

ARTIGOS

A ENFERMEIRA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE : TENDÊNCIAS À ATUAÇÃO NA DISTRITALIZAÇÃO DA SAÚDE*

*Maria Ângela Alves do Nascimento***

*Marluce Maria Araújo Assis****

RESUMO — *O presente trabalho tem como objetivo apontar estratégias/ações a serem executadas pela enfermeira no processo de distritalização da saúde. Para tanto, desenvolvemos uma reflexão crítica sobre os modelos assistenciais de saúde, a conformação da prática de enfermagem a partir da década de 40 e as tendências à atuação da enfermeira no processo da construção de um novo modelo assistencial de saúde.*

ABSTRACT— *The present paper has as an objective to point out strategies/actions to be executed by the nurse in the process of health districtalization. Therefore, we developed a critical reflection about the health assistance models, the contours of nursing practice from the decade of the 40's and tendencies to the nurse's actuation in the construction of the Unique Health System.*

1 INTRODUÇÃO

O modelo do desenvolvimento econômico dominante no Brasil, nas últimas décadas, apresenta como resultado uma população exaurida, vivendo em situação de desigualdade social, num quadro desalentador de recessão e desemprego, que clama por solução urgente.

Políticas de redução de gasto público, adotadas como resposta a crises

*Trabalho apresentado no 48^o Congresso Brasileiro de Enfermagem ocorrido no período de 6 a 11 de outubro de 1996, em São Paulo-SP.

**Prof. Adjunto do Dep. de Saúde. Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

***Prof. Assistente do Dep. de Saúde. Doutoranda em Enfermagem da EERP-USP.

econômicas recorrentes, têm afetado de modo geral os programas sociais e, em particular, os da área de saúde, acarretando um decréscimo drástico e persistente do aporte real de recursos financeiros para o setor.

As ações governamentais desordenadas, marcadas pela privatização e clientelismo político-partidário; a inadequação quali-quantitativa da oferta de serviços; os profissionais desmotivados e não qualificados, os desperdícios de materiais, e o uso inadequado de técnicas e equipamentos, entre outros problemas, aliados à precariedade das atividades de regulação e controle dos processos de produção, distribuição e consumo dos produtos de interesse para a saúde, do meio ambiente e do local de trabalho, são certamente co-responsáveis pelo aumento dos gastos ou, melhor dizendo, das perdas do setor saúde.

A tentativa de mudança desse quadro foi o objetivo que orientou a elaboração dos dispositivos constitucionais que, consagrando a saúde como direito social, estabeleceu os princípios sobre os quais o Estado deveria prover condições para uma nova organização dos serviços de saúde.

Entre essas está a descentralização do sistema, com comando único em cada esfera de governo, que deverá ser acompanhada de uma profunda transformação na forma de organização e funcionamento do sistema de saúde. O processo de descentralização, enquanto fenômeno de natureza político-administrativa implica a reestruturação do poder e a mudança do paradigma assistencial que, “migra de uma hegemonia de um modelo clínico para um modelo sanitário” (MENDES, 1994), de acordo com a Constituição Federal e Lei Orgânica 8 080 e 8 142, garantindo:

- acesso universal e gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema; equidade, resolutividade e integralidade do atendimento à saúde; implantação de um sistema de referência e contra-referência;

- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; ações individuais e coletivas, visando a promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde; ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, visando a redução das internações;

- participação social com poder deliberativo sobre as políticas para a área de saúde em todos os níveis (central-federal, intermediário-estadual, local-municipal); acesso às informações e dados em saúde; controle sobre a produção, distribuição e consumo de produtos e serviços que envolvam riscos à saúde; incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços de saúde.

Na área da saúde, o tema descentralização precisa ser urgentemente revestido de conteúdo ideológico, implicando, necessariamente, a configuração do poder local. Passa, portanto, pelo caminho da reformulação das estruturas administrativas, buscando consolidar instâncias que permitam a construção de

uma formação radicalmente democrática de opinião e vontade sobre o processo de decisão nos serviços de saúde. Esta democratização no setor mostra-nos a possibilidade de uma visão estratégica da administração pública na gestão do Sistema Único de Saúde, colocando a *Distritalização da Saúde*¹ como uma das diretrizes políticas e operacionais na transformação das relações de poder no setor saúde, na mudança de concepção e/ou modelo de atenção à saúde e nos padrões de gerência.

