



**PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL – BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ – ILHÉUS (BA)**

Pesquisa:
A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE
(Relatório Parcial - 01; Fevereiro / Março / Abril de 2004)

Pesquisadores:

Túlio Batista Franco - Coordenador
Cristina Setenta Andrade
Maria da Conceição Filgueiras de Araújo
Soraya Dantas Santiago dos Anjos
Vitória Solange Coelho Pereira

Ilhéus, 13 de maio de 2004.

SUMÁRIO

Apresentação	03
Lista de Quadros	04
Lista de Figuras	05
Relatório	06
Seminários Temáticos Realizados	07
Metodologia da Pesquisa	07
Primeiros Resultados Pesquisados	12
Dados de Ibicaí	14
Dados de Itabuna	17
Dados de Ilhéus	20
Referências Bibliográficas	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - População de Ibicaraí (BA), distribuída por faixa etária.

Quadro 02 - População de Ibicaraí (BA), distribuída por sexo.

Quadro 03 - Unidades de Saúde de Ibiracaí (BA), distribuídas por Tipo.

Quadro 04 - Distribuição dos leitos hospitalares, segundo o Tipo.

Quadro 05 - População de Itabuna (BA), para 2004, distribuída por faixa etária.

Quadro 06 - População de Itabuna (BA) distribuída segundo o sexo.

Quadro 07 - Unidades de saúde de Itabuna (BA), em 2003, distribuídas por Tipo.

Quadro 08 - Distribuição dos leitos hospitalares em Itabuna (BA) por especialidade.

Quadro 09 - População de Ilhéus (BA), em 2004, distribuída por faixa etária.

Quadro 10 - População de Ilhéus, distribuída segundo sexo.

Quadro 11 - Distribuição das Unidades de Saúde de Ilhéus (BA), por Tipo.

Quadro 12 - Distribuição dos leitos hospitalares em Ilhéus (BA), em fev/2004, por especialidade.

LISTA DE FIGURAS

- Gráfico 01 - População de Ibicaraí (BA), distribuída por faixa etária.
- Gráfico 02 - Unidades de Saúde de Ibiracaí (BA), distribuídas por Tipo.
- Gráfico 03 - Distribuição dos leitos hospitalares em Ibicaraí, por especialidade.
- Gráfico 04 - População de Itabuna (BA), distribuída por faixa etária.
- Gráfico 05 - Unidades de saúde de Itabuna (BA), em 2003, distribuídas por Tipo.
- Gráfico 06 - Leitos hospitalares em Itabuna (BA), distribuídos por especialidade.
- Gráfico 07 - População de Ilhéus (BA), segundo IBGE, distribuída por faixa etária.
- Gráfico 08 - Unidades de Saúde de Ilhéus (BA), distribuídas por Tipo.
- Gráfico 09 – Distribuição das Unidades Básicas de Ilhéus (BA), segundo o Tipo.
- Gráfico 10 - Leitos hospitalares em Ilhéus (BA), segundo a especialidade.

Relatório

Neste início de investigação, em primeiro lugar, foi feita uma re-leitura do projeto de pesquisa, buscando rever o seu conteúdo, coletivamente pelo grupo de pesquisa, no sentido de verificar a necessidade de maior detalhamento do mesmo, e a reorganização de conteúdo.

Essa nova leitura do projeto de pesquisa revelou a necessidade de aprofundarmos as discussões referentes à metodologia, precisando e detalhando a definição do campo de estudo e todos os elementos relacionados ao método de investigação a ser proposto. De certa forma isso já era esperado, na medida em que, o contato com o território a ser investigado, possibilita um olhar mais agudo sobre o campo de pesquisa, onde as primeiras impressões começam a se revelar e o objeto vai aos poucos ganhando maior clareza. A discussão detalhada da metodologia, deverá traçar os caminhos a serem perseguidos pelo estudo. Este foi considerado um ponto importante a ser tratado já no início dos trabalhos do grupo.

Como primeira atividade coletiva, foi programada uma oficina de trabalho, onde se estabeleceu o primeiro contato entre os pesquisadores, e realizou-se um planejamento inicial. Esta oficina ocorreu entre nos dias 16 e 17 de março de 2004, na Universidade Estadual de Santa Cruz, em Ilhéus (BA). Esse momento serviu para um conhecimento mútuo entre os pesquisadores. Estabeleceu-se um contrato de trabalho entre os participantes do projeto de pesquisa, ficando definido que a investigação será desenvolvida coletivamente pelo “grupo de pesquisa em saúde coletiva”, sendo também do coletivo que se organiza em torno deste projeto, a autoria dos produtos resultantes da investigação em curso.

Um primeiro plano operativo foi elaborado, para orientar as ações iniciais do grupo, ficando estabelecida a organização de seminários temáticos, com objetivo de uma apropriação conjunta do campo teórico sugerido, ampliação do mesmo, se necessário, transferência de tecnologia entre os pesquisadores e acertos, quando assim indicado, no próprio escopo do projeto.

