

## 4.2 MANUSCRITO 02: CONHECIMENTO DOS GESTORES DOS SISTEMAS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE SOBRE O SUS

Elaborado conforme as instruções que constam no site da **Revista Saúde e Sociedade da Universidade São Paulo**. Acesso em fevereiro de 2014.

### CONHECIMENTO DOS GESTORES DOS SISTEMAS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE SOBRE O SUS

Andresa Teixeira Santos<sup>1</sup>  
Sergio Donha Yarid<sup>2</sup>

#### Resumo

O comprometimento do município com o processo de efetivação do Sistema Único de Saúde se volta para a autogestão por meio da redistribuição de competências e de remanejamentos dos recursos financeiros, humanos e físicos, necessários à implementação das práticas de saúde. O objetivo do estudo é analisar o conhecimento dos gestores dos sistemas de saúde dos municípios de pequeno porte sobre o SUS. Neste estudo, participaram os gestores dos 05 municípios com até 20.000 habitantes, circunscritos na 13ª Dires. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista. A análise de dados foi realizada mediante a utilização da técnica Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Os dados evidenciaram gestores de saúde possuem conceito reducionista sobre o SUS, entendem o SUS como um sistema universal e que possui arcabouço legal que lhe garante legitimidade. No entanto, entendem que todo o apregoado pelo SUS ainda não se concretizou e compreendem a ESF como uma importante ferramenta para organização do sistema.

**Palavras-chave:** Planejamento em Saúde; Avaliação em saúde; Gestão em Saúde.

#### Abstract

The commitment of the municipality to the process of realization of the Unified Health System Turns to self-management through redistribution of powers and reshuffling of financial , human and physical , necessary for the implementation of health practices resources. The objective of the study is to analyze the knowledge of managers of health systems in small towns on SUS. Managers participated in this study of 05 municipalities with up to 20,000 inhabitants, circumscribed in 13th Dires. Was used as a technique for data collection interview. Data analysis was performed by using

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

<sup>2</sup> Professor Adjunto do curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

the content analysis technique proposed by Bardin (2011). Data showed health managers own reductionist concept of the SUS SUS understand how a universal system, which has a legal framework that ensures legitimacy. However, understand that the whole hyped by SUS has not materialized and understand the ESF as an important tool for organizing the system.

**Keywords:** Health Planning; Health evaluation; Management in Health.

## INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no âmbito da saúde desde a década de 80 têm trazido novas demandas para o setor, tanto no que diz respeito à assistência hospitalar, pré-hospitalar, como na atenção primária à saúde. Correspondem em linhas gerais à oferta de novos serviços incluídos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais geram a necessidade de programas e estratégias eficazes junto ao sistema, firmados em seus preceitos, com fins a efetivá-lo em suas prerrogativas descritas e regulamentadas pela Lei 8080/90.

A partir da criação do SUS em 1988, o Brasil, que até então tinha como foco de suas ações de saúde a assistência médico-hospitalar por meio do sistema previdenciário, passou a implementar políticas de saúde visando o fortalecimento da Atenção Primária, reafirmando assim, os impactos da Conferência de Alma Ata, que traz esse tema como foco da discussão e defende o fortalecimento dessas ações como forma de alcançar a ampliação do acesso aos serviços de saúde e melhoria da situação de saúde da população.

Tornar o SUS atuante e resolutivo tem demandado tempo e recursos do país, porém, sabe-se que um dos maiores desafios para o sistema tem sido a forma de organização das ofertas de ações e serviços em saúde na prática cotidiana, principalmente buscando a eficácia das ações na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CONILL, 2008).

A efetivação das mudanças no sistema de saúde exige uma gama de tecnologias e estratégias para o cumprimento de suas metas e objetivos na procura por reestruturação no setor saúde, através da organização de um sistema universal e igualitário. Este sistema precisa romper definitivamente com o modelo de atenção à saúde antigo, outrora dominante, mas que ainda encontra-se presente nos dias atuais em algumas práticas de saúde, centrada apenas na cura de doenças, não possibilitando o avanço de uma nova política de saúde voltada para o usuário e

fundamentada nos princípios organizativos do SUS (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

O SUS segue uma mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional. Não se trata, portanto, de uma prestação de serviço ou uma instituição, mas de um “Sistema” estruturado em nível nacional, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum, baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social (BRASIL, 1990).

A compreensão do seu caráter estratégico aponta para o desafio de recombinar recursos do sistema capazes de organizar e ofertar serviços de saúde baseados em princípios de acessibilidade, longitudinalidade nos cuidados prestados pela equipe de saúde, integralidade, focalização na família e orientação comunitária (MENDES, 2002).