Nesse sentido, a construção desse pensar/fazer, tendo como locus de atuação o distrito sanitário, deveria ser assumida por uma equipe multidisciplinar de saúde comprometida com o projeto da reforma sanitária e, no nosso entender, é um campo aberto para a *enfermeira*, enquanto elemento dessa equipe, implicando ações de promoção da vida e não da doença, através de atividades que identifiquem, descrevam e expliquem problemas e suas causas sobre os níveis de saúde de uma população, numa área ou território específico.

Portanto, qual o espaço² da enfermeira diante desta nova perspectiva?

2 A FORMA DE PRODUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE³

Para entendermos melhor a forma de organização dos serviços de saúde e situar a distritalização da saúde nesse processo, é importante descrever a conformação dos vários modelos assistenciais brasileiros, a partir da década de sessenta, tomando como base as análises realizadas por CAMPOS (1989) com destaque para o *modelo liberal privatista*, o *modelo racionalizador reformista* e o *Sistema Único de Saúde*.

O modelo *liberal – privatista* manteve-se até início da década de oitenta, os usuários tinham que pagar pela assistência à saúde, através do desembolso pessoal ou seguro privado, ou através da Previdência Social. Os serviços eram constituídos a partir do mercado e não em função das necessidades de saúde da população.

Como era um modelo comandado pela lógica do mercado, ocorre desigualdade no acesso aos serviços de saúde. A população com maior poder aquisitivo dispunha de um sistema de alta tecnologia, com medicina de consultórios, nas suas várias especialidades e unidades hospitalares altamente especializadas e confortáveis. Para a população de baixa renda, o Estado comprava serviços e o atendimento era realizado através de instituições privadas – contratadas e credenciadas com a previdência, e instituições públicas, configurando-se em uma atenção individual, impessoal e com baixa resolutividade.

Esse modelo começa a apresentar sinais de "crise", na década de setenta, "crise financeira", "crise de eficácia", "crise de legitimidade". A partir dessa

crise, surgiu a proposta do *modelo racionalizador/reformista*, através de estratégias racionalizadoras e socializantes, já na década de oitenta. Esse modelo desenvolveu-se dentro dos organismos do Estado, para corrigir as principais distorções do modelo liberal, sem pretender acabar com a medicina de mercado.

As estratégias racionalizadoras, Ações Integradas de Saúde (AIS), e Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), entre 1983 e 1987, respectivamente, aumentaram a capacidade instalada do serviço público, tanto na área da saúde pública quanto na rede de atendimento básico e hospitalar. Introduziu-se a prática de planejamento em saúde como instrumento mais eficaz do que o mercado na alocação de recursos, mesmo assim, ocorreu no país uma penetração dos "princípios e da organização liberal" nos serviços considerados "reformados".

O Sistema Único de Saúde — projeto em construção, seria o terceiro modelo, segundo CAMPOS (1989). O mercado não seria mais o principal critério para organizar e distribuir serviços, sendo portanto, antagônico a medicina de mercado, que poderia existir apenas enquanto prática alternativa, custeada diretamente pelos que optaram por tal modalidade de assistência.

Na nossa compreensão, esse modelo deve ultrapassar os limites burocráticos e formais para assegurar a "saúde como direito", com atendimento universal a todos que necessitam dos serviços de saúde, de forma gratuita e organizada, a partir de um adequado sistema de gerência, tanto no aspecto técnico como no político, com democratização dos processos de decisão e controle. Daí a importância da discussão desses modelos para entender o processo de distritalização da saúde como uma possibilidade de transformação das práticas sanitárias do sistema de saúde com envolvimento dos vários segmentos sociais (governo, trabalhadores de saúde e sociedade civil organizada).

