as últimas licenças, licença ambiental são coisas que ainda estão em tramitação , e eu preciso de todas as licenças para viabilizar a assinatura do financiamento, mas analise de credito , toda a liberação do financiamento ela já esta finalizada. Um dos objetos do projeto de estudo foi justamente o local, inclusive se partiu com uma hipótese que este hospital deveria ser distante do eixo central da cidade considerando o fluxo logístico, acesso e ate pela tendência do crescimento da cidade por se tratar de uma península e o nosso centro administrativo financeiro estar tudo concentrado numa ponta [...] A gente estudou realmente em termo de acessibilidade, logística, mas nos já tínhamos área em área contigua aqui na sede da cooperativa, já há muito mais tempo [...] adquirir uma nova área não se viabilizou então se optou em manter a área já pensada e adquirida. **P_3 - CENTRO MÉDICO**, para que justamente os casos eletivos sejam agendados e encaminhados para um centro médico. **P_4 - CENTRAL DE REGULAÇÃO DE ATENDIMENTO** que vai funcionar 24h por dia, todos os dias, a disposição do cliente para justamente assessorar o cliente pra qual o recurso para aquele momento é necessário, o cliente será assessorado para o atendimento no serviço mais adequado. Esse serviço vai trabalhar tanto a nível ambulatorial como a nível de internação, tentando fazer encontrar o paciente que necessita o médico que esta disponível para atender, no hospital que está a disposição. Ele não vai ficar, a gente vai fazer uma pareceria com a Santa Casa, isso já esta definido com a administração da Santa Casa, vamos ter acesso ao programa de gestão de leitos, mas também não vamos ficar restrito só ao município, estamos fazendo parcerias com os hospitais do entorno, já temos estruturado um serviço de remoção através de UTI móvel pra garantir que a pessoa não fique sem o atendimento. **P_5 –** [...] esta estruturando uma **CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES,** a gente tem uma preocupação muito forte. Então analisando hoje o mercado, enquanto o idoso esta internado ele esta cuidado a partir do momento que ele recebe a alta, ao fazer a "desinternação" também é um processo inteligente de se trabalhar recursos de saúde. Fazendo essa "desinternação". A gente verifica que não existe hoje no mercado um número de cuidadores, principalmente com a qualificação necessária para que se estabeleça a possibilidade da "desinternação". Hoje temos um gargalo na internação, momentos críticos que não se tem leitos, então trabalhar o processo de "desinternação" e atenção ao idoso, porque ai entra a parte social é fundamental. A UNIMED esta fazendo nos próximos dias então a capacitação de cuidadores, primeiro somente com a pretensão de disponibilizar no mercado para a pessoa se qualificar, será disponibilizada para a comunidade e familiares de idosos. **P_6 - A INTERNAÇÃO DOMICILIAR** isso vem também no bojo do projeto do hospital, dentro desse conceito de desinternação, mas com toda retaguarda de atendimento multidisciplinar com a frequência necessária, não e simplesmente colocar o individuo numa cama, preparar o cuidador indiciado pela família, e passar uma vez por semana... Não. Efetivamente manter um tratamento em condições de reabilitar aquele paciente ou de acompanhar o paciente. Eu não faria o serviço de atenção domiciliar dessa forma, então eu preciso ter o hospital como uma retaguarda.
I_5	**P_1 -** O PAC distribui recursos através do ministério das cidades e fundação da saúde, ai vamos passar para 40% com 20 milhões de obras, vamos aumentar 45 km de rede de esgoto que vai proporcionar 5.500 novas ligações por tanto, maior saúde.Os novos projetos imobiliários estão sendo avaliados,alguns a rede passa na frente pega um atestado de viabilidade e solicita a rede,o local que não tem esgoto é obrigado a fazer uma base de tratamento de esgoto. **P_2 -** Todos os municípios têm até o final e 2013 para concluir os planos municipais de saneamento. [...] a CORSAN vai cumprir o que o plano disser universalizar o esgotamento sanitário em 25 anos, a CORSAN vai fazer uma proposta em cima disso, com alternativas. O plano é composto por um diagnóstico, prognóstico com metas á curto, médio e longo prazo. Então nos praticamente auxiliamos todo o diagnóstico que é o sistema que existe hoje. Fizemos também o prognóstico o que nós pensamos em fazer pra tentar depois buscar informações da população no que deve ser feito e o que é prioritário para encaixar dentro das metas à curto, médio e longo prazo. **P_3 -** O Cassino é outra cidade, nós estamos trabalhando com a ideia de desvincular o Cassino do Rio Grande. Deixou de ser balneário e passou a ser permanente por conta do carnaval. Todo mundo foi morar no Cassino, aumento a especulação mobiliária, hoje temos em média 59 ligações por mês. Temos muita demanda da comunidade pedindo a construção de rede de esgotos, não dando conta. As pessoas gastam muito com caminhão limpa fossa. Agora em função do polo naval a cidade e "explodiu" e há um déficit de moradia e há uma necessidade de Rio Grande se ampliar, esta aparecendo muitos loteamentos, nem todos são populares, nem tudo e Minha Casa Minha Vida. Hoje nos estamos na questão da água muito tranquilos para abastecer toda essa expansão, o esgoto que é o desafio. O esgoto é uma obra cara, mas nós vamos atrás. **P_4 - PLANO DE SANEAMENTO** a gente quer concluir esse plano o mais breve possível para que a CORSAN poder fazer uma proposta de renovação de contrato, e ai uma nova proposta no novo modelo por que o contrato que existe hoje só prevê vantagens para a CORSAN , porque naquela época era um favor que estávamos fazendo,hoje queremos contrato de concessão

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Quadro 11: Descrição dos principais pontos abordados pelos entrevistados em relação as **demandas previsíveis** envolvendo a saúde conforme as Secretarias Municipais e Instituições do município do Rio Grande.

Sujeitos	**Questão: demandas previsíveis segundo as secretarias do município do Rio Grande e Instituições do município do Rio Grande.**
M_1	**F_1** Acredito que estes projetos, programas e ações venham a repercutir de forma positiva na saúde, o lazer o conhecimento, sabemos que influenciam. Estamos frente a um grande desafio, penso que a secretaria de cultura tem seu papel fundamental neste processo. Levar a população oportunidades de teatro, musica, oferecer este lazer, vai influenciar na saúde da população de forma positiva.
M_2	**F_1** [...]a grande preocupação é agente não perder o controle da cidade. É lógico que não tivemos aquela oportunidade de planejar tudo da forma que deveria ser. Acho que ate o presente momento os riograndinos foram competentes, tanto os setores públicos que estão se articulando para dar conta do recado, como a própria população.[...] tem muita coisa para fazer. Qualificar tem que ter mais hospitais, agora apouco que demorei em te atender era do pessoal da UNIMED que esta construindo um hospital, que não é para a população em geral, mas tira essa população do hospital geral porque vai atender os conveniados e ai também quem tem mais poder aquisitivo não vai precisar mais do hospital geral abrindo espaço para outras pessoas . Meu olhar e minha preocupação com respeito a saúde e que está difícil, acredito até que nos ganhamos esse crescimento da população ainda temos uma saúde com alguma qualidade se comparamos com outras situações que não tiveram esse crescimento populacional , bom mais muito tem que ser feito nos temos poucos hospitais e apenas um pelo SUS. A minha participação tem sido naqueles empresários que vem aqui da área da saúde como no caso da UNIMED, o hospital, tentar fazer com que sofram o menor impacto para que seja aprovado o projeto, mas ai existe uma burocracia normal do serviço público[...]
M_3	**F_1** Nós como "riograndinos" podemos dizer que esse investimento todo do polo naval, tem um ponto positivo, que é o desenvolvimento de uma região. Mas tem um ponto muito negativo que inflacionou totalmente os preços em Rio Grande, de tudo que e produto. . Nós estamos sofrendo na cidade um choque cultural, até porque vem gente de tudo que é lugar pra região sul, principalmente do norte e nordeste e eles tem um comportamento lá totalmente diferente do comportamento da sociedade gaucha, então estamos sofrendo esse choque cultural. Nós não temos habitação para todo esse povo que vem para cá, nos inflacionamos nossa cidade, "estamos sentindo na carne todo esse efeito colateral".
M_4	**F_1**O problema maior que eu vejo nessa parte do desenvolvimento é a própria configuração geográfica, nós somos uma cidade que é linear [...] nos temos alguma vias que levam ao centro todo o desenvolvimento radial todos convergem para aquele lugar mas por caminhos diversos ,temos poucas vias que nos levam ao município, estado. Nós estamos com quase 93.000 veículos licenciados em rio grande, fora todos aqueles que são locados, que são fretados, que tem licenciamento em outras cidades[...] então esses 93.000 veículos na verdade é muito mais .[...] um terço dessa frota é motocicletas[...] **F_2** nós temos todo um projeto que já vem ocorrendo da integração tarifaria, tornando atrativo o transporte coletivo, mas isso é um processo lento, não é uma coisa mágica[...] temos algumas estações de integração existem dentro de uma hora podes fazer desde que não seja retornar para a origem, tu podes ter 3 tipos de itinerários[...].. **F_3** A gente também está desenvolvendo o projeto calçado legal que visa exatamente essa acessibilidade. O transporte de ônibus também é lotado de elevadores, é uma frota novas ,temos, controlado adquirido o taquímetro, para controlar a parte da poluição ambiental na emissão de gases de veículos coletivos, para diminuir a poluição e reflete na saúde Tb, na verdade é tudo interligado. **F_4** E quanto a parte de segurança nos temos o Grupo de Gestão Integrada do município que faz parte de um projeto maior a nível nacional e esse grupo está integrado GGI, nos estamos terminando a sede do GGI agora, e estamos colocando na cidade mas de 30 câmeras de vídeo monitoramento, monitorado pela brigada militar e pela guarda municipal também,assim no momento que cuidamos o transito cuidamos da segurança, a gente cuida o transito e permite ver os pontos de conflito,[...], em alguns se faz necessário semáforos em outros tornar a via de mão única, outros rotatórias, outros reforço de sinalização, agora uma coisa que é muito importante é a conscientização do condutor e do pedestre [...]. **F_5** Nós temos muito veículos e ruas muitos estreitas [...] portanto é impossível fazer uma grande avenida, a ideia é justamente amenizar, com ciclovias, que temos um projeto de mais de 30 k de ciclovia, e na atualidade estamos fazendo alguns km, a bicicleta pública que é pegar num lugar e deixar em outro, e principalmente estimular o transporte coletivo que com isso tu esvazias as vias e da mais mobilidade e tu dando mais mobilidade fica mais fácil o acesso ao caminho de bombeiros , ambulância ate a um veiculo particular em situação de emergência. O grande desafio na saúde é ter um transito organizado, que permita o acesso rápido de ambulâncias, diminuição dos acidentes através da educação, melhorar os pontos de conflito par evitar acidentes, diminuição da poluição sonora e ambiental, o que vai melhorar na qualidade de vida do cidadão e, portanto oferecendo mais saúde, permitindo que vai desinchar os hospitais no sentido de procura de atendimento, evitando superlotação, diminuir os custos na saúde, já que não vai ter que se tratar de acidentados, muitas vezes por longas permanências nos hospitais e após alta a procura pelo atendimento nas UBS. Enfim é um grande desafio que para poder alcançar os objetivos vamos ter que trabalhar todos juntos.
M_5	**F_1** trabalhamos com reuniões semanais com diversos secretários e prefeito para ver o diferentes impactos causados por este desenvolvimento.Olhando para a área da saúde através de vários análises que nos fizemos , um dois maiores problemas que este crescimento trouxe par o rio grande, foi na área do pronto atendimento,atendimento de emergência que é o grande funil;dentro das grandes soluções são a formação das UPAS[...] Rio Grande tinha uma média de 3 acidentes oculares por mês,e agora com o polo naval esta tendo um atendimento de 2 por dia,porque¿ por que o tipo de trabalho do polo naval expõe aio risco de acidentes oculares.[...]

	F_2 a saúde esta sendo impactada, como por ex, o incremento da drogadição,como por ex nas campanhas de vacinação a dificuldade que se tem de convencer essas pessoas que são de culturas de fora a trabalhara prevenção da saúde.Então a área da saúde foi extremamente impactada,é um desafio enorme dos gestores de saúde.
M_6	
M_7	**F_1**Eu diria que a nossa preocupação é enquanto gestor do meio ambiente está muito focada para que todas essas ações estão focadas para que gente possa implementar e efetivar, programas, projetos dentro de um planejamento e isto tudo esta sendo elaborado, principalmente o plano de saneamento básico, todos setores envolvidos, aqui aparece forte a intersetorialidade.
M_8	**F_1** Na verdade não se sabe ao certo a população que esta morando no município, para poder dar cobertura e atendimento, que procuram as unidades de saúde. **F_2** A gente esta tendo uma população jovem que são os trabalhadores, que muitas vezes vem com uma serie de problemas desde a drogadição até portadores de HIV, tuberculoses, que a gente não tinha como um grande problema, mas que nos últimos dos anos temos tido pacientes que vem, de Goiás , Mato Grosso, e de aquelas regiões que tem essa incidência, vem em tratamento e precisam dar continuidade ao mesmo, então eu tive que re organizar o serviço , contratamos um dermatologista porque são pacientes que tem que ser muito bem monitorados, são doenças contagiosas, e era uma coisa que fugia de nossa realidade, não tínhamos esta demanda, então mudou muito as ações com relação por ex a DST. Não temos um calculo da população exata do município, se fazem cálculos exponenciais isto atrapalha o planejamento, o que posso dizer e que aumentou a demanda de serviços, algumas áreas especificas, por exemplo, a vacinação da febre amarela agora para ônibus com 40 50 trabalhadores para serem vacinados, quando antes tinha no Maximo 5 ou 6 por dia , então a gente teve que repensar estratégias em algumas áreas para dar conta da demanda e poder atender esses trabalhadores. E sem saber exatamente nossa população, algumas áreas da estratégia a gente consegue mensurar, ali na região da AGUIADA que em estes dois últimos dois anos e meio dobrou a população. Então a equipe que esta ali não consegue dar mais conta, tinha 700 famílias hoje tem 1500, ali precisava urgente botar outra equipe. A São Miguel também aumentou muito a população, la na Querência também a equipe está com mais de 1000 famílias. **F_3** A gente percebe que a população esta crescendo, esta mudando muito, as pessoas estão vindo a morar isso tem feito a gente redistribuir, reavaliar, mas eu quero um movimento no serviço de saúde que não é rápido,que é a contratação de profissionais, então temos a falta de concurso, uma salvo contratação emergencial , mas necessitamos de uma continuidade no atendimento. Temos um grande desfio pela frente [...].
I_1	**F_1** A gente esta respondendo, inclusive a uma demanda do ministério público em relação a criação de um estaleiro la no município de São Jose do Norte muito interessante o ministério público mandou para o hospital como nós estávamos preparado para atender a demanda do outro município eu respondi [...]dizendo o seguinte que para cada , como o ministério da saúde recomenda que deve existir de 2 a 3 leitos hospitalar para cada 1000 habitantes , que nós na cidade do rio grande na atualidade temos na santa casa tem 353 leitos, nós de aqui do HU temos 189, e em São Jose do norte tem 49, até somando toda a população que aqui em rio grande é de 197.000 no último censo de 2010 e na cidade de são Jose do norte é de 20,000 a 25.000 daria mas ou menos para atender, não por complexidade, só que essa população flutuante aumentou de uma tal forma desde 2010 que a gente não sabe mais como se virar[...]nos tivemos esta semana o administrado de La apavorado pedindo que nosso administrador do hospital pudesse dar auxilio La para eles para que pudessem reestruturar o hospital então a gente fica pensando como poder fazer isso ai então a cidade de são Jose do norte vai dobrar de população , nós aqui no rio grande tem uma população que não consegue codificar , so para ter uma ideia parece que 30.000 pessoas foram justificar . Hoje nos atendemos grande parte da população de são Jose do norte, ela vem para ser atendida aqui no nosso hospital, nos não temos esse quantitativo tão bem equacionado [...].Posso te dizer que o nosso hospital está estrangulado, nossa taxa de ocupação que vera os 90% e pouco que não é uma taxa de ocupação que seja louvada , já que o ministério da saúde e da educação não quer que o hospital tanto universitário como qualquer tipo de hospital tenha uma taxa de ocupação de 100%, com essa taxas elevadas se torna um hospital que não é gerenciável. Eu fiz um levantamento de quanto consultas do municípios vizinhos, porque hoje e dia não se pode contar somente com o município do rio grande , tu tens que imaginar por exemplo já São Jose do Norte porque ela depende de nós, onde se tem apenas 49 leito, que na verdade o seu administrador diz que são apenas 41 , eu não posso pensar somente no nosso município, tenho que pensar neles também porque a saúde dessa população já esta ancorada aqui. então NOS ESTAMOS PREPARDOS¿ NÃO. Não estamos preparados para esse boom, basta ver o meus serviço de pronto atendimento, hoje teria um serviço excelente se atendesse 25 pacientes, o PA foi criado para atender 25 pacientes, hoje tu chega la tem no mínimo 60 pacientes. Eles preferem vir para aqui,, mas não tem uma qualidade de atendimento, não tem. Tenho defasagem de pessoal para o atendimento no hospital, tem, mas tu tinhas 189 leitos a 2 anos atrás , mas a gravidade dos pacientes tem aumentado muito , a complexidade dos pacientes tem aumentado porque¿ porque a 2 anos atrás eu não tinha MASA eu não tinha alguns tipos de agentes infecciosos que tenho hoje em dia,então eu tenho aberto leitos de isolamento para pacientes que eu não tinha a 2 anos atrás.A complexidade desses pacientes tem aumentado de uma forma absurda, então hoje eu tenho pacientes muitos mais complexos do ponto de vista para atendimento de os que tinha a 2 anos atrás,que mudou essa ideia e esses paciente que hoje chegam aqui por incrível que possa parecer. **F_2** Como se esta vendo a perspectiva de aumento do hospital¿ eu tenho sim uma perspectiva de aumento do hospital de 100 leitos , eu tenho obras aqui hoje , tenho 16 frentes de obras,administrar o hospital é uma loucura tem certos momentos, tenho cerca de 1000 funcionários fora os terceirizados O hospital teve um boom de expansão neste último ano que é uma coisa gigantesca, eu tenho 16 frentes do obra, eu tenho uma UTI pediátrica concluída mas que não esta iniciada, eu tenho uma área assim de expansão de leitos , eu tenho um cronograma de obras que nem sempre ele é cumprido eu tenho que fazer roda de cadeiras eu tenho que fechar o laboratório para abrir o centro obstétrico , eu tenho pequenas cirurgias abertas, eu tenho que fechar bloco cirúrgico, eu tenho que fechar o BO, eu tenho que fazer obras porque tenho que gastar os recursos porque se não os gasto eles vão embora , então tenho que aproveitar a oferta que me dão em termos de dinheiro , se não ela vai embora. Também a função do hospital é de ensino eu também não posso ser responsabilizada por essa demanda da população que é responsabilidade da estrutura do município , mas também eu sou parceira nisso , eu tenho minha cota de responsabilização social,também tem toda essa questão de obrigação moral e social , mas eu também tenho essa parceria, responsabilidade,tudo é muito complexo.

	F_3 Hoje nos temo a ideia de abrir uma unidade de urgência e emergência junto ao campos carreiros , porque hoje nos não temos geograficamente como nos expandir aqui no centro da cidade, hoje não comporta um hospital aqui nesta zona, nos estamos estrangulados em termos de ser uma península,então a expansão tem que ser para aquele lado, hoje nos temos a ideia de encaminhar ao ministério da saúde ate o dia 12 de abril de 2013 uma unidade funcional do hospital universitário, de urgência e emergência, um pequeno pronto socorro la no Campus Carreiro , um hospital de urgência e emergência de mais ou menos 100 leitos la atenderia também essa carência que a gente tem no ensino que é urgência e emergência , porque nos da enfermagem,como a medicina não tem como ter isso , a Santa Casa é um campo pequeno também, não da para acolher todos os alunos de ensino, residência enfim,então alem de ser uma necessidade para a população é uma necessidade para o ensino.Então estamos encaminhando para saber se a gente consegue as verbas para a construção.
I_2	Todos nós gestores, todos nós profissionais da saúde, todos nos instituições de saúde do município estamos com uma "espada na cabeça". Eu faço uma analogia da saúde como o número de veículos automotores que tem na cidade ou motocicletas. Em todas as cidades do Brasil devido a estabilidade econômica que nós tivemos na última década nós tivemos uma explosão no número de veículos automotores, automóveis ou motocicletas, foi vertiginoso o crescimento, consequentemente as estruturas de estradas e rodovias, ruas, calçamentos, para que nós acolhêssemos e pudéssemos dar vazão a todos esses veículos não acompanharam com a evolução. Os veículos cresceram e progressão geométrica e nós estamos na progressão aritmética ainda. Com a saúde é a mesma coisa com o crescimento da cidade do Rio Grande o BOOM os veículos, que eu chamo nessa analogia são as pessoas que estão vindo para Rio Grande e que aumentaram essa população em no mínimo na nossa visão de 25 a 30 mil novos cidadãos que se incorporam no nosso dia a dia, consequentemente tu imagina casa, comida, rua, automóveis, bicicletas e demanda por serviços de saúde. Por mais que nos tenhamos feito as melhorias das condições assistenciais da Santa Casa com essa estrutura que nós falamos, nós não conseguimos dar conta para essa demanda que esta ai dentro. Então eu rezo para que um sinistro não ocorra em Rio Grande a nível de atendimento de petroquímica, de nível de amônia e a nível principalmente de construção naval, porque se nos tivermos um sinistro de proporções, eu diria que nos teremos serias dificuldades para equacionar essas assistência devido ao grande número de pessoas que estão hoje transitando em Rio Grande. Eu diria que têm de forma flutuante e permanente ao mesmo tempo, as estruturas de saúde melhorem, que a gestão de saúde melhore.
I_3	**F_1** Nós acompanhamos isso como muita preocupação, até para exemplificar essa preocupação nós acabamos aprendendo durante esse nosso percurso, que embora legislação determine o recurso para a saúde com um percentual mínimo sobre os impostos arrecadados, isso da uma certa flutuabilidade no monte final. Com vista a fixar esses valores que são empregados pelo gestor municipal aqui em RG nos entramos com um projeto de lei que deve estar dando a entrada na câmara de vereadores, um projeto de Lei tentando fixar que os recursos da saúde para cada ano nunca seja menor do que o ano anterior. Isso determina o que conselho pensa sobre o desenvolvimento de RG, nos sabemos que esse desenvolvimento que esta a todo vapor, não so traz recurso econômicos para o município com uma maior demanda, Nós temos mais pessoas no município para serem atendidas pelo sistema, isso nos deixa pressionados. Até porque a 5 anos atrás nós tínhamos uma estrutura preparada para uma população, essa população em um determinado momento em um forte iniciativas das empresas que vem para RG, para trabalharem no polo naval trazem uma maior quantidade de pessoas para serem atendidas. Essa preocupação para nós e bastante viva,principalmente nas doenças infecto contagiosas, DST AIDS, que RG já tinha um índice bastante elevado, e escondido, esse índice custou a ser descortinado, mesmo assim as autoridades ainda são tímidas em aceitar os números apresentados. Com todas as dificuldades que a gente tem sabemos que isso tudo esta sendo pressionado. **F_2** Além disso da população que vem e se fixa em RG , ainda temos os atendimentos das unidades referenciadas ou que referenciam RG como atendimento regional. Nós temos um forte contingente que vem do interior do RGS principalmente da 3ª e 7ª CRS. Isso tudo pressiona o atendimento aqui, nós estamos tentando pressionar o gestor municipal para buscar algumas alternativas que possam favorecer o trabalho. Por exemplo: fazer com que a rede de atendimento em RG seja informatizada, com programas que diminuam em burocracias,que sempre se refletem em problema com o usuário. O usuário acaba tendo isso como mau atendimento. Os dois grandes gargalos do atendimento são: gestão e financiamento**.**
I_4	**F_1** Eu focaria minha resposta principalmente nas alterações dos padrões de consumo em saúde decorrentes de uma mudança de perfil etário, a gente ta atraindo por um lado um maior contingente de gente jovem, mas que trás consigo analisando o perfil epidemiológico das regiões de origem, algumas demandas reprimidas em saúde. O sistema de saúde do Rio Grande do Sul não é modelo, mas ele ainda é melhor do que em algumas regiões do país. Regiões essas que são origem de boa parte desses trabalhadores. Então enxergar isso e usar esse dado como instrumento para estruturar o sistema de saúde na minha opinião é o fundamental. Por outro lado embora numa quantidade não tão expressiva, a gente tem atraído profissionais com uma idade mais avançada, a industrial naval ela exigem em alguns pontos muita experiência, então tem muito profissional que já estava aposentado e em função dessa retomada da construção naval no Brasil, e que em Rio Grande isso seja uma das maiores evidencias, ele esta sendo retirado de casa pra voltar ao trabalho. Enxergar isso na minha opinião também e importante, certamente vão existir decorrências na saúde dessas pessoas que a gente precisa estar analisando. Também reforço o perfil epidemiológico que já foi falado antes, são novas doenças, são demandas reprimidas. E situações como a forma de procura dos serviços, por exemplo antes da gente definir o nosso projeto eu visitei alguns serviços de saúde na Bahia, Pernambuco e o Rio de Janeiro, que são umas das origens mais predominantes . Na Bahia eles tem um modelo de centralização um hospital um medical Center e os serviços de diagnóstico todos naquele em torno, depois você tem um outro hospital com a mesma estrutura, então o nosso hábito que hoje é ligar para o consultório médico, agendar uma consulta, eles não tem mais isso gravado no seu sistema de busca, simplesmente vão a um centro e desse centro tem todo encaminhamento necessário. Saber disso eu acho que e fundamental para a gente viabilizar soluções efetivas. E por si só o aumento da demanda a gente já tinha uma capacidade instalada de acordo com a necessidade, a partir do momento que se aumenta a demanda, voltando a considerar que viemos de um momento de forte recessão, de depressão econômica, vai levar um tempo e isso não depende de decisão da iniciativa privada e nem dos governantes, vai levar um tempo ate que efetivamente esse crescimento e esse desenvolvimento econômico gere recursos que permitam fazer os investimentos necessários pra adequação da capacidade instalada de todas as infraestruturas e isso não e diferente na área da saúde.
I_5	**F_1** Hoje nos estamos tranquilos com respeito a agua frente a este desenvolvimento que o municio sofre e sofrerá. o grande

	desafio é o esgoto, por ser uma obra cara, como falei com arrecadação da água não da para investir em esgoto, precisamos de recursos federais, e nós vamos atrás. Temos um problema que são as ocupações ilegais, ai não podemos chegar e instalar água sem o aval da prefeitura é uma questão legal, então temos que esperar a decisão da justiça, do Ministério Público autorizar ou não. Nos estamos preocupados com futuro sim, necessitamos de equilíbrio financeiro para investir na comunidade, então o futuro esta sendo um desafio, mas estamos empenhados em cumprir todos os desafios que surgirem.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

Quadro 12: Descrição dos principais pontos abordados pelos entrevistados em relação à **participação da enfermagem na saúde da população do Rio Grande/RS** segundo as Secretarias Municipais e Instituições do município do Rio Grande.

Sujeitos	**Questão: Enfermagem conforme as secretarias do município do Rio Grande e Instituições do município do Rio Grande.**
M_1	**E_1** Não tenho muita informação a respeito da enfermagem, mas acho uma profissão fundamental na saúde
M_2	**E_1** Olha eu não só da área de saúde , não tenho condições para falar com certeza, compete a secretaria de saúde. Meu olhar e minha preocupação com respeito a saúde e que está difícil, acredito até que nos ganhamos esse crescimento da população ainda temos uma saúde com alguma qualidade se comparamos com outras situações que não tiveram esse crescimento populacional , bom mais muito tem que ser feito nos temos poucos hospitais e apenas um pelo SUS .Penso que a enfermagem esta se preparando a cada dia para enfrentar os novos desafios.
M_3	**E_1** Com respeito a enfermagem acredito que esta pronta para este novo desafio. Sempre tivemos uma enfermagem muito presente e competente, de excelente qualidade.
M_4	**E_1** O que posso falar da enfermagem é com respeito aos acidentes que a gente tem mais envolvimento no sentido que vem na ambulância prestar socorro, e pelo que se percebe estão preparados para atender a demanda, claro o transito muitas vezes caótico faz com que o deslocamento da ambulância com os profissionais tenham dificuldade de acesso ao local do acidente, principalmente no centro. Mas se percebe este profissional atuando nas diversas áreas, sem eles com certeza a saúde não funcionaria logicamente que o restante da equipe é fundamental.
M_5	**E_1** Vejo a enfermagem muito participativa, com este aumento da demanda esta dando conta, como falei tem de convencer ate as pessoas a se vacinarem, é um trabalho árduo, mas fundamental para a saúde do município.
M_6	
M_7	**E_1** Percebo a enfermagem sempre envolvida em diferentes eventos com a comunidade
M_8	**E_1** Eu como secretaria e enfermeira, vejo na verdade a enfermagem como uma profissão preparada para gestão, eu estou formada a 18 anos mas a gente consegue observar, perceber,que o enfermeiro trabalha na parte administrativa, de organização institucional que é da formação, então se vamos olhar os demais profissionais da saúde o enfermeiro é aquele que tem o perfil mais voltado para a gestão.Acho que é muito característico do enfermeiro essa coisa de organizar tempo, de se preocupar com o bem estar do paciente , de valorizar as relações de trabalho da equipe , de supervisionar, monitorar , acompanhar o seus trabalhadores, buscar melhorias para os processos, isso faz parte da formação, mas é claro que nem todo enfermeiro consegue resolver algumas questões. **E_2** Aqui na secretaria são quase 80 enfermeiros, todas as unidades são gerenciadas por enfermeiros o medico não consegue controlar a vacina a produção, porque a formação dele não é para isso. O enfermeiro também faz diagnostico, tu precisas dele na emergência, na administração ele tem formação para isso, então no meu entendimento essa formação que eu recebi que me permitiu chegar onde estou hoje. **E_3** As secretarias administradas por enfermeiro tem diferencial,aquela coisa de olhar o contexto ampliado, no focado somente no doente, e sim focado na saúde,ando o conceito ampliado,Inclusive este aumento da demanda o enfermeiro esta dando conta dela,ele é encarregado da equipe e faz um grande esforço para dar conta da demanda.Tem equipes que consegui colocar mais um técnico, para poder dar suporte de executar o trabalho, mas claro que a necessidade de mais profissionais, inclusive dividir as equipes. Tem que ficar claro que a pesar da enfermagem estar carregada dessa demanda esta dando conta, sim esta dando conta com certeza. Te digo assim se não fosse a enfermagem,nos tivemos um movimento de greve de médico não lembro bem se 2008 ou 2009, passaram 45 dias paralisados, eu não recebi um a queixa da população , porque la eu sabia que tinha enfermeiros e técnicos prestando atendimento, porque nunca deixaram de prestar atendimento e orientações de enfermagem. Temos um grande desfio pela frente, mas te repito temos uma enfermagem preparada.
I_1	**E_1** Enquanto a enfermagem posso dizer que é uma revolução para enfermagem, acho que ela se profissionaliza cada vez mais, se torna cada vez mais cientifica, isso é muito importante, hoje nos estávamos discutindo a demanda de pessoal de enfermagem com a reitora, e a nossa coordenadora de enfermagem chegou para a reitora com todo um estudo d pessoal, embasado na legislação, explicando cientificamente porque a gente precisa de pessoal. Então se percebe que a enfermagem mudou, já não é aquela enfermagem doméstica, a gente sabe que existe enfermagem da assistência e ainda existe enfermagem doméstica, mas a gente não aceita adiante de toda essa ideia que a gente tem de saúde, a gente não aceita mais a enfermagem doméstica. Ainda existe, mas temos que imaginar a enfermagem profissional,que faz pesquisa cientifica, essa

	enfermagem que baseia sua ação na sua realidade, naquilo que ela pesquisa, comprova,evidencia , busca das suas evidencias, tanto na gestão, como na assistência, ensino, então isso que acho que enfermagem tem que se basear, e com certeza ela vai ajudar em esse processo de desenvolvimento que o município está sofrendo. Ela é essencial, ela que canaliza e ela catalisa esse processo inclusive da intersetorialidade, isso é fundamental Nós vemos a enfermagem atuando nessas pontas e fazendo acontecer.
I_2	**E_1** Como já tinha falado temos o programa de educação continuada, oferecendo capacitação permanente de pessoal, que um programa que vem sendo desenvolvido pela Enfª Irmã Liliane, mais outra enfermeira e 01 auxiliar de enfermagem que vem fazendo um trabalho de acompanhamento de nivelamento da assistência que se oferece na nossa instituição, nossa grande preocupação é oferecer um excelente atendimento. A enfermagem tem um papel fundamental, por isso nos estamos em constantes capacitações e sem um enfermagem comprometida seria impossível obter bons resultados.
I_3	**E_1** Nos postos faltam médicos da família. Quem segura mais essas unidade são os enfermeiros, e a gente não tem tido queixa de falta de enfermeiro. Entendemos com isso que estão contemplados a cobertura com recursos humanos na área de enfermagem. O enfermeiro além de realizar as suas atividades de enfermagem, também acaba fazendo funções do administrativo, como marcar as consultas por falta dos profissionais administrativos em algumas unidades. Vejo este profissional como uma das bases fundamentais da saúde.
I_4	**E_1** Frente a todas estas mudanças já faladas inclusive do perfil epidemiológico, ressalto a necessidade e a nossa preocupação com uma enfermagem preparada e qualificada, e isso nós temos.
I_5	**E_1** Não tenho muito conhecimento da enfermagem, mas sei que é uma profissão fundamental na saúde e acredito que estejam se preparando para atender esse aumento populacional.

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisadores

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados das entrevistas foram analisados e interpretados utilizando o método de AC de Bardin.

Conforme Bardin (2011 p.33-34):

> Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações [...] isto é, qualquer veículo de significados de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo.

Optou-se pelo método de AC de Bardin porque permite a descrição objetiva, sistemática da análise das comunicações. Compreende procedimentos especiais para o processamento dos dados científicos e permite adaptar-se a diversificados objetos a serem investigados. Esse método pode ser utilizado para analisar o significado do discurso dos sujeitos entrevistados. Portanto, é uma operação ou um conjunto de operações, que permite interpretar o conteúdo de uma mensagem, isto é, "procura conhecer aquilo que está por traz das palavras sobre as quais se debruça" (BARDIN, 2011, p.50).

A AC pode ser utilizada tanto para analisar o significado do discurso dos sujeitos entrevistados, como para descrever e interpretar o conteúdo encontrado em documentos. Esse método permite desvelar a realidade, por meio de questões que inquietam o pesquisador, sem descuidar o rigor científico. Também pode ser usada como instrumento de exploração de textos, trabalha com mensagens, no sentido de identificação e/ou descoberta de conteúdos ou estruturas que se procura evidenciar para posteriormente codificar.

Para Bardin (2011, p. 133) a **codificação** que é "o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo". È o menor recorte de ordem semântica que se liberta do texto. Essa transformação oportuniza obter uma representação do conteúdo, seja por recorte, agregação e/ou enumeração. Estas unidades de codificação variam com o objetivo do trabalho e podem ser: palavras, frase, entre outros.

Desta forma, a escolha dos critérios é definida pelo investigador que identifica as **unidades de registro** que são "a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização. A unidade

de registro pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis" (p. 134). Assim, permite identificar o menor recorte de ordem semântica que se extrai do texto. A unidade de registro "existe no ponto de intersecção de unidades perceptíveis (palavra, frase, documento, material, personagem físico) e de unidades semânticas (temas, acontecimentos, indivíduos)" (p. 136). Para o mesmo autor (2011, p. 137), **a unidade de contexto**, "serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro" e, proceder a categorização.

A **categorização** é a "operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo gênero, com critérios previamente definidos" sendo necessário alicerçar-se no problema e nos objetivos (BARDIN, 2011, p.147). Neste momento o pesquisador pode propor inferências e adiantar interpretações de acordo com os objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas.

A categorização "é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o **inventário,** que consiste em isolar os elementos; a **classificação**, repartir os elementos, e, portanto procurar ou impor certa organização às mensagens" (Bardin 2011, p.148). Entre os objetivos da categorização existe a probabilidade de ministrar, por reagrupamentos, uma transformação dos dados brutos em dados organizados.

Para compor as categorias adequadas é necessária a existência das seguintes qualidades: exclusão mutua, onde um elemento não deve estar em mais de uma classe; a homogeneidade, onde o critério de categorização deve ser enfatizado em toda a organização do material; a pertinência, onde o material categorizado seja pertinente ao estabelecido no trabalho; a objetividade e a fidelidade, onde os elementos do mesmo material devem ser codificados de maneira uniforme; a produtividade, onde deve fornecer resultados expressivos (BARDIN, 2011). Por tanto, as categorias precisam ser significativas em termos do trabalho proposto, sua problemática, seus objetivos e sua fundamentação teórica permitindo abranger o objetivo da pesquisa.

Com os resultados obtidos, a confrontação sistemática e as inferências alcançadas podem servir de alicerce para uma nova análise, que se utiliza de uma nova dimensão teórica ou praticada por meio de uma técnica diferente. Através de diversas operações, podem ser elaborados, quadros de resultados, diagramas, figuras e exemplos, os quais permitem perceber e compreender as informações fornecidas pela análise.

Para Bardin (2011) uma boa análise de conteúdo não deve limitar-se à descrição, deve ir além, alcançar uma compreensão aprofundada do conteúdo das mensagens por meio da

interpretação. O termo interpretação está mais associado à pesquisa qualitativa, ainda que não ausente na abordagem quantitativa. Pode-se dizer que toda leitura de um texto constitui-se numa interpretação, e ela é fundamental na análise de conteúdo.

Desta maneira, o **tratamento dos resultados** utiliza-se da categorização que é a "operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo gênero" sendo necessário fundamentar-se no problema e nos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2011, p.147).

Com base nesse contexto, as entrevistas realizadas foram transcritas e consideradas em sua totalidade, mas passaram pela triagem desempenhada por meio de leituras repetidas. Esse procedimento permitiu identificar a presença/e ou ausência e a frequência de elementos nos dados constituídos em relação das ações, serviços, demanda previsível e contribuições do enfermeiro apontados nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa. Os diferentes elementos foram organiz ados de modo a introduzir um sentido e ordem na desordem inicial.

Após a leitura dos dados empíricos, resultantes da transcrição das entrevistas, foram selecionadas as palavras e ou frases mais significativas em relação aos aspectos da questão de pesquisa, objetivos e Tese para agrupá-las conforme as categorias pré-estabelecidas **intersetorialidade, intrasetorialidade**, **demanda previsível e contribuições da enfermagem** nas quais emergiram algumas subcategorias conforme Quadro 13.

Quadro 13: Categorias, subcategorias e as unidades de registro

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
Intersetorialidade	**Ações Desenvolvidas na saúde do Rio Grande**	Convênios com as outras secretarias. $\mathbf{M_1\ A_1}$ Parcerias. $\mathbf{M_1\ A_1}$ / $\mathbf{M_7\ A_1}$ / $\mathbf{M_7\ A_3}$ / $\mathbf{M_8\ A_3}$ / $\mathbf{I_2\ A_1}$ Participei da mesa redonda. $\mathbf{M_2\ A_1}$ Audiências públicas. $\mathbf{M_2\ A_1}$ Palestra. $\mathbf{M_2\ A_1}$ / $\mathbf{M_7\ A_1}$ Seminários. $\mathbf{M_2\ A_1}$ Orçamento. $\mathbf{M_2\ A_2}$ Trabalho com todas as secretarias. $\mathbf{M_2\ A_2}$ Intersetorialidade. $\mathbf{M_4\ A_1}$/ $\mathbf{M_5\ A_1}$/ $\mathbf{A_2}$ / $\mathbf{A_3}$ / $\mathbf{M_7\ A_1}$ / $\mathbf{M_7\ A_3}$ / $\mathbf{M_8\ A_1}$/ $\mathbf{M_8\ A_3}$ / $\mathbf{I_1\ A_1}$ Trabalhamos em conjunto com as outras secretarias. $\mathbf{M_4\ A_1}$ Integração com a Brigada Militar. $\mathbf{M_4\ A_1}$ Comunicação direta com o SAMU. $\mathbf{M_4\ A_1}$ Ações com outras entidades. $\mathbf{M_4\ A_2}$ Comitê Gestor Social provoca a intersetorialidade e a transversalidade, nas decisões. $\mathbf{M_5\ A_1}$ Debate e discussão de forma intersetorial. $\mathbf{M_5\ A_2}$ Reúne varias secretarias ONGs, CONDEMA, pelotão ambiental é a Brigada Militar que atua na área ambiental. $\mathbf{M_7\ A_1}$ Aulas com parceria com o SMEC, associações de bairros, empresas. $\mathbf{M_7 A_2}$ Trabalhou com as outras secretarias. $\mathbf{M_8\ A_1}$ Ações conjuntas. $\mathbf{M_8\ A_2}$ Ações com o SENAC, FURG. $\mathbf{M_8\ A_2}$ Convênios. $\mathbf{M_8\ A_3}$ Parcerias com a Santa Casa. $\mathbf{I_1\ A_1}$ Santa Casa, e o HU trabalham buscando a complementaridade. $\mathbf{I_3\ A_1}$ Canal de comunicação direto, entre nós secretários, entre os dois centros hospitalares e o conselho Municipal de Saúde. $\mathbf{I_3\ A_5}$

		Existe uma troca forte. $\mathbf{I_4\ A_1}$ Parcerias quase fraternais. $\mathbf{I_1\ A_1}$ / $\mathbf{I_4\ A_1}$ Ações comunitárias promovidas pela prefeitura. $\mathbf{I_4\ A_2}$ Contato com a prefeitura e nos reunimos com algumas secretarias, com a CEEE. $\mathbf{I_5\ A_1}$ Ação principal criar um fórum de discussão. $\mathbf{I_3\ A_4}$ Ações integradas de combate a drogadição. $\mathbf{M_5\ A_3}$
Intrasetorialidade	**Ações Desenvolvidas na saúde do Rio Grande**	Ações pedagógicas. $\mathbf{M_6\ A_1}$ Palestras direcionadas a comunidades, escolas. $\mathbf{M_7\ A_2}$ Material informativo. $\mathbf{M_7\ A_3}$ Cartilha. $\mathbf{M_7\ A_3}$ Cursos aberto a comunidade. $\mathbf{I_1\ A_2}$ Curso para o pessoal da enfermagem. $\mathbf{I_1\ A_2}$ / $\mathbf{I_2\ A_1}$ Atendimento de controle social. $\mathbf{I_3\ A_2}$ Conselhos gestores as pessoas nos tragam, essas dificuldades e ou facilidades. $\mathbf{I_3\ A_3}$ Atendimento com nutricionistas. $\mathbf{I_4\ A_3}$ Aulas práticas. $\mathbf{I_4\ A_3}$ Eventos e atividades. $\mathbf{I_5\ A_2}$ Folders. $\mathbf{I_5\ A_2}$
Intersetorialidade	**Serviços/programas Realizados na Saúde do Rio Grande**	Convenio com parceria da parte privada. $\mathbf{M_1\ S_1}$ Convenio com SESI, SESC e algumas vezes com recurso da prefeitura. $\mathbf{M_1\ S_2}$ A secretária participa em vários programas, que acontece na prefeitura. $\mathbf{M_2\ S_1}$ Programa Minha Casa Minha Vida, parceria com a Caixa Econômica Federal. $\mathbf{M_3\ S_1}$ Convenio com a SAMU. $\mathbf{M_4\ S_1}$ Comitê Gestor de Saúde participam todas as secretarias do município, e os Conselhos Municipais. $\mathbf{M_5\ S_1}$ Parceiras. $\mathbf{M_5\ S_2}$ Terceira idade. $\mathbf{M_5\ S_3}$ Programa rede família. $\mathbf{M_5\ S_4}$ Programa Rio Grande hoje. $\mathbf{M_7\ S_5}$ Rede cegonha. $\mathbf{I_1\ S_1}$ Educação permanente. $\mathbf{I_1\ S_3}$ Referencia e contra referencia $\mathbf{I_1\ S_5}$ Pronto atendimento. $\mathbf{I_1\ S_6}$ Núcleo de educação de urgência e emergência. $\mathbf{I_1\ S_7}$ Convenio da catarata. $\mathbf{I_1\ S_9}$ Dentista. $\mathbf{I_1\ S_{11}}$ CID: Centro Integrado de Diabete e Hipertensão. $\mathbf{I_1\ S_{12}}$ Urgência e emergência. $\mathbf{I_2\ S_1}$ Unidade de queimados. $\mathbf{I_2\ S_2}$ Dialogo constante. $\mathbf{I_3\ S_3}$ Programas de saúde das empresas. $\mathbf{I_4\ S_6}$ Contrato de concessão. $\mathbf{I_5\ S_1}$ Programa de controle de perda, de capacitação e informação profissional, programa de segurança do trabalho. $\mathbf{I_5\ S_4}$ Socioambiental. $\mathbf{I_5\ S_7}$
Intrasetorialidade	**Serviços/programas Realizados na Saúde do Rio Grande**	Curso de para os professores, para que trabalhem o patrimônio em sala de aula. $\mathbf{M_1\ S_3}$ Programa de educação patrimonial nas escolas. $\mathbf{M_1\ S_3}$. Roteiros culturais. $\mathbf{M_1\ S_3}$ Programa de sinalização dos monumentos históricos. $\mathbf{M_1\ S_3}$ Orquestra de Escola Municipal. $\mathbf{M_1\ S_4}$ Acesso ao teatro para os grupos iniciantes. $\mathbf{M_1\ S_5}$ Programa portal para saber os editais que os diversos ministérios estão publicando para obter recursos. $\mathbf{M_2\ S_2}$ Programas de expansão portuária. $\mathbf{M_3\ S_2}$ Escolinha para a educação do transito. $\mathbf{M_4\ S_2}$ Alimentação escolar. $\mathbf{M_6\ S_1}$ Uniformes. $\mathbf{M_6\ S_2}$ Patrulhamento mirim. $\mathbf{M_7\ S_1}$ Central praia viva. $\mathbf{M_7\ S_2}$ Coleta seletiva. $\mathbf{M_7\ S_3}$ Divisão de arborização. $\mathbf{M_7\ S_4}$ Coleta diferenciada para serviços de saúde. $\mathbf{M_7\ S_6}$ Programa praias vivas. $\mathbf{M_7\ S_7}$ Cooperativas de catadores. $\mathbf{M_7\ S_8}$ Convenio com associação nacional de pneumáticos. $\mathbf{M_7\ S_9}$ Inclusão dos agentes ambientais. $\mathbf{M_7\ S_{10}}$ Programa vida ativa. $\mathbf{M_8\ S_1}$ Oficinas terapêuticas nas comunidades. $\mathbf{M_8\ S_2}$ Implantação do SAMU. $\mathbf{M_8\ S_3}$