Seminários temáticos realizados:

Foram realizados no período, os seguintes seminários temáticos:

1. Estudos de caso como método de investigação.
2. Modelos Assistenciais em saúde.
3. Processos de Trabalho, com foco nas dimensões do cuidado em saúde.

Esses seminários foram organizados, tendo como primeira referência a bibliografia que está indicada no projeto de pesquisa, mas estarão abertos para outras fontes relevantes para cada tema.

Metodologia da pesquisa.

Mario Testa, ao discutir a configuração dos fenômenos naturais e sociais, diz que estes se caracterizam como “complexos indefinidos” e cita o exemplo do “processo saúde-doença em uma população”. O autor quer nos falar que no caso da saúde, a “sua complexidade é tamanha que nem sequer estamos seguros de quais são todas essas variáveis”, que o compõe. (Testa, 1992:93). No contexto em que essas questões são discutidas, Testa observa vem afirmar a não aplicabilidade da teoria dos sistemas ao caso da saúde, dado sua característica “complexo-indefinido”, o que significa que são tão abertos que fica difícil definir seus contornos, pressuposto para um sistema. Nesse sentido, considero mais adequado falarmos em rede, ao tratarmos nosso caso especificamente.

Com essas características, imaginamos que para uma pesquisa dirigida a sistemas e serviços de saúde, seria mais adequado um método como o “estudo de caso”. De acordo com Jorge (2002):

“... os estudos de caso são indicados quando se deseja examinar o conjunto das relações existentes entre diferentes variáveis necessárias à compreensão de um fenômeno complexo, em situações em que o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos ou quando se trabalha com uma problemática contemporânea inserida no contexto social (HARTZ, 1997; YIN, 1994). Contandriopoulos et al¹ afirmam que a potência explicativa destes estudos “... não decorre da quantidade de observações, mas da coerência estrutural e/ou temporal das relações que podemos observar...” (*Apud* HARTZ, 1997, p.103-4) e tem, como principal fundamento, a profundidade da análise. Quanto à validade interna, os estudos de caso são avaliados pela qualidade de articulação teórica na qual se apóia a pesquisa e pela adequação entre os modos de análise utilizados e modelo teórico escolhido. Com relação à validação externa, eles não têm a pretensão de alcançar uma generalização estatística, mas o “... interesse de generalizar um quadro teórico ou modelo relacionado à compreensão de um determinado problema em diferentes situações” (HARTZ, *op. cit.*, p.104). “ (JORGE, 2002)

Da mesma forma em que firmamos convicção no estudo de caso como método para essa pesquisa, não faremos distinção dicotômica, para efeito de análise, em quantitativo e qualitativo. Serão colhidos dados quantitativos e qualitativos, contudo, conforme nos informa Minayo (1999), “quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo [...]”.

¹ CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* Savoir Préparer une Recherche. **GRIS**, Univ. de Montreal, 1989. (traduzido pela Hucitec/ABRASCO, 1994)

Do ponto de vista da orientação prática para o estudo de caso, nos referenciamos no texto de VENEY, J.L.,KALUZNY,A.D²; utilizado no seminário de metodologia para discussão da metodologia junto ao grupo de pesquisa. Este, a partir dos subsídios apresentados e das referências que já constam do projeto de pesquisa, estabeleceu como primeiro desenho metodológico o seguinte:

Será feito um estudo multicausal, que terá como campo os municípios de Ilhéus, Itabuna e Ibicaraí. Todos situados no Sul da Bahia, área de abrangência da UESC.

A pesquisa deverá fazer uma caracterização e análise dos serviços de assistência à saúde no seu conjunto, dando uma visão panorâmica dos sistemas locais, e será conduzida nesse primeiro momento como um estudo ecológico. Em cada município, serão indicadas, por critérios técnicos a serem definidos pelo grupo de pesquisa, duas Unidades Básicas, preferencialmente Unidades de Saúde da Família (USF), às quais será feito um estudo de profundidade, o caso dentro do caso, combinando dados quantitativos, se disponíveis e qualitativos. O foco da investigação é o “cuidado” na atenção básica à saúde, conforme descrito no projeto de pesquisa, utilizando como uma categoria analítica importante os processos de trabalho em saúde.

O estudo será realizado através de instrumentos diversificados, quantos forem necessários para atingir a profundidade requerida pela investigação. Pretende-se trabalhar com os seguintes recursos de pesquisa:

- I. Revisão bibliográfica, na literatura disponível que discute os modelos assistenciais para a saúde, processos e tecnologias de trabalho. Esta revisão inclui a prospecção de teses e monografias que discutem a atenção à saúde nos municípios que serão objeto da investigação.
- II. Pesquisa documental, especialmente nos municípios estudados e no estado, que revelem a especificidade de cada um, o grau de regulação que eles adotam e a

² *Evolutive and decision making for health services. Second Edition. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan, 1991 p.115-156 (part 3 case studies).*

cultura institucional presente na organização e gestão dos serviços de saúde locais.