Uma outra questão a ser levantada é a forma como vem se dando a administração das instituições de saúde no Brasil que incorporou o *modelo clássico* (Taylor-Fayolista), estruturando-se de modo centralizado, com uma definição rígida de competência e resistente a transformações,

... trata-se de um sistema de gerência voltado exclusivamente para a reprodução do modelo assistencial existente, na medida em que trata tão somente de lhe assegurar os meios de operação. Não pressupõe a mudança, é marcadamente um método conservador de gestão. Os administradores, via de regra, são 'leigos' - economistas, administradores de empresa, desconhecendo e não tendo autoridade técnica ou legal para opinar ou interferir no processo de trabalho. Existiria uma outra direção para a área 'técnica' em geral denominada de 'direitos clínicos', com autoridade técnica para opi-

nar sobre processo de trabalho porque é sempre indicado entre seus pares profissionais mas que não o faz, uma vez que na prática não é mais do que uma espécie de representante dos interesses corporativos ... (CAMPOS,1991).

A partir dessas colocações, a gestão dos serviços de saúde, enquanto uma prática institucionalizada, deve não apenas incorporar novos procedimentos administrativos, mas, principalmente, assumir o pensamento estratégico como rotina de planejamento e ousar no caminho da descentralização.

Acreditamos que mudar a prática dos serviços públicos não implica apenas racionalizar através do planejamento de ação e do controle, mas do envolvimento, do compromisso e um novo fazer/agir por parte dos administradores e trabalhadores de saúde na prática cotidiana.

3 UMA BREVE RETROSPECTIVA HISTÓRICA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Ao pensar na transformação da prática de enfermagem dentro da organização dos serviços de saúde, levando em consideração um modelo assistencial em construção, necessário se faz resgatarmos, brevemente, a sua historicidade.

A partir dos anos 40, essa prática foi em parte modificada, porque o hospital, ao incorporar novas tecnologias no tratamento do doente, fez também novas exigências em termos de administração. Ao aumentar a sua complexidade, passa a requerer um desenvolvimento cada vez maior da enfermeira em atividades administrativas (OLIVEIRA, 1979). Assim, a enfermeira vem assumindo, dentro da hierarquia hospitalar, a função de controle do processo de trabalho em enfermagem, como agente facilitador do ato médico centrado no diagnóstico da doença e na terapêutica do doente.

Por outro lado, a assistência médica, sob a forma de consumo individual, desenvolveu-se sob o esquema previdenciário, pautado no modelo clínico, sendo o hospital um espaço privilegiado para essa prática. Enquanto os agravos capazes de atingir grandes proporções da população continuavam dentro do campo da Saúde Pública, que usava as campanhas e a educação sanitária como campos específicos de ações coletivas.

A enfermagem acompanha e incorpora, na sua prática, o saber e o fazer médico, pois as instituições hospitalares passaram a constituir maior mercado de trabalho, dado que a prática médica, fragmentária e predominantemente centrada no corpo individual, passa a necessitar da enfermagem como instrumento de trabalho nesse novo modelo assistencial.

Na década de 50, a expectativa dos dirigentes (principalmente de hospitais) era de que as enfermeiras assumissem supervisão do cuidado ao doente, "... controle de limpeza de roupa, do almoxarifado ou da manutenção física da unidade de internação ..." (OLIVEIRA, 1979). Essas atividades foram assumidas pelas enfermeiras que julgavam, dessa forma, ampliar seu raio de ação, mesmo tendo limitada a sua participação no processo de decisão política. Ocorre também a divisão das funções de trabalho com diversificação interna, reproduzindo a divisão entre trabalho intelectual/manual.

Essa subdivisão do trabalho da enfermagem moderna vem contribuindo para complicar o problema de identificação de funções entre as várias categorias funcionais.

O cuidado direto ao enfermo, que historicamente se constituiu no núcleo de trabalho da enfermagem, fica quase que totalmente restrito às categorias diversas dos "ocupacionais" (SILVA, 1986), enquanto as enfermeiras passam a supervisioná-las e a assumir funções de ensino e controle do processo de trabalho. Isso levou à fragmentação do objeto de trabalho – cuidado direto e cuidado indireto, redundando na existência de objeto(s) específico(s) de trabalho a cargo de ocupacionais e profissionais da área.