Neste sentido, o principal marco na busca pela reestruturação do primeiro nível da atenção aqui no país, denominado nacionalmente de Atenção Básica, foi a criação do Programa Saúde da Família em 1994, a partir do sucesso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Com esse programa, visava-se a ampliação de cobertura de serviços para garantia da universalidade da assistência. Todavia, o PSF apresentou-se como um espaço privilegiado de reorientação do processo de trabalho em saúde no nível local, por permitir o trabalho em um território e com perspectivas de mudanças no objeto das práticas de saúde, bem como na relação desses com os múltiplos sujeitos envolvidos (TEIXEIRA, 2002).

Partido deste pressuposto, em 1997 o PSF foi considerado como estratégia para a reorientação da Atenção Primária e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 1997). Entretanto, o que caracteriza a mudança de status de programa para estratégia não é o marco institucional-normativo, e sim as práticas em saúde a serem desenvolvidas nos contextos locais (PAIM, 2008).

A sua (re)orientação ou (re)organização no Brasil deu-se mediante a implantação da ESF que, segundo Paim (2003), caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Para tanto, é indispensável possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial

do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Para ocorrer mudanças no processo, planejamento e gestão no SUS, necessita-se que mudanças nas dimensões gerenciais e organizacionais também aconteçam, pois a relação sujeito/objeto das práticas de saúde depende, dentre outras coisas, de como a rede de atenção está estruturada, bem como da forma como a política de saúde é pensada e implementada no âmbito local (TEIXEIRA, 2002).

Assim, este estudo tem por objetivo analisar o conhecimento dos gestores municipais do Sistema de Saúde e coordenadores da ESF dos municípios de pequeno porte sobre o Sistema Único de Saúde.

## METODOLOGIA

Dadas as características do objeto de estudo, optou-se por pesquisa de abordagem quantiquantitativa. Foi realizado um estudo de caso, caracterizado como uma investigação empírica que pode ser utilizada através de uma mistura de evidência quantitativa e tem um lugar diferenciado na pesquisa de avaliação (YIN, 2010).

A escolha dos 05 municípios (Itagibá, Itaquara, Itiruçu, Jitaúna e Lafaiete Coutinho) estudados foi intencional, utilizando como critério a proximidade com a universidade e a facilidade encontrada para as visitas aos municípios, visto que este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, projeto esse intitulado “A Organização do Processo de Trabalho e da Assistência à Saúde nos Municípios de Pequeno Porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia”, vinculado ao Projeto de Pesquisa Prioritária para o SUS (PP SUS), financiado pelo Ministério da Saúde, e que tem por objetivo traçar o perfil dos municípios de pequeno porte da 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia com relação à gestão do trabalho na perspectiva de fortalecer os Sistemas Locoregionais.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, os participantes não foram citados pelo nome e sim pelo cargo/função que exerciam seguido pela numeração

dos municípios. Os entrevistados também foram divididos por grupos a que pertencem, para não possibilitar a sua identificação. Assim, eles foram classificados em dois grupos de sujeitos que se encontram inseridos no processo do planejamento das ações em saúde, considerando a significância da sua vivência que se entrelaça com o tema proposto à investigação, com o intuito de compreender a realidade.

**Grupo I-** Gestores do sistema de saúde municipal.

**Grupo II-** Coordenadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Obtendo assim como sujeitos da pesquisa 05 secretários de saúde municipal e 10 enfermeiros coordenadores da ESF.

Inicialmente, para coleta dos dados, foram realizadas visitas aos municípios que participaram do projeto, a fim de estabelecer contato com as autoridades locais, apresentar a intenção da pesquisa, sensibilizar sobre a importância da participação dos gestores na realização do estudo e obter o consentimento para o acesso aos dados e documentos necessários, assim como para realizar as entrevistas.

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, uma fonte de expressão das ideias e dos valores dos sujeitos da pesquisa, sendo através da comunicação orientada que o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais profundas do objeto a ser investigado (MINAYO, 2010).

Os dados coletados foram analisados quantitativamente por meio de estatística descritiva no programa Excel for Windows. Já para a análise qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011), respeitando-se as três fases.

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), tendo sido aprovado sob o número de protocolo 080/2009, conforme Ofício CEP/UESB 265/2009, em 04 de setembro de 2009, baseado na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que estabelece as normas da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na evolução do SUS, observa-se uma diversidade de práticas de gestão e de atenção à saúde. A construção coletiva dessa política pública é um desafio que expressa possibilidades de atenção integral por intermédio de políticas, de

organização de serviços e de práticas que visam à transformação das condições de vida e saúde da população em diferentes cenários no país.

No texto da Constituição Brasileira de 1988, aponta-se o Estado como responsável em prover o direito à saúde, mediante elaboração de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

A reorganização do sistema de saúde, baseada na atenção básica, teve como principal proposta a ESF, que articula noções e conceitos advindos de inúmeras disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, pautando-se na organização sistêmica dos serviços, no trabalho multiprofissional, na utilização de informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde por meio de ações de promoção, proteção e recuperação (TEIXEIRA, 2003).

A compreensão do seu caráter estratégico aponta para o desafio de recombina recursos do sistema capazes de organizar e ofertar serviços de saúde baseados em princípios de acessibilidade, longitudinalidade nos cuidados prestados pela equipe de saúde, focalização na família e orientação comunitária (MENDES, 2002).

Nesta perspectiva, os serviços de saúde ofertados seriam estruturados tomando-se por base o reconhecimento das necessidades da população, apreendidas após o estabelecimento de vínculos entre esta e os profissionais de saúde, em contato com um dado território, articulando a promoção à saúde, a prevenção e o acolhimento, tendo como limite a adscrição da população e a programação das ações desenvolvidas (HEIMAN; MENDONÇA, 2005), sensíveis o suficiente para dar relevância aos aspectos distintivos que podem caracterizar a reorientação do modelo assistencial em direção aos princípios do SUS.

Para isso, os gestores do SUS devem possuir conhecimento suficiente sobre o sistema, de forma a planejar e gerir as ações em saúde em âmbito local. Assim, no que concerne sobre o conhecimento dos gestores de saúde dos municípios de pequeno porte sobre o SUS, o estudo demonstrou que esses compreendem o mesmo como um sistema universal, que possui arcabouço legal que lhes garante legitimidade. No entanto, entendem que precisam de organização para superar a fragmentação dos cuidados por meio de ações de prevenção e promoção da saúde juntamente com as ações de cura e reabilitação.

Tal situação fica evidente quando analisadas as falas dos Secretários de Saúde transcritas abaixo:

[...] **Política de saúde universal**, que tem seus percalços facilmente identificados, é a questão de autonomia do gestor, muitas coisas não acontecem por isso, a gente precisa de um melhor acompanhamento, uma melhor cobrança, no sentido de favorecer a garantia da universalização (Secretário de saúde 01).

[...] SUS é o sistema Único de saúde, que visa proporcionar como garante a constituição Federal a saúde **universal** como direito de todos, visa proporcionar aos seus usuários uma saúde adequada, muitas vezes não tão adequada, mas a ideia geral é que “tá” proporcionando a saúde adequada e digna aos seus usuários, mas a gente sabe que existem muitas necessidades, muitas dificuldades, muita coisa a ser melhorada (Secretário de Saúde 02).

[...] Com o surgimento do SUS se abriu uma nova história para a questão da saúde, mas o que a gente observa, o que a gente tem notado de fato SUS ainda, tá longe do que a gente pretende daquilo que é proposto pelo próprio SUS [...] infelizmente a gente não consegue botar o que está no papel do SUS, o que está na NOAS, o que está no plano de saúde (Secretário de Saúde 03).

[...] O SUS é muito bom por que é universal [...] o problema é que a gente não consegue preconizar o que o SUS manda, a gente precisaria de mais recursos e, infelizmente o recurso é insuficiente pra que a gente possa oferecer a população a importância que é o SUS (Secretário de Saúde 05).

Nota-se através das falas dos entrevistados que, embora toda a legislação aponte para o acesso às ações de saúde, no seu mais ampliado conceito, como garantia do Estado, assegurado por meio da Constituição Federal de 1988, o discurso na prática mostra uma situação diferente, onde os elementos fundamentais para a efetivação do apregoado pelo SUS com todos os seus princípios e valores ainda estão distantes da prática adequada da assistência à saúde, e não é suficiente para a efetivação de uma assistência à saúde equânime e integral a população (FACCHINI et al., 2006b; IBAÑEZ et al., 2006; SILVA, 2010; SILVA; FIGUEIRÓ, 2008).

Para garantir a universalidade da atenção, faz-se necessário a formulação de um modelo equânime. Entretanto, tem-se vivenciado o impasse com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde, requerendo, assim, uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, como direito individual e coletivo, através do redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Assim, a organização e integração da ESF à rede de serviços de saúde é um pressuposto para a garantia da atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade do sistema, assegurando a mobilidade do usuário e garantindo a integralidade nas ações. Pinheiro, Ferla e Silva Júnior (2007) defendem que o acesso da população a todos os níveis de atenção do sistema de saúde seria condição e ponto de partida para a construção dos princípios do SUS.

Mesmo com a compreensão do princípio da universalidade, os gestores possuem uma visão reducionista sobre o SUS como “um programa”, “um convênio”. Este entendimento afeta diretamente a implementação do sistema, uma vez que a falta deste entendimento tem dificultado a realização das ações e serviços pautados nas necessidades de saúde da população, como se vê nas falas dos gestores.