- III. Seminários temáticos do grupo de pesquisa, conforme já relatado, para melhor apropriação e análise do material, combinando com a permanente discussão dos recursos teóricos disponíveis pela literatura pertinente.
- IV. Levantamento de dados quantitativos, caracterizando um estudo ecológico dos municípios como um todo, com descrição detalhada dos dados censitários, dos equipamentos disponíveis na rede assistencial à saúde, a produção dos serviços e o quadro mórbido encontrado em cada município. Este será visto através de dados de mortalidade geral, infantil (as diversas fases) e por causas; morbidade hospitalar; morbidade ambulatorial. Estes dados serão coletados em fontes secundárias, através dos bancos de dados disponíveis no Ministério da Saúde/Datasus, IBGE, Prefeituras e Secretarias de Saúde dos municípios pesquisados e a Secretaria Estadual de Saúde.
- V. Levantamento de dados quantitativos e qualitativos, em duas Unidades Básicas de cada município, através dos seguintes instrumentos:
 - a. Entrevistas com informantes-chave, utilizando roteiro semi-estruturado, tendo uma amostra dos trabalhadores, usuários e gestores dos serviços de saúde no município. Esta amostra ficaria entre o seguinte: Nível Gestor, o Secretário municipal de saúde; coordenador da atenção básica e/ou PSF; No nível local (trabalhadores da saúde), a coordenadora da equipe de PSF, profissionais que compõem a mesma equipe e/ou outros da Unidade Básica; Os usuários dos serviços de saúde, vinculados à equipe/unidade pesquisada. Eventualmente outras pessoas poderão ser entrevistadas, desde que seja indicada esta necessidade.
 - b. Fluxograma analisador do processo de trabalho. Será aplicado nas unidades pesquisadas, para captura do fluxo assistencial e análise do mesmo, visto que, o fluxograma revela possíveis problemas existentes na atenção ao usuário,

possibilitando assim um dado importante quando ao processo de trabalho que opera a assistência em nível local (Franco, 2003). Pode ser associado ao fluxograma, o projeto terapêutico, que funciona também como um importante analisador das tecnologias de cuidado usuais, em determinado serviço.

- VI. A análise de todo material será feita em cada etapa da investigação, na medida que os dados vão revelando aspectos dos serviços que estão sendo estudados. Ao final, será feita uma síntese analítica, com referência na planilha sugerida por Merhy (1998), onde se pretende analisar o serviço através dos campos:
- a. Da Política, onde serão descritos os aspectos gerais da tomada de decisão, do exercício dos poderes, considerando que pode ser o poder do governo, econômico (macros); ou os poderes dos trabalhadores, usuários que determinam o espaço micropolítico de configuração de certos modos de agir na organização da assistência à saúde. Aqui serão analisadas as redes de apoio mútuo ao modelo assistencial e os atores que compõem as mesmas.
 - b. Da Organização, em que serão analisados os recursos físicos e materiais disponíveis para o cuidado à saúde. Da mesma forma que tudo o que se refere aos Recursos Humanos, como quantitativo, jornada de trabalho, escalas de trabalho, funções, e em especial as competências existentes nas equipes assistenciais para fazer o cuidado, isto é, a capacitação técnica e relacional destes trabalhadores. Aqui devemos verificar a rede de conversas existente entre os trabalhadores, no exercício profissional, que configuram uma rede de petição e compromissos, e seus ruídos, que nos revelam o grau de estranhamentos e problemas existentes no nível de produção do cuidado (Flores apud Cecílio, 1994; Franco & Merhy, 2003).
 - c. Da Produção do Cuidado, onde serão analisados os aspectos referentes aos processos de trabalho, que determinam o cuidado ou descuidado aos usuários.

As principais referências são as *necessidades dos usuários*³ colocadas como problemas de saúde a serem atendidas pelo serviço, a existência do Acolhimento, Vínculo com responsabilização e o compromisso em autonomizar o usuário. Será importante analisar as tecnologias de cuidado ofertadas pelo serviço e utilizadas pelos trabalhadores e devem estar descritas no “cardápio” de atos e procedimentos da Unidade de Saúde. Outro aspecto relevante é analisar a integralidade da atenção à saúde, sua existência e em que grau ela opera de forma satisfatória. Para isso, podemos traçar a “linha do cuidado”⁴ de alguma área assistencial, de alta prevalência, servindo a “linha do cuidado” de analisador da integralidade e da qualidade da assistência. Será relevante entender o grau de utilização das tecnologias leves, relacionais presentes no trabalho dos profissionais. Assim como vamos tentar determinar, no interior do processo de trabalho, e neste, no núcleo tecnológico do cuidado, a Composição Técnica do Trabalho (Franco, 2003), isto é, a razão entre trabalho morto e trabalho vivo, na produção do cuidado, e determinar se a implantação do PSF nestes municípios resultou em uma mudança do modelo assistencial, se produziu uma reestruturação produtiva na saúde ou mesmo a transição tecnológica.

Primeiros resultados pesquisados:

A apropriação do objeto, como nos diz Minayo (1998), é feita de forma gradativa, e a cada novo dado encontrado na pesquisa, é como se “lançasse feixes de luz” sobre o mesmo, e estes têm sempre a origem em ângulos diferentes, de forma que novas informações vão iluminando-o e revelando-o para os pesquisadores, chegando

³ Ver: CECÍLIO, L.C.O.; *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*; Rio de Janeiro; UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

⁴ Ver: FRANCO, T.B. E MAGALHÃES, JR.; *Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado* in Merhy et al “O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”; São Paulo, HUCITEC, 2003.

gradativamente a um olhar cada vez mais completo sobre o mesmo. A apropriação do objeto é desta forma, gradativa.

Para uma primeira aproximação deste objeto que buscamos, foi feita uma busca de dados dos municípios a serem pesquisados, no banco do Datasus/Ministério da Saúde, com o objetivo de obter uma primeira visão panorâmica sobre os mesmos, que revelasse um pouco de cada lugar. Buscou-se o quantitativo da população e sua distribuição por faixa etária e sexo. Da mesma forma foi feito um mapeamento das Unidades de Saúde, distribuindo-as por Tipo, de acordo com a classificação do próprio MS. Por último, foram levantados os dados da área hospitalar, procurando perceber o número destes equipamentos, existentes em cada local e a distribuição de leitos, por especialidade, ofertados aos usuários do SUS em cada município. Há uma preocupação em discriminar os hospitais públicos e privados, para entender como se dá essa correlação na rede assistencial nos lugares investigados.

Os dados são absolutamente preliminares, pois têm o sentido inicial, como já foi dito, de revelar um pouco de cada município. No entanto, a partir daqui, vamos visitar constantemente os bancos de dados disponíveis, para aprofundar a visão sobre o sistema de serviço de saúde de cada município escolhido para a pesquisa (Ibicaraí, Itabuna e Ilhéus), associado aos instrumentos qualitativos descritos acima. Todos os dados serão acumulados para análise posterior, quando o volume de informações já possibilitarem nos dizer algo sobre o cuidado em saúde em cada localidade destas.

Dados de IBICARAÍ:

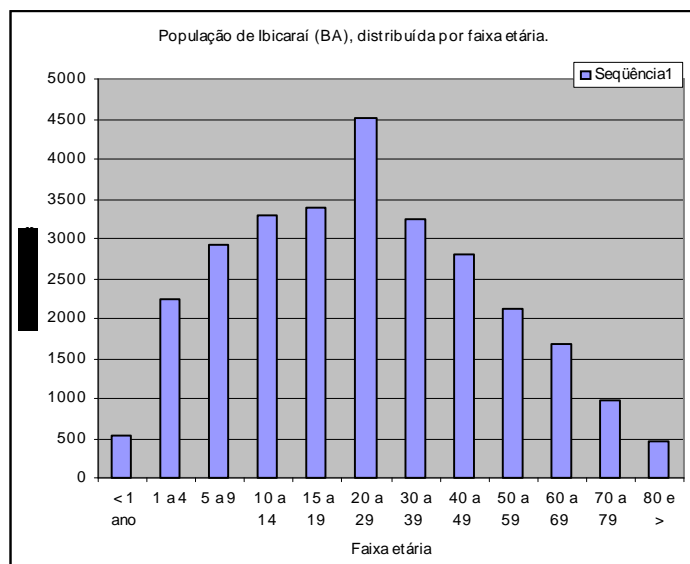
Quadro 1:

População de Ibicaraí (BA), distribuída por faixa etária.

Município: Ibicaraí													
Período:2004													
Município	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e >	Total
Ibicaraí	526	2235	2931	3303	3391	4519	3234	2805	2111	1680	974	465	28174

Fonte: IBGE/2004

Gráfico 1:



Fonte: IBGE/2004.

Quadro 2:

População de Ibicaraí (BA), distribuída por sexo.

Município: Ibicaraí			
Período:2004			
Município	Masculino	Feminino	Total
Ibicaraí	14052	14122	28174

Fonte: IBGE/2004.

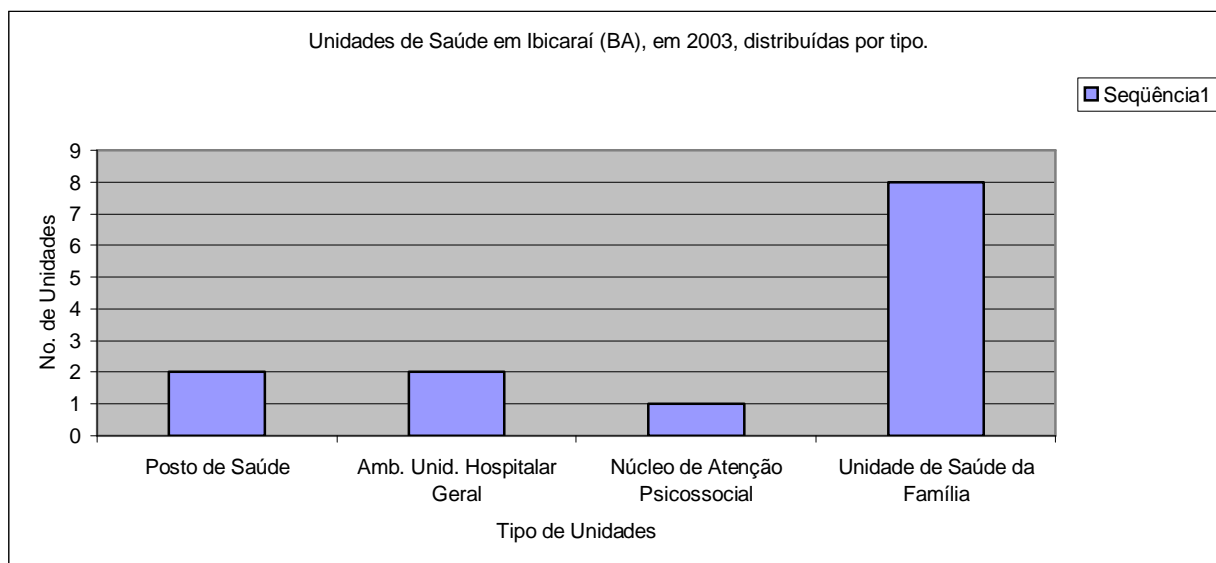
Quadro 3:

Unidades de Saúde de Ibicaraí (BA), distribuídas por Tipo.

Período:Jul/2003					
Município	Posto de Saúde	Amb. Hospitalar Geral	Unid. Núcleo de Atenção Psicossocial	Unidade de Saúde da Família	Total
Ibicaraí	2	2	1	8	13

Fonte: Datasus/MS, 2003.

Gráfico 02:



Fonte: Datasus/MS.

Na rede hospitalar de Ibicaraí, constam 2 hospitais, sendo 1 público e 1 privado, contando com 27 e 20 leitos respectivamente. Os leitos públicos somam 57,45% do total de leitos ofertados pelo SUS em Ibicaraí.

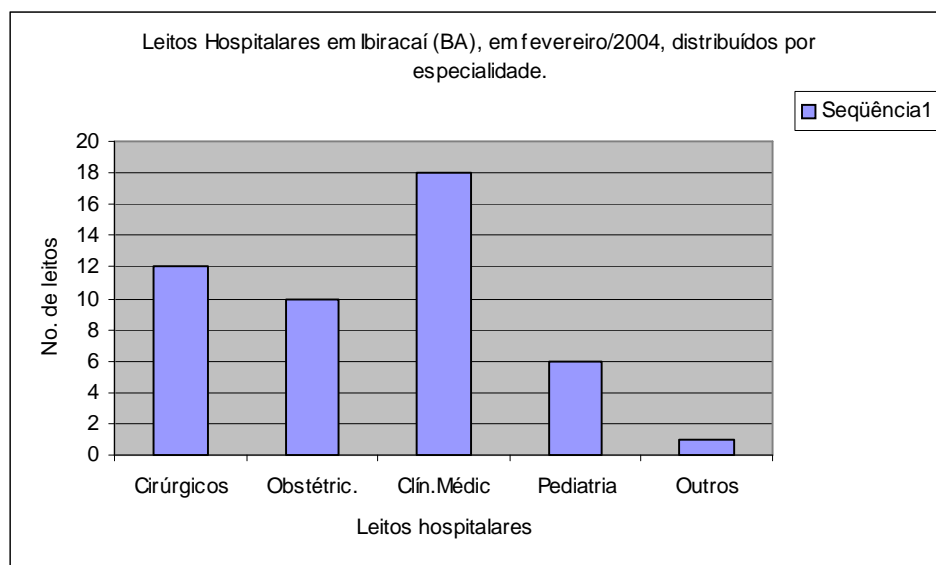
Quadro 04:

Distribuição dos leitos hospitalares, segundo o Tipo.

Regime: Público, Privado, Universitário							
Período: Fev/2004							
Município	Hospitais	Hospital.	Cirúrgicos	Obstétric.	Clín.Médic	Pediatria	Outros
Ibicaraí	2	47	12	10	18	6	1

Fonte: Datasus/MS.

Gráfico 03:



Fonte: Datasus/MS.