A forma como foram-se organizando os serviços de saúde no país, pautados no tratamento curativo em detrimento do preventivo, repercutiu no mercado de trabalho de enfermagem, ainda na década de 60, com influência direta sobre os currículos de enfermagem que passaram a desenvolver o ensino predominantemente nas instituições hospitalares.

Para GERMANO (1985), a formação dos profissionais de enfermagem refletia a mercantilização do setor saúde, inclusive com a exclusão do ensino de saúde pública e o privilégio de disciplinas curativas que apontavam um maior consumo de equipamentos e medicamentos.

Com o desenvolvimento econômico e tecnológico dos anos 70, a prática de enfermagem e o conhecimento produzido na área voltam-se para o aprimoramento da prática técnica vinculada ao consumo de equipamentos e materiais sofisticados. A administração aplicada à enfermagem desenvolve-se no sentido da "intensificação do controle e da racionalização em busca da eficiência empresarial, em total acordo com as teorias de administração da época" (GERMANO, 1985).

A década de 80 é marcada pela eclosão da crise da Previdência Social e o surgimento de propostas racionalizadoras e socializantes com proposições para reversão gradual do modelo médico assistencial privatista. Entre essas proposições, temos as AIS, o SUDS e o SUS, que apresentaram como alternativa a implantação de um modelo de saúde integrado, resolutivo com qualidade e equânime para toda população, passando a exigir uma nova forma de adminis-

trar os serviços de saúde. A enfermagem, como todas as categorias da área de saúde, na condição de agentes do processo de trabalho, não poderá distanciar-se das questões estratégicas (no sentido político) para a viabilização do desenvolvimento de um novo *modelo assistencial*, se se pretende, de fato, contribuir para que as mudanças efetivas se operem no setor saúde.

O desafio que se coloca para a enfermeira nos anos 90 é o da superação das contradições que nasceram com ela. Repensar as práticas de saúde requer o repensar das práticas de enfermagem em seu campo específico, não isolado, mas tendo por referência o *processo coletivo de trabalho*, ou seja, é necessário uma articulação entre os outros *sujeitos* que *fazem* as práticas de saúde como um todo, visando o atendimento das necessidades sociais de saúde da população.

A tese de Livre-Docência de ALMEIDA (1991) demonstra que o trabalho da enfermagem está inserido no processo de trabalho em saúde e na produção de serviço em nível coletivo. Assim, a enfermagem é tomada como parte do trabalho na saúde e apreendida como uma prática social historicamente determinada.

As práticas de saúde vêm-se conformando em dois pólos, tendo por referência objetos, saberes e práticas de intervenção distintas: o *modelo clínico* e o *modelo epidemiológico* de atenção à saúde (GONÇALVES, 1986).

O primeiro, hegemônico ao conjunto de práticas de saúde, tem como objeto de trabalho o corpo anátomo-fisiológico, é instrumentalizado pelo conhecimento clínico e centrado no atendimento individual à demanda espontânea.

O modelo epidemiológico, historicamente subordinado, apreende coletivamente o processo saúde-doença, incluindo a análise de probabilidade de ocorrência de um evento mórbido na população, além de fundamentais intervenções que ultrapassem o plano coletivo.

A organização do processo de trabalho de enfermagem tem-se configurado através do modelo clínico de atenção à saúde. O seu objeto de trabalho — sua finalidade — a cura dos corpos individuais — são os mesmos do processo de trabalho médico e com ele se articula, cabendo aos agentes de enfermagem a realização do cuidado, subordinadamente ao trabalho médico, e à enfermeira o controle desse processo de trabalho — e seus instrumentos, os saberes e técnicas administrativas.

PAIM (1994) enfatiza que, na etapa em que nos encontramos, é necessário um esforço para reestruturar a atenção à saúde nas unidades de saúde, de modo que essas se adaptem progressivamente a um modelo assistencial de base epidemiológica. Propõe que, gradativamente, a atual organização de oferta de serviços de saúde, onde predomina o atendimento à demanda espontânea, com presença acentