



**O
TRABALHO
E A EDUCAÇÃO
NAS REDES DE
SAÚDE**

Contribuições Coletivas



**O
TRABALHO
E A EDUCAÇÃO
NAS REDES DE
SAÚDE**

Contribuições Coletivas

Organizadores:

Cristine Maria Warmling

Luciana Marques

Roger dos Santos Rosa



**EDITORA
PRISMAS**

**O trabalho e a educação nas redes de saúde:
Contribuições Coletivas**

**Cristine Maria Warmling
Luciana Marques
Roger dos Santos Rosa**

1ª Edição - Copyright© 2018 Editora Prismas
Todos os Direitos Reservados.

Revisão ortográfica e gramatical de responsabilidade do autor.

Editor Chefe: Vanderlei Cruz - editorchefe@editoraprismas.com.br
Diagramação, Capa e Projeto Gráfico: Fabricio Correia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T758O

O trabalho e a educação nas redes de saúde: contribuições coletivas / organizado por Cristine Maria Warmling, Luciana Marques, Roger dos Santos Rosa. – Curitiba : Prismas, 2019. 138p.

Inclui bibliografia

1. Saúde Pública. 2. Medicina Social. 3. Educação em Saúde. I. Warmling, Cristine Maria. II. Marques, Luciana. III. Rosa, Roger dos Santos. IV. Scherer, Magda. V. Pfluck, Nátali Carina Dolvistch. VI. Graff, Vinicius Antério. VII. Sari, Janaine. VIII. Marchese, Juliana Alberti. IX. Costa, Mariana Portal da. X. Nascimento, Camilla Ferreira do. XI. Panzera, Carla Simone Teló. XII. Lima, Jéssica Hilário de. XIII. Weber, Larissa. XIV. Ely, Luciane Ines. XV. Souza, Raquel Santos. XVI. Silva, Tiago de Oliveira. XVII. Tigre, Aline. XVIII. Santos, Milton Humberto Schanes dos. XIX. Taveira, Daniele Giroletti. XX. Ancini, Denise Margareth Borges. XXI. Scremin, Simone Medianeira. XXII. Sortica, Aline Coletto. XXIII. Motta, Iuday Gonçalves. XXIV. Schmitz, Márcia Elisa Prestes. XXV. Título.

CDD614

Bibliotecária responsável: Daniela S. Christ CRB 10/2362

ISBN 978-85-537-0022-6

Editora Prismas Ltda.
Fone: (41) 3030-1962
Rua Morretes, 500 - Portão
80610-150 - Curitiba, PR
www.editoraprismas.com.br



Capítulo 7

Planejamento e gestão participativa em saúde: o apoio institucional e a educação permanente em saúde

Aline Coletto Sortica

Iuday Gonçalves Motta

Márcia Elisa Prestes Schmitz

Cristine Maria Warmling

Introdução

A importância do planejamento em saúde é prevista desde o arcabouço legal de promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as Leis de Orgânicas da Saúde nº. 8.080 e 8.142/90. O processo de planejamento em saúde parte do pressuposto de que as necessidades de saúde devam provir da base e ascender para os outros níveis de gestão, sendo ouvidos os órgãos deliberativos. Preceitos constitucionais e legais versam sobre a participação da comunidade no exercício da função pública de planejamento em saúde. A elaboração do planejamento estratégico nacional, em cooperação técnica com estados e municípios, é considerada competência da direção nacional do SUS. Os entes federados, por sua vez, trabalharão com seus Planos de Saúde, que norteiam as atividades de programação em seu âmbito administrativo (BRASIL, 1990; 1992).

Considerando as bases legais do SUS e a necessidade do planejamento em saúde, foi implementado um Sistema Nacional de Planejamento denominado Paneja SUS, o qual é constituído por um formato de atuação contínua, participativa, integrada e solidária entre as três esferas de governo, tendo como objetivo a coordenação do processo de planejamento no âmbito do SUS, com vistas à institucionalização e ao fortalecimento do planejamento (BRASIL, 2008). Contudo, a existência de bases legais e de estratégias de fortalecimento do planejamento em saúde não exclui a necessidade de se aprimorar os processos de formulação de políticas e o uso das tecnologias de planejamento. Isso se evidencia pelo predomínio de práticas não estruturadas e dependentes da capacidade de decisão dos gestores, associadas a fracas governabilidades e graus de responsabilização do sistema, assim como ao frágil controle social frente a gestão das políticas e instituições públicas (JESUS & TEIXEIRA, 2014).