Dados de ITABUNA (BA):

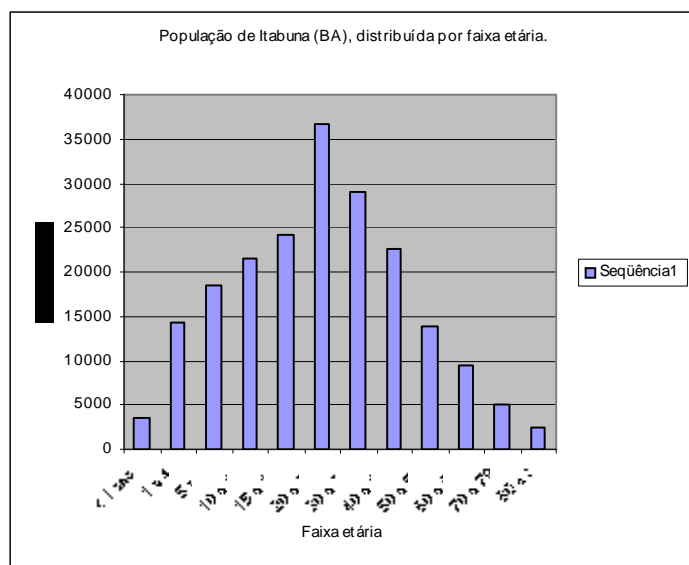
Quadro 05:

População de Itabuna (BA), para 2004, distribuída por faixa etária.

Município: Itabuna													
Período:2004													
Município	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e >	Total
Itabuna	3499	14258	18372	21616	24244	36722	28974	22585	13896	9560	5089	2481	201296

Fonte: IBGE/2004.

Gráfico 04:



Fonte: IBGE/2004.

Quadro 06:

População de Itabuna (BA) distribuída segundo o sexo.

Município: Itabuna			
Período:2004			
Município	Masculino	Feminino	Total
Pop %	48.0	52.0	
Itabuna	96603	104693	201296

Dados: IBGE/2004.

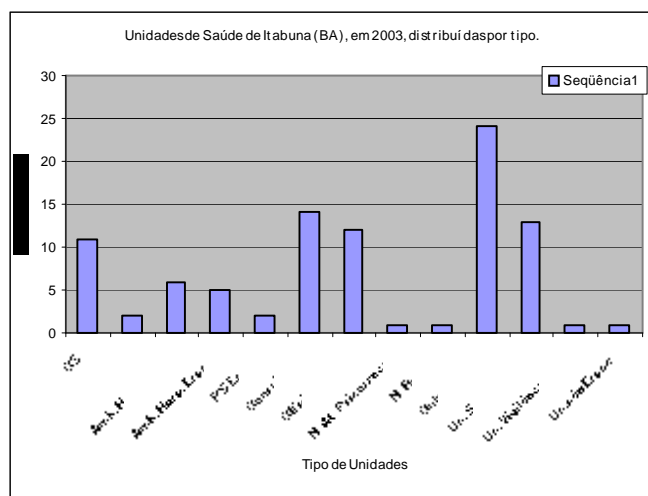
Quadro 07:

Unidades de saúde de Itabuna (BA), em 2003, distribuídas segundo o Tipo.

Período: Jul/2003														
Município	CS	Policl.	Amb. Hosp. Geral	Amb. Hosp. Espec.	PS Espec.	Consultório	Clínica Espec.	N. Psicossocial	At. N. Reabil.	Outros SADT	Un. S. da Família	Un. Vigilância San.	Un. não Espec.	Total
Itabuna	11	2	6	5	2	14	12	1	1	24	13	1	1	93

Dados: Datasus/MS, 2003.

Gráfico 05:



Fonte: Datasus/MS.

A rede hospitalar de Ilhéus, conta com 5 hospitais, sendo 1 públicos, com 220 leitos e 6 privados, com 806 leitos. Os leitos públicos representam 21,44% do total de leitos ofertados no SUS em Itabuna.

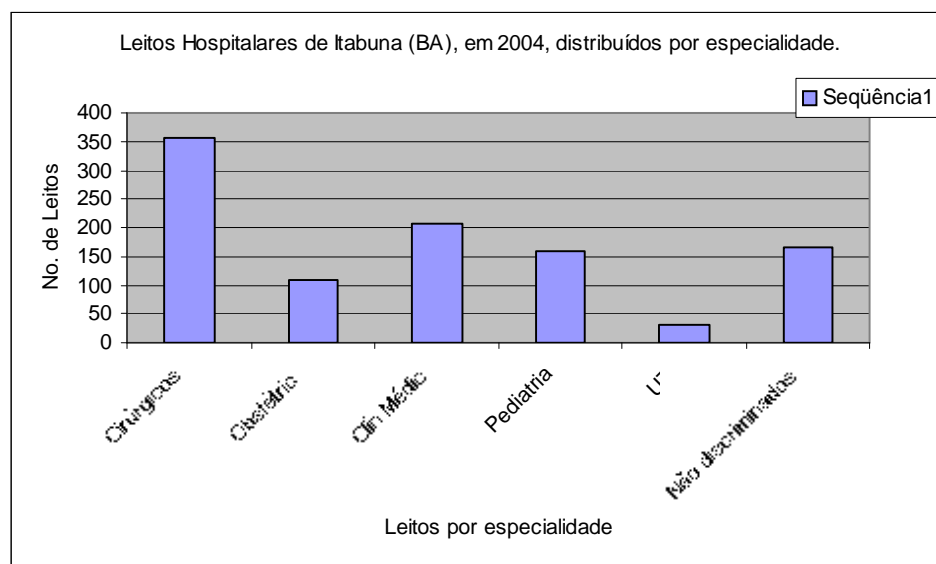
Quadro 08:

Distribuição dos leitos hospitalares em Itabuna (BA) segundo a especialidade.

