



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SOBRE GESTÃO DAS PLÍTICAS DE DST/AIDS,
HEPATITESVIRAIS E TUBERCULOSE

BRUNO RODRIGUES FERREIRA

IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NO
ÂMBITO DO SAE EM ANÁPOLIS, GOIÁS

ANÁPOLIS - 2017

BRUNO RODRIGUES FERREIRA

IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO NO
ÂMBITO DO SAE EM ANÁPOLIS, GOIÁS

Trabalho de conclusão de curso submetido ao Curso de Especialização sobre Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para a obtenção do Grau de Especialista.

Orientadora: MIRANICE NUNES DOS SANTOS
CRIVES

ANAPOLIS - 2017

RESUMO

Projeto de intervenção propondo a implantação dos processos de planejamento participativo no SAE, com vistas a incluir servidores e usuários nas políticas da unidade, estabelecendo uma ligação entre todos os agentes envolvidos na gestão, prestação de serviços e atendimentos da gestão da política de DST/AIDS, Hepatites, Tuberculose e Sífilis.

O planejamento atual é realizado de forma centralizada, sem a participação de usuários e trabalhadores da saúde, sendo necessário, e importante, a criação de estratégias de implantação de uma gestão em DST, AIDS, Hepatite, Tuberculose e sífilis, que abranja uma perspectiva mais democrática e participativa conforme as diretrizes do SUS.

Para isso, o projeto se propõe a criar ferramentas organizacionais que permitam a participação de usuários e servidores no planejamento de ações do serviço. Além disso é preciso criar as ferramentas para legitimar a participação destes protagonistas, bem como avaliar os processos implantados. Espera-se assim, alcançar todos os envolvidos nas ações do SAE, incluindo-os nos processos de gestão e planejamento.

PALAVRAS-CHAVE: PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO, SUS, GESTÃO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. OBJETIVOS	08
2.1 Objetivo geral	08
2.2 Objetivos específicos	08
3. METODOLOGIA	09
3.1 Cenário do Projeto	09
3.2 Elementos do Plano de Intervenção	09
3.3 Fragilidades e oportunidades	14
3.4 Processo de avaliação	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	19

1. INTRODUÇÃO

Com a introdução da PNH (Política Nacional de Humanização), em 2003, o SUS teve em suas diretrizes uma nova forma de fazer gestão: A Gestão Participativa, que passa a incluir no processo de gestão e planejamento o usuário e o trabalhador, abrindo um novo leque de possibilidades, até então desconhecido no serviço público de saúde.

Porém, esse processo não é tão novo quanto aparenta, já que na Constituição Federal (Brasil, 1988), no inciso III, do artigo 198, já existia a garantia de participação na comunidade do SUS. Infelizmente, por muito tempo, o processo de planejamento ficou restrito aos secretários e diretores, sem que a população e profissionais da ponta, tivessem direito a se manifestar.

Por estar inserido num contexto governamental e político, o SUS teve muitas de suas ações centralizadas no Ministro da Saúde e os respectivos Secretários Estaduais e Municipais. Ainda como resquícios do falecido INAMPS (Brasil, 1977) que possuía formato estrutural bem formal.

Em março de 1986, acontece a VIII Conferência de Saúde, que foi um divisor de águas na saúde pública brasileira, lá foram lançadas as bases de um novo sistema de saúde, que tinha como base: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do sistema de saúde e o financiamento setorial (CONASS, 2011).

Com a constituinte de 1988, surge o SUS, que vem se fundamentando através da descentralização, com foco na municipalização. A Lei 8.080, aprovada em 1990 deu as bases para o financiamento e funcionamento do SUS. Porém, a sanção presidencial vetou a participação popular no processo de gestão. Tal situação só foi mudada com a Lei 8.142 que regula a participação da comunidade, criando os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

O SUS quebrou o paradigma de usuários que mereciam os atendimentos. Até então, só trabalhadores podiam ter atendimentos médicos. Agora, o SUS é universal. Todos têm direito à saúde.

No que concerne à gestão, o SUS apresenta duas concepções: gestão, ligada aos “gestores”, sejam municipais ou estaduais (os Secretários), e nacional (Ministro). Por outro lado, temos gerência, que se aplica à administração de unidades de saúde, em suas diversas particularidades (CONASS, 2011).

Em 1993, a NOB/93 (norma operacional básica), cria mecanismos que permitem a gestão otimizada de recursos, criando as comissões bipartite e tripartite, dando liberdade

decisória aos gestores, desencadeando o processo de municipalização da gestão. A NOB inicia os processos de transferência fundo a fundo, dando mais liberdade aos municípios para planejar e agir conforme suas necessidades (Brasil, 1993).

Em 2003 é criada a PNH, política nacional de humanização da Atenção e da Gestão, que busca oferecer um atendimento humanizado e uma gestão descentralizada, com foco nos usuários, com participação de servidores e comunidade. A principal ferramenta nesse processo é o Grupo de Trabalho em Humanização que cria um ambiente de fala democrática no SUS.

Em 2006, CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde assinam o Pacto pela Saúde, dividido em três componentes: o pacto pela vida, pacto em defesa do sus e o pacto de gestão. Esse pacto representou um enorme avanço no modelo de gestão do SUS, acrescentando metas e ferramentas que facilitam os trabalhos.

O Pacto pela gestão, amparado pelas portarias 699, 1.097, 3.085 e 3.332 de 2006 tem como fundamentos a descentralização e regionalização, planejamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação e participação social. Começa então, efetivamente o planejamento e gestão participativos em diversos municípios.

Ao propor um projeto de intervenção que seja efetivamente aplicável, é preciso propor uma ação que possa resultar em uma mudança que se reflita em resultados positivos. Este projeto propõe justamente a implementação da gestão participativa no âmbito do Serviço de Atendimento Especializado da cidade, no que lhe concerne.

Apesar de uma unidade de referência não possuir autoridade gerencial para interferir em orçamentos ou recursos, que são definidos nos planos de saúde, leis orçamentárias e demais pactuações, as ações podem resultar em otimização de diversos pontos, principalmente de aspectos ligados ao atendimento prestado.

Nesse contexto, é preciso definir o que vem a ser o processo de gestão participativa no âmbito do Sistema Único de Saúde e como ele pode ser aplicado numa unidade vinculada à Secretaria Municipal de Saúde.

Assim, deve-se esclarecer que na área de saúde, existe uma organização segmentada dos servidores, seja em categorias, ou mesmo em forma de contratação (Santana, 1993). Há também, de se levar em conta o grau de autonomia de cada profissional no contexto hospitalar ou de atenção nos seus diversos níveis.

Outro ponto a ser levado em conta é o grande número de divisões do trabalho, quando falamos de produção em saúde. Apesar de a PNH (Brasil, 2003), falar de trabalho

interdisciplinar, e união da força de trabalho, muitas unidades apresentam divisões com características, inclusive sociais (Santana, 1993).

No contexto de uma unidade, ao se trabalhar com planejamento participativo, Habermas (1989) coloca a Comunicação Participativa como uma ferramenta de linguagem extremamente útil para este propósito, já que inclui no processo a figura do intérprete para ajudar a gestão a “tradução” das vontades do participante, atuando como um mediador.

Carlos Matus (1984) diz que planejamento deve ser moderno e flexível, em contrário ao modelo atual, que é engessado e supervaloriza a restrição de recursos econômicos. Pensando nisso ele formulou o método de planejamento estratégico-situacional (PES).

Matus (1984) vê o processo de planejamento como uma ferramenta política, pois envolve diversos atores e tem como necessidade agradá-los. Além disso é preciso atender as necessidades da unidade, bem como dos usuários e servidores.

A cidade de Anápolis possui gestão plena de recursos. O que quer dizer, que recebe as verbas em blocos, e aplica de acordo com as Leis de Diretrizes Orçamentárias do Município, além do investimento obrigatório em áreas com verbas “amarradas”.

O Serviço de Atenção Especializada de Anápolis está localizado na Unidade de Atenção Especializada Dr. Illion Fleury Jr, no bairro Jundiaí. O serviço ocupa algumas salas da unidade, e apesar de possuir coordenador próprio, está subordinado à coordenadoria da unidade e ao diretor de atenção especializada.

O planejamento é centralizado na figura do coordenador, e muitas vezes se resume a preencher requisições de insumos e medicamentos que serão usados ao longo do ano, se restringindo a “Planejar” apenas a demanda esperada. Não há conselho de usuários ou de servidores na unidade. Neste sentido o atual projeto se lança na intenção de servir de base teórica para a implantação do processo de planejamento e gestão participativos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Implantação do processo de planejamento e gestão participativa no âmbito dos serviços de saúde de DST/AIDS, Hepatites, Tuberculose e Sífilis (SAE) em Anápolis.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1 Criar o conselho de usuários do SAE.
- 2.2.2 Criar o Grupo de Trabalho Intersetorial do SAE, envolvendo: Ministério Público, Usuários, Gestores, Profissionais, Representantes da Atenção Básica, Diretoria de Atenção Especializada, ONGs e movimentos sociais.
- 2.2.3 Criar, implantar e aplicar pesquisas de satisfação dos usuários.
- 2.2.4 Implantar serviço de ouvidoria no SAE
- 2.2.5 Criar mecanismos de avaliação dos processos implantados.
- 2.2.6 Implantar realização de plenárias quadrimestrais com a participação da coordenação, direção, Secretaria de Saúde e o GTI-SAE.

3. METODOLOGIA

3.1 Cenário do projeto de intervenção

A Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis possui serviços bem estruturados divididos nos eixos de Atenção Básica, Atenção Especializada e Urgência e Emergência, estando o SAE, inserido na diretoria de Atenção Especializada, sob a coordenação da Unidade dr. Illion Fleury Jr, onde o serviço está inserido. O serviço funciona ali desde 2013, quando foi implantado na cidade. A unidade conta com laboratório e farmácias próprios, fazendo a coleta de material na própria unidade, e a dispensação dos medicamentos também.

O Atendimento é compartilhado com as Unidades Básicas de Saúde. Além disso, duas organizações sociais participam no processo. A AGTLA (Associação de Gays, Transgeneros e Lésbicas de Anápolis) que acolhe portadores de HIV e seus familiares; e a Sociedade Oasis que também acolhe esses pacientes e orienta os familiares.

Estarão envolvidos neste projeto, diretamente: o diretor de Atenção Especializada, o Coordenador da Unidade Dr. Ilion Fleury, onde o serviço está implantado. O coordenador e Servidores que atuam no SAE, atenção básica, usuários do serviço e organizações sociais que atuam com esses pacientes

3.2 Elementos do plano de intervenção

Objetivo	Ações	Prazos	Metas
Criar o conselho de usuários do SAE.	- Apresentar projeto de criação do conselho de usuários no Conselho Municipal de Saúde. - Publicação de edital de convocação no diário oficial do município.	06 meses a partir da apresentação do projeto de criação no conselho Municipal de Saúde.	- Criar conselho que permitirá a participação de usuários em planejamentos e deliberações relacionadas ao SAE. - Permitir que os usuários tenham respaldo legal para participarem do dia

	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de mini-conferência de usuários do SAE, para votação dos nomes de membros e suplentes. - Publicação em diário oficial de portaria empossando o conselho. 		<p>a dia do serviço, inclusive fiscalizando ações.</p>
<p>Criar o Grupo de Trabalho Intersetorial do SAE, envolvendo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Publicação de portaria convocando os envolvidos a participarem e instituindo as reuniões mensais do grupo. - certificar-se que Ministério Público, Usuários, Gestores, Profissionais, Representantes da Atenção Básica, Diretoria de Atenção Especializada, ONGs e movimentos sociais participem do Grupo, dando ao 	<p>Um mês após a nomeação dos conselhos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que todos os envolvidos tenham espaço para se expressarem e contribuam com as ações do SAE.

	<p>mesmo maior diversidade, promovendo maior interação entre todos os envolvidos.</p> <p>- Eleger no grupo o presidente que representará os seus participantes em outros eventos.</p>		
<p>Criar, implantar e aplicar pesquisas de satisfação dos usuários.</p>	<p>- Criar com a ajuda do GTI-SAE questionários de satisfação que serão aplicados aos usuários.</p> <p>- Definir as formas de tabular os dados.</p> <p>- Definir os métodos de aplicação, considerando o direito ao sigilo do paciente.</p> <p>- Divulgar os relatórios aos diretores e coordenadores, para que possam ser usados no planejamento.</p>	<p>01 mês para criação.</p> <p>02 meses para aplicação.</p> <p>01 mês para resultados e tabulação.</p>	<p>- Ter ferramentas objetivas que apresentem a forma como os usuários vêem os serviços.</p> <p>- ter dados precisos para serem usados nas reuniões para planejamento.</p>

<p>Implantar serviço de ouvidoria no SAE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criar setor de ouvidoria, com espaço para escuta qualificada de todas as demandas que surgirem. - Vincular a ouvidoria do SAE à ouvidoria do SUS. - Destacar servidor qualificado para o trabalho. - Avaliar e responder todas as demandas que surgirem. 	<p>1 mês após a apresentação deste à direção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar voz aos usuários e criar ambiente acolhedor. - Permitir que as demandas possam ser usadas no planejamento. - Se adequar à Política Nacional de Humanização.
<p>Criar mecanismos de avaliação dos processos implantados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criar ferramentas objetivas e subjetivas para avaliação dos processos, por meio de entrevistas e questionários. - Permitir que o grupo de trabalho intersectorial avalie todas as ações realizadas no SAE. - Quantificar as demandas recebidas pela ouvidoria. 	<p>Mensalmente, com relatórios específicos e relatório geral ao fim de cada ano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar se as ações estão alcançando os objetivos a que se destinam. - Permitir observar processos inadequados para que os mesmos possam ser corrigidos. - Quantificar críticas e elogios recebidos de usuários e servidores.

<p>Implantar a realização de plenárias quadrimestrais com a participação da coordenação, direção, Secretaria de Saúde e o GTI-SAE.</p>	<p>- Criar por meio de portaria, o calendário com realização de plenárias quadrimestrais, convocando todos os envolvidos, incluindo o Conselho de usuários do SAE, o GTI-SAE e usuários e servidores não envolvidos nestes grupos.</p>	<p>Um mês após a posse dos membros do conselho e GTI.</p>	<p>Integrar todos os usuários, servidores e movimentos sociais nos processos de gestão e planejamento da unidade, incluindo suas sugestões e anseios no processo, abrangendo todos os envolvidos.</p>
--	--	---	---

Tabela 03.01.

3.3 Fragilidades e oportunidades

Ações	Fragilidades	Oportunidades
<p>Apresentar projeto de criação do conselho de usuários no Conselho Municipal de Saúde.</p>	<p>Resistência de alguns grupos ligados à gestão.</p>	<p>Publicidade e conhecimento da população ao projeto, já que o conselho possui uma abertura maior.</p>
<p>Publicação de edital de convocação no diário oficial do município.</p>	<p>Baixo alcance do diário entre a população geral.</p>	<p>Oficialização da ação.</p>
<p>Realização de mini-conferência de usuários e de servidores do SAE, para votação dos nomes de membros e suplentes.</p>	<p>Baixa adesão dos usuários em sua conferência. Baixa adesão dos servidores em sua conferência.</p>	<p>Conferência atribui legitimidade ao grupo formado.</p>

Publicação em diário oficial de portaria empossando os conselhos de usuários e de funcionários.	Limitação do grupo, após a publicação.	Legitimidade e oficialidade dos conselhos formados.
Publicação de portaria convocando os envolvidos a participarem e instituindo as reuniões mensais do grupo.	Não adesão dos envolvidos.	Formalização do grupo, com respaldo legal para se reunir.
certificar-se que Ministério Público, Usuários, Gestores, Profissionais, Representantes da Atenção Básica, Diretoria de Atenção Especializada, ONGs e movimentos sociais participem do Grupo, dando ao mesmo maior diversidade, promovendo maior interação entre todos os envolvidos.	Recusa de algum dos participantes.	Pluralidade de participantes, permitindo a contribuição de diversos setores.
Eleger no grupo o presidente que representará os seus participantes em outros eventos.	Representante não ter fácil articulação com o grupo. Não representar todos.	Representante bem articulado pode facilitar as conversas entre unidades e órgãos.
Criar com a ajuda do GTI-SAE questionários de satisfação que serão aplicados aos usuários.	Questionários podem não abranger todas as áreas necessárias.	Levantamento com fidedignidade de informações sobre a visão dos pacientes em relação ao serviço.

Definir as formas de tabular os dados.	Informações serem perdidas nessa tabulação.	Informações importantes terem mais destaque e facilidade de acesso.
Definir os métodos de aplicação, considerando o direito ao sigilo do paciente.	Pacientes serem expostos se as medidas não forem as adequadas.	Paciente se sentir respeitado, ao perceber que está tendo seus direitos preservados.
Divulgar os relatórios aos diretores e coordenadores, para que possam ser usados no planejamento.	Diretores ignorarem os dados levantados.	Informações relevantes que podem direcionar as ações.
Criar setor de ouvidoria, com espaço para escuta qualificada de todas as demandas que surgirem.	Diretor não dar a estrutura necessária para o funcionamento da ouvidoria.	Apresentar um espaço acolhedor para receber as pessoas e suas demandas na Ouvidoria.
Vincular a ouvidoria do SAE à ouvidoria do SUS.	As demandas passam a ser públicas.	Com a publicidade das demandas a unidade terá que responder no prazo legal.
Destacar servidor qualificado para o trabalho.	Direção escolher profissional que favoreça a unidade em detrimento do usuário ou funcionário.	Com servidor qualificado a escuta pode ser qualificada e os ouvidos terem respostas e atenção necessária.
Avaliar e responder todas as demandas que surgirem.	Diretor se recusar a responder o que lhe convém.	Apresentar respostas à demandas que podem ser latentes há anos ou meses e nunca tiveram a devida atenção.
Criar ferramentas objetivas e subjetivas para avaliação dos processos, por meio de entrevistas e questionários.	Não criar ferramentas adequadas ou com a facilidade de entendimento e tabulação necessárias.	Com as ferramentas adequadas a Unidade terá a condição de avaliar todas as demandas internas.

- Permitir que o grupo de trabalho intersectorial avalie todas as ações realizadas no SAE.	Diretor não dar autonomia ao GTI-SAE	Integrar o GTI-SAE à unidade e sua rotina, permitindo uma simbiose que leve o grupo a perceber todos os erros e acertos na unidade.
Quantificar as demandas recebidas pela ouvidoria.	Falta de interesse da direção em tabular os dados.	Acesso a relatórios objetivos que auxiliarão nos processos de planejamento da unidade.
Criar por meio de portaria, o calendário com realização de plenárias quadrimestrais, convocando todos os envolvidos, incluindo o Conselho de usuários do SAE, o GTI-SAE e usuários e servidores não envolvidos nestes grupos.	Muito tempo entre uma reunião e outra.	Ter um espaço oficial para discussão e integração de todos os envolvidos.

Tabela 03.02.

3.4 Processo de avaliação

O processo de avaliação se dará por meio de algumas ferramentas. Questionários estruturados e semiestruturados que permitirá a tabulação de dados. E a facilidade de criar relatórios que auxiliem a direção no processo de planejamento.

O GTI-SAE também avaliará tanto a efetividade dos planos realizados, como as ações realizadas pelos conselhos, direção e próprio grupo. Os relatórios deverão ser públicos, auxiliando tanto a direção quanto a gestão na avaliação.

As reuniões quadrimestrais entre os conselhos, o GTH e a direção também permitem a avaliação de todas as ações e execução dos planejamentos realizados. É importante que todos possam se manifestar nessas reuniões, sem nenhum tipo de censura.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de gestão participativa do SUS, apesar de assegurado na Constituição Federal (1988), a sua eficácia se resume ao controle social, com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. Em unidades o processo ainda é lento, com uma abrangência maior desde 2006, com a Política Nacional de Humanização.

Nesse contexto, a gestão e planejamento participativos é uma das principais ferramentas já que é um ambiente aberto a todos, para que falem e contribuam com o SUS no âmbito em que estão inseridos. Nos Conselhos e Grupos de Trabalho surgem debates bastante produtivos que podem contribuir bastante com a gestão.

Além disso, com a criação de Conselho de usuários, a unidade passa a ter dois órgãos representativos, com características de colegiado, que poderão dar voz a grupos geralmente não consultados quando o processo de planejamento é iniciado. Assim, é possível levantar as necessidades e expectativas destes grupos que geralmente não aparecem em planilhas de relatórios de atendimento ou estoque.

É preciso, também, entender que o processo de planejamento vai além de planejar compras para o próximo ano de insumos, alimentos e medicamentos. É preciso analisar dados de maneira a entender determinadas demandas, e como elas podem ser impactadas. Nem sempre o diretor está atento a isso, e se limita a planejar compras com base nos gastos do ano anterior, restringido o planejamento a isso.

Ao dar voz aos usuários e servidores, o primeiro resultado é se aproximar desses grupos entendendo como pensam, quais são seus anseios e necessidades. Os servidores podem, às vezes, esperar que mudanças pequenas aconteçam fazendo diferença em seus plantões, como a mudança ou variação maior de cardápio, instalação de um ar condicionado no estar ou mesmo mudar a qualidade de determinado material usado por eles.

Nesse sentido, pacientes também precisam ser ouvidos. Às vezes, o atendimento não é humanizado ou não adequado às suas necessidades. Por vezes, pacientes reclamam de mal atendimento, que pode estar sendo causado por alguma necessidade dos servidores não atendida pela direção. Por isso é tão importante ouvir.

A criação da Ouvidoria do SAE, instalada localmente, permitirá alcançar quem não se sente representado ou mesmo à vontade de participar dos conselhos. Muitas vezes as demandas são sensíveis e demandam de sigilo ou maior cuidado e tato por parte do ouvidor.

A ouvidoria permitiu que o SUS avançasse em diversos pontos, dando voz aos usuários que até então não possuíam. A direção passa a estar mais próxima do público, ouvindo demandas que até então poderiam ser totalmente desconhecidas. Importante que sejam seguidas as recomendações do ministério da saúde, para que as ações sejam realizadas de maneiras eficazes e adequadas.

Com a criação dos conselhos de servidores e usuários e do GTI-SAE todos os grupos envolvidos no contexto de atenção terão espaço para que possam contribuir à sua maneira com a unidade. Porém, de nada adiantará esses espaços se o diretor não promover a integração destes grupos com a gestão. Por isso as reuniões mensais entre os “interpretes” desses grupos, ou seus representantes e a direção são essenciais.

Por fim, é preciso que o diretor inclua as contribuições dos grupos no planejamento, permitindo que todos sejam contemplados. Ressalta-se, porém, que a decisão final, continua sendo dele e cabe ao mesmo pesar entre as necessidades mais prioritárias.

Nada disso, terá valor, porém, se nenhuma ferramenta de controle social e avaliação seja implementada. Os conselhos são essencialmente fiscalizadores e podem avaliar as ações. Além disso, é preciso que a direção dê liberdade ao GTI-SAE para fiscalizar e avaliar todos os planos em execução. Por fim, a própria direção deve implementar formulários que permitam que ela avalie a eficácia dos seus planos e ações em execução.

Espera-se assim, que em um ano, a realidade da participação social seja totalmente mudada, no contexto do SAE, no município de Anápolis, com participação de servidores e usuários em todos os processos de planejamento, ação e avaliação. Outras ferramentas podem, e devem ser desenvolvidas e articuladas para servirem de referência para a execução deste projeto.

REFERENCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo; PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins. Planejamento em saúde: uma possibilidade de ação participativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 5, n. 4, p. 55-60, Oct. 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000400007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 12 fev 2017.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Saúde em Debate, n.30, p.15-20, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais 5 Passos para a construção de linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS : Guia para Grupos Locais de Trabalho. Brasília, 2016.

_____. Portaria Conjunta nº 1 de 16 de Janeiro de 2013 - Institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 jan. 2013. Seção I, p. 41.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

CONASS. Coleção Progestores – Legislação do SUS/Brasil. 2006.

_____. CONASS 20 ANOS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003

_____. CONASS/ Legislação Estruturante do SUS, 2011

_____. SUS. Avanços e desafios. 2006.

_____. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas – Brasília: CONASS, 2009.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 e 8.142). São Paulo: HUCITEC, 1992.

COSTA-E-SILVA, Vanessa; Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1405-1414, jun, 2007.

GONCALVES, Crhistine Cavalheiro Maymone; BOGUS, Cláudia Maria. Participação Social, Planejamento Urbano E Promoção Da Saúde Em Campo Grande (MS). Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017005002104&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 mar 2017. Epub Mar 06, 2017.

HABERMAS, J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

MATUS, Carlos. Planejamento, Liberdade e Conflito. Direção Superior do Ministério da Saúde e Assistência Social da República da Venezuela. Ago, 1984.

RUEDA, Maria Estela Bandeira Moreira; NUNES, Camila Lopes Marques Telles. Planejamento ascendente e participativo: prática adotada na Secretaria Municipal de Saúde de Bauru. Saude soc., São Paulo , v. 18, supl. 1, p. 73-74, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500015&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 Mar 2017.

SANTANA, J. Paranagua de. A gestao do trabalho nos estabelecimentos de saude : elementos para uma proposta . Cad. RH saúde; 1(3): 51-61, nov. 1993.

SANTOS FILHO, Ezio Távora dos; GOMES, Zaira Machado dos Santos. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 41, supl. 1, p. 111-116, Set. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Mar 2017.