		Descentralização da farmácia. $\mathbf{M_8\,S_2}$ Reequipamento das unidades de saúde. $\mathbf{M_8\,S_4}$ Educação permanente. $\mathbf{M_8\,S_5}$ Saúde do deficiente. $\mathbf{M_8\,S_6}$ Saúde bucal. $\mathbf{M_8\,S_7}$ Concursos. $\mathbf{M_8\,S_8}$ Humanização do parto e nascimento. $\mathbf{I_1\,S_1}$ Mãe canguru. $\mathbf{I_1\,S_2}$ Informatização. $\mathbf{I_1\,S_8}$ Sistema de radioterapia. $\mathbf{I_2\,S_4}$ Formação gerencial. $\mathbf{I_2\,S_5}$ Educação continuada. $\mathbf{I_2\,S_6}$ Classificação de riscos. $\mathbf{I_1\,S_{15}}$ / $\mathbf{I_4\,S_1}$ Programa de promoção e prevenção em vigilância em saúde. $\mathbf{I_4\,S_2}$ Educadora física. $\mathbf{I_4\,S_3}$ Terapeuta ocupacional. $\mathbf{I_4\,S_4}$ Universidade coorporativa. $\mathbf{I_4\,S_5}$ Software. $\mathbf{I_4\,S_7}$
Demanda previsível/projetos		Nível de morte no transito. $\mathbf{M_4\,P_3}$ Centro de convivência da terceira idade. $\mathbf{M_5\,P_1}$ Plano municipal de saneamento básico. $\mathbf{M_7\,P_1}$ / $\mathbf{M_7\,F_1}$ Revitalização da lagoa dos patos da mangueira. $\mathbf{M_7\,P_2}$ Farmácia popular. $\mathbf{M_8\,P_1}$ CAPs. $\mathbf{M_8\,P_2}$ UPAS. $\mathbf{M_8\,P_3}$ Mais 6 unidades de saúde, para ESF. $\mathbf{M_8\,P_4}$ Prevenção à violência. $\mathbf{M_8\,P_5}$ Centro de promoção da saúde. $\mathbf{M_8\,P_6}$ Centro de especialidades odontológicas. $\mathbf{M_8\,P_7}$ Casa da mãe gestante. $\mathbf{I_1\,P_1}$ Caminhões de saúde ocular. $\mathbf{I_1\,P_2}$ Boquinha feliz. $\mathbf{I_1\,P_3}$ Centro Médico. $\mathbf{I_2\,P_1}$ Centro Clinico. $\mathbf{I_2\,P_1}$ Plano diretor de verticalização dos serviços de saúde da UNIMED LITORAL SUL. $\mathbf{I_4\,P_1}$ Hospital Unimed. $\mathbf{I_4\,P_2}$ Centro de Diagnóstico. $\mathbf{I_4\,P_2}$ Central de regulação de atendimento. $\mathbf{I_4\,P_4}$ Capacitação de cuidadores. $\mathbf{I_4\,P_5}$ Internação domiciliar. $\mathbf{I_4\,P_6}$ Novos projetos imobiliários. $\mathbf{I_5\,P_1}$ Universalizar o esgotamento sanitário. $\mathbf{I_5\,P_2}$ Plano de saneamento. $\mathbf{I_5\,P_4}$ Oferecer lazer (teatro, musica). $\mathbf{M_1\,F_1}$ Menor impacto para que seja aprovado o projeto. $\mathbf{M_2\,F_1}$ Configuração geográfica. $\mathbf{M_4\,F_1}$ Integração tarifaria. $\mathbf{M_4\,F_2}$ Controlar a poluição ambiental. $\mathbf{M_4\,F_3}$ Câmeras de vídeo monitoramento. $\mathbf{M_4\,F_1}$ Conscientização do condutor e do pedestre. $\mathbf{M_4\,F_4}$ Ciclovia. $\mathbf{M_4\,F_5}$ Estimular o transporte. $\mathbf{M_4\,F_5}$ Diminuição dos acidentes através da educação. $\mathbf{M_4\,F_5}$ Acidentes oculares. $\mathbf{M_5\,F_1}$ Drogadição. $\mathbf{M_5\,F_2}$ Prevenção da saúde. $\mathbf{M_5\,F_2}$ Cobertura e atendimento nas unidades de saúde. $\mathbf{M_8\,F_1}$ HIV. $\mathbf{M_8\,F_2}$ Tuberculose. $\mathbf{M_8\,F_2}$ DST. $\mathbf{M_8\,F_2}$ Aumento da população. $\mathbf{M_8\,F_2}$ Contratação de profissionais. $\mathbf{M_8\,F_3}$ Demanda de São Jose do Norte. $\mathbf{I_1\,F_1}$ Aumento do hospital de 100 leitos. $\mathbf{I_1\,F_2}$ Estimular o transporte coletivo. $\mathbf{M_4\,F_6}$ Campanhas de vacinação. $\mathbf{M_5\,F_2}$ Abrir uma unidade de urgência e emergência junto ao Campus Carreiro. $\mathbf{I_1\,F_3}$ Projeto de Lei tentando fixar que os recursos da saúde. $\mathbf{I_1\,F_1}$ Rede de atendimento em RG seja informatizada. $\mathbf{I_3\,F_2}$ Perfil epidemiológico. $\mathbf{I_4\,F_1}$ Esgoto. $\mathbf{I_5\,F_1}$
		Profissão fundamental na saúde. $\mathbf{M_1\,E_1}$ A enfermagem esta se preparando a cada dia para enfrentar os novos

Contribuições Enfermagem		desafios. $\mathbf{M_2}$ $\mathbf{E_1}$ Está pronta para este novo desafio. $\mathbf{M_3}$ $\mathbf{E_1}$ Muito presente e competente, de excelente qualidade. $\mathbf{M_3}$ $\mathbf{E_1}$ Atuando nas diversas áreas. $\mathbf{M_4}$ $\mathbf{E_1}$ Sem eles com certeza a saúde não funcionaria. $\mathbf{M_4}$ $\mathbf{E_1}$ Muito participativa. $\mathbf{M_5}$ $\mathbf{E_1}$ Envolvida em diferentes eventos. $\mathbf{M_7}$ $\mathbf{E_1}$ Profissão preparada para gestão. $\mathbf{M_8}$ $\mathbf{E_1}$ Faz diagnostico. $\mathbf{M_8}$ $\mathbf{E_2}$ Olhar o contexto ampliado. $\mathbf{M_8}$ $\mathbf{E_3}$ Da conta da demanda. $\mathbf{M_8}$ $\mathbf{E_3}$ Enfermagem preparada. $\mathbf{M_8}$ $\mathbf{E_3}$ Cada vez mais cientifica. $\mathbf{I_1}$ $\mathbf{E_1}$ Essencial. $\mathbf{I_1}$ $\mathbf{E_1}$ Fundamental. $\mathbf{I_2}$ $\mathbf{E_1}$ Comprometida. $\mathbf{I_2}$ $\mathbf{E_1}$ Base fundamental da saúde. $\mathbf{I_3}$ $\mathbf{E_1}$ / $\mathbf{I_5}$ $\mathbf{E_1}$ Preparada e qualificada. $\mathbf{I_4}$ $\mathbf{E_1}$

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelos pesquisador

A análise e a interpretação dos dados resultantes das entrevistas com os 13 sujeitos dessa pesquisa foram realizadas à luz da AC seguindo os passos de Bardin (2011). Parte dos dados são apresentados e discutidos em três artigos: **Intersetorialidade na saúde do município do Rio Grande na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem**; **Reconfiguração do sistema de saúde no município do Rio Grande/RS: participação da enfermagem; Polo naval do Rio Grande e a saúde na visão ecossistêmica: aportes da enfermagem.**

O primeiro artigo intitulado: "**Intersetorialidade na saúde do município do Rio Grande na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem."** objetiva conhecer as relações inersetoriais entre as ações e serviços prestados pelas secretarias e instituições à população pelo SUS e as contribuições da enfermagem nesse processo. O artigo encontra-se formatado em conformidade com as normas da Revista REBEn, para a qual será encaminhado.

O segundo artigo intitulado: **Reconfiguração do sistema de saúde no município do Rio Grande/RS: participação da enfermagem** com base nos dados dos sujeitos, objetiva esboçar a configuração do SUS no município do Rio Grande/RS, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina. Esse artigo está formatado conforme as normas da Revista Texto e Contexto Enfermagem, para a qual será encaminhado.

Objetiva-se com o terceiro artigo, intitulado: **"Polo naval do Rio Grande e a saúde na visão ecossistêmica: aportes da enfermagem"** investigar possíveis caminhos para atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico do município do Rio Grande/RS. Este artigo será encaminhado para publicação na Revista Texto e Contexto

Enfermagem, razão pela qual se encontra formatado conforme as normas do periódico selecionado.

5.1 PRIMEIRO ARTIGO

Intersetorialidade na saúde do município do Rio Grande na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem[10]

Intersectoriality in health of the city of Rio Grande in the ecosystemic perspective: nursing contributions

Intersectorialidad en la salud del municipio del Río Grande en la perspectiva ecosistémica: contribuciones de la enfermería

.

Jose Richard de Sosa Silva[11]

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[12]

[10] Baseado na tese de Doutorado de Silva, José Richard de Sosa. Reconfiguração do Sistema Único de Saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande: contribuições do enfermeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/ FURG), 2013. Artigo a ser encaminhado para a Revista Brasileira de Enfermagem. As normas podem ser acessadas em: http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm

[11] Enfermeiro, Mestre em Enfermagem e Doutor pelo Programa de Pós Graduação em de Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG); Membro do Grupo de estudo e pesquisa - Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). Pelotas/RS/Brasil.Rua Padre Felicio 348 ap 303 Pelotas/RS. Fone (53) 32256102, (53) 81348124 E-mail: jrichard.sosa@gmail.com

[12] Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, Professora Titular, Emérita da FURG, Docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de estudo e pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). E-mail: hedihs@terra.com.br

Resumo: Objetiva-se, por meio da visão ecossistêmica, conhecer as relações intersetoriais, criadas para atender as demandas da saúde do município causadas pelo desenvolvimento socioeconômico e consequente aumento demográfico e verificar as contribuições da enfermagem, num município localizado ao extremo sul do Brasil. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com 9 secretários municipais e 5 diretores/presidentes de instituições que prestam cuidado à saúde da população. O material empírico produzido foi analisado pelo método da análise de conteúdo. Os resultados apontam que a intersetorialidade entre os serviços municipais de saúde é uma realidade e representam uma ferramenta importante na gestão. Indicam, também, a necessidade de continuar a criar, no coletivo, com participação ativa do enfermeiro, novas propostas a serem implementadas depois de experimentadas, avaliadas, adaptadas e flexibilizadas.
Descritores: Sistema Único de Saúde; Ecossistema; Saúde; Ação Intersetorial, Enfermagem.

Abstract: The objective is, through ecosystemic view, to know the intersectorial relations, created to meet the demands of the health of the city caused by the socio-economic development and consequent population growth and verify the contributions of nursing, in a municipality located in the extreme south of Brazil. It's descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews with eight municipal secretaries and five directors / presidents of institutions that provide health care for the population.The empirical material produced was analyzed by the method of content analysis. The results show that the intersectionality between municipal health services are a reality and represent an important tool in the management. Also indicate the need to continue to create, in the collective, with active participation of nurses, new proposals to be implemented after tried, evaluated, adapted and made more flexible.
Key words: Unified Health System; Ecosystem ; Health; Intersectorial Action ; Nursing.

Resumen: Por medio de la visión ecosistémica se tuvo por objeto, conocer las relaciones intersectoriales, creadas para atender las demandas de la salud del municipio causadas por el desarrollo socioeconómico y consecuente aumento demográfico y verificar las contribuciones de la enfermería, en un municipio localizado al extremo sur de Brasil. Estudio descriptivo, exploratório con abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semi-estructurada con ocho secretarios municipales y cinco directores/presidentes de instituciones que prestan cuidado a la salud de la población. El material empírico producido fue analizado por el método del análisis de contenido. Los resultados apuntan que la intersectorialidad entre los servicios municipales de salud es una realidad y representa una herramienta importante en la gestión. Indican, también, la necesidad de continuar a crear, en el colectivo, con participación activa del enfermero, nuevas propuestas a ser implementadas después de experimentadas, evaluadas, adaptadas y flexibilizadas
Palabras clave: Sistema Único de Salud; Ecosistema; Salud; Acción Intersectorial**;** Enfermería.

INTRODUÇÃO

O município do Rio Grande situado no extremo sul do Brasil, distante 310 km de Porto Alegre – RS, abarca parte da Reserva Ecológica do Taim e a Praia do Cassino, considerada a maior em extensão do mundo, pois se estende ao longo do oceano Atlântico por 212 km. Conforme o censo demográfico de 2010, o município do Rio Grande conta com 197.228 habitantes(1) .

Atualmente, o município vive, segundo estudo realizado[1], expectativa da retomada dos grandes investimentos a partir da instalação de indústrias entre as quais o Consórcio Quip, formado pelas empresas Queiroz Galvão, UTC Engenharia, Camargo Corrêa, IESA e PJMR, responsável pela construção de plataformas de petróleo da PETROBRAS, P53(2) .

Frente a esse cenário, em estudo motivado pela instalação do Polo Naval e *Offshore* no município do Rio Grande, os autores salientam e instigam reflexões a respeito dos impactos dos investimentos, em toda a cadeia de produtos e serviços ao ponderar que "estima-se que foram gerados cinco mil empregos diretos e vinte mil indiretos somente com esses dois empreendimentos em Rio Grande"(2:253).

Em 2008, o número de empregos formais em Rio Grande atingiu o total de 31.097, um aumento de 4.141 empregos desde 2005, ocasionados pelos investimentos proporcionados pelo Polo Naval e *Offshore* (2). Em junho de 2010, segundo pesquisa do Centro Integrado de Pesquisa (ICEAC) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), o número de trabalhadores chegou a 32.445. Em 1º de janeiro de 2012, conforme dados coletados junto ao Cadastro Geral de Emprego e Desemprego do Ministério do Trabalho, o número de trabalhadores alcançou a cifra de 37.814(3,4). Esse aumento de 2008 a 2012 é expressivo porque representa um acréscimo de 6.707 de empregos formais.

Esse contexto vem permeado de desafios, principalmente, quanto aos impactos em termos de emprego e renda que esses novos investimentos estão e irão gerar na região. Questiona-se atualmente, quais serão os setores mais atingidos do município? Como o setor saúde está realizando as articulações para atender essa nova demanda?

O questionamento, em relação ao setor saúde, apresenta-se tanto em relação a adequação das instituições e serviços que atendem a população SUS, cujo número cresce, atualmente, de forma exponencial como, também, as exigências quanto ao nível de qualificação que será exigido para atender a essa demanda. Certamente, a complexidade da demanda, terá especificidades próprias, oriundas do conjunto de setores de investimentos sócioeconômicos em implementação. Conforme estudo(5), a rede municipal presta

atendimento à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) a 80% da população do município. Essa demanda intensifica-se, em números absolutos, na medida em que a explosão demográfica aumenta. Além disso, é necessário destacar que o conceito ampliado de saúde, que emergiu na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), adicionou novos elementos constitutivos do constructo saúde, ampliando as dimensões de cobertura, tais como: "[...] condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde" [(6:4)]. Nesse sentido há necessidade de uma reorganização social para acolher as necessidades que emergem na população a partir dessa reformulação conceitual da saúde.

A amplitude conceitual da saúde, por si só representa um desafio porque contempla as múltiplas necessidades do ser humano que precisam ser atendidas. Nessa perspectiva, o redirecionamento da saúde, enfrenta, necessariamente, a mudança da maneira de *pensar* e *atender* a saúde. A centralidade da assistência, com ênfase na doença precisa ceder espaço para proporcionar cuidados preventivos e de promoção da saúde, com a finalidade de adequar os fatores capazes de fortalecer os determinantes e condicionantes da saúde e, percebê-la como um *sistema* e, assim, oferecer uma possibilidade de mudanças e melhor qualidade de vida à população.

A saúde sob o ponto de vista sistêmico, aqui ecossistêmico porque contempla um espaço e tempo determinado, engloba uma diversidade de aspectos/elementos que se inter-relacionam e se influenciam mutuamente, cujo todo é maior do que a soma de suas partes [(7,8)]. O ecossistema é entendido como uma comunidade formada por todos os elementos bióticos e abióticos que constituem determinado espaço/território/ambiente, que interagem e estabelecem relações entre si, percebendo o ser humano como elemento integrante dessa comunidade, constituem redes no seu *habitat* e buscam desenvolver-se com objetivos em comum de forma saudável e harmoniosa[(9)] .Portanto, no ecossistema existem inter-relações, interconexões que por si só o torna dinâmico, complexo e, principalmente desafiador exigindo, para entendê-lo, mudança paradigmática.

A visão ecossistêmica possibilita conhecer e identificar as relações dos setores, seus serviços e ações que contribuem para atender a demanda em saúde produzida pelo desenvolvimento socioeconômico do município. Entretanto, é preciso buscar a sustentabilidade do desenvolvimento socioeconômico visando o seu equilíbrio social ~~e~~ viabilidade econômica e, assim, garantir qualidade de vida para os que vivem no presente, mas sem esquecer as gerações futuras. A sustentabilidade deve ser o guia norteador, o

caminho a ser seguido pelos profissionais participantes de todos os setores envolvidos, em especial o enfermeiro inserido nessa realidade.

O profissional enfermeiro necessita estar inserido de forma ativa em todo esse processo, possuir qualificação profissional que o torne resolutivo e interconectado às necessidades do ecossistema, baseado na realidade da comunidade, contribuindo para a melhoria do atendimento fundamentados nos princípios éticos e princípios e diretrizes do SUS. Assim, questiona-se como o setor saúde está realizando as articulações para atender essa nova demanda?

Com base nesse contexto objetiva-se, por meio da visão ecossistêmica, conhecer as relações intersetoriais, criadas para atender as demandas da saúde do município do Rio Grande causadas pelo desenvolvimento socioeconômico e consequente aumento demográfico e, verificar as contribuições da enfermagem.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi de cunho descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. O estudo teve como cenário o município do Rio Grande/ RS, mais precisamente as secretarias que compõem a comuna, identificados com a letra M e as instituições/ integrantes da saúde do município que oferecem atendimento à população por meio do SUS, identificados com a letra I.

A coleta de dados teve início após apreciação do projeto pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande, cujo protocolo de aprovação teve o nº 023/2012 e foi realizada no período de 01/12/2012 a 30/03/2013 por meio da entrevista semiestruturada. Os 13 sujeitos constituídos por 08 secretários de secretarias do município do Rio Grande e 05 diretores/presidentes de instituições que oferecem atendimento em saúde, pelo SUS à população do referido município. Os sujeitos foram contatados e convidados para participar da pesquisa via telefone e/ou pessoalmente, momento em que foi explicado o objetivo da pesquisa, sua relevância e a importância da sua participação. Após o aceite, foi agendado local, data e hora para realizar a entrevista, que teve caráter confidencial, e foi garantido o anonimato das informações.

Para a realização deste estudo, respeitaram-se os preceitos éticos exigidos pela Resolução Nº. 196/96 do Ministério da Saúde[10] que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e os preceitos éticos profissionais.

A análise dos dados baseou-se no método de Análise de Conteúdo (AC)[11], que permite a descrição objetiva, sistemática da análise das comunicações. Compreende procedimentos especiais para o processamento dos dados científicos e permite adaptar-se a diversificados objetos a serem investigados.

Da analise dos dados surgiram as categorias: Relações intersetoriais das secretarias municipais e Instituições de saúde do município do Rio Grande que atendem a população pelo SUS, na visão ecossistêmica; Intrasetorialidade: ações/serviços e projetos desenvolvidos para atender a população do SUS; Demandas previsíveis na saúde do Rio Grande causadas pelo desenvolvimento socioeconômico do município; Contribuições do enfermeiro nas demandas da saúde no município do Rio Grande desencadeadas pelo desenvolvimento socioeconômico e crescimento demográfico.

O presente artigo aborda a categoria: Relações intersetoriais das secretarias municipais e Instituições de saúde do município do Rio Grande que atendem a população pelo SUS na visão ecossistêmica

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ecossistema compreende o espaço em que se vive, desenvolve e ou trabalha no qual as funções sociais não podem ser esquecidas, uma vez que todos possuem o direito a uma vida saudável e de qualidade. Portanto, o meio ambiente precisa ser preservado, protegido, e as fontes naturais respeitadas em benefício do ser humano. Dessa forma, para compreender a situação de saúde de um individuo e/ou de uma coletividade é necessário considerar as suas relações com o meio físico, social e cultural, político e espiritual em que se encontra.

O ser humano é percebido[8] como um todo integrado, constituído da dimensão biológica, sociocultural, psicológica e espiritual que se relaciona com os demais elementos da natureza, formando uma verdadeira teia de relações com o ambiente no qual se insere. As modificações que se processam no ambiente em que vive, refletem-se diretamente no seu pensar, ser e viver.

Para conhecer a realidade criada pelo aumento da demanda na saúde causada pelo desenvolvimento socioeconômico e, respectivo crescimento demográfico que o município vivencia, deixa visível a necessidade do incremento de novas estratégias para atender as necessidades de saúde da população. Desta forma, cada participante do estudo foi incentivado a descrever a situação da sua unidade e mostrar como ela participa individualmente e/ou de maneira intersetorial na saúde do município.

Procurou-se identificar, por meio da visão ecossistêmica, a existência de ações intersetoriais de saúde, conhecer as estratégias utilizadas por parte dos gestores de saúde do município frente aos impactos que o desenvolvimento econômico está ocasionando nesse espaço e buscou-se identificar a forma como o profissional enfermeiro participa desse processo.

Intersetorialidade na visão ecossistêmica: um desafio à assistência à saúde

A cidade de Rio Grande, a partir de 2006, vem atraindo e recebendo inúmeros investimentos causados pela instalação do polo naval o que estimulou a economia e, portanto, o desenvolvimento do município. Esses investimentos originaram e originam, de forma positiva, transformações significativas e impactantes nos diversos setores produtivos do município, gerando empregos diretos e indiretos e revitalizando a indústria de bens e serviços. Paralelamente, surgem os negativos, causados pelo aumento do fluxo migratório, que começam a ser percebidos pelo déficit de vários serviços, como habitação, vagas nas escolas, mobilidade urbana e o grande aumento da demanda dos serviços de saúde, entre outros. É necessário destacar, também, a posição geográfica da cidade que se encontra em uma península, dificultando sua expansão[(12)].

Na busca de soluções para esse cenário foram necessárias articulações dos gestores locais para arcar com as demandas que surgiram e continuam surgindo no ecossistema local. Para minimizar e enfrentar os problemas revelados nos diversos setores do município foram delineadas ações e serviços intersetoriais entre os quais o Programa do Comitê Gestor Social(CGS).

Programa do Comitê Gestor Social (CGS) praticado pelas instituições que prestam assistência à população SUS do município

O relato a seguir demonstra que por meio da intersetorialidade os integrantes procuram caminhos/estratégias capazes de satisfazer as demandas coletivas da comunidade:

> *A intersetorialidade foi proposta como projeto do governo, deste último governo [...] Então no programa do governo que depois nos implementamos com decretos dai a criação do Comitê Gestor Social. O que é um Comitê*

> *Gestor Social? é uma ferramenta de trabalho do governo para provocar a intersetorialidade e a transversalidade, nas decisões (M_5).*

A fala leva a refletir sobre a necessidade, importância e a reafirmação da intersetorialidade como programa de governo, portanto, uma das estratégias do governo municipal foi à criação em 2009 do Comitê Gestor Social (CGS) composto, por representantes do Governo Municipal, dos Conselhos Municipais e de Instituições e Lideranças com expertise no foco prioritário escolhido[(13).]

Perante o desenvolvimento socioeconômico que o município vem passando urgiu a necessidade de estratégias intersetoriais com a criação de parcerias e a transversalidade com a articulação dos três níveis de governo e da sociedade civil para atender às necessidades da população.

O Programa do CGS instituído recebeu adesão e está sendo praticado pelas Instituições de saúde do município, ainda que em formatos diversos, conforme pode ser constatado nas falas:

> *Os próprios gestores veem a demanda que necessitam, tanto do município como do estado eles chegam aos hospitais universitários dizendo as nossas demandas são estas, estas e estas. [...] é um trabalho intersetorial, Ministério da saúde, ministério de educação porque nos somos hospital universitário [...], então isso é que dá o intersetoriamento, secretaria do estado e secretaria do município. [...] (I_1)*

> *Em Rio Grande já existe essa interação interinstitucional [...] temos trabalhar com sinergia [...] (I_2)*

> *[...] como superintendente mantenho contato com a prefeitura e nos reunimos com algumas secretarias, como a de planejamento e outras e também com a CEEE. É fundamental essa comunicação, então ai percebes que existe um trabalho intersetorial (I_5)*

Evidencia-se que as instituições também ressaltam a importância de ações intersetoriais. A incorporação das mesmas fica clara para os sujeitos participantes da pesquisa ao expressar que os gestores percebem a demanda, secretaria do estado e do município e

solicitam o atendimento (I_1). Acrescenta ainda, que as demandas são indicadas também pelo Ministério da Saúde, da Educação, já que essa instituição é um Hospital Universitário. Percebe-se que a articulação intersetorial possui como objetivo obter resultados unificados frente a situações complexas. O participante I_2 aponta como alicerce principal da intersetorialidade a sinergia (I_2). Essa sinergia pode ser entendia como a convergência dos esforços dos setores envolvidos no encaminhamento de soluções para a saúde, e assim, conseguir alcançar um impacto positivo nas condições de vida da população e na saúde da mesma, objetivo dessa pesquisa.

A intersetorialidade pode ser compreendida como uma estratégia política complexa, que necessita ir além da fragmentação das políticas individuais inerentes às diversas áreas onde são executadas. Seu grande desafio reside em articular os diferentes setores, seus serviços e ações na resolução de problemas de gestão compartilhada, elaborando estratégias coletivas intersetoriais para a resolutividade dos problemas de saúde, garantindo o direito à saúde e visando a promoção de qualidade de vida de toda população([14,15)] .

Na visão ecossistêmica a intersetorialidade no município do Rio Grande/RS pode ser entendida como a articulação entre a totalidade dos segmentos que compõem o seu espaço. A articulação envolve os saberes, experiências, necessidades e expectativas que cada gestor percebe e, igualmente, as influências que são exercidas de forma mútua pelos elementos integrantes do ambiente, tanto os abióticos (elementos físicos) como bióticos (as relações socioculturais), entre os quais os seres humanos desse ambiente. O conceito de intersetorialidade pode ser definido como a "articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos"[(16:103)].

A intersetorialidade envolve a abordagem ecossistêmica na medida em que integra, inter-relaciona as ações e serviços dos segmentos que compõem a unidade em busca de energias e possibilidades para solucionar os desafios no coletivo. Desta maneira, pode-se entender a intersetorialidade como uma oportunidade de estratégia ampla de influência mútua, de cooperação dos setores produtivos, dos gestores e da população para o enfrentamento dos problemas e, assim, pensar na saúde a partir do seu conceito ampliado e conforme as diretrizes do SUS.

Ações desenvolvidas de forma intersetorial

Os participantes ao serem questionados a respeito de ações/serviços desenvolvidos de forma intersetorial na sua Secretaria manifestaram-se afirmando que:

[...] fazer convênios com as outras secretarias isso seria um caminho natural, a necessidade de parcerias, não se pode trabalhar sozinho, isolado (M_1).

Existe uma intersetorialidade não somente com as outras secretarias, como com a comunidade como um todo (M_4).

Órgão público tem que ter parceiros, a intersetorialidade é fundamental com certeza os projetos tem que ter parcerias. [...] nos participamos juntos com a universidade, ai aparece a intersetorialidade (M_7).

Todos os programas tem intersetorialidade com a educação, cidadania, meio ambiente, inclusive agora que estamos com a elaboração do plano de saneamento, na qual tem varias secretarias envolvidas, e também as atividades de educação, educação em saúde, patrulha ambiental, várias atividades que são desenvolvidas em parceria, a secretaria do trânsito também, que participa, atividades escolares, então são realizadas em parcerias. [...] Temos ações de parceria que são extremamente importantes [...] tem um caráter intersetorial para poder fazer este trabalho ampliado (M_8)

Os participantes explicitam a intersetorialidade e evidenciam a importância das parcerias intersetoriais referindo-se as secretarias entre si, mencionam a comunidade como um todo e destacam a participação da universidade para obter resultados positivos frente às demandas do município. Os participantes M_1 e M_8 demonstram clareza em relação às ações intersetoriais ao afirmar que "não se pode trabalhar sozinho, isolado" e "todos os programas têm intersetorialidade". Enquanto M_4 remete a participação intersetorial com a comunidade, M_7 declara a sua participação com a universidade. Essas ênfases dadas a intersetorialidade encaminham as decisões para o coletivo, que na linguagem ecossistêmica traduz que o todo é maior do que a soma das partes e cujo resultado não pertence a nenhuma das partes[7,8,17] .

Da mesma forma o participante M_4 manifesta a necessidade de incluir nesse coletivo, a comunidade. De fato, esse aspecto vem completar a ideia do constructo ecossistêmico porque esse é constituído por todos os elementos que formam esse espaço e, sem dúvida a comunidade sabe o que precisa ser feito para satisfazer as suas necessidades. Essa inter-

relação entre o gestor de determinada secretaria e a comunidade é capaz de encontrar os caminhos mais indicados para descobrir as verdadeiras soluções em relação à saúde da população. È essa uma nova forma de pensar e fazer saúde.

Nesse sentido, a intersetorialidade é percebida como uma prática integradora de ações de diferentes setores que interagem, com um enfoque mais complexo dos problemas[18] .

A humanidade e a ciência encontram-se num momento de transição, "estamos diante do fim das certezas e do aparecimento de uma pluralidade de futuros", chegou o momento a de formar novas alianças. É um momento de expectativas, ansiedades e bifurcações[17:111]. Corroborando com o autor é necessário encontrar estratégias, caminhos porque as bifurcações acontecem, mas necessitam serem tomadas decisões que objetivem soluções que venham beneficiar a saúde do ecossistema desta população.

Para trabalhar de forma intersetorial, é indispensável que exista como base fundamental a, comunicação entre os diferentes serviços e setores, superando as hierarquias institucionais e o poder instituído. O diálogo e flexibilização são ferramentas que necessariamente precisam estar presentes quando se pensa em trabalhar de forma intersetorial. As decisões coletivas precisam ser discutidas de forma democrática e escolhidas as de maior alcance de benefícios para a comunidade[19].

As *escolhas* para a construção do futuro de um universo físico e de uma sociedade humana rigorosamente imprevisível são consideradas importantes[17]. Em analogia às considerações de Prigogine frente às escolhas, é possível perceber a população do Rio Grande olhando o seu passado, seu presente e as incertezas de seu futuro. Essa situação frente à imprevisibilidade transporta para essa população grandes preocupações resultantes do desenvolvimento socioeconômico de seu ecossistema. Essas incertezas necessitam ser compreendidas para enfrentar os desafios da chegada do novo e conseguir escolher as melhores possibilidades para arcar com a chegada da mudança.

O Enfermeiro participante nas relações intersetoriais ao prestar assistência de saúde à população do SUS no município do Rio Grande

Frente ao contexto da intersetorialidade em saúde surge a necessidade de conhecer a atuação do profissional enfermeiro, envolvendo, principalmente, suas ações direcionadas às necessidades à saúde da população. Após a criação do SUS, mais especificamente, com a criação do Programa Saúde da Família, depois Estratégia da Saúde da Família, sua função de exercer ações apenas curativistas, passou a inserir-se num amplo campo de trabalho o que a

levou a empreender uma nova função: protagonista da educação, incentivando a prevenção e promoção da saúde. Desta maneira, passou a participar como um dos principais pilares das políticas de saúde com o objetivo de oferecer um atendimento de qualidade de vida e saúde à população.

"As práticas intersetoriais, por se pautarem em articulações entre sujeitos e setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversas se apresentam como uma nova forma de trabalhar e de construir políticas públicas"[(15:01)]. Assim, o profissional enfermeiro precisa participar e fazer as escolhas certas de acordo com o ecossistema no qual está inserido, percebendo a realidade de acordo as reais necessidades da população.

As falas a seguir evidenciam aspectos que exaltam a participação do enfermeiro nas relações intersetoriais da saúde do município:

> *[...] minha preocupação com respeito a saúde é que está difícil [...] bom, mas muito tem que ser feito, nos temos poucos hospitais e apenas um pelo SUS. Penso que a enfermagem está se preparando a cada dia para enfrentar os novos desafios. (M_2)*
>
> *Com respeito a enfermagem acredito que está pronta para este novo desafio. Sempre tivemos uma enfermagem muito presente e competente, de excelente qualidade. (M_3)*
>
> *As secretarias administradas por enfermeiro tem diferencial, aquela coisa de olhar o contexto ampliado, não focado somente no doente, e sim focado na saúde, olhando o conceito ampliado, Inclusive este aumento da demanda o enfermeiro esta dando conta dela [...](M_8)*
>
> *Frente a todas estas mudanças já faladas inclusive do perfil epidemiológico, ressalto a necessidade e a nossa preocupação com uma enfermagem preparada e qualificada, e isso nós temos (I_4)*

Percebe-se que todos os entrevistados concordam e acreditam que a enfermagem encontra-se preparada para atender a demanda frente ao desenvolvimento socioeconômico e aumento demográfico que vem acontecendo no município do Rio Grande. As falas dos entrevistados manifestam-se positivas em relação ao enfermeiro, pois, o visualizam como um profissional preparado, capacitado e qualificado (I_4). O participante (M_3) considera que possui

excelente qualidade, é muito presente e competente e está pronto para enfrentar o novo desafio para oferecer resolutividade ao atender a demanda de saúde do ecossistema local.

Os enfermeiros atuam alicerçados na concretização dos princípios do SUS, aproximando-se cada vez mais com seus usuários e para o trabalho de forma intersetorial e multidisciplinar procurando responder os problemas oriundos da sua comunidade[20].

Os diferentes representantes das instituições participantes do SUS, nesta pesquisa, destacam ainda, como uma questão importante quanto ao enfermeiro: o M_8 menciona que "[...] o enfermeiro tem diferencial, aquela coisa de olhar o contexto ampliado [...]" inclusive este aumento da demanda o enfermeiro, conforme M_8 está dando conta dela. Essa forma multifacetada de aspectos atribuídos ao profissional enfermeiro permite apreender a sua preocupação em melhorar a saúde da população no ecossistema, no qual, está inserido, e assim melhorar a qualidade de vida da mesma.

Os aspectos positivos apontados pelos participantes permitem inferir que existe um diferencial do enfermeiro ao buscar entender o contexto para melhor compreender as demandas de saúde. Acredita-se que a explicação desse diferencial encontra-se embasado no referencial teórico prático que recebe durante a sua formação acadêmica.

Destaca-se que é preciso continuar a investir na formação do profissional de saúde para compreender e aplicar a filosofia e os princípios do SUS, ou seja, é necessário voltar o olhar para a saúde do usuário com um modelo voltado para a Promoção da Saúde, portanto, considerando o conceito ampliado de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concebe-se que partindo do estudo da oferta atual das ações e serviços dos setores do município do Rio Grande e as previsíveis alterações do perfil sociodemográfico da população permite criar novas propostas que devem ser experimentadas para avaliar a sua eficácia no atendimento das demandas crescentes em saúde, incrementá-las e aplicá-las.

O município do Rio Grande/RS permeado por novos desafios originados pelo desenvolvimento socioeconômico e explosão demográfica que vem acontecendo e continuará a acontecer, necessita da participação dos diferentes atores sociais para poder enfrentar as mudanças e superar a fragmentação do atendimento. Neste sentido, é necessário articular as políticas públicas de forma coesa, interconectadas e inter-relacionadas para poder oferecer acesso à saúde da população do município, com base nos princípios do SUS, observando e contemplando o conceito ampliado de saúde.

Ao olhar nessa perspectiva e conceber Rio Grande como um todo ecossistêmico, cabe ao gestor continuar a articular todos os setores e seus sistemas organizacionais e de suporte, seus serviços e ações do município para oferecer e assegurar um serviço de saúde de qualidade e propiciar boa qualidade de vida à população.

Entende-se que por meio da intersetorialidade é possível formular, implementar e acompanhar as políticas públicas que possuem impacto positivo sobre a saúde da população. Entretanto, esse espaço deve ser percebido com a integralidade dos setores que formam essa unidade, incluindo o cidadão que, nele habita, trabalha e se desenvolve, como elemento integrante dessa totalidade/unidade. A intersetorialidade ao considerar o ser humano na sua integralidade e ao buscar atender as suas necessidades individuais e coletivas da saúde pode ser considerada uma ferramenta capaz de grandes soluções para a comunidade como um todo.

O estudo evidenciou que a oferta atual dos setores integrantes do ecossistema do município do Rio Grande, seus serviços e ações e as previsíveis alterações do perfil socioeconômico, demográfico e cultural da população, necessita continuar a criar, no coletivo, novas propostas que depois de experimentadas, avaliadas, adaptadas e flexibilizadas podem ser eficazes no atendimento das demandas crescentes em saúde.

REFERENCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível para visualização em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm? Acesso em 10 de outubro de 2012.

2. Feijó FT, Leivas PHS. Possíveis impactos socioeconômicos no rio grande do sul com a implantação do polo naval e offshore de Rio Grande. In: Domingues MVR (Org.). Desenvolvimento e consolidação do polo naval e Offshore de Rio Grande. Rio Grande: FURG; 2009.

3. Brasil. Cadastro Geral de Emprego e Desemprego (CAGED) do Ministério do Trabalho. Disponível para visualização em: http://portal.mte.gov.br/delegacias/pr/cadastro-geral-de-empregados-e desempregados-caged/. Acesso em 08 de setembro de 2012.

4. Ferreira, M. Em dez anos Rio Grande será uma nova cidade. Diário Popular. Pelotas, 14 dez, 2009, Janela de Oportunidades, p.03

5. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Relatório Final. Disponível para visualização em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2012.

6. Siqueira HCH. As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir. (Tese). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2001. 272p.

7. Capra F. A teia da vida. 12 ed. São Paulo: Cultrix; 2010.

8. Santos MC, Siqueira HCH, Silva JRS. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. Rev Gaúcha Enferm, 2009; 30:437-44.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS n° 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

10. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011

11. Feijó FT, Madono DT. Polo naval do Rio Grande: potencialidades, fragilidades e a questão da migração. Texto para Discussão Nº 02/201 Porto Alegre: UFRGS/FCE/DERI, 2013.

12. Prefeitura Municipal do Rio Grande. Criação, pelo Prefeito, o grupo de trabalho voltado para o desenvolvimento do município. Disponível para visualização em: http://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/index.php/noticias/detalhes+cb570,,prefeito-cria-grupo-de-trabalho-voltado-para-o-desenvolvimento-do-municipio.html. Acesso em 17 de setembro de 2013.

13. Machado JMH, Porto MFS. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(3): 121 – 130.

14. Machado LA. Construindo a intersetorialidade. Disponível para visualização em: portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com...task. Acesso em 02 de setembro de 2012.

15. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos FUNDAP 2001; (22): 102-110.

16. Prigogine I. Ciência, razão e paixão. São Paulo: Livraria da Física; 2009.

17. Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciência & Saúde Coletiva, 2006; 11(1):145-154.

18. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 set-out; 63(5): 762-9.

19. Gomes AMT, Oliveira DC, De Sá CP. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. Rev Psicologia: Teoria e Prática,2007; 9(2):109-12.

5.2 SEGUNDO ARTIGO

RECONFIGURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS: PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM*

RECONFIGURATION OF THE HEALTH SYSTEM IN THE CITY OF RIO GRANDE / RS: PARTICIPATION OF NURSING

RECONFIGURACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN El MUNICIPIO DE RÍO GRANDE/RS: PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERÍA

José Richard de Sosa Silva[13]

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[14]

Resumo: Objetiva-se esboçar a reconfiguração do SUS no município do Rio Grande/RS, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com oito secretários municipais e cinco diretores/presidentes de instituições que prestam cuidado à saúde da população. O material empírico produzido foi analisado pelo método da análise de conteúdo. Os resultados apontam que o desenvolvimento socioeconômico e consequente crescimento populacional influenciam a saúde que já se encontra com estrutura deficitária, não possui modelo e desafiam os gestores municipais a encontrar estratégias para adequá-las às necessidades da população. Destaca-se a premência de implementar o modelo da promoção da saúde em substituição a assistência atual com base na doença.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Ecossistema; Saúde; Enfermagem.

Abstract: The objective is to outline the reconfiguration of the SUS in the Rio Grande / RS, able to meet the demand generated by the socio-economic development and consequent population growth and raise the level of health of the riograndina population. It's a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews with eight municipal secretaries and five directors / presidents of institutions that provide health care for the population. The empirical material produced was analyzed by the method of content analysis. The results indicate that socio-economic development and consequent population growth influence health which is already deficient in

---

*Extraído da Tese: Silva, José Richard de Sosa. Reconfiguração do Sistema Único de Saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande: contribuições do enfermeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/ FURG), 2013. Artigo a ser encaminhado para a Revista Texto e Contexto. As normas podem ser acessadas em: http://www.textoecontexto.ufsc.br/

[13] Enfermeiro, Mestre em Enfermagem e Doutor pelo Programa de Pós Graduação em de Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG); Membro do Grupo de estudo e pesquisa - Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). Pelotas/RS/Brasil.Rua Padre Felicio 348 ap 303 Pelotas/RS. Fone (53) 32256102, (53) 81348124 E-mail: jrichard.sosa@gmail.com

[14] Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, Professora Titular, Emérita da FURG, Docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de estudo e pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). E-mail: hedihs@terra.com.br

structure, does not have a model and challenge municipal managers to find strategies to adapt them to the needs of the population. We highlight the urgency of implementing the model of health promotion to replace the current assistance based on disability
Key words: Unified Health System; Ecosystem; Health; Nursing

Resumen: Se tuvo por objetivo esbozar la re-configuración del SUS en el municipio del Río Grande/RS, capaz de atender la demanda producida por el desarrollo socioeconómico y consecuente crecimiento poblacional y elevar el nivel de salud de la población riograndina. El estudio es del tipo descriptivo y exploratorio, con abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semi-estructurada con ocho secretarios municipales y cinco directores/presidentes de instituciones que prestan cuidado a la salud de la población. El material empírico producido fue analizado por el método del análisis de contenido. Los resultados apuntan que el desarrollo socioeconómico y consecuente crecimiento poblacional influencian la salud que ya se encuentra con estructura deficitaria, no posee un modelo y desafían los gestores municipales a encontrar estrategias para adecuarlas a las necesidades de la población. Se destaca la urgencia de implementar el modelo de la promoción de la salud en sustitución a la asistencia actual basado en la enfermedad.
Palabras clave: Sistema Único de Salud; Ecosistema; Salud; Enfermería.

Introdução

O vocábulo reconfigurar possui na sua formação o prefixo “re” que é de origem latina e pode ser empregado com acepções diversas. Discutir a reconfiguração do Sistema Único de Saúde (SUS) significa configurá-lo de forma diferente, capacitando-o para acolher as necessidades de saúde da população com base nas mudanças em curso no município, produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico e acentuado crescimento populacional.

A saúde considerada numa dimensão mais ampla é amparada e garantida pela Constituiçãono artigo 196: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário nas ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.* [1:33]

Nessa visão cabe aos SUS “a *tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa”*. Nesse sentido, o SUS foi e é um extenso processo de conquistas na história das políticas públicas do Brasil, promovendo um processo democrático, embasado numa mesma doutrina, filosofia, princípios e diretrizes, cujo alicerce fundamental são as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Portanto, o SUS necessita estar preparado para garantir o acesso à saúde da população de forma universal, equânime e integral, descentralizado e com a participação social.[2:9]

È necessário ressaltar que o alcance destes principios e diretrizes e seus objetivos necessitam estar interligados, interconectados agindo em harmonia considerando todos os

elementos constituintes do *locus* do qual os atores sociais que nele vivem, trabalham e se desenvolvem, dele participam e fazem parte deste contexto, formando o ecossistema. Pensar em saúde de forma contextual requer incluir os elementos bióticos e abióticos que formam essa realidade, se interrelacionam e se influenciam mutuamente constituindo verdadeiras redes de relações produzindo transformações constantes nesse espaço.[3]

Ao olhar a realidade sob a ótica ecossistêmica percebe-se que a rede atua de forma interdependente, abrangendo os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, culturais, econômicos e políticos-institucionais, fazendo com que o mundo seja percebido em termos de processo, relações e de integração.[4]

O processo das transformações, que ocorre por meio das relações entre os elementos constituintes do ecossistema é complexo e aí reside o grande desafio do gestor municipal: construir novos caminhos, alicerçados nos princípios e doutrinas do SUS, que levem à sua consolidação e ao alcance de uma melhor qualidade de saúde a toda população do município. Entretanto, para a obtenção efetiva, necessita dissolver velhos paradigmas e adotar um modelo sistêmico, para poder obter os objetivos programados pela própria legislação. Para um resultado mais eficaz, é preciso conscientizar a cada indivíduo, que ele faz parte da população, que ele é responsável pela sua saúde e na medida em que se consegue essa participação, a mediação do processo da promoção da saúde torna-se um alvo mais facilmente atingível.

Pensar no modelo da promoção da saúde requer programar ações e serviços centrados na saúde. Continuar a delinear e aplicar os recursos com ênfase na doença, adotando o modelo biomédico, dificulta atender os princípios doutrinários e filosóficos do SUS, é muito dispendioso, os recursos são aplicados a um pequeno número de pessoas e não consegue atender a demanda. Nesse sentido o gestor deve conhecer o seu município de forma ampla, sabendo que a saúde envolve *"[...] condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.*[5:4] Assim, alicerçado neste conceito ampliado, necessita-se programar as possibilidades que existem, para oferecer acesso à saúde de forma digna, humana, integral, equânime a toda a população.

Atualmente os impactos do desenvolvimento socioeconômico do município com o aumento da população, já estão sendo experimentados e como consequência, estão exercendo uma forte influência no ecossistema local. Paralelamente aos efeitos positivos do desenvolvimento econômico apresentam-se os impactos negativos em todos os setores do município. As mudanças que se impõem trazem consigo o potencial de importantes consequências para os seres humanos que participam desse ecossistema, simultaneamente,

tanto a nível local, como estadual e nacional, já que para atingir os objetivos de saúde local necessariamente irão precisar de suporte de todas as esferas governamentais.

Nesse universo de mudanças ocorridas e outras prestes a ocorrer é necessário conhecer o *lócus* municipal do Rio Grande/RS a fim de facilitar projeções possíveis a partir de sua realidade, beneficiando a população riograndina.

Com base nesse contexto objetiva-se esboçar a reconfiguração do SUS no município do Rio Grande/RS, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina.

Metodologia

A metodologia utilizada foi de cunho descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no município do Rio Grande/ RS, junto às secretarias que compõem a comuna, identificados com a letra M e as instituições/integrantes da saúde do município que oferecem atendimento à população por meio do SUS, identificados com a sigla I.

A coleta de dados teve início após apreciação do projeto pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande, cujo protocolo de aprovação teve o nº 023/2012 e foi realizada no período de 01/12/2012 a 30/03/2013 por meio da entrevista semiestruturada. Os 13 sujeitos entrevistados foram constituídos por 08 secretários de secretarias do município do Rio Grande e 05 instituições que oferecem atendimento à população do SUS do referido município. Os sujeitos foram contatados e convidados para participar da pesquisa via telefone e/ou pessoalmente, momento em que foi explicado o objetivo da pesquisa, sua relevância e a importância da sua participação. Após o aceite, foi agendado local, data e hora para realizar a entrevista, que teve caráter confidencial, e foi garantido o anonimato das informações.

Para a realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos exigidos pela Resolução Nº. 196/96 do Ministério da Saúde que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e os preceitos éticos profissionais. [6]

A análise dos dados baseou-se no método de Análise de Conteúdo (AC) que permite a descrição objetiva, sistemática da análise das comunicações. Compreende procedimentos especiais para o processamento dos dados científicos e permite adaptar-se a diversificados objetos a serem investigados. [7]

Da analise dos dados surgiram às categorias: Relações intersetoriais das secretarias e Instituições de saúde do município do Rio Grande que atendem a população pelo SUS, na visão ecossistêmica; Intrasetorialidade: ações/serviços e projetos desenvolvidos para atender a

população do SUS; Demandas previsíveis na saúde do Rio Grande causadas pelo desenvolvimento socioeconômico do município; Contribuições do enfermeiro nas demandas da saúde no município do Rio Grande desencadeadas pelo desenvolvimento socioeconômico e crescimento demográfico.

O presente artigo aborda a categoria: Demandas previsíveis na saúde do Rio Grande causadas pelo desenvolvimento socioeconômico do município em busca de esboçar a reconfiguração do SUS, capaz de atender as necessidades de saúde da população e elevar o nível de saúde da população riograndina e contribuições da enfermagem.

Resultados e Discussão

Etimologicamente, o vocábulo saúde se origina do latim *sallus* que significa **integridade** do bem-estar, qualidade de vida do ser humano no meio em que vive, se desenvolve e trabalha. A preocupação com a saúde acompanha de diversas formas e abordagens a historia da humanidade e abarca decorrências políticas, legais, sociais e econômicas produzindo mudanças e transformações.

Com essa afirmativa é corroborado [8] ao asseverar que a saúde reflete a situação social, econômica, política e cultural da sociedade. Assim sendo, a saúde tem diferentes interpretações e representações para as pessoas. Seu conceito é decodificado conforme a época histórica, lugar, classe social, crenças, valores individuais e concepções científicas, religiosas, culturais e filosóficas da sociedade. Assim, para compreender a situação de saúde de um individuo e/ou de uma coletividade é necessário considerar as suas relações com o meio físico, social e cultural, político e espiritual, ou seja, percebê-la como um sistema.

O sistema pode ser compreendido como um todo formado por partes, dotadas de funções que se entrelaçam entre si estabelecendo interconexões e que se influenciam provocando uma troca infinita de reações, enquanto as partes integrantes do sistema mantêm sua individualidade e características próprias, buscam obter o propósito, o objetivo que o sistema como um todo se propõe a alcançar. O sistema proporciona uma visão compreensiva, abrangente, holística em que as totalidades representam mais que a soma de suas partes. O todo é maior que a soma das partes, dando-lhe uma configuração e identidade total. Podemos percebê-lo como um conjunto de elementos, interligados, interconectados, formando uma totalidade/unidade. [9] O sistema ao referir-se a um espaço/tempo determinado constituído pela totalidade dos elementos que o compõem e suas relações com objetivo comum, pode ser considerado como o ecossistema/ambiente desse *lócus.* [3]

O paradigma sistêmico percebe o mundo em termos de relações e de integração e considera a saúde como um fenômeno multidimensional que abrange aspectos físicos,

psicológicos e sociais, interdependentes e inter-relacionados. Frente a essa perspectiva, o próprio mundo se apresenta como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados, sendo que qualquer uma das partes que a compõe é de extrema importância, determina e influencia na estrutura de toda a teia. [9]

Ao olhar para o município do Rio Grande/RS e compreendê-lo como um sistema é preciso ver seus serviços, ações, projetos, instituições, a população, os elementos físicos e, demais segmentos que o constituem formando um todo. Entretanto, entendê-lo como um todo articulado, induz percebê-lo nas relações, caminhando num processo evolutivo, peculiar, único, com características próprias formando um conjunto emaranhado de interconexões, constituindo uma verdadeira teia.

Rio Grande é uma cidade litorânea situada no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul, entre a Lagoa Mirim, a Lagoa dos Patos, maior laguna do Brasil e o Oceano Atlântico, com o qual possui uma extensão de aproximadamente 240 km. Encontra-se no seu espaço parte da Reserva Ecológica do Taim e a Praia do Cassino, considerada a maior em extensão do mundo, pois se estende ao longo do oceano Altântico por 212 km. Sua altitude é de dois metros acima do nível do mar, com um clima subtropical marítimo.