[...] o SUS foi uma **reforma** que teve, uma conferencia nacional de saúde que veio pra reformular pra refazer, fazer com que as pessoas tenham mais acesso a saúde, tenha mais ter direito a ter saúde. Vem caminhando, mais precisa melhorar muito, vem ajudando muito gente, muita coisa que a gente não via antigamente e começou a ver (Coordenador da ESF 01)

[...] Na verdade o SUS pra mim hoje, de uma forma mais resumida seria um **plano de saúde** hoje que abrange a população, e que na verdade ele não é, não funciona no que deveria ser exercido, a gente que trabalha na área a gente sabe que o SUS deve avançar muito, apesar dele ter muito tempo ele precisa avançar muito, para que possa alcançar os objetivos propostos pelo SUS, ele é um “**plano de saúde**”, que a maioria da população utiliza mais na verdade ele não alcança os objetivos que deveriam ser alcançados (Coordenador da ESF 03).

[...] eu vejo o SUS é muito bom sabe, pra essas pessoas menos favorecidas o SUS em geral é muito bom e aqui no município no meu entendimento é um **plano de saúde** maravilhoso, igualitário e todo mundo tem o mesmo direito (Coordenador da ESF 02)

Em estudo desenvolvido em Minas Gerais por Gomes et al (2012) evidenciou que 25,7% dos gestores e profissionais entrevistados não possuem um conhecimento adequado sobre o SUS. Destes entrevistados, 17,1% o relacionaram com um plano de saúde para quem não pode pagar, e 8,6% ainda apresentaram um conceito biomédico do sistema.

Apesar de apresentarem um conceito restrito sobre o SUS, os gestores dos municípios de pequeno porte compreendem a ESF como uma importante ferramenta de organização do sistema.

[...] acho que foi a **ESF que oportunizou algumas mudanças, por ficar na comunidade** (Enfermeiro 01).

[...] Só enxergo a **ESF como algo positivo**, que dá algum resultado (Enfermeiro 03).

[...] as pessoas vem aqui na **USF e quase** sempre consegue tudo que precisa, até porque aqui a gente faz um xerox com os direitos deles e distribui (Enfermeiro 02).

Estudos apontam que a estratégia apresenta melhores resultados na dimensão das práticas do desenvolvimento das ações em saúde, como ficou evidenciado no estudo de Silva (2010), ao avaliar a rede de USF do município de Salvador, resultados estes também evidenciados e conduzidos por Ibañez et al. (2006) e por Silva e Figueiró (2008).

A ESF compromete-se na busca da organização dos serviços, ações e práticas de saúde de forma a garantir à população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. Isso implica uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, estreitar a relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde e integrar os componentes preventivo e curativo das práticas (CORBO; MOROSINI, 2005).

Corbo e Morosini (2005) afirmam ainda que o sistema de saúde só é universal na medida em que se torna acessível, o que apresenta grande afinidade com o contexto ESF, já que é considerado a porta de entrada do sistema de saúde. Consideram, contudo, que deve haver uma qualificação das portas de entrada como espaços de acolhimento para a população.

## **CONCLUSÃO**

Mesmo com a compreensão do princípio da universalidade, os gestores possuem uma visão reducionista sobre o SUS como “um programa”, “um convênio”. Este entendimento afeta diretamente na implementação do sistema, uma vez que a falta desta compreensão tem dificultado a realização das ações e serviços pautados nas necessidades de saúde da população.

O estudo demonstrou que os gestores de saúde entendem o SUS como um sistema universal, que possui arcabouço legal que lhe garante legitimidade. No entanto, compreendem que todo o apregoado pelo SUS ainda não se concretizou.

Apesar de apresentarem um conceito restrito sobre o SUS, os gestores dos municípios de pequeno porte compreendem a ESF como uma importante ferramenta para organização do sistema.

Assim, desenham-se algumas alternativas às mudanças necessárias: o aprimoramento da capacitação dos gestores e profissionais de saúde para superar o conceito limitado e biomédico; maior valorização do serviço público, além do investimento concomitante na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde por parte do governo, para garantir a criação de uma rede de atenção integral e contínua.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C, de. H.C; BEZERRA, R.C. Atenção Primária a Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et. al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro; Fiocruz, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Lei n. 8080, 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**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. RESOLUÇÃO Nº 466/ 2012b. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselhos Nacionais de Saúde, 2012.

CONNIL, E. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, jul./set. 2006a.

HEIMANN, L.; MENDONÇA, M. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma abordagem de identidade. In: LIMA, N (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2006.

MENDES, E. **A atenção primária no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia e Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.; SILVA JÚNIOR, A. L. G. Integralidade nos programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 343-349, 2007.

SILVA, G.; FIGUEIRÓ, A. C. Linha de Base Matricial da Implementação do Proesf. In: HARTZ, Z.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 71-96.

SILVA, M. **Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco na integralidade.** 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

TEIXEIRA, E. C. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade.** AATR-BA. 2002.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos,** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.