As ações de planejamento são complexas e diversificadas; além disso, a gestão em saúde oferece inúmeros desafios aos que tomam decisões. O planejamento é função essencial para subsidiar os gestores nas articulações inerentes a esse processo complexo e dinâmico. Por um lado, pode-se afirmar que há uma decisão de gestão anterior às próprias ações de planejamento, ou seja, a viabilização do funcionamento da área de planejamento como estratégia para qualificar a gestão (BERRETTA, LACERDA, CALVO, 2011). Por outro, observa-se também um fraco desempenho das funções e das ações ligadas ao planejamento, as quais indicam a necessidade de avaliar e de ampliar os processos de educação permanente. Mesmo que se comprove a necessidade de implantação de processos de planejamento local no cotidiano das equipes de saúde, conforme preconizado oficialmente

pelos órgãos governamentais, estudos precisam problematizar estes processos e seus impactos na qualidade da atenção primária à saúde e da saúde da população (SARTI, et al., 2012)

A partir dos anos 1970, surge no Brasil um movimento visando estimular a democratização dos serviços públicos de saúde; porém, verifica-se que a instituição da gestão tripartite (usuários, trabalhadores e prestadores) não garante a institucionalização de diretivas democratizantes. No cotidiano, os serviços permanecem com o poder centralizado em chefes, onde a democracia limita-se a algumas experiências em oficinas de planejamento. Para alterar o funcionamento burocrático do Estado, um dos principais dispositivos foi a municipalização como forma de descentralização do poder e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde. O desafio que se coloca – na atualidade – é a construção de um modelo de gestão que promova a participação dos trabalhadores, um modelo com métodos de planejamento, gerência e programas sanitários fundamentados em trabalho interdisciplinar.

Torna-se preponderante, neste contexto, a criação de espaços de democracia ampliada que produzam sujeitos-cidadãos e coletivos capazes de impor resistência às determinações adversas. Neste sentido, o método de Gestão Colegiada, também denominado Gestão Democrática, centrado em Equipes de Saúde, é uma proposta inovadora e uma alternativa operacional de gestão que promove a produção qualificada de saúde. O método propõe modificações dos organogramas dos serviços de saúde criando Unidades de Produção conforme lógicas específicas dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais. O estilo de trabalho pressupõe alterar a cultura organizacional ao facilitar o acesso – de todos – às informações fundamentais. Permite criar horários para encontros periódicos de coletivo em cada uma destas Unidades de Produção, de modo que o planejamento

e a reflexão componham o processo habitual do trabalho. Nestes espaços, são discutidas necessidades de saúde, divisão de tarefas e papéis, elaboram-se planos, modelos de atenção, programas e metas (CAMPOS, 2000).

No conceito de cogestão, todos participam e decidem partindo do princípio de que não há poder nem dominação absolutos. O poder é considerado como entidade sempre relativa e associada com outros graus de poder e dominação. O Método de Gestão Colegiada não é baseado na ideia de autogestão, mas sim no conceito de cogestão. Todos participam do governo, entretanto, ninguém decide sozinho ou isolado. Um colegiado, composto por diretores e coordenadores das Unidades de Produção, compõe poder decisório. Este método, que mistura participação com produtividade e compromisso, possibilita aos trabalhadores crescimento pessoal e coletivo, produzindo saúde (CAMPOS, 2000).

Segundo as diretrizes da Análise Institucional e os princípios de autogestão e autoanálise dos trabalhadores, governar é um processo de negociação permanente do sujeito com seu entorno (CAMPOS, 1998). Constata-se a existência de antagonismos permanentes entre a missão básica dos sistemas de saúde e os interesses corporativos das várias categorias profissionais, conflitos entre diretores, coordenadores das unidades, colegiados e médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, técnicos, usuários do sistema. A proposta sugerida é uma máquina gerencial dialética, capaz de lidar com o conflito entre os desejos individuais e as necessidades sociais. Dessa forma, permitindo a participação permeada pela distribuição mais equilibrada do poder, garantindo objetividade e praticidade ao gerenciamento da instituição.

Tal processo possibilita a discussão, a negociação, a explicitação de diferenças seguidas de sínteses operativas a serem colocados em práticas pelos trabalhadores; proporciona que os profissionais aprendam com os processos, instaurando a educação permanente. Esse contexto incentiva o comprometimento das equipes com a instituição e a implicação em projetos dos quais também foram colaboradoras. Constata-se um processo de crescimento, da autoestima profissional e compromissos permanentes entre os usuários e as reformas propostas. Além disso, ocorrem as proposições de sistemas informais de educação permanente, oficinas de planejamento, discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos individuais e/ou coletivos. Todo um contexto de planejamento que promove o amadurecimento para lidar com aspectos técnicos, políticos, humanos, éticos; aumentando dessa forma, a capacidades de ouvir e expor críticas para aceitar as derrotas e estabelecer a negociação e o consensos. Sendo, portanto, um investimento na relação entre equipes de saúde, usuários e familiares.

Planejamento na saúde: articulações entre práticas de gestão e de educação permanente na saúde

A gestão colegiada e a cogestão propiciam a troca de informação, o intercâmbio de saberes e a discussão de problemas, criando espaços de educação permanente no estilo Paideia, que visa à educação integral ou a potencialização do crescimento global das pessoas nos aspectos técnico, político, humano e ético (CAMPOS, 1998).

É necessário um apoio organizacional e institucional para que o trabalhador possa exercer potencialidades com

autonomia e implicação com o trabalho. Este processo se situa para além da dimensão material, pois inclui dimensão subjetiva; e, relacionada ao reconhecimento, responsabilidade e ética. Na dimensão cognitiva relaciona-se com a formação e informação. As condições objetivas e subjetivas precisam ser fortalecidas para proporcionar transformações positivas no trabalho na saúde (OLIVEIRA, ALVAREZ E BRITO, 2013).

Nesta lógica de pensamento, o planejamento em saúde articula os profissionais de saúde e respectivas áreas técnicas, pois são responsáveis pelo alcance dos objetivos e metas propostos. O planejamento, em diversos casos, ainda é um tema tratado como assunto de responsabilidade de um setor específico da instituição, o que leva ao distanciamento entre o plano estabelecido e os resultados alcançados. Muitas vezes as intenções são apenas resumidas em um documento, mas que não levam a resultados práticos. O planejamento acaba sendo feito para o cumprimento de exigência legal ao invés servir de instrumento para a implementação da política de saúde ou como base para a alocação de recursos (VIEIRA, 2009).

Com o intuito de fomentar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde e o processo de aprender e ensinar incorporado ao cotidiano das organizações e ao trabalho, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi adotada pelo Ministério da Saúde como estratégia de formação para os trabalhadores da saúde do país (BRASIL, 2004). Atualmente, as diretrizes de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estão regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007).

A política de EPS articula ensino, trabalho e cidadania, levando em conta as peculiaridades de cada território e de cada contexto localregional. A dimensão de ensino e aprendizagem

está presente em toda a prática de trabalho e de vida. Estimular para que esses aspectos sejam colocados em reflexão é colocar a dimensão política, a participação e o controle social em questão e, assim, buscar ações transformadoras no processo de trabalho (BRASIL, 2003, 2004a).

A Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2009) ultrapassa o papel de educação de pessoal e se torna uma ferramenta de intervenção institucional. Ao articular as necessidades dos serviços de saúde com o desenvolvimento dos profissionais e com a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, torna-se impossível pensar em EPS sem pensar em gestão e planejamento na saúde. Para compreender como o aprendizado se converte em ação, no âmbito de uma organização, é necessário conhecer os elementos que apoiam a persistência e a mudança institucional e compreender o próprio conceito de trabalho e os sujeitos. O trabalho vem a ser compreendido como um espaço não neutro, mas com suas regras instaladas historicamente, produzindo as condutas das pessoas de maneira implícita e explícita. Os sujeitos – geralmente – têm incorporados em seus modos de pensar estas regras explicitadas, as quais fazem parte de seus hábitos de trabalho. Cada atividade educativa levada à prática exige que se parta da revisão crítica das práticas atuais, de outros acordos entre os grupos de trabalho e as regras da organização.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, entende que, para um SUS humanizado, há a necessidade de esforços para desenvolver ações em diversos eixos. No eixo de gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações com a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional. Já no eixo gestão da PNH, indica-se o acompanhamento e a

avaliação sistemáticos das ações realizadas na perspectiva da humanização (BRASIL, 2004b).

As transformações partem do micro, das experiências, dos saberes e do reconhecimento da necessidade de mudança, isto é, da gestão das gestões. Neste tipo de experiência, é necessário analisar o trabalho e compreender a atividade real, as características do local, investigando os reais problemas, seus “gargalos”, as vivências das pessoas no trabalho etc. Para, a partir desta investigação, tentar criar melhores condições de trabalho. Considerar o trabalhador como protagonista do processo provê mais espaço e nobreza a um polo de gestão, administrando-se as pressões do polo mercantil ou econômico e, também, contaminando-se pelos valores do polo do direito (OLIVEIRA, ALVAREZ e BRITO, 2013). Entende-se – ainda – que os profissionais se transformam na medida em que as formas de pensar e agir são colocadas em análise, portanto, o processo de subjetivação é um componente da EPS (CECCIM, 2005).

Experiências de participação popular: do distrito sanitário às políticas inclusivas

A Educação Popular em Saúde também é uma estratégia que impulsiona movimentos voltados para a promoção da participação social na formulação e na gestão das políticas públicas de saúde, direcionando-as para o cumprimento das diretrizes e dos princípios do SUS. Contribui com a gestão participativa, que tem como objetivo o compartilhamento do poder nos processos que constroem e decidem as formas de enfrentamento aos determinantes e condicionantes da saúde, bem como a presença do conjunto dos atores que atuam no

campo da saúde. Para consolidar a participação social no SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços e rodas de discussão onde acontecem aproximações entre a construção da gestão descentralizada (BRASIL, 2007).

No debate atual sobre os mecanismos de controle social, como conselhos e conferências, destacam-se três posições: a primeira, considera que esses espaços devem ser abandonados pelos movimentos sociais por estarem totalmente capturados pelo Estado; a segunda, defende os conselhos como únicos espaços de luta para a conquista de mais poder dentro do Estado; a terceira posição, julga que tais espaços devem ser tensionados e ainda ocupados pelos movimentos sociais, apesar de reconhecer os seus limites em uma conjuntura de refluxo e cooptação de muitos desses (BRAVO; CORREIA, 2012).

A experiência do Orçamento Participativo (OP), da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, iniciada na gestão do Prefeito Olívio Dutra (1989 a 1992) aperfeiçoou um modelo de escolha de prioridades de investimentos, compartilhando as decisões com uma nova instância política. Por meio do OP consolidaram-se os Conselhos Locais de Saúde (CLIS) e o Conselho Interinstitucional de Saúde (CIMS), tendo sido transformados, posteriormente, em Conselho de Saúde. A participação de delegados e conselheiros representantes da comunidade organizada gerou lideranças próprias permanentemente acompanhadas pela base que a produziu. O movimento de organização popular que envolveu a criação dos OP, procurou recuperar uma cidadania que se escora na possibilidade de que o cidadão exerça seus direitos para mudar sua qualidade de vida. Muitas prefeituras, inclusive de âmbito internacional, adotaram a participação popular baseada no modelo de Porto Alegre (RS). Houve uma diversidade cultural e social dos municípios que se identificaram e

implementaram a ideia: de Paris e Saint-Denis (França) à cidade de Mundo Novo (Mato Grosso do Sul). Em 1996, a Conferência das Organizações das Nações Unidas em Istambul, denominada de Cúpula das Cidades, reconheceu o Orçamento Participativo como prática bem-sucedida de gestão local, situando-se entre as 40 melhores práticas de gestão pública urbana.

Neste contexto, também pode ser destacada a experiência da organização de equipamentos de saúde na Região Glória/Cruzeiro/Cristal, no município de Porto Alegre (GIUGLI-ANI, et al., 2016). A participação da comunidade na região Glória/Cruzeiro/Cristal, no município de Porto Alegre, é considerada uma experiência positiva na gestão do SUS. Na atualidade, a região Glória/Cruzeiro/Cristal possui uma população estimada em 160.000 habitantes e conta com quinze Estratégias de Saúde da Família (ESF), nove Unidades Básicas de Saúde, um Pronto Atendimento vinte e quatro horas e o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes com uma área física de aproximadamente 14.000 metros, distribuídos em três pavimentos com inúmeros e diferenciados serviços de saúde que servem a população (PORTO ALEGRE, 2015).

Esta região de Porto Alegre protagonizou um marco do movimento popular da saúde na cidade. No dia 14 de setembro de 1988, ocorreu a ocupação do Posto de Atendimento Médico 3 (PAM-3), o qual, nesta ocasião, era pertencente ao Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS). Tendo em vista que a emergência pediátrica havia sido fechada, a população, acompanhada dos trabalhadores em saúde da região, uniu forças e ocupou o prédio, exigindo das autoridades (federais, estaduais e municipais) a reabertura da emergência. A proposta foi encaminhada antevendo os princípios ainda não regulamentados do SUS, para que o município assumisse a gestão do serviço, caracterizando-se como a primeira ação de municipalização em Porto Alegre, antes mesmo da efetiva regulamentação do SUS.

Nesta ocasião foi decidido o encaminhamento da assinatura de um termo aditivo, do então Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDES), entre o nível federal, a quem o prédio pertencia, e o município de Porto Alegre, assim, repassando à capital a tarefa de reorganizar e reestruturar o serviço de atendimento de emergência para a população. Este momento colaborou para fortalecer a união das associações de moradores da região e ressignificou as relações entre trabalhadores de saúde e usuários dos serviços (GIUGLIANI, et al, 2016).

No ano de 2007, ocorre o ato de ocupação mediante ameaça de retirada de serviços e apoio a denúncia de superlotação dos serviços, especialmente o Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM). Em 2013, um movimento reivindicatório é realizado buscando melhorias na qualidade do atendimento prestado no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). É instituído Grupo de Trabalho para Análise Situacional composto pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Direção do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), Conselho Municipal de Saúde (CMS), Coordenação e Direção Glória/Cruzeiro/Cristal, Trabalhadores do PACS e Usuários. No ato de comemoração de 20 anos do Conselho Municipal de Saúde (período 1992-2012), este serviço foi lembrado como participante das conquistas na saúde, fortalecendo os Conselhos Locais e o Controle Social (GIUGLIANI, et al., 2016).

A segunda experiência de participação social a ser analisada é a constituição da Política de DST/Aids no Rio Grande do Sul. Na década de 1980, a identidade homossexual ganhava visibilidade em algumas cidades do Brasil, como São Paulo e Rio de Janeiro, e surgiam locais de interação social e movimento político, este movimento foi um importante aliado no enfrentamento a Aids. Preocupados com o surgimento da doença no país e com as informações

vindas dos Estados Unidos, que indicavam o crescimento acelerado do número de novos casos, começaram a demandar ações concretas das autoridades de saúde. No ano de 1983, o estado de São Paulo criou o primeiro Programa de Aids do país e, logo após, o estado do Rio de Janeiro seguiu o caminho semelhante (GRANGEIRO, SILVA e TEIXEIRA, 2009). Até este momento, o Ministério da Saúde não enfrentava a Aids como um problema de saúde pública, mas sim, entendia ser uma doença de uma minoria e não via relevância em construir estratégia por parte do setor governamental. Apenas em 1985, quando centenas de casos de Aids já haviam sido detectados no Brasil, o Ministério da Saúde finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira e criou o Programa Nacional da Aids, que estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país (SOUZA et al., 2010).

No Rio Grande do Sul, a Política de DST/HIV/Aids possui como premissa a importância da participação de diferentes atores na construção e na consolidação das políticas públicas e no controle social como um dos seus alicerces. A participação nas instâncias de controle social estruturadas formalmente (Conselhos, Comitês, Comissões, Fóruns, etc.) visam a discussão, definição e/ou implantação das políticas públicas em saúde e/ou em HIV/Aids, nos níveis estadual e nacional. Além de garantir apoio técnico-político para as organizações não governamentais e movimento social por meio de diferentes mecanismos, incluindo o financiamento de projetos selecionados por meio de editais públicos.

Ainda neste contexto, destacam-se algumas notas sobre a construção da Política de Saúde Integral da População Lésbicas Gays Bissexuais e Travestis (LCBT) no

Rio Grande do Sul. No ano de 2013, foi instituído, no Rio Grande do Sul, o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, cujo objetivo é ser um canal de diálogo e discussão entre movimentos sociais, gestão e trabalhadores de saúde, subsidiando a construção da Política Estadual com a participação da sociedade civil. Em 2014, foi aprovada a Política de Saúde Integral da População LGBT com o objetivo de apresentar estratégias para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população LGBT para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. A política tem como foco a garantia do acesso à saúde e ao acolhimento livre de discriminação em todos os níveis de atenção. Mesmo com a aprovação da política, o trabalho do comitê segue ativo no processo de qualificação da implementação da Política de Saúde LGBT do Estado do Rio Grande do Sul.

Considerações finais

A gestão participativa é garantida por lei e constitui-se em uma das premissas do SUS. Contudo, ainda é uma tarefa a ser construída, pois, apesar dos espaços constituídos, tal como os conselhos de saúde e de experiências positivas, como as expostas anteriormente, observa-se que estes espaços de decisão democrática muitas vezes têm pouca representação coletiva.

Com o tempo, o movimento da sociedade na luta pela saúde, tão forte na época da Reforma Sanitária, foi perdendo a sua força. No contexto atual, parece de fundamental importância um fortalecimento social, considerando que o SUS tem passado por um período em que há um aprofundamento

da precarização do trabalho e dos serviços. Sendo assim, é necessário fortalecer o protagonismo social que entenda a saúde como um direito de todos e como um dever do estado, onde a saúde não seja regida pelas leis de mercado.

Referências

ANDREATTA, H. Orçamento Participativo Porto Alegre: você é quem faz uma cidade de verdade. Porto Alegre: Unidade Editorial Porto Alegre, 1995.

BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad. Saúde Pública. v. 27, n. 11, p. 2143-2154. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. Aprova a “política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde” e a estratégia de “pólos ou rodas de educação permanente em saúde”. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc>>. Acesso em: 11 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 198, 13 de fevereiro de 2004a. Institui a Política nacional de Educação Permanente em Saúde e como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p.60.

_____. Lei n. 8080, de 18 de setembro de 1990a. 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, 1990.

_____. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990b. 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, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 17 jul. 2015.

BRAVO, M.I.S.; CORREIA, M.V.C. Desafios do controle social na atualidade. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, mar. 2012.

CAMPOS, G. W. de S. O anti Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out. 1998.

CECCIM, R.B. Réplica Botucatu. Comunic, Saúde, Educ., v.9, n.16, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

php?pid=S1414-32832005000100016&script=sci_arttext> Acesso em 08 de out. 2015.

CECILIO, L.C. de O. (Org.). Inventando a Mudança na Saúde. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

FILHO, D.C. Da Saúde e das Cidades. São Paulo: Hucitec, 1995.

GIACOMONI, J. A comunidade como instância executora do planejamento: O caso do “orçamento participativo” de Porto Alegre. 1993. 152 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1993.

GIUGLIANI, C. ROCHA, FAMER, C.M; ANTUNES, D.; FLORES, E.T.; CESA, K.; RO-BINSON, P.G. (Org.) Ação comunitária pela saúde em Porto Alegre 1.ed. Porto Alegre:

Rede UNIDA, 2016. 143 p.

GRANGEIRO A.; SILVA L.; TEIXEIRA P.R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev. Panam. de Salud Publica. Washington, v. 26, nº 1, p. 87–94, jul. 2009.

JESUS, W.L.A.; TEIXEIRA, F.C. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. Ciênc. Saúde Coletiva. v. 19, n. 9, 2014.

HORN, C.H. (Org.). Porto Alegre, O Desafio da Mudança: As políticas financeira, adminis-trativa e de recursos humanos no Governo Olívio Dutra. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

OLIVEIRA, S.; D. BRITO, J. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1581-1589, jun. 2013.

PORTO ALEGRE. Locais de Atendimento Glória/Cruzeiro/Cristal disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=1&p_secao=837>. Acesso em 19 de nov. 2015.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. 1992-2012: 20 anos de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS. Porto Alegre: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2012.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SOUZA, B. M. B. et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. *Journal of Management and Primary Health Care, Pernambuco*, v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010.

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, oct. 2009 .