O município oferece inúmeras opções de turismo e lazer aos seus moradores e visitantes. É considerada uma cidade portuária, universitária, balneária, considerado um dos maiores portos marítimos em movimentação do país e o maior do Estado. [10]

Segundo estudo [11] o município do Rio Grande, com a instalação do polo naval vive, presentemente, a expectativa da retomada dos grandes investimentos, especialmente, a partir da instalação de indústrias entre as quais o Consórcio *Quip*, formado pelas empresas Queiroz Galvão, UTC Engenharia, Camargo Corrêa, IESA e PJMR, responsável pela construção da plataforma de petróleo da PETROBRAS (P53), a um custo de 553 milhões de dólares. Já foram construídas, também, a P-55 e P-63, que já deixaram o Dique Seco.[12] Está prevista a construção de mais duas plataformas, a iniciar brevemente a P-75 e a P-77. É mencionado "Hoje, Rio Grande passa por uma reestruturação da atividade portuária, ampliando-a e modernizando-a, colocando-se como um dos principais portos brasileiros e importante porto do Mercosul". [13:2]

É possível perceber, pelas entrevistas realizadas, que os participantes possuem diversas preocupações em relação ao fenômeno do desenvolvimento socioeconômico e consequente crescimento populacional. Essas apreensões, ainda que de dimensões e grandezas diversas referem-se desde a localização do espaço geográfico da cidade, a perda da identidade, a infraestrutura para acolher os novos habitantes, as possíveis modificações que a

população riograndina está exposta em relação à cultura e, especialmente, no que se refere à cobertura da saúde.

Localização

Os participantes mostram-se apreensivos em relação ao futuro incerto, conforme falas: *O problema maior que eu vejo nessa parte do desenvolvimento é a própria configuração geográfica, nós somos uma cidade que é linear [...] nós temos algumas vias que levam ao centro todo o desenvolvimento radial, todos convergem para aquele lugar, mas por caminhos diversos. Temos poucas vias que nos levam ao município, estado (M_4);*

A localização do Rio Grande possui uma configuração de uma restinga costeira, banhada em grande parte pelo oceano Atlântico, que lhe imprime um ecossistema próprio e que influencia nos demais elementos que o formam. As vias que levam ao centro convergem de diferentes pontos, mas seguem para o mesmo alvo. Essa é uma das preocupações quando se começa sentir o aumento populacional, em função do polo naval, previsto para duplicar ou até ultrapassar essa expectativa em curto espaço de tempo. Esse ecossistema natural causa alguns estrangulamentos e pode dificultar seriamente diversos componentes que formam a sua totalidade, tais como, trânsito, mobilidade urbana, habitação, lazer, educação, saúde entre outros.

Identidade e infraestrutura do Rio Grande

A realidade vivenciada, atualmente, no município preocupa os riograndinos que possuem cultura, hábitos, sentimentos próprios de uma cidade litorânea oceânica e se orgulham de possuir a maior praia do mundo em extensão. A expansão demográfica interfere na sua maneira de ser e isso pode ser evidenciado nas falas:

[...] Agora em função do polo naval a cidade "explodiu"[...](I_5); [...]Na verdade não se sabe ao certo a população que está morando no município (M_8);[...]É lógico que não vivemos aquela oportunidade de planejar tudo da forma que deveria ser[...] (M_2).

O participante I_5 ao referir-se ao número crescente da população, utiliza uma linguagem figurativa alegando que a cidade "explodiu". Certamente essa explosão demográfica está exercendo influencia no ecossistema como um todo e pressiona todos os setores de serviços a se adequarem para atender as necessidades da população, o que pode levar a ideia de estourar as capacidades dos serviços do município.

O município continua a crescer de forma desordenada e até mesmo, conforme M_8 se desconhece o número de habitantes do município. Essa situação repercute drasticamente no planejamento e vem corroborar com a fala do participante M_2 ao referir-se que não vivem

uma oportunidade de realizar o planejamento como deveria ser. Como planejar as ações e serviços para a população sem sequer conhecer qual é o seu contingente?

[...] Não temos um cálculo da população exata do município, se fazem cálculos exponenciais isto atrapalha o planejamento, o que posso dizer é que aumentou [...] (M_8); [...] a grande preocupação é a gente não perder o controle da cidade [...] (M_2).

Conforme as falas, não se tem uma projeção oficial quanto ao aumento da população demonstrando apreensão a respeito da situação. Estudos[14] calculam que cada emprego direto origina três indiretos o que permite estimar que serão criados, nesta década, em torno de 40 mil vagas de trabalho, o que elevaria a população aproximadamente para 400 mil habitantes. Corroborando com o autor, em relação ao crescimento demográfico existem projeções nada animadoras para o município que já se encontra com a sua capacidade máxima empenhada: [...] "*Projeções da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e da prefeitura demonstram que a população, pode dobrar, [...] O carro-chefe é a Petrobras que, em uma década, deverá aplicar R$ 9,8 bilhões e gerar 9,6 mil empregos diretos - entre as plataformas P-55 e P-63 e a construção de oito cascos, para alimentar a estrutura destinada ao pré-sal [...] O redesenho econômico do extremo sul do Brasil está traçado. Até 2015, Rio Grande deve gerar entre 20 e 25 mil empregos diretos. Para cada cidadão colocado no mercado formal, outros três entram na cadeia de forma indireta. [...] o cálculo populacional considera o fato de que a cada emprego direto e indireto gerado, mais uma pessoa também viria a morar no município. O número fica no campo das projeções, pois não há como afirmar qual será a população flutuante, nem quantas dessas pessoas fixarão residência em cidades como Pelotas".* [15:7]

Além dos empreendimentos do polo naval, existe a possibilidade da concretização de mais projetos de desenvolvimento, entre eles, a criação de aproximadamente uma dúzia de parques de geração de energia eólica, o que poderá fazer que a população atinja uma estimativa de 450 mil habitantes, até 2020, com a criação de pelo menos 60 mil empregos. Toda esta situação faz com que a região passa e passará por grandes mudanças.[16] "Todos estão de olho na chegada dos forasteiros: aos milhares, da Bahia, de São Paulo, de Minas Gerais, do Rio de Janeiro". [17:5]

Em relação a infraestrutura os participantes assinalam que: *[...] há um déficit de moradia e há uma necessidade de Rio Grande se ampliar, está aparecendo muitos loteamentos, nem todos são populares, nem tudo é Minha Casa Minha Vida [...] (I_5); [...]Nós não temos habitação para todo esse povo que vem para cá, nos inflacionamos nossa cidade, estamos sentindo na carne todo esse efeito colateral (M_3).*

A preocupação com a moradia conforme manifestado pelos participantes I_5 e M_3 é um dos problemas enfrentados pelo desenvolvimento do município. “Os migrantes enfrentam dificuldades para encontrar moradia”. Destaca também que uma das dificuldades na expansão da construção de imóveis são os prédios tombados e mal conservados que restringem a ampliação do setor imobiliário no centro de Rio Grande. [16] É uma difícil tarefa encontrar moradia na cidade, e os poucos imóveis disponíveis estão supervalorizados. [18:3]

[...] as pessoas que estão vindo para Rio Grande e que aumentaram essa população em no mínimo na nossa visão (atualmente) de 25 a 30 mil novos cidadãos que se incorporam no nosso dia a dia, consequentemente tu imagina casa, comida, rua, automóveis, bicicletas e demanda por serviços de saúde (I_2);[...]Nos estamos preocupados com futuro sim, necessitamos de equilíbrio financeiro para investir na comunidade, então o futuro está sendo um desafio, mas estamos empenhados em cumprir todos os desafios que surgirem[...] (I_5);[...] Acho que ate o presente momento os riograndinos foram competentes, tanto os setores públicos que estão se articulando para dar conta do recado, como a própria população [...] tem muita coisa para fazer [...] (M_2).

O entrevistado I_2, ao referir-se ao *déficit* de diversos serviços, moradia, locomoção, serviços de saúde, alimentação, demonstra estar consciente da situação que o município está enfrentando, o que leva a refletir que além do desenvolvimento econômico, começam aparecer déficit em diversos serviços. Estes fatos necessitam ser avaliados de forma constante, porque toda mudança que acontece em qualquer segmento do município, de forma sistêmica/ecossistemicamente, influencia no todo. Conhecer a situação mais próxima da realidade pode auxiliar no planejamento da infraestrutura, dos serviços a ofertar para a população residente e flutuante do município. O participante I_5 demonstra preocupação com o futuro, entretanto para M_2, existe comprometimento para tentar solucionar esses desafios que estão surgindo. O empenho realizado pelos gestores demonstra na fala do M_2 o comprometimento dos riograndinos em articular-se para dar conta da situação criada e preparar-se para os desafios e desabafa: *[...] tem muita coisa para fazer [...] (M_2)*.

Sistemicamente, todos os acontecimentos se encontram interrelacionados, influenciam e são influenciados, entretanto, quanto mais complexa for a sociedade, mais numerosos os pontos de bifurcação, portanto as leis deterministas não são suficientes quando se procura conhecer o futuro, devem ser substituídas por leis que implicam probabilidades e possibilidades.[19] Nesse conjunto, os serviços de saúde encontram-se pressionados pela demanda do aumento demográfico, mesmo sem conhecer o número de habitantes, mas que aumenta constantemente influenciado pelo desenvolvimento socioeconômico do momento.

Demandas previsíveis na saúde do Rio Grande causadas pelo desenvolvimento socioeconômico do município e crescimento populacional

Olhando para o momento presente do município em estudo, para desvendar a probabilidade do seu futuro, evidencia-se, atualmente, que dispõe de 32 Unidades Básicas de Saúde, das quais 27 funcionam com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e 18 são contempladas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) As equipes da ESF oferecem 47,2% de cobertura à população segundo relatório do primeiro semestre de 2012. Também a secretaria de Saúde conta com Serviços Especiais como o Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU), Laboratório Municipal de análises clínicas; Farmácia Municipal; Serviços de saúde mental e Unidade de Vigilância em Saúde.

[...] Na verdade não se sabe ao certo a população que está morando no município, para poder dar cobertura e atendimento, que procuram as unidades de saúde. [...] E sem saber exatamente nossa população, algumas áreas da estratégia a gente consegue mensurar, [...] em estes dois últimos anos e meio dobrou a população. Então a equipe que está ali não consegue dar mais conta, tinha 700 famílias hoje tem 1500[...] (M_8);[...]Também reforço o perfil epidemiológico,são novas doenças, são demandas reprimidas. E situações como a forma de procura dos serviços [...] (I_4).

O participante M_8 explicita que a população duplicou e consequentemente a procura da demanda de atendimento nas UBS, enquanto o I_4 refere que surgiu um novo perfil epidemiológico, com novas doenças, que fazem que os gestores de saúde necessitem adequar-se a nova realidade para procurar dar atendimento em saúde à população.

Em relação aos leitos hospitalares, o município conta, conforme fala dos participantes, com um total de 542 leitos: *[…] nós na cidade do Rio Grande na atualidade temos na Santa*

Casa 353 leitos, nós aqui do HU temos 189[...] Tenho defasagem de pessoal para o atendimento no hospital, tem, mas tu tinhas 189 leitos a 2 anos atrás , mas a gravidade dos pacientes tem aumentado muito [...](I_1); [...]A gente percebe que a população está crescendo, está mudando muito, as pessoas estão vindo morar, isso tem feito a gente redistribuir, reavaliar [...] (M_8);[...] tem que ter mais hospitais[...](M_3); [...] A complexidade desses pacientes tem aumentado de uma forma absurda, então hoje eu tenho pacientes muitos mais complexos do ponto de vista para atendimento de os que tinha a 2 anos atrás,que mudou essa ideia[...](I_1); [...]Por mais que nós tenhamos feito as melhorias das condições assistenciais [...] com essa estrutura que nós falamos, nós não conseguimos dar conta para essa demanda que esta ai dentro[...] (I_2).

Percebe-se na fala de I_2, M_3, M_8 que a quantidade de leitos hospitalares existentes no município é insuficiente para atender a demanda atual. Por outro lado I_1 pondera que a gravidade e a complexidade dos pacientes aumentou muito. Essa situação interfere tanto na necessidade de investir na qualificação do atendimento, como também, demanda maior número de horas assistenciais dispensados ao usuário comprometendo ainda mais os leitos hospitalares disponíveis. I_2 alerta que em caso de um acidente grave, os hospitais locais não têm como atender e dar suporte aos feridos como em uma grande catástrofe. Portanto, são inúmeras as necessidade de planejamento e procura de soluções para o atendimento em saúde.

Enquanto isso o participante I_4 considera que: [...] *O sistema de saúde do Rio Grande do Sul não é modelo, mas ele ainda é melhor do que em algumas regiões do país. Regiões essas que são origem de boa parte desses trabalhadores. Então enxergar isso e usar esse dado como instrumento para estruturar o sistema de saúde na minha opinião é o fundamental[...] (I_4).*

As considerações realizadas pelo participante I_4 deixa clara a preocupação em relação ao sistema de saúde adotado, considerado pelo mesmo que não é modelo e encaminha para a necessidade de estruturar o sistema de saúde com base nos dados que o município apresenta.
O modelo biomédico, centrado na doença e, portanto hospitalcêntrico, torna-se ineficaz, inoperante e matematicamente impossível de atender a demanda crescente de necessidades da população riograndina.

Essa realidade encaminha o desafio de começar pensar na saúde como algo que deve ser incentivado/estimulado para manter a população saudável e com qualidade de vida. Sabe-se que o estilo de vida, os comportamentos, atitudes e hábitos saudáveis, juntamente com o meio ambiente são responsáveis pela conservação da saúde, somando-os chegam a alcançar mais de 80% na preservação de uma vida saudável e com maior qualidade de vida. É necessário voltar o olhar para a promoção da saúde e prevenção da doença. Destaca-se que esse é um aspecto sobre o qual o enfermeiro possui largo conhecimento científico e prático, conforme exaltado pelos participantes: *[...] é uma profissão fundamental na saúde e acredito que estejam se preparando para atender esse aumento populacional [...] (I_5); [...] Ela é essencial, ela que canaliza e ela catalisa esse processo inclusive da intersetorialidade, isso é fundamental. Nós vemos a enfermagem atuando nessas pontas e fazendo acontecer [...] (I_1); [...] Vejo este profissional como uma das bases fundamentais da saúde [...] (I_3); [...] Inclusive este aumento da demanda o enfermeiro está dando conta dela, ele é encarregado da equipe e faz um grande esforço para dar conta da demanda [...] (M_8); [...] uma profissão fundamental na saúde [...] (M_1).*

Frente ao contexto atual, percebe-se a participação da enfermagem preparada para desempenhar suas funções, por meio de suas habilidades e interações e, assim, atuar e dar conta da demanda, mesmo num momento de crescimento populacional exponencial. Realiza a sua prática em equipe de forma interindependente, cooperativa, negociando e demonstrando domínio de seu trabalho e conhecimento de enfermagem. [20] Portanto, é considerada um pilar fundamental na saúde e em todo este processo da saúde, que o município vem enfrentando, busca melhorar a sua prática profissional em benefício da coletividade.

Para participar desse processo, o profissional enfermeiro necessita estar inserido de forma ativa com a comunidade, seja educando, gerenciando, cuidando, pesquisando:

"[...] da gerência do cuidado, a formação e a instrumentalização do enfermeiro para a ampliação da rede de relações são imprescindíveis para gerar interações que o habilite para atitudes que dêem conta do domínio da prática do trabalho coletivo, de interdependência, complementaridade, compartilhamento, cooperação, competição, consenso, negociação, demonstrando domínio da especificidade do trabalho e/ou do conhecimento da enfermagem". [20:676]

Atualmente, para uma população de 197.228 habitantes, segundo IBGE de 2010, o município disponibiliza 542 leitos que conforme depoimentos são insuficientes para atender a população que necessita internar-se, então com a duplicação da população, alcançando a cifra de 400.000 à 450.000, consoante, algumas projeções constata-se a inviabilidade de investimentos em curto espaço de tempo para no mínimo passar dos 542 para 1.084 leitos. Além da inviabilidade de disponibilizar, rapidamente, um grande número de leitos, o investimento é elevado, não consegue dar cobertura à saúde para a demanda crescente e não contempla o princípio da integralidade da saúde. Entretanto, entende-se que o processo de transformação da sociedade, ou seja, nos múltiplos segmentos socioeconômicos, culturais, tecnológicos, políticos, educacionais, bem como as descobertas e os avanços científicos interferem na maneira de pensar, sentir e agir do ser humano e consequentemente, no seu processo saúde e doença. O processo é irreversível e o desafio está colocado, em um contexto de possibilidades.

Então, qual a estratégia que possibilita melhores resultados para a saúde da população?

Corrobora-se com a Política Nacional de Promoção da Saúde [21] que considera a Promoção da saúde: "[...] como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde." [21:10]

Ao conjeturar e ousar reconfigurar o sistema de saúde, o propósito deve apoiar-se no marco conceitual do modelo da Promoção da saúde, um sistema assistencial abrangente, efetivo com viabilidade de atender as mutidimensionalidades do ser humano, integrando a promoção, prevenção e recuperação num formato sistêmico. Ao perceber o ser humano nas dimensões biológicas, sociais, psicológicas e espirituais e suas relações com o meio ambiente formando um todo indivisível, cria-se a expectativa e a necessidade de abandonar o modelo biomédico, centrado na doença e que já não consegue atender a demanda atual e propor a instituição do modelo da promoção da saúde, com base no pensamento sistêmico.

"O pensamento sistêmico é pensamento de processo e, por conseguinte, a visão sistêmica encara a saúde em termos de um processo contínuo [...] a condição de uma pessoa depende sempre, em alto grau, de seu meio ambiente natural e social, não pode haver um nível absoluto de saúde que seja independente desse meio ambiente". [22:301]

Nesse modelo de saúde a atenção é integral, o cuidado envolve a equipe multiprofissional exercendo a interdisciplinaridade como mediadora das necessidades de saúde. O sujeito/usuário é proativo, agente de sua saúde, é capaz de influenciar a sua família e a comunidade para juntar-se aos demais em prol de uma melhor qualidade de vida. Portanto, a sua participação ativa se torna indispensável para manter e ou recuperar a sua saúde. O exercício da interdisciplinaridade da equipe multiprofissional, ao valer-se do diálogo, é uma ferramenta imprescindível para viabilizar a promoção em saúde e potencializar o crescimento do saber entre os profissionais da saúde e, também, para capacitar o usuário e a equipe que participam da assistência. A responsabilização do usuário deve ser inserida de forma gradativa, após a capacitação.

Considerações Finais

A promoção da saúde pode ser considerada um modelo de saúde capaz de enfrentar os desafios referentes à saúde e qualidade de vida do indivíduo e da população de um espaço determinado.

As instituições hospitalares, na perspectiva desse modelo tornam-se participantes do processo de saúde, mas com atribuições para o atendimento de eventos agudos. São espaços munidos de infraestrutura física, equipamentos, recursos humanos e tecnológicos e uso de tecnologias compatíveis à complexidade das necessidades da população a ser atendida. Entretanto, o modelo da promoção prevê a diminuição drástica nas internações hospitalares porque busca auxiliar a modificar o estilo de vida das pessoas, tornando-o mais saudável, ao realizar a capacitação dos participantes a cuidar de sua saúde, responsabilizando-os a participar ativamente nesse processo. Destaca-se que o estilo de vida, não saudável,

juntamente com as condições inadequadas do meio ambiente e a falta de serviços de saúde são fatores responsáveis pelo desencadeamento de grande parte das doenças, estima-se que eles representam em torno de 83% das morbidades.

Os gestores, como mediadores dessa mudança da sociedade precisam estimular, mediar e auxiliar, primeiramente, a implementar o novo modelo e encontrar, junto com a sociedade, as melhores estratégias para solucionar as necessidades. Além disso, precisam compartilhar com a sociedade oferecendo condições de infraestrutura, recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade que permitam a sua viabilidade e sustentabilidade, respeitando os princípios filosóficos e organizativos do SUS.

Esse modelo, necessariamente, trabalha com a intersetorialidade entre os serviços e instituições que constituem a sociedade riograndina, congregando os esforços para uma sociedade mais saudável, de maior qualidade de vida e mais feliz. Nesse conjunto deve destacar-se a equipe multidisciplinar da saúde que, de forma interdisciplinar, produz saúde no coletivo com a participação ativa da sociedade. Portanto, o modelo da promoção da saúde precisa ser projetado e implementado com a participação de cada cidadão que faz parte do ecossistema riograndino de forma integrada e inter-relacionada.

Destaca-se que uma comunidade que se encontra em crescimento exponencial necessita ser acompanha, constantemente, para redimensionar os serviços de saúde e todos os outros, porque influenciam e são influenciados, para atender as necessidades da população, pois as demandas crescem e aumentam conforme a expansão da realidade populacional.

Referências

1- Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília 1988.

2- Brasil. Ministério da Saúde. *O SUS no seu município*: garantindo saúde para todos. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª ed. Brasília: Ed MS, 2009.

3-Santos, MC.; Siqueira, HCH.; Silva, JRS. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm*, v.30, p.437-44, 2009.

4- Milioli, G. *O pensamento ecossistêmico para uma visão de sociedade e natureza e para o gerenciamento integrado de recursos*. Desenvolvimento e Meio Ambiente, n. 15, p. 75-87, jan./jun.Curitiba: Ed. UFPR, 2007.

5- Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Relatório Final*. Disponível para visualização em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2013.

6- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos* (Res. CNS n° 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

7- Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

8- Scliar, M. História do Conceito de Saúde PHYSIS: *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

9. Capra, F. *A teia da vida*. 13ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

10- Silva, JRS. *Sistema Único de Saúde:* modalidades de atendimento e suas inter-relações – um olhar da enfermagem [dissertação]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande, FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.

11- Feijó, FT.; Leivas, PHS. Possíveis impactos socioeconômicos no rio grande do sul com a implantação do polo naval e offshore de rio grande. In: DOMINGUES, MVR (Org.). *Desenvolvimento e consolidação do polo naval e Offshore de Rio Grande.* Rio Grande: FURG, 2009.

12- Rio Grande. Plataforma de petróleo P-55 deixa o polo naval de Rio Grande, RS Disponível em: g1.globo.com/.../rio-grande.../plataforma-de-petroleo-p-55-deixa-o-polo...Acesso 13 de outubro de 2013.

13- Trugillo, MCR. IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível para visualização em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=rs. Acesso em 02 de setembro de 2012.

14- Domingues, MVR (Org.). Desenvolvimento e consolidação do polo naval e Offshore de Rio Grande. Rio Grande: FURG, 2009.

15- Ferreira, M. Em dez anos Rio Grande será uma nova cidade. *Diário Popular.* Pelotas, 12 dez, 2009, p.07.

16- Sônego, D. Extremo sul renasce com polo. *Brasil Econômico*, São Paulo, ano 2, n. 118, p. 4-8, mar. 2010.

17- Mazui, G. Com investimentos bilionários no polo naval, uma das mais antigas cidades do Estado desemperra sua estagnada economia. *Zero Hora*, Porto Alegre, 4 abr. 2010. Caderno Dinheiro, 5 p.

18- Feijó, FT; Madono DT. Polo naval do Rio Grande : potencialidades, fragilidades e a questão da migração . Porto Alegre: UFRGS/FCE/DERI, 2013.

19- Prigogine, I. *Ciência, razão e paixão*. São Paulo: Livraria da Física, 2009.

20- Erdmann, AL. et. al. Sistema de cuidados em enfermagem e saúde: as interações vivenciadas nos grupos de pesquisa.*Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 8(4): 675-682, Out/Dez. 2009.

21- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

22- Capra, F. Ponto de Mutação. 30ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

5.3 TERCEIRO ARTIGO

POLO NAVAL DO RIO GRANDE E A SAÚDE NA VISÃO ECOSSISTÊMICA: APORTES DA ENFERMAGEM*

NAVAL SITE OF RIO GRANDE AND THE HEALTH IN THE ECOSYSTEMIC VIEW: CONTRIBUTIONS OF NURSING

POLO NAVAL DEL RÍO GRANDE Y LA SALUD EN LA VISIÓN ECOSISTÉMICA: APORTES DE LA ENFERMERÍA

Jose Richard de Sosa Silva[15]

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[16]

Resumo: O polo naval do Rio Grande, implantado em 2006, transformou o município e grandes mudanças se revelam em todos os setores produtivos, principalmente, na saúde. Objetiva-se, na visão ecossistêmica, analisar os impactos da implantação do polo naval na saúde do município do Rio Grande e verificar a participação da enfermagem nesse processo. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com oito secretários municipais e cinco diretores/presidentes de instituições que prestam cuidado à saúde da população. O material empírico foi analisado pelo método da análise de conteúdo. Os resultados apontam que a saúde se encontra impactada e há necessidade de encontrar/delinear estratégias para solucionar os problemas que se manifestam constantemente. A opção pela intersetorialidade, adotada como estratégia da gestão municipal, poderá representar um caminho a ser seguido para alterar o modelo de saúde centrado na doença para o da promoção da saúde.
Descritores: Sistema Único de Saúde; Ecossistema; Saúde; Enfermagem.

Abstract: The Naval site of Rio Grande, established in 2006, transformed the Municipality and major changes appeared in all productive sectors, particularly in health. The objective is, on the ecosystemic view, to analyze the impact of the deployment of naval site in health of Rio Grande and verify the role of nursing in this process. It's a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Data were recolected through semi-structured interviews with eight municipal secretaries and five directors/presidents of institutions that provide health care for the population. The empirical material was analyzed by the content analysis method. The

---

*Extraído da Tese: Silva, José Richard de Sosa. Reconfiguração do Sistema Único de Saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande: contribuições do enfermeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGEnf/ FURG), 2013. Artigo a ser encaminhado para a Revista Brasileira de Enfermagem. As normas podem ser acessadas em: http://www.textoecontexto.ufsc.br/

[15] Enfermeiro, Mestre em Enfermagem e Doutorando do Programa de Pós Graduação em de Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG); Membro do Grupo de estudo e pesquisa - Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). Pelotas/RS/Brasil.Rua Padre Felicio 348 ap 303 Pelotas/RS. Fone (53) 32256102, (53) 81348124 E-mail: jrichard.sosa@gmail.com

[16] Enfermeira, Administradora Hospitalar, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, Professora Titular, Emérita da FURG, Docente permanente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da FURG. Líder do Grupo de estudo e pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). E-mail: hedihs@terra.com.br

results indicate that health is impacted and there is a need to find / devise strategies to solve the problems that arise constantly. The choice of intersectionality, adopted as a strategy of municipal management, may represent a path to be followed to change the health care model centered on disease for health promotion.
Key words: Unified Health System; Ecosystem ; Health; Nursing

Resumen: El polo naval del Río Grande, implantado en 2006, transformó el municipio y grandes cambios se revelan en todos los sectores productivos, principalmente, en la salud. Se tuvo por objetivo a través de la visión ecosistémica, analizar los impactos de la implantación del polo naval en la salud del municipio del Río Grande y verificar la participación de la enfermería en ese proceso. El método aplicado es investigación descriptiva-exploratoria con abordaje cualitativo. Los datos fueron colectados por medio de entrevista semi-estructurada con ocho secretarios municipales y cinco directores/presidentes de instituciones que prestan cuidado a la salud de la población. El material empírico fue analizado por el método del análisis de contenido. Los resultados apuntan que la salud se encuentra impactada y hay necesidad de encontrar/delinear estrategias para solucionar los problemas que se manifiestan constantemente. La opción por la intersetorialidade, adoptada como estrategia de la gestión municipal, podrá representar un camino a ser seguido para alterar el modelo de salud centrado en la enfermedad para el de la promoción de la salud
Palabras clave: Sistema Único de Salud; Ecosistema; Salud; Enfermería

Introdução

O município do Rio Grande, com 197.228 mil habitantes[1] está situado no extremo sul do Brasil, distante 310 km da capital do estado, Porto Alegre - RS. Limita-se ao norte com o município de Pelotas e Lagoa dos Patos; ao sul com Santa Vitória do Palmar; ao leste com o Oceano Atlântico e Canal do Rio Grande; ao oeste com Pelotas, Arroio Grande e Lagoa Mirim.[2]

Sua altitude é de dois metros acima do nível do mar, com um clima subtropical marítimo, com temperatura mínima de 2° C e média normal de 13,4° C no inverno; no verão a temperatura mínima é de 18° C e a média normal é de 22,6° C. É notável registrar que encontra-se no seu espaço parte da Reserva Ecológica do Taim e a Praia do Cassino, considerada a maior em extensão do mundo, pois se estende ao longo do oceano Altântico por 212 km.

Ao longo de sua história política e econômica, a cidade do Rio Grande sofreu periodos de desaceleração econômica, mas aos poucos, sua configuração geográfica, tornou-se favorável para um novo caminho que a direcionou a ramificações diversas e, assim, se encontra em expansão crescente.

A expansão e progesso atual possui como fonte desencadeadora a redefinição, em 2003, da política pública da construção naval no Brasil, criando polos regionais com o objetivo de " descentralizar a indústria, aproveitar as vantagens comparativas existentes, a

partir de terrenos com acesso ao mar, em condições de receber estaleiros que demandas grandes áreas de armazenagem, oficinas, diques secos e cais de acabamento”. [3] Rio Grande, ao enquadrar-se nos critérios estabelecidos foi eleita em 2006 para abrigar o polo naval do Rio Grande.

A implantação do Polo Naval na cidade de Rio Grande teve início em 2006 com o planejamento da construção da plataforma P-53, a primeira plataforma feita em Rio Grande, concluída em 2008. Após a construção da P-53, iniciaram-se os projetos para a construção de mais duas plataformas, a P-55 e a P-63, as obras iniciaram em 2009 e 2010, respectivamente. A estrutura também conta com o Estaleiro Rio Grande (ERG I) construído em 2009 e inaugurado em 2010 e com novos projetos para o ERG II, com início em 2010 e o projeto do ERG III, não iniciado. [4]

O Polo Naval, juntamente com esses empreendimentos, atrai um grande número de trabalhadores de outras regiões do Brasil. Essa realidade muda, não apenas a panorama do *lócus* riograndino, mas traz no seu bojo necessidades a serem atendidas pelos setores produtivos, causando um grande estrangulamento/compressão, e até mesmo um choque cultural, especialmente o da saúde.

Estudo [5] afirma que todos os setores serão afetados e cita como exemplo o aumento na rede municipal de ensino pela procura de vagas que apresentava um acréscimo de 0,6 a 1% ao ano, e foi para 10% em 2009. Calcula-se que a frota de veículos passará de 75,1 mil para 220 mil e orçamento municipal de R$ 210 milhões para R$ 800 milhões, estimando-se para o ano de 2020 uma população de 450 mil moradores. Afirma, ainda, que são seis as prioridades do município: saúde, habitação, educação, transporte, segurança e capacitação profissional. Para tanto, todas as terças feiras um grupo gestor, criado para discutir e trocar informações e fazer projetos se reúne, para atender esta futura demanda, pois o município se transformará, e segundo os pesquisadores, o processo é irreversível.

Frente a esse cenário, os autores [3-4] salientam e permitem a reflexão a respeito de quais serão os impactos dos investimentos motivados pela instalação do Polo Naval e *Offshore* no município do Rio Grande em toda a cadeia de produtos, ações e serviços no estado e comentam: “ O redesenho econômico do extremo sul do Brasil está traçado. Até 2015, Rio Grande deve gerar entre 20 e 25 mil empregos diretos. Para cada cidadão colocado no mercado formal, outros três entram na cadeia de forma indireta. Projeções da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e da prefeitura demonstram que a população, pode dobrar, [...] O carro-chefe é a Petrobras que, em uma década, deverá aplicar R$ 9,8 bilhões e gerar 9,6

mil empregos diretos - entre as plataformas P-55 e P-63 e a construção de oito cascos, para alimentar a estrutura destinada ao pré-sal" [5:7]

Atualmente, o pólo naval do Rio de Grande do Sul se expande em dois municípios: em Rio Grande, com os estaleiros Rio Grande e Quip; ~~e~~ com o Estaleiro Brasil (EBR), em São José do Norte, e com as unidades industriais localizadas em Charqueadas. [3] A situação apresentada vem permeada de inúmeros questionamentos, em especial, quanto à saúde da população: Quais são e serão os desafios a serem enfrentados? Como conseguir atender a demanda se a população duplicar? Como atingir a meta saúde para todos atendendo os princípios do SUS? Qual a participação da enfermagem nessa nova realidade riograndina?

Justifica-se o estudo com base conceitual e interrelacional da saúde, enfermagem e os aspectos culturais produzidos pela sociedade, principalmente quando acontecem grandes mudanças migratórias, produzidas pelo desenvolvimento econômico num espaço específico. Cada indivíduo que troca seu espaço de trabalho e de vida, traz consigo a bagagem cultural de sua história, construída ao longo da sua vida, repleta de desejos, sentimentos e saberes que constitui a sua forma própria de ver o mundo e de viver/conviver em grupo.

Objetiva-se analisar os impactos da implantação do polo naval na saúde do município do Rio Grande, na visão ecossistêmica e verificar a participação da enfermagem nesse processo.

Metodologia

A metodologia utilizada foi de cunho descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no município do Rio Grande/ RS, junto às secretarias que compõem a comuna, identificados com a letra M e as instituições/ integrantes da saúde do município que oferecem atendimento à população por meio do SUS, identificados com a letra I. A coleta de dados teve início após apreciação do projeto pelo Comitê de Ética da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, cujo protocolo de aprovação teve o nº 023/2012 e foi realizada no período de 01/12/2012 a 30/03/2013 por meio da entrevista semiestruturada. Os 13 sujeitos entrevistados foram constituídos por 08 secretários de secretarias do município do Rio Grande e 05 instituições que oferecem atendimento à população do SUS do referido município. Os sujeitos foram contatados e convidados para participar da pesquisa via telefone e/ou pessoalmente, momento em que foi explicado o objetivo da pesquisa, sua relevância e a importância da sua participação. Após o aceite, foi agendado local, data e hora para realizar a entrevista, que teve caráter confidencial garantindo o anonimato das informações e foram respeitados os preceitos éticos exigidos pela Resolução Nº. 196/96 do Ministério da Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e os preceitos éticos profissionais. [6]

A análise dos dados baseou-se no método de Análise de Conteúdo, que permite a descrição objetiva, sistemática da análise das comunicações. [7]

Da analise dos dados surgiram as categorias: Relações intersetoriais das secretarias e Instituições de saúde do município do Rio Grande que atendem a população pelo SUS, na visão ecossistêmica; Intrasetorialidade: ações/serviços e projetos desenvolvidos para atender a população do SUS; Demandas previsíveis na saúde do Rio Grande causadas pelo desenvolvimento socioeconômico do município; Contribuições do enfermeiro nas demandas da saúde no município do Rio Grande desencadeadas pelo desenvolvimento socioeconômico e crescimento demográfico.

Resultados e Discussão

Polo naval do Rio Grande e a saúde

"Com a inauguração do Polo Naval de Rio Grande, a indústria naval brasileira iniciou a produção de oito plataformas em série, padronizadas. Quase todas as plataformas em produção do mundo são feitas a partir da reforma de navios". [...]. Existe uma grande diferença no Polo Naval do Rio Grande entre os existentes mundialmente, pois "[...] além de receber o primeiro dique seco brasileiro capaz de produzir plataformas em série, com 350 metros de comprimento e 130 metros de largura, o complexo gaúcho ainda recebe bilhões de reais de investimentos privados associados ao projeto" [8:1]

Um investimento dessa envergadura, em pleno século XXI, traz consigo importantes mudanças demográficas, socioeconômicas, culturais que se refletem em todos os setores do município e, principalmente na saúde. Portanto, existem grandes desafios a serem superados, o que exige um pensar integrado e interconectado, pois cada ação produzida se inter-relaciona com as demais, influenciando e sendo influenciando. [9,10]

A saúde, atualmente, é percebida não apenas como a ausência da doença, e sim resultante de vários fatores, conforme o conceito ampliado definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde.[11] Portanto, sofre modificações na sua concepção, na medida em que surgem novos conhecimentos, novas tecnologias, discussões e compreensões a seu respeito. Ela reflete a situação social, econômica, política e cultural da sociedade. [12]

Com base nessa assertiva a saúde possui diferentes interpretações e representações para as pessoas. Seu conceito é explicado conforme a época histórica, lugar, classe social, crenças, valores individuais, concepções científicas, religiosas, culturais e filosóficas da sociedade. Dessa forma, para compreender a situação de saúde de um individuo e/ou de uma coletividade é necessário considerar as suas relações com o meio físico, social, ~~e~~ cultural,

político e espiritual, ou seja, o ecossistema no qual o indivíduo, ou o grupo social se encontra inserido e nele se desenvolve. Diversas tentativas são realizadas no intuito de conceituar a saúde, que recebe interpretações conforme o período histórico em que é vivenciado e com base nas vivências e experiências do ser humano e/ou do grupo social.

Etimologicamente, o vocábulo saúde se origina do latim *sallus* que significa integridade do bem-estar do ser humano no meio em que vive, se desenvolve e trabalha. Essa abrangência conceitual compreende não somente o ser humano com suas multidimensionalidades: biológica, social, psicológica e espiritual, mas os demais elementos que integram o espaço no qual vive, trabalha e interage. A preocupação com a saúde acompanha diversas abordagens históricas da humanidade e envolve implicações políticas, legais, sociais e econômicas e especialmente a visão que se tem do mundo e do próprio ser humano. Nessa perspectiva várias configurações de saúde foram experienciadas e vivenciadas pela humanidade ao longo dos tempos.

A Constituição de 1988 transformou o modelo da saúde do Brasil, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo o acesso de toda população aos serviços de saúde, restrito anteriormente, apenas aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. O restante da população era excluído e quando necessitavam de assistência procuravam as instituições filantrópicas. O SUS surgiu como uma nova dinâmica de reordenamento e organização dos serviços e ações de saúde, universalizando o atendimento à saúde para todos os cidadãos.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde: “O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania, isso porque este sistema insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social”. [11:24]

As mudanças que se operam em qualquer setor da sociedade, aqui especificamente do Rio Grande, se ramificam, se inter-relacionam [12-13] e, de forma sistêmica/ecossistêmica, atingem os demais sistemas. Assim, cada modificação introduzida num setor, serviço, repercute de forma positiva e ou negativa na totalidade que forma o município. As mudanças demográficas, culturais, econômicas, entre outras, fazem do Rio Grande um município em transformação, ou seja, em construção e reconstrução atingindo setores importantes, entre eles, o da saúde.

"O redesenho econômico do extremo sul está traçado. até 2015, Rio Grande deve gerar entre 20 e 25 mil empregos diretos. Para cada cidadão colocado no mercado formal, outros três entram na cadeia (produtiva) de forma indireta. Projeções da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e da Prefeitura demonstram que a população, pode dobrar, [...] O carro-chefe é a Petrobras que, em uma década, deverá aplicar R$ 9,8 bilhões e gerar 9,6 mil empregos diretos - entre as plataformas P-55 e P-63 e a construção de oito cascos, para alimentar a estrutura destinada ao pré-sal". [5:7]

A crescente migração populacional, atraída pelos expressivos investimentos, traz consigo suas vivências, suas histórias vividas, como suas experiências, ~~e~~ seus hábitos e maneiras de ser, que podem causar perplexidades nos riograndinos que possuem outros modos de vida, desencadeando [13] o caos e a instabilidade, porém para o autor, estes princípios refletidos, ecossistemicamente, são positivos, pois geram uma nova ordem a partir da desordem vigente.

Esses desconfortos podem ser percebidos em falas dos participantes dessa pesquisa: [...] *Nós estamos sofrendo na cidade um choque cultural, até porque vem gente de tudo que é lugar pra região sul, principalmente do norte e nordeste e eles tem um comportamento lá totalmente diferente do comportamento da sociedade gaucha, então estamos sofrendo esse choque cultural [...](M$_3$); [...]Vai ter que ter uma mudança cultural[...] (I$_4$).*

As mudanças que se processam, de maneira constante, nos múltiplos segmentos socioeconômicos, culturais, tecnológicos, políticos, bem como as descobertas e os avanços científicos interferem na maneira de pensar, sentir e agir do ser humano e consequentemente, no seu processo saúde/doença e o da coletividade.

O choque cultural pode ser caracterizado pela desorientação, incerteza, anseios sentidos pelas pessoas ao conviver com uma diferente e desconhecida cultura ou ambiente social. No caso dos riograndinos, mesmo continuando no seu *habitat* estão a sofrer esse choque cultural, pois houve/há um crescimento populacional exponencial que ultrapassa a possibilidade de adequações cultuais próprias. Os comportamentos distintos terão influência nos hábitos, atitudes e comportamentos[14], mas também serão influenciados pelos riograndinos, surgindo, assim atitudes e condutas novas, adaptadas ecossistemicamente entre os diversos grupos que vão formando a nova sociedade interativa e interconectada.

Pesquisa demonstra que o preço dos imóveis aumentaram, em média, no período de 2000 a 2006, 70%. Entretanto, um incremento superior a 330% fez sentir com a implantação do pólo naval – 2006 a 2012 [4].

Percebe-se que existe uma impactante situação inflacionária que se faz sentir não somente na área imobiliária, mas empiricamente em toda rede produtiva do município justificada pela lei da procura e oferta e, supostamente, também pelas alterações da renda per capita.

Os aspectos culturais trazidos pelo grupo migratório e os próprios da população riograndina conjeturam novas formas de cuidar da saúde. Os serviços e as ações de saúde, já insuficientes para a demanda da população atual precisam ser compartilhados com o grande número de trabalhadores e seus familiares, que são atraídos pelas possibilidades de trabalho dos empreendimentos do pólo naval.

Nesse contexto, como conseguir atender a integralidade da saúde da população com esse crescimento demográfico, extrapolando, até mesmo, as necessidades mais prementes da população? Como atender a premissa constitucional?

A perplexidade manifestada nas falas dos participantes, não deixa dúvida que o município encontra-se diante de uma realidade inusitada: *[...] Estamos frente a um grande desafio (M_1). [...] Meu olhar e minha preocupação com respeito a saúde é que está difícil (M_2)[...] A gente percebe que a população esta crescendo, está mudando muito, as pessoas estão vindo a morar, isso tem feito a gente redistribuir, reavaliar [...] Na verdade não se sabe ao certo a população que está morando no município, para poder dar cobertura e atendimento, aos que procuram as unidades de saúde.[...] Então a equipe que esta ali não consegue dar mais conta[...] tinha 700 famílias hoje tem 1500*[...] *(M_8); [...]Eu focaria minha resposta, principalmente, nas alterações dos padrões de consumo em saúde decorrentes de uma mudança de perfil etário, a gente ta atraindo por um lado um maior contingente de gente jovem, mas que trás consigo analisando o perfil epidemiológico das regiões de origem, algumas demandas reprimidas em saúde (I_4); [...]a saúde está sendo impactada, como por ex, o incremento da drogadição,como por ex nas campanhas de vacinação a dificuldade que se tem de convencer essas pessoas que são de culturas de fora a trabalhar a prevenção da saúde.Então a área da saúde foi extremamente impactada,é um desafio enorme dos gestores de saúde (M_5); [...] A complexidade desses pacientes tem aumentado de uma forma absurda, então hoje eu tenho pacientes muitos mais complexos do ponto de vista para atendimento de os que tinha a 2 anos atrás,que mudou essa ideia[...](I_1).*

O desafio dos gestores de saúde, apontado pelo M_1, M_2, M_5, M_8, I_1, I_4 leva a considerar que os problemas que se apresentam na saúde são de difícil solução e exigem habilidades para encontrar os caminhos mais apropriados para conseguir propiciar cobertura e atendimento, aos que procuram as unidades de saúde.

Apesar desta preocupação e problemática exposta em que se apresenta o setor saúde congregando às inúmeras incertezas e bifurcações deve-se considerar que para suprir a demanda existente e delinear uma nova trajetória no setor saúde, faz-se necessário um ecossistema pautado na promoção da saúde. Isso porque na perspectiva da promoção da saúde o ser humano inserido neste ecossistema é capaz de refletir sobre si mesmo, acera das questões de saúde e desafiar seu próprio pensamento, permitindo examinar suas ideias, pensamentos, bem como, os dos outros integrantes do ecossistema e deste modo tornar-se participante ativo na construção de um processo dinâmico de rede interconectada/integrativa. [9]

Essa averiguação e redistribuição leva a entender que os parcos recursos materiais e humanos, nem sempre conseguem dar cobertura para as necessidades criadas frente as mudanças constantes e que se modificam conforme novos trabalhadores migram para ocupar postos de trabalho no pólo naval.

A mudança no perfil epidemiológico, a questão da cultura em relação a prevenção da saúde apontada pelo M_5 e a complexidade das patologias dos pacientes, conforme aponta I_1, exigem mudanças no setor saúde, seja da internação e ou da área de atenção básica. Essa bifurcação de necessidades e suas múltiplas ramificações [10, 13] são próprias das relações dinâmicas que se estabelecem entre os elementos que constituem o ecossistema de certo espaço.

As dificuldades sentidas com o crescimento demográfico não se restringem somente a um ou outro segmento da sociedade. Olhando ecossistemicamente para a população que atualmente integra e os que ainda irão se associar a essa realidade, abrangem todos os segmentos. Então, as ações de adaptação e reorganização necessitam um olhar integral e coletivo para encontrar as melhores soluções dos problemas que se manifestam inter-relacionadas e interdependentes, ainda que alguns pareçam apresentar maior urgência conforme colocado por alguns participantes em relação a realidade hospitalar e da atenção básica : *[...] nós na cidade do rio grande, na atualidade temos na Santa Casa tem 353 leitos, nós de aqui do HU temos 189[...] (I_1); [...]tem que ter mais hospitais[...](M_3); [...]Tenho defasagem de pessoal para o atendimento no hospital, tem, mas tu tinhas 189 leitos a 2 anos atrás , mas a gravidade dos pacientes tem aumentado muito [...](I_1).*

As Unidades básicas fornecem cobertura em 47,2% para a atual demanda. Com o crescimento demográfico, conforme já anunciado, é preciso investir para elevar o atendimento e chegar a cifra dos 100%. Entretanto, essa proposição, esbarra em problema burocrático em relação a contratação de profissionais, conforme fala de M_8: *[...]mas eu quero um movimento*

no serviço de saúde que não é rápido ,que é a contratação de profissionais, então temos a falta de concurso, uma salvo contratação emergencial, mas necessitamos de uma continuidade no atendimento. Temos um grande desfio pela frente [...] (M_8).

Percebe-se pelas explanações a ênfase no aspecto hospitalocêntrico, porém a mudança deste contexto, em especial do setor saúde, deve apontar para a mudança de pensamento, de ação/reflexão e delinear aspectos de promoção da saúde, pois o cuidado primário perpassa, pela cultura, pelos hábitos, comportamentos e atitudes.

Alguns projetos já estão sendo propostos para minimizar as dificuldades que o município está enfrentando no serviço de saúde: *[...] uma proposta de fazer um horário estendido para o CAP 3 , eles trabalham manhã e tarde, estender para a noite, com a oportunidade de ter 1 ou 2 leitos de observação, para permanecer pacientes se necessário, para quando paciente precisa de manejo e tal (M_8); [...]a universidade a partir do ano que vem (2014) vai trabalhar com a comunidade oferecendo cursos de capacitação, lógico que com foco no modelo assistencial e de gestão, pretendido pelo hospital, mas que automaticamente vai gerar uma capacitação geral para preparar mão de obra [...] (I_4);[...] penso que a secretaria de cultura tem seu papel fundamental neste processo. Levar a população oportunidades de teatro, música, oferecer este lazer, vai influenciar na saúde da população de forma positiva (M_1); [...] Isso tudo pressiona o atendimento [...] estamos tentando pressionar o gestor municipal para buscar algumas alternativas que possam favorecer o trabalho. Por exemplo: fazer com que a rede de atendimento em RG seja informatizada [...] (I_1).*

Todas essas tentativas e experiências, certamente, terão a possibilidade de diminuir as defasagens que se manifestam na saúde da população, mas não indicam uma solução para modificar significativamente e de forma integral, conforme preceituam os princípios filosóficos e organizativos do SUS. Uma proposta capaz de solucionar a grande defasagem no atendimento à saúde da população, seguramente, necessita tomar como base. [15] A realidade abordada pelos secretários municipais e diretores de instituições que prestam assistência a saúde ratifica a necessidade de implementação de um modelo que propicie cobertura de saúde à população conforme garantia pela Constituição Brasileira de 1988 e levando em consideração o conceito ampliado de saúde. Nessa acepção, um passo importante já se encontra implantado entre as secretarias municipais e, também, num leque mais amplo com as instituições que prestam serviços à saúde, bem como, outras corporações do município, entre as quais, a Universidade Federal do Rio Grande (FURG) *[...] A intersetorialidade foi proposta como projeto do governo, deste último governo[...] Então no programa do governo*

que depois nos implementamos com decretos dai a criação do Comitê Gestor Social. O que é um comitê gestor social? é uma ferramenta de trabalho do governo para provocar a intersetorialidade e a transversalidade, nas decisões [...] (M_5).

Essa ferramenta corresponde a um dos cinco princípios do modelo da promoção da saúde Intersetorialidade, equidade, sustentabilidade, empoderamento e participação pública. Esses princípios apoiadores devem ser expressos por estratégias passíveis de produzir resultados favoráveis para a saúde da população desenvolvendo políticas públicas saudáveis, reorientando os serviços de saúde com ênfase na saúde, criando ambientes de apoio para a promoção e prevenção da saúde, fortalecendo ações comunitárias de conscientização para a prática da promoção e prevenção da saúde e capacitando e responsabilizando toda a população para manter-se saudáveis[14].

A Política Nacional da promoção da saúde busca ampliar e qualificar as ações de promoção tanto nos serviços, como na gestão da saúde do SUS. Neste sentido, ela pode ser vista como uma estratégia a produzir saúde, mas é preciso ampliar sua abrangência incluindo os problemas e necessidades de saúde da população incluindo seus condicionantes e determinantes, oferecendo escolhas e oportunidades para uma vida saudável.

A vida saudável inclui de forma abrangente o cuidado "com trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e ambiente de trabalho; alimentação para todos, segundo as suas necessidades. Moradia higiênica e digna; educação e informação plenas; qualidade adequada do meio ambiente; transporte seguro e acessível; repouso lazer e segurança; participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito a liberdade, à livre organização e expressão; acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis". [16:5]

Perceber o cuidado à saúde nessas dimensões significa uma mudança nos hábitos de trabalhar, viver e conviver denota estilo de vida saudável e cuidado com o meio ambiente, protegendo suas fontes naturais. O desenvolvimento socioeconômico precisa beneficiar a saúde e a qualidade de vida do homem e não somente gerar riquezas e deteriorar o meio ambiente, mas buscando promover a vida, a saúde.

A promoção da saúde, necessariamente precisa ser apontada de uma forma mais coerente e positiva para solucionar os grandes desafios em relação à saúde. Entretanto, ela pode assinalar para uma melhor qualidade de vida ao delinear, como estratégia, a capacitação das pessoas e a responsabilização das pessoas pela sua saúde. Essas medidas precisam ser mediadas pelos gestores, oferecendo o suporte necessário para o efetivo cumprimento dessas estratégias e compartilhando com a sociedade a adequação do modelo da promoção. As ações

de saúde são compartilhadas com as pessoas por meio de uma equipe multi e interdisciplinar, trocando idéias, discutindo estratégias e construindo o conhecimento juntamente com os usuários. Estes aspectos estão em consonância com os ecossistêmicos permitindo a interconectividade de ações, pensamento, saberes e fazer, gerando autonomia do indivíduo em elação a sua saúde e minimizando os processos mórbidos.

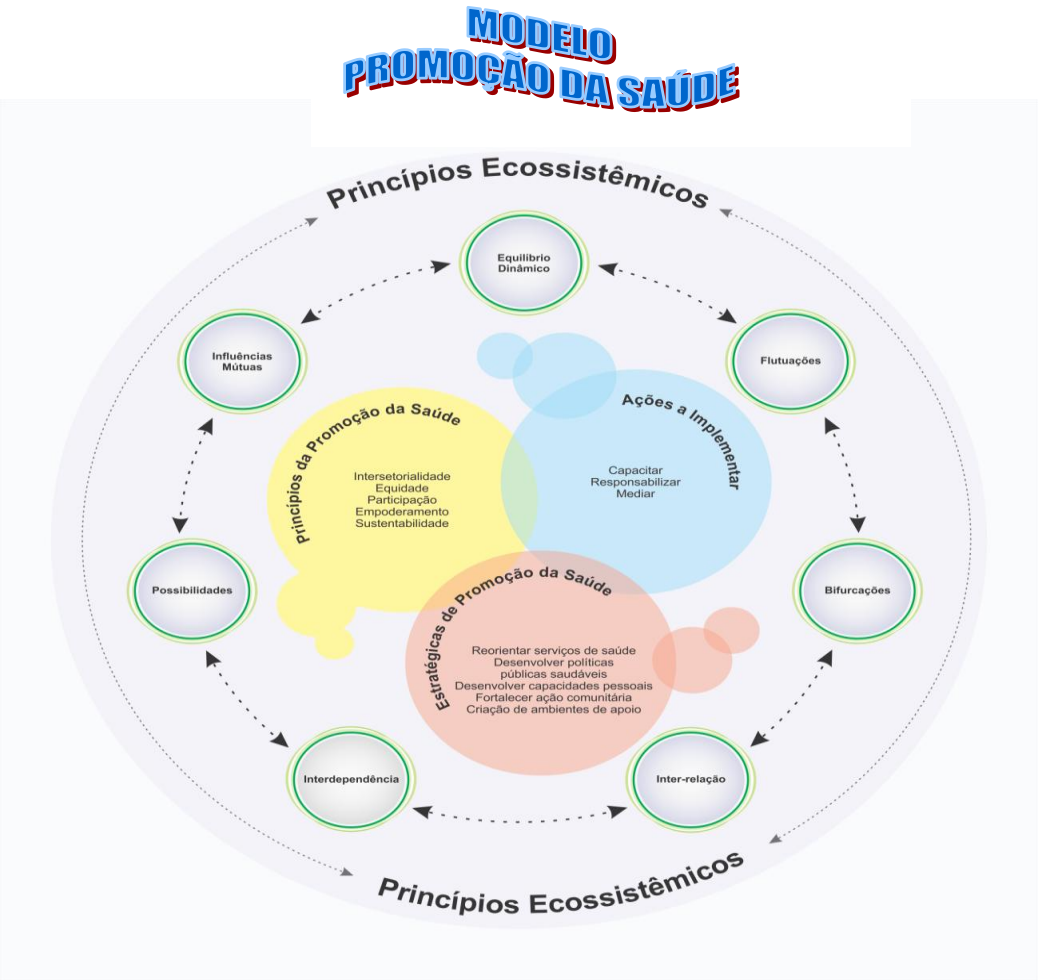

Figura 12: Modelo de Promoção da Saúde
Fonte: Adaptados e organizados pelos pesquisadores, conforme os princípios sistêmicos de Prigogine (2002, 2009 e 2011) e Politica Nacional de Promoção da Saúde (2006)

Pode surgir, assim, um novo modelo, que pela sua amplitude, abrangência e integralidade dos seus elementos constituintes formam um sistema/ecossistema de saúde baseado na prevenção, promoção e recuperação da saúde, com base na saúde, opondo-se ao modelo biomédico curativista centrado na doença. Entretanto, muitos profissionais da saúde

continuam sendo formados no modelo cartesiano, reducionista, fragmentado e dissociado do contexto, que não lhes fornece conhecimento para perceber o ser humano como uma unidade na totalidade e que suas necessidades encontram-se vinculadas ao todo formando um conjunto de elementos, um ecossistema, o que dificulta as ações de saúde nos aspectos da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

A enfermagem vem ampliando, a cada dia, o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. "O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões"[17:223]

Os participantes em relação à enfermagem ponderaram: *[...] Penso que a enfermagem está se preparando a cada dia para enfrentar os novos desafios [...]* (M_2). *Com respeito a enfermagem acredito que está pronta para este novo desafio. Sempre tivemos uma enfermagem muito presente e competente, de excelente qualidade [...]* (M_3). *[...] se percebe este profissional atuando nas diversas áreas, sem eles com certeza a saúde não funcionaria [...]* (M_4). *[...] profissão preparada para gestão. [...] As secretarias administradas por enfermeiro tem diferencial, aquela coisa de olhar o contexto ampliado, não focado somente no doente, e sim focado na saúde, olhando o conceito ampliado. Inclusive este aumento da demanda o enfermeiro esta dando conta dela, ele é encarregado da equipe e faz um grande esforço para dar conta da demanda [...]* (M_8). [...] *Vejo este profissional como uma das bases fundamentais da saúde* (I_2).

Para compreender o usuário em relação ao "contexto cultural, requerem-se do enfermeiro conhecimentos e habilidades para entender e valorizar os significados da diversidade e universalidade do cuidado cultural e distinguir o que é singular e o que é similar nos modos de cuidar do cliente"[(18:111)]

Considerações finais

Dada a abrangência inerente aos impactos produzidos pelo Polo Naval na população do Rio Grande é preciso considerar os seus aspectos positivos e os negativos que se manifestam em todos os segmentos do município.

Por um lado, a população vive as expectativas do desenvolvimento econômico e já sente os seus efeitos ao propiciar maior poder aquisitivo de bens e serviços, capazes de satisfazer algumas de suas aspirações. Entretanto, no mesmo patamar se revelam as grandes preocupações em relação à infraestrutura necessária para acolher os trabalhadores que acorrem para ocupar as vagas oferecidas de maneira constante, na construção naval, bem

como o aumento de custo de vida. Por outro lado, os riograndinos também são influenciados pela cultura, pelos valores e sentimentos que a população migrante está trazendo no seu viver dificultando, inicialmente, um conviver que precisa se adaptar a nova realidade. A cultura evidencia, nesse trabalho, possuir uma grande relação com a saúde.

Os dados, também, revelam que os gestores municipais e os diretores de serviços de saúde, estão buscando estratégias em conjunto, por meio da intersetorialidade de ações e serviços, para amenizar os *déficits* que expõem tanto os atuais habitantes como também os que se associam a essa comunidade.

O estudo demonstra que, perante o crescimento populacional que acontece de forma exponencial, todos os segmentos do município encontram-se fragilizados e esgotados na sua oferta. Esses aspectos contribuem para inflacionar os bens e serviços e até mesmo, a sentir a sua falta. Assim, percebe-se que a saúde, considerada no seu aspecto amplo envolvendo moradia, alimentação, exercício físico, lazer, mobilidade urbana, dentro outros aspectos, necessita ser readequada para corresponder os direitos que todos têm a esse bem.

Tendo em vista essa realidade, torna-se imprescindível que a enfermagem se associe aos gestores municipais para desenvolver junto à comunidade estilos de vida, comportamentos e atitudes saudáveis pensando na possibilidade de trabalhar no modelo da promoção da saúde, capacitando e responsabilizando a cada um pela sua saúde.

Referências

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível para visualização em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm? Acesso em 10 de outubro de 2012.

2. Mirco, C.H.B.Textos para o estudo da história do município do Rio Grande XVI – XVIII.Rio Grande: FURG, 1987.

3. Rocha, A. Os Polos de Construção Naval no Brasil. Disponível em http://www.ofluminense.com.br/editorias/cidades/ponto-de-vista-%C2%84-os-polos-de-construcao-naval-no-brasil. Acessado em 07/10/2013.

4. Silva, RP, Gonçalves, RR, Carvalho, ABK. Oliveira, C. O IMPACTO DO PÓLO NAVAL NO SETOR IMOBILIÁRIO DA CIDADE DO RIO GRANDE. Disponível em http://www.fee.tche.br/sitefee/download/egg/6/mesa3/O impacto do Polo_Naval no_Setor_Imobiliário_da_cidade_de_RioGrande_RS.pdf. Acessado em 10/10/13.

5. Ferreira, M. Em dez anos Rio Grande será uma nova cidade. Diário Popular. Pelotas, 14 dez, 2009, Janela de Oportunidades, p.07

6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos* (Res. CNS n° 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

7. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011

8. Diário Popular. Pelotas, 13 dez, 2010, Geral, p.01 Lula inaugura o dique seco em Rio Grande**.** *Diário Popular*. Pelotas, 13 dez, 2010. Disponível para visualização em: http://www.diariopopular.com.br/index.php?n_sistema=3056&id_noticia=MzQ4Nzg=&id_area=Mg== Acesso em 02 de setembro de 2013

9. Siqueira, HCH. As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar - um novo modo de pensar e agir. (Tese). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2001. 272p.

10. Capra, F. A teia da vida. 13ª ed. São Paulo:Cultrix; 2012

11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS Coleção Para Entender a Gestão do SUS, volume13. Brasília: CONASS, 2011.

12. Scliar, M. Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002.

13. Prigogine I. Ciência, razão e paixão. São Paulo: Livraria da Física; 2009.

14. Maturana, HR; Varela, FJ. A arvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana. 9ª Ed. São Paulo: Palas Athena, 2011.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

16. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Relatório Final*. Disponível para visualização em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2013.

17. Backes ,DS. et. al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 17(1): 223-30, 2012.

18. . Oliveira MMC, Vieira NFC, Siqueira RC, Alves AM. Barroso MGT, Cardoso MVLM. A análise das investigações em enfermagem e o uso da teoria do cuidado cultural. Rev Ciencia Cuidado e saúde. Jan/Mar. 2009;8(1):109-117.

6. RECONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE COM DESTAQUE DOS CONHECIMENTOS CONSTRUÍDOS: SÍNTESE REFLEXIVA

Neste capítulo apresenta-se uma síntese reflexiva a respeito dos resultados alcançados na pesquisa sobre a reconfiguração do sistema único de saúde e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande, as contribuições do enfermeiro, o percurso metodológico empreendido e os principais conhecimentos construídos.

Primeiramente é necessário destacar que a escolha do tema representou um grande desafio, porque careceu desvendar as estratégias utilizadas pelas secretarias municipais e instituições que prestam assistência à saúde da população que, nesse momento se encontra em expansão e necessita de um redimensionamento para atender a demanda. Registra-se que o mesmo possui relação estreita com o fenômeno do desenvolvimento socioeconômico e consequente crescimento população pelo qual o município está passando.

O ponto norteador dessa pesquisa centrou-se no pensamento sistêmico e, como tal, considerou o município do Rio Grande ecossistemicamente. Essa visão compreende o município como um todo formado por um conjunto de elementos tanto físicos como biológicos, socioculturais, psicológicos, crenças, valores e as relações que se estabelecem entre eles e as quais imprimem características próprias a esse espaço. O ser humano que vive e convive nesse ambiente constitui um dos elementos desse ecossistema que precisa, em benefício próprio e da humanidade, respeitar os bens naturais que criam características peculiares capazes de contribuir para o seu bem estar e qualidade de vida.

Justifica-se a escolha do pensamento ecossistêmico como aporte filosófico porque a Universidade do Rio Grande/ FURG, da qual o Programa de Pós- graduação do curso de doutorado em Enfermagem faz parte, possui como filosofia institucional o ecossistema costeiro oceânico e incentiva os seus pesquisadores a utilizá-la nos trabalhos acadêmicos de pesquisa, ensino e extensão.

No intuito de direcionar a filosofia e a política da FURG o conselho universitário aprovou e estabeleceu por meio da Resolução nº 014/87, alterada pela Resolução nº 029/95 a filosofia da instituição afirmando que a FURG:

> Inserida em uma região costeira, a Universidade do Rio Grande tem como vocação natural a compreensão das inter-relações entre os organismos,

> incluindo-se aí o homem, e o meio ambiente. Assim, como forma de orientar o ensino, a pesquisa e a extensão, a Universidade assume, como vocação institucional, o ecossistema costeiro.

O curso de doutorado em Enfermagem **congruente à filosofia e política da FURG,** elegeu o ecossistema costeiro, como fonte filosófica inspiradora de seus trabalhos de pesquisa, desenvolvendo características próprias e criando a sua identidade. Como doutorando dessa instituição e membro integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa: "Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde", do qual participo, esses fatos nortearam a escolha da visão ecossistêmica para o alicerce principal desta pesquisa.

Ao apreender o município do Rio Grande como um ecossistema, é possível entender que a implantação do polo naval, ocorrida em 2006 trouxe grandes transformações em todos os setores produtivos de bens e serviços do município, levando os gestores a reformular políticas e buscar os melhores caminhos a serem seguidos para atender a população que cresceu e continua a crescer de forma exponencial, trazendo embutido diversificadas necessidades. As transformações ocorreram de forma rápida e ampla e modificaram a vida dos riograndinos, com grande repercussão, principalmente, na habitação, na educação, na mobilidade urbana, no lazer, no trânsito, no saneamento e, especialmente, em relação a cobertura na saúde.

A análise do conjunto dos fatores constituintes do ecossistema, suas relações, interconexões e influências mútuas, são capazes de apontar as necessidades da população numa visão de totalidade. A visão da totalidade possibilita fornecer dados aos gestores, passíveis de responder a controvérsias, dúvidas, incertezas e necessidades multidimensionais e gerar, no coletivo, soluções apropriadas para os conflitos e demandas apresentadas.

A intersetorialidade eleita pelos gestores municipais e instituições que prestam assistência à saúde, como ferramenta de gestão, pode ser considerada um avanço e um sinal de gestão participativa capaz de ultrapassar grandes obstáculos e alcançar resultados favoráveis para a população que se encontra fragilizada pelo crescimento exponencial a que está exposta e ao crescimento da demanda das ações e serviços de forma ampla.

A intersetorialidade auxilia os gestores que estão à procura de soluções, mas existem incertezas diante da possível demanda que o setor saúde do SUS enfrenta, influenciado pelo desenvolvimento socioeconômico e conseqüente crescimento populacional. Essas incertezas afetam o município que está sofrendo e continuará a sofrer as conseqüências do seu desenvolvimento socioeconômico. Além disso, existem projeções, com base em alguns dados, que a população riograndina dobrará em número de habitantes até 2015, podendo

mesmo chegar a ultrapassar essa previsão alcançando 450 mil habitantes até o ano 2020. Portanto, o processo de transformação do município está em curso e é considerado irreversível.

Seguindo nessa linha de pensamente, ao conhecer os segmentos do ecossistema do município do Rio Grande/RS, e entender como se inter-relacionam, facilita olhar para o passado, para compreender o presente e projetar as demandas previsíveis para o futuro. A intersetorialidade eleita como estratégia do município, permitiu dimensionar com mais facilidade o que cada secretaria municipal e instituições, que prestam atendimento à saúde da população, são capazes de alcançar no coletivo e, assim atender aos anseios da população. As problemáticas vistas no conjunto permitem equacionar os possíveis encaminhamentos, direcionar as prioridades, escolher as estratégias e aplicar os recursos disponíveis com mais racionalidade.

A visão ecossistêmica, ao preocupar-se com a totalidade das necessidades detectadas pode auxiliar a encontrar as melhores soluções para as necessidades analisadas e discutidas no coletivo. Nesse sentido, a intersetorialidade auxilia como uma ferramenta que indica probabilidades para direcionar e encontrar as melhores caminhos que, certamente, se apresentam de forma ramificada (Prigogine, 2009), mas possíveis de estudo ao considerá-los na sua totalidade.

Igualmente, a visão ecossistêmica, permite compreender esta transformação por meio de estudos das relações que se estabelecem entre os elementos constituintes do espaçoDessa forma, as influências que as partes exercem entre si, produzem flutuações com possibilidades de bifurcações (Prigogine, 2009 e 2011) capazes de gerar mudanças e transformações no todo. Destarte, é necessário visualizar o ambiente como um todo integrado, interdependente pois tudo se encontra inter-relacionado e interconectado (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2012).

É possível perceber, pelos dados coletados, que os participantes da pesquisa possuem diversas, inquietações em relação ao fenômeno do desenvolvimento socioeconômico e consequente crescimento populacional. Essas apreensões, ainda que de dimensões e grandezas diversas referem-se desde a localização da cidade, a perda da identidade, a infraestrutura para acolher os novos habitantes, as possíveis modificações que a população riograndina está exposta em relação a cultura e demais influências a que se encontra sujeita.

O **referencial teórico** construído permitiu, com base em autores sistêmicos, entre eles: Prigogine, Stengers (1997),Chiavenato (2004) Santos, Siqueira, Silva(2009) Prigogine(2011), Capra (2012), Bertalanffy (2013), dar sustentabilidade a pesquisa com enfoque ecossistêmico, permitindo compreender com maior clareza a temática abordada e, assim,

conduzir a questão pesquisa, tese e objetivos da pesquisa, oferecendo sustentação para análise e interpretação dos dados.

Ainda em relação ao referencial teórico, foi necessário inserir a saúde na visão ampliada e o SUS na perspectiva ecossistêmica e contextualizar o município do Rio Grande para, assim, poder compreender o presente estudo. Ao conhecer o objeto de estudo, suas relações e interconexões com a totalidade das secretarias municipais e organizações que atendem a população SUS foi plausível entender que o atual sistema de saúde não consegue atender a demanda, sendo necessário encontrar caminhos/bifurcações para uma melhor cobertura.

O **caminho metodológico** percorrido mostrou-se satisfatório porque permitiu perceber, analisar e visualizar as possibilidades e diferentes respostas/estratégias/caminhos que o município do Rio Grande pode utilizar para tentar dar conta do aumento da demanda dos serviços de saúde e, assim, melhorar a qualidade do atendimento à população.

Os dados obtidos com as entrevistas envolvendo os secretários municipais e os integrantes das instituições que prestam assistência de saúde aos usuários do SUS, foram de grande valia, pois, permitiram entender, por meio de seus depoimentos, as grandes preocupações que todos os entrevistados expressaram em relação, principalmente com a saúde da população.

No intuito de ilustrar algum dado optou-se por parte da fala de M_2 ,mas poderia ser de outros tantos depoimentos que exaltam

> [...] A secretaria, na realidade somos todos nós, porque todos nós andamos de ônibus ou andamos de carro ou somos pedestres, então é uma secretaria muito dinâmica que a cada dia, a cada hora ela tem uma novidade ela tem um fato acontecendo que exige soluções imediatas. Existe uma **intersetorialidade** não somente com as outras secretarias, como com a comunidade como um todo, porque não precisa ser de alguma secretaria para requisitar os nossos serviços. Nós **trabalhamos em conjunto** com as outras secretarias, por ex com a secretaria do meio ambiente que tem a patrulha mirim, tem todas aquelas operações na praia, eventos, tudo a secretaria disponibiliza a sua equipe para participar. Com a secretaria da cidadania com a comunidade participamos, agora internamente, temos esse intercambio com todas as outras secretarias, fazendo eventos [...] M_2

Essa compreensão coletiva vem ao encontro de soluções possíveis de serem adotadas para a melhoria da saúde da população, entendida na dimensão ampliada, envolvendo, habitação, educação, lazer, saneamento e demais serviços que possuem relação direta e ou indireta com a qualidade de vida da população. Nesse sentido, necessita-se conhecer a totalidade que se expressa por meio dos segmentos/fatores que participam do ecossistema riograndino. As secretarias e as instituições participantes foram unânimes em confirmar o

esforço e a estratégia que utilizam para resultados mais efetivos em relação à saúde. Manifestam a necessidade de parcerias, trabalho em conjunto, buscando a sinergia por meio da interdisciplinaridade dos saberes necessária para alcançar os resultados esperados.

A busca dos dados em relação a categoria **demanda previsível** desvela a preocupação dos diferentes gestores na procura de possíveis soluções e para tanto foram criados diferentes projetos com o intuito de poder melhorar a qualidade de vida da população tanto na área de educação, moradia, meio ambiente, transporte e principalmente com a saúde. Os participantes demonstram a preocupação com o crescimento população e a disponibilidade de estruturas para atender as necessidades de saúde a todos e consideram a situação como um desafio a ser enfrentado.

> A gente percebe que a população está crescendo, está mudando muito, as pessoas estão vindo morar isso tem feito a gente redistribuir, reavaliar, mas eu quero um movimento no serviço de saúde que não é rápido,que é a contratação de profissionais, então temos a falta de concurso, uma salvo contratação emergencial , mas necessitamos de uma continuidade no atendimento. Temos um grande desfio pela frente [...].(M_3)

> Meu olhar e minha preocupação com respeito a saúde é que está difícil. Acredito até que nós ganhamos esse crescimento da população ainda temos uma saúde com alguma qualidade se comparamos com outras situações que não tiveram esse crescimento populacional, bom, mas muito tem que ser feito nós temos poucos hospitais e apenas um pelo SUS. ($M_{2)}$

Ainda, ao centrarem o atendimento à saúde, em grande parte, na doença revelam preocupação com a falta de leitos disponíveis para a população que aumenta rapidamente.
Enfatiza-se, que diante a realidade dos riograndinos, é preciso encontrar caminhos alternativos capazes de aumentar a qualidade de vida da população, diminuindo, assim, as necessidades de internações freqüentes e prolongados. Acredita-se que nesse momento a melhor alternativa para a saúde é pensar no Modelo de Promoção da Saúde (Fig. 12, p. 149). Nessa modalidade, a comunidade ao ser qualificada e capacitada para cuidar da sua saúde e responsabilizando-se para manter-se saudável terá uma alternativa participativa e significativa nas diversas áreas que se inter-relacionam diretamente com a sua saúde.

Os princípios da promoção da saúde, com base na Política da Promoção da Saúde centram-se em cinco pontos: intersetorialidade, equidade, sustentabilidade, empoderamento e participação pública, que encontram consonância com os princípios ecossistêmicos (Figura 12, p. 149). Esse modelo aponta ações a serem implementadas junto a população, a capacitação das pessoas e a sua responsabilização pela sua saúde. Essas medidas precisam ser mediadas pelos gestores, oferecendo o suporte necessário para o efetivo cumprimento dessas estratégias, compartilhando com a sociedade à adequação do modelo da promoção.

Entretanto, esse modelo requer comprometimento não somente da população, mas um aporte importante dos gestores municipais para desenvolver as estratégias para favorecer a implementação dessa mudança no modelo de saúde: Desenvolver capacidades pessoais, reorientar serviços de saúde, desenvolver políticas públicas saudáveis, criação de ambientes de apoio e fortalecer ações comunitárias.

Na proposta do modelo da promoção da saúde, a enfermagem possui uma função de suma importância, principalmente, nas questões relacionadas a orientação da saúde nos diversos momentos da vida do ser humano. O redirecionamento dessa visão da saúde inicia pela valorização da vida, saúde e bem estar do ser humano e se expande pelas dimensões que fazem parte como um todo do viver humano que precisa ser visto na sua multidimensionalidade: dimensão biológica, psicológica, social e espiritual. A função educativa recebe uma conotação de destaque na promoção da saúde centrando-se nos aspectos que são capazes de beneficiar a saúde como um todo.

Os gestores municipais, conforme esse estudo, já esta começando a voltar a sua atenção para a saúde da população e isso pode ser entendido quando afirmam que buscam envolver a comunidade. Neste ínterim, já existe a tentativa de criar um fórum de discussão possibilitando ao cidadão discutir os seus problemas junto às diversas secretarias municipais.

Acredita-se que esse posicionamento possa ser resultado das discussões realizadas de forma intersetorial e estão apontando a necessidade de criar um fórum para discutir as formas a serem utilizadas pela população para possibilitar as discussões junto às diversas secretarias municipais para apresentar as suas necessidades e, também, participar mais ativamente na formulação de propostas para encontrar as soluções mais cabíveis.

Destaca-se que os desafios oriundos da realidade que os riogandinos enfrentam são irreversíveis e que os caminhos a serem percorridos precisam ser encontrados em conjunto, analisando as perturbações, as flutuações e as ramificações (Prigogine, 2009, 2011) que as situações apresentam e estão a exigir soluções a curto, médio e longo prazo.

Enfatiza-se que o conhecimento construído por meio dos dados, dos encontros com os secretários municipais e diretores, presidentes de instituições de saúde do município, das reflexões sobre a realidade em que o município de Rio Grande se encontra são de uma grandeza imensa e impossíveis de comensurar.

Concluo afirmando que a aprendizagem processada pelo presente trabalho deixará marcas profundas tanto na minha dimensão pessoal, como também na caminhada profissional, sinalizando de forma profunda e clarificada a importância do trabalho coletivo com destaque

da intersetorialidade, exercitando a interdisciplinaridade, para resultados mais efetivos e coerentes em benefício da coletividade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N. SUS: *Sistema Único de Saúde, antecedente, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.

ALBERNAZ, H. Hospital Unimed Litoral Sul é lançado oficialmente. *Diário Popular*. Pelotas, 27 jan, 2012**.** Disponível para visualização em: http://www.diariopopular.com.br/site/content/noticias/detalhe.php?id=6&noticia=47777. Acesso em 10 de setembro de 2012**.**

ALBUQUERQUE, C. M.; OLIVEIRA, C. P. *Saúde e doença*: Significações e perspectivas em mudança. Millenium, 25, 201-214. 2002.

ASSIS, M.M.A., VILLA, T.C.S. O Controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2003 maio-junho; 11(3): 376-82.

BACKES,D.S. et. al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 17(1): 223-30, 2012.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BARROS, J.A.C.; *Pensando o Processo Saúde Doença*: A que Responde o Modelo Biomédico? Saúde e Sociedade 11(1): 67-84,2002.

BATISTA, R.S. *Deuses e homens*. Mito, filosofia e medicina na Grécia Antiga. São Paulo, Landy, 2003.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca, A F (Org.) *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BERTALANFFY, L. Teoria geral dos sitemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. 7ª Ed. Petrópolis, RJ:Vozes, 2013.

BERTOLLI FILHO, C. *Historia da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Àtica, 2011.

BRANCO, F.O. Rio Grande 2015. Instituto Técnico de Pesquisa e Assessoria. ITEPA, 2011. *Banco de dados da zona sul.* Disponível para visualização em: http://www.bancodedadoszonasul.com.br/htmlarea/midia/files/Rio%20Grande%202015%20parte1.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Relatório Final*. Disponível para visualização em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em 15 de agosto de 2012.

BRASIL. Decreto nº 94.657 - de 20 de julho de 1987 - DOU de 21/7/87. *Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados* - SUDS, e dá outras providências Brasília, 1987.

BRASIL**.** *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*, Brasília, 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 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.* Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS:* doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 258 de 07/01/1991, NOB-SUS 01/91. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília, 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20/05/1993, NOB-SUS 01/93. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. NOB-SUS 01/96. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS*. (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996) Brasília, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos* (Res. CNS n° 196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde, 1998. *Relatório Final*. Disponível para visualização em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf. Acesso em 14 de setembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Relatório Final*, 2000b. Disponível para visualização em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11confcad.pdf. Acesso em 14 de setembro de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. NOAS-SUS 01/2001. *Norma Operacional da Assistência á Saúde Básica*. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. NOAS-SUS 01/2002. *Norma Operacional da Assistência á Saúde Básica.* Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Série: B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. *Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, 2003.
BRASIL. Ministério da Saúde. *100 anos de Saúde Pública*: a visão da Funasa/ Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Entendendo o SUS*. Brasília: 2006a. Disponível para visualização em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136 Acesso em 04 de setembro de 2012.

BRASIL. Portaria Nº 399/GM de 22 de Fevereiro DE 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006* – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender o Pacto Pela Saúde 2006.* Volume I, Portaria GM/MS 399/2006, Portaria GM/MS 699/2006. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS no seu município*: garantindo saúde para todos. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2ª ed. Brasília: Ed MS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z* : garantindo saúde nos municípios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível para visualização em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acesso em 10 de outubro de 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS Coleção Para Entender a Gestão do SUS,* volume13. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*: Coleção Para Entender a Gestão do SUS, volume1. Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Equidade em Saúde*. Disponível para visualização em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1592 Acesso em 08 de setembro de 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Apresentação*. Disponível para visualização em: http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm. Acesso em; 13 de setembro de 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferências de Saúde e Gestão Participativa*. Disponível para visualização em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26558_ Acesso em; 13 de setembro de 2012b.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Cadastro Geral de Emprego e Desemprego (CAGED) Disponível para visualização em: http://portal.mte.gov.br/delegacias/pr/cadastro-geral-de-empregados-e desempregados-caged/. Acesso em 08 de setembro de 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).* Disponível para visualização em: dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/ Acesso em 10 de outubro de 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde**.** *Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h*. Disponível para visualização em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1791. _ Acesso em 04 de outubro de 2012e.

CAPRA, F. *A teia da vida*. 13ª Ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CHIAVENATO, I. *Teoria geral da administração***.** 7ª ed. São Paulo: Campus, 2004.

CORDEIRO, H.A. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p.319-328, 2001.

CUNHA, R. E. Cartão nacional de saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 7(4): 869-78, 2002.

DENZIN, N.K; LINCOLN Y.S. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2006.

DIÁRIO POPULAR. Prefeito recebe Plano de Habitação de Interesse Social. Pelotas, 29 de abril de 2011. Disponível para visualização em: www.diariopopular.com.br/site/content/noticias/detalhe.php?... Acesso em 04 de outubro de 2012.

ERDMANN, A.L. et. al. Sistema de cuidados em enfermagem e saúde: as interações vivenciadas nos grupos de pesquisa.*Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 8(4): 675-682, Out/Dez. 2009.

FEIJÓ, F.T.; LEIVAS, P.H.S. Possíveis impactos socioeconômicos no rio grande do sul com a implantação do polo naval e offshore de rio grande. In: DOMINGUES, MVR (Org.). *Desenvolvimento e consolidação do polo naval e Offshore de Rio Grande.* Rio Grande: FURG, 2009.

FEOLA G.; BAZZANI, R. *Desafíos y estrategias para la implementación de un enfoque ecossistémico para la salud humana en los países em desarollo – reflexiones a propósito de las consultas regionales*. Montevideo: CIID. http://www.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/ecosalud.html , 2002.

FERREIRA, M. Em dez anos Rio Grande será uma nova cidade. *Diário Popular.* Pelotas, 12 dez, 2009a, p.07.

FERREIRA, M. Em dez anos Rio Grande será uma nova cidade. *Diário Popular.* Pelotas, 13 dez, 2009b, p.03.

FERREIRA, M. No duelo, progresso e problemas. *Diário Popular.* Pelotas, 14 dez, 2009c, p.02.

FREITAS, C.M.; PORTO, M.F. *Saúde, Ambiente e Sustentabilidade*. Rio de janeiro: Fiocruz, 2010.

GIOVANINI, T. et. al. *Historia da Enfermagem*: versões e interpretações. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C.; DE SÁ, C.P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. *Rev Psicologia: Teoria e Prática* 9(2):109-125, 2007.

GRAÇA, L. *História dos Hospitais*, 2005. Disponível para visualização em: www.ensp.unl.pt/lgraca/textos. Acessado em: 20 de julho de 2012.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP* n. 22, 2001, p. 102-110.

LEBEL J. *Health – an ecosystem approach*. Ottawa: International Development Research Centre. 2003.

LEFF, E. Complexidade, Interdisciplinaridade e Saber Ambiental. In: *Interdisciplinaridade em ciências ambientais*. PHILIPPI JR, A.; TUCCI, C. E. M; HOGAN, D. J; NAVEGANTES, R. São Paulo: Signus Editora, 2000.

LUZ, M. Saúde. (verbete) In: *EPSJV & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.)* Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MACHADO, J.M.H.; PORTO,M.F.S. *Promoção da saúde e intersetorialidade:* a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(3): 121 – 130.

MACHADO, L.A. *Construindo a intersetorialidade.* Disponível para visualização em: portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com...task. Acesso em 02 de setembro de 2012.

MACIEL, M. Lula inaugura o dique seco em Rio Grande**.** *Diário Popular*. Pelotas, 13 dez, 2010. Disponível para visualização em: http://www.diariopopular.com.br/site/content/noticias/detalhe.php?id=6&noticia=2883. Acesso em 02 de setembro de 2012.

MENDES, J.M.R; LEWGOY, A.M.B; SILVEIRA, E.C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

MIRCO, C.H.B.*Textos para o estudo da história do município do Rio Grande XVI – XVIII*.Rio Grande: FURG, 1987.

MILIOLI, G. *O pensamento ecossistêmico para uma visão de sociedade e natureza e para o gerenciamento integrado de recursos*. Desenvolvimento e Meio Ambiente, n. 15, p. 75-87, jan./jun.Curitiba: Ed. UFPR, 2007.

MOISÉS, H. *O Município-Rede* - Planejamento, desenvolvimento político e sustentabilidade. Disponível para visualização em: http://ebookbrowse.com/municipio-rede-

planejamento-desenvolvimento-politico-e-sustentabilidade-pdf-d90969425. Acesso em 26 de outubro de 2012.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serv. Soc. Soc*., São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010

NULAND, S.B. *Doctors*: the Biography of Medicine. New York: Vintage Books,1988.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Enfoques ecossistêmicos em saúde – perspectivas para sua adoção no Brasil e países da America Latina*. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil: in *Epidemiologia e Saúde*. ROUQUAYROL M.Z; Almeida Filho, N. 6ª Edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PEREIRA, A.C.; RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA AC. (Org). *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artemed, 2003.

PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA,H.C.H. Cuidado humano frente ao modelo biomédico e na perspectiva do modelo da promoção da saúde. In: SIQUEIRA, HCH. (Org.). *Cuidado Humano Plural*. Rio Grande: Ed. FURG, 2008.

POLIGNANO, M. V. *História das Políticas de Saúde no Brasil* – Uma pequena revisão. Disponível para visualização em: www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf - Acesso em 26 de junho de 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

PONTES, A. P. M. de; et al . Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 4, Aug. 2010.

PRIGOGINE, I; STENGERS, I. A nova aliança: metamorfose da ciência Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

PRIGOGINE, I. *Nomes de deuses*. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

_____ *Ciência, razão e paixão*. São Paulo: Livraria da Física, 2009.

_____*O fim das certezas*: tempo, caos e as leis da natureza. São Paulo: UNESP, 2011.

RIO GRANDE EM FOTOS**.** Disponível para visualização em: http://www.riograndeemfotos.fot.br/hist.html. Acesso em 02 de setembro de 2012.

RIO GRANDE (Município**).** Decreto n° 11.312, de 11 de outubro de 2011. Altera o § 3º, ART. 5º do Decreto 11.230, de 15/08/2011, que *"Estabelece diretrizes para implantação do Comitê Gestor Municipal de Urgência e Emergência (COGEMUE). Em conformidade com o disposto na Política Nacional de Atenção ás urgências".* Rio Grande, out. 2011.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo-Rio de Janeiro, Ed.Unesp/Hucitec/Abrasco, 1997.

SANTOS, M.C.;SIQUEIRA, H.C.H.; SILVA, J.R.S. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm*, v.30, p.437-44, 2009.

SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social*: trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002.
SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde PHYSIS: *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SILVA, J.R.S. *Sistema Único de Saúde:* modalidades de atendimento e suas inter-relações – um olhar da enfermagem [dissertação]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande, FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.

SIQUEIRA, H. C. H. *As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar* - um novo modo de pensar e agir.2001. 272f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SOUZA, R.G.; MONNERAT, G.L. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Rev. Katál*., Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011.

STANCIK, M.A. Medicina e Saúde Pública no Brasil: dos Pajés e Físicos aos Homens de Ciência do Século XX. *Revista Esboços*, v.16, nº 21, pp. 111-136. UFSC, 2009.

SVALDI, J.S.D; SIQUEIRA, H.C.H. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem.*Rev Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Sept. 2010.

TRUGILLO, M.C.R. IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível para visualização em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=rs. Acesso em 02 de setembro de 2012.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: Campos,GWS. et al.*Tratado de saúde coletiva*.Rio de Janeiro: Ed Fio Cruz, 2009.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA- ROTEIRO DA ENTREVISTA

Esta pesquisa procura conhecer a situação atual do SUS e avaliar o envolvimento das secretarias do município do Rio Grande, com o aumento da demanda na saúde com o desenvolvimento econômico e sóciodemográfico nos próximos anos.

A proposta estrutural do SUS procura integrar todas as secretarias, instituições/órgãos/serviços de saúde em busca de oferecer saúde de qualidade a toda a população.

A sua secretaria como órgão integrante do município do Rio Grande, certamente, está preocupado com as modificações que estão ocorrendo no município. Neste contexto busca-se saber:

1-Dados sociodemográfico

1.1 Número da entrevista	1.2 Estado civil
1.3 Codinome	1.4 Profissão
1.5 Idade	1.6 Setor/atividade/instituição em que trabalha
1.7 Sexo	1.8 Cargo que ocupa
1.9 Grau de Instrução	1.10 Tempo de atuação no cargo
	1.11 Afinidade técnica

2-Questões orientadoras da entrevista com os secretários do município do Rio Grande

2.1 - PROJETOS:

2.1.1) No período de 2009 a 2012 que projetos foram realizados pela secretaria de Saúde, educação, cultura e assistência social, coordenação e planejamento, transporte, habitação (+ duas)

2.1.2) Nome do projeto:

2.1.3) Qual a principal finalidade desse projeto? Alcançou o esperado? Por que?

2.1.4) Em que fase se encontra?

2.1.5) Quais as principais dificuldades e facilidades encontrados na tramitação desse projeto?

2.1.6) Esse projeto tem alguma interface/ligação com a Saúde do Município?

2.1.7) Na sua opinião em que pontos se interliga com a Secretaria da Saúde e contribui com a saúde da população? Justifique

2.2 - PROGRAMAS:

2.2.1) No período de 2009 a 2012 que programas foram desenvolvidos nessa secretaria?

2.2.2) Nome do programa:

2.2.3) Qual a finalidade desse programa?

2.2.4) Em que etapa se encontra? Que resultados já obtiveram? Alcançou o esperado? Por que?

2.2.5) Quais as principais dificuldades e facilidades encontradas no desenvolvimento desse programa?

2.2.6) Na sua opinião esse programa possui alguma interligação com a Secretaria da Saúde e contribui com a saúde da população? Justifique

2.3 - AÇÕES

2.3.1) No período de 2009 a 2012 que ações essa secretaria conseguiu desenvolver?

2.3.2) Nome das ações:

2.3.3) Qual a finalidade dessas ações? Por que?

2.3.4) Em que estágio se encontram essas ações? Que resultados já alcançaram? Alcançou o esperado? Por que?

2.3.5) Quais as principais dificuldades e facilidades encontradas no desenvolvimento dessas ações?

2.3.6) Na sua opinião esse programa possui alguma interface com a Secretaria da Saúde e contribui com a saúde da população? Justifique

2.3.7) Fale sobre o desenvolvimento econômico e sóciodemográfico que está ocorrendo no município do Rio Grande e a preocupação com a demanda na saúde.

Rio Grande, dezembro de 2012.

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA- ROTEIRO DA ENTREVISTA

Esta pesquisa procura conhecer a situação atual da instituição/órgão/serviço, com o aumento da demanda na saúde com o desenvolvimento socioeconômico e demográfico nos próximos anos.

Entende-se que a instituição/órgão/serviço coordenado por Vª Sª possui grande importância frente ao desenvolvimento socioeconômico do Rio Grande previsto nos próximos anos. Certamente os projetos, programas e ações desenvolvidos no período de 2009- 2012 são muitos significativos para as relações da aérea da saúde do município. Neste contexto busca-se saber:

1. **Dados sociodemográfico**

1.1Número da entrevista	Estado civil
Codinome	Profissão
Idade	Setor/atividade/instituição em que trabalha
Sexo	Cargo que ocupa
Grau de Instrução	Tempo de atuação no cargo
	Afinidade técnica

2.Questões orientadoras da entrevista com os representantes das instituição/órgãos/serviços com possíveis interfaces com a saúde do Rio Grande

2.1PROJETO

2.1.1 No período de 2009 a 2012 existe algum projeto sendo desenvolvido que envolve essa situação do aumento da possível demanda na saúde?

2.1.2 Qual o nome do projeto?

2.1.3Qual a principal finalidade desse projeto? Alcançou o esperado? Por que?

2.1.4 Em que fase se encontra?

2.1.5 Quais as principais dificuldades e facilidades encontrados na tramitação e execução desse projeto?

2.1.6 Esse projeto tem alguma interface/ligação com a Saúde do Município?

2.1.7 Na sua opinião em que pontos se interliga com a Secretaria da Saúde e contribui com a saúde da população? Justifique

2-PROGRAMAS

2.2.1) No período de 2009 a 2012 que programas foram desenvolvidos nessa Instituição?

2.2.2) Nome do programa:

2.2.3) Qual a finalidade desse programa?

2.2.4) Em que etapa se encontra? Que resultados já obtiveram? Alcançou o esperado? Por que?

2.2.5) Quais as principais dificuldades e facilidades encontradas no desenvolvimento desse programa?

2.2.6) Na sua opinião esse programa possui alguma interligação com a Secretaria da Saúde e contribui com a saúde da população? Justifique

3. AÇÕES

2.3.1) No período de 2009 a 2012 que ações essa Instituição conseguiu desenvolver?

2.3.2) Nome das ações:

2.3.3) Qual a finalidade dessas ações? Por que?

2.3.4) Em que estágio se encontram essas ações? Que resultados já alcançaram? Alcançou o esperado? Por que?

2.3.5) Quais as principais dificuldades e facilidades encontradas no desenvolvimento dessas ações?

2.3.6) Na sua opinião essas ações possuem alguma interface com a Secretaria da Saúde e contribui com a saúde da população? Justifique

2.3.7) Fale sobre o desenvolvimento econômico e sóciodemográfico que está ocorrendo no município do Rio Grande e a preocupação com a demanda na saúde.

Rio Grande, dezembro de 2012.

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Rio Grande, de 2012.

Exmo. Sr. (a)

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, vimos respeitosamente, por meio deste, solicitar à V.Sª permissão para desenvolver um trabalho de pesquisa intitulada:**(RE) CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE: contribuições do enfermeiro,** orientado pela Profª.Drª. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, docente do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

A pesquisa tem como objetivo geral:

- Conhecer o SUS e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande frente a demanda das necessidades da população em relação à saúde provocadas pelo desenvolvimento socioeconômico previsto e, consequente crescimento populacional;
- Construir uma proposta de (re)configuração do SUS no município do Rio Grande, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina.

A relevância do tema se justifica pelas contribuições que a pesquisa busca apresentar com a finalidade de oferecer subsídios capazes de auxiliar nas escolhas a serem realizadas de forma coletiva em benefício da saúde da população do município do Rio Grande. Acredita-se que no momento em que se consegue antecipar a escolha dos caminhos a serem seguidos muitos impactos negativos poderão ser evitados e os positivos implementados em benefício da população.

Na certeza de contar com a compreensão, apoio e habitual cordialidade de V.Sª, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente

_____ _____

José Richard de Sosa Silva
Doutorando em Enfermagem FURG
E-mail: jrichard.sosa@gmail.com

Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
E-mail: hedihs@terra.com.br

Exmo. Sr(a):

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA

Prezado(a) Sr(a),

Vimos respeitosamente através deste, convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada: :**(RE) CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE: contribuições do enfermeiro,** que tem como objetivo geral: Conhecer o SUS e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande frente a demanda das necessidades da população em relação à saúde provocadas pelo desenvolvimento socioeconômico previsto e, consequente crescimento populacional; Construir uma proposta de (re)configuração do SUS no município do Rio Grande, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina.-

Os dados coletados serão utilizados para a produção científica que resultará na Tese de Doutorado em Enfermagem/Saúde de José Richard de Sosa Silva do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da FURG e outros trabalhos científicos a serem realizados.

Reiteramos e salientamos que sua participação, neste trabalho, é de fundamental importância para a obtenção de dados que auxiliarão no alcance da proposta desta pesquisa.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

Atenciosamente

Rio Grande, de de 2012

_____ _____

José Richard de Sosa Silva
Doutorando em Enfermagem FURG
e-mail: jrichard.sosa@gmail.com

Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Orientadora
e-mail: hedihs@terra.com.br

APÊNDICE E

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O doutorando do curso de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande, José Richard de Sosa Silva, está desenvolvendo a presente pesquisa sob orientação da Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem na Área de concentração Enfermagem e Saúde da FURG: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

A pesquisa tem como objetivo: Conhecer o SUS e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande frente a demanda das necessidades da população em relação à saúde provocadas pelo desenvolvimento socioeconômico previsto e, consequente crescimento populacional; Construir uma proposta de (re)configuração do SUS no município do Rio Grande, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina.

As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa, tendo caráter confidencial. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, você tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Os dados serão de uso restrito dos pesquisadores. Não possui despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Com essa pesquisa busca-se contribuir para a melhoria da enfermagem como profissão, enfocando o cuidado integral e humanizado do profissional e do cliente.

Você concorda em participar desse estudo e responder ao questionário?
Pelo presente termo declaro ter sido esclarecido(a) pelo doutorando José Richard de Sosa Silva,) em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada como **(RE) CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE: contribuições do enfermeiro.**

Declaro, outrossim, que fui informado (a) sobre:

a) liberdade de participar ou não da pesquisa bem como de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido;
b) garantia de privacidade, bem como proteção de minha imagem;
c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim, como a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da mesma, a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo;
d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecido (a) e, portanto consinto em participar da presente pesquisa. Concedo ao autor da pesquisa e sua orientadora o direito de

expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, ficando uma via em poder do respondente e a outra com o mestrando responsável pela pesquisa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa: _____

Assinatura da orientadora da pesquisa: _____

Contato com o responsável pela pesquisa pelo fone (053) 81 34 81 24.
e-mail: jrichard.sosa@gmail.com

Contato com a orientadora da pesquisa pelo fone (053) 3278 40 18.
e-mail: hedihs@terra.com.br

APÊNDICE F

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO AO COMITÊ DE ÉTICA

Prezada Presidente do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEPAS:

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos através deste, solicitar a V. Sª. apreciação e aprovação do projeto em anexo, para desenvolver a pesquisa intitulada: :**(RE) CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES INTERSETORIAIS NO MUNICÍPIO DO RIO GRANDE: contribuições do enfermeiro,** que tem como objetivo geral: Conhecer o SUS e suas relações intersetoriais no município do Rio Grande frente a demanda das necessidades da população em relação à saúde provocadas pelo desenvolvimento socioeconômico previsto e, consequente crescimento populacional; Construir uma proposta teórica de (re)configuração do SUS no município do Rio Grande, capaz de atender a demanda produzida pelo desenvolvimento socioeconômico e, consequente crescimento populacional e elevar o nível de saúde da população riograndina.

Informamos que os dados coletados serão utilizados para a elaboração da tese de doutorado como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS. Além disso, os resultados servirão para produção científica de artigos e apresentação de trabalhos em eventos da área da saúde. Conforme a Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional na Saúde sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, os sujeitos selecionados, só participarão da pesquisa após a assinatura, em duas vias, do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via será entregue ao participante e a outra permanecerá com o pesquisador. Teremos o compromisso ético de preservar o anonimato dos sujeitos envolvidos no estudo.

Na certeza de contar com o apoio habitual de V.Sª. , desde já agradecemos, colocando-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.
Atenciosamente.

José Richard de Sosa Silva	Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Doutorando em Enfermagem FURG	Orientadora
E-mail: jrichard.sosa@gmail.com	E-mail: hedihs@terra.com.br

Exmo. Sr(a):
Presidente do Comitê de Ética
CEPAS/FURG
Rio Grande/RS