Período:Fev/2004								
Município	Hospitais	Hospital.	Cirúrgicos	Obstétric.	Clín.Médic	Pediatria	UTI	Não discriminados
Itabuna	7	1026	355	109	207	160	29	166

Fonte: Datasus/MS.

Gráfico 06:



Fonte: Datasus/MS.

Dados de ILHÉUS (BA):

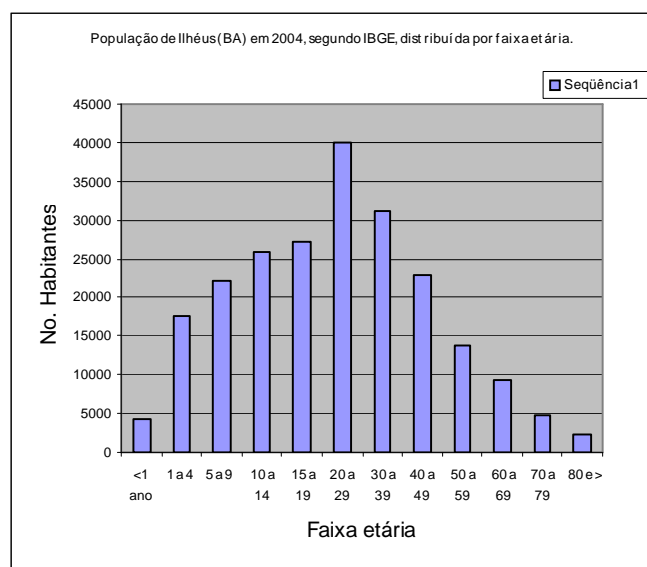
Quadro 09:

População de Ilhéus (BA), em 2004, distribuída por faixa etária.

Período:2004													
Município	< 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e >	Total
Ilhéus	4291	17637	22220	25971	27107	39982	31292	22925	13758	9337	4810	2138	221468

Dados: IBGE/2004.

Gráfico 07:



Fonte: Datasus/MS.

Quadro 10:

População de Ilhéus, distribuída segundo sexo.

Período:2004			
Município	Masculino	Feminino	Total
Pop. %	49.7	50.3	
Ilhéus	110116	111352	221468

Fonte: IBGE/2004.

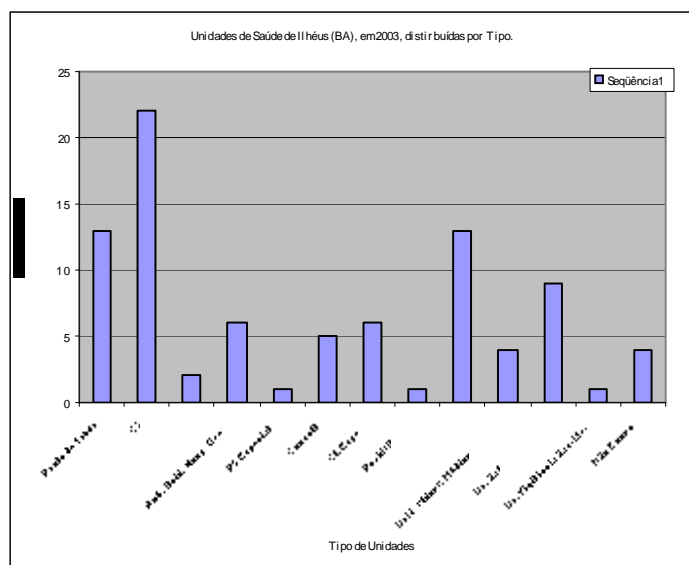
Quadro 11:

Distribuição das Unidades de Saúde de Ilhéus (BA), por Tipo.

Período:Jul/2003														
Município	Posto de Saúde	CS	Policl.	Amb. Unid. Hosp. Geral	PS Especial.	Consult.	Cl.Espec.	Reabilitação	Outros SADT	Unid. Móvel: Médico/ Odont.	Un. Saúde da Família	Un.Vigilância Sanitária	Não Espec.	Total
Ilhéus	13	22	2	6	1	5	6	1	13	4	9	1	4	87

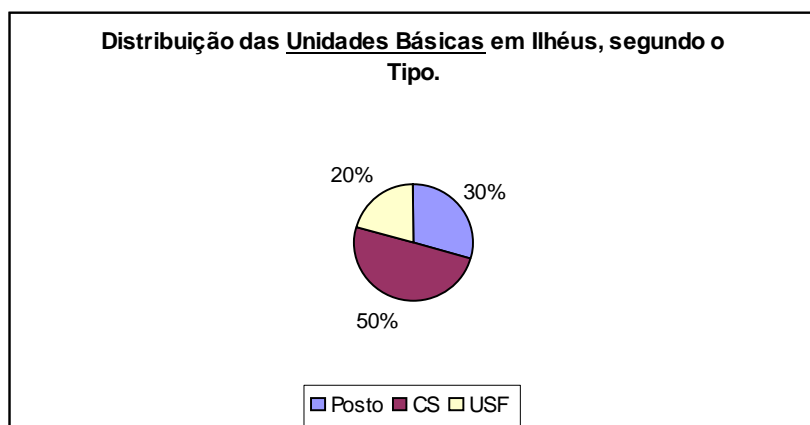
Fonte: Datasus/MS.

Gráfico 08:



Fonte: Datasus/MS.

Gráfico 09:



Fonte: Datasus/MS, 2004.

A rede hospitalar de Ilhéus, conta com 5 hospitais, sendo 1 públicos, com 157 leitos e 4 privados, com 577 leitos. Os leitos públicos representam 21,38 % do total de leitos ofertados no SUS em Ilhéus.

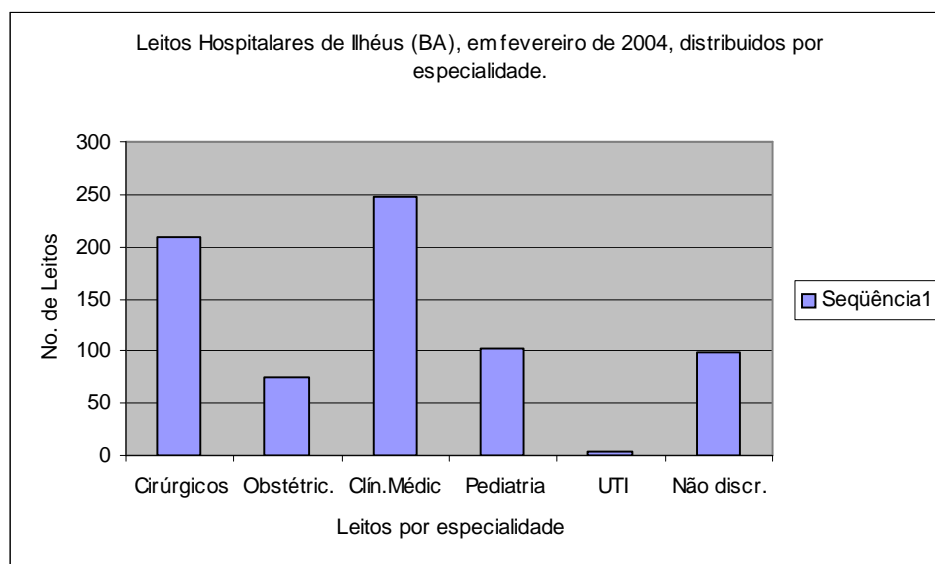
Quadro 12:

Distribuição dos leitos hospitalares em Ilhéus (BA), em fev/2004, por especialidade.

Período:Fev/2004								
Município	Hospitais	Hospital.	Cirúrgicos	Obstétric.	Clín.Médic	Pediatria	UTI	Não discr.
Ilhéus	5	734	209	74	248	102	3	98

Fonte: Datasus/MS.

Gráfico 10:



Fonte: Datasus/MS.

Continuidade da pesquisa:

Na seqüência dos trabalhos, estão previstos a continuidade dos seminários temáticos, já tendo sido programados os seguintes:

1. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde.
2. Política de Saúde e vinculação de clientela (Reforma da Reforma de Campos, 1992).
3. O Fluxograma descritor e projetos terapêuticos como analisadores dos serviços de saúde, em apoio ao planejamento.

Outro trabalho já programado para o próximo período, é a definição dos instrumentos de pesquisa, especialmente os roteiros de entrevistas. Será realizado ainda proximamente, análise da produção acadêmica já existente, referente à assistência à saúde nos municípios investigados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, G.W.S.; **A reforma da reforma: repensando a saúde**; São Paulo, Hucitec, 1992.

CECÍLIO, L.C.; **Contribuições para uma Teoria da Mudança do Setor Público**; São Paulo, HUCITEC, 1994.

CECÍLIO, L.C.O.; **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**; Rio de Janeiro; UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

FRANCO, T.B. e MAGALHÃES, JR.; **Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado** in Merhy et al "O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano"; São Paulo, HUCITEC, 2003a.

FRANCO, T.B.; **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003b.

JORGE, A.O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. Campinas: UNICAMP, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde** – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998.

MINAYO, M.C.S.; **O Desafio do Conhecimento**; Rio de Janeiro; HUCITEC/ABRASCO, 1999.

TESTA, M.; **Pensar em Saúde**; Porto Alegre; ABRASCO/ARTES MÉDICAS, 1992.

Ilhéus, 13 de maio de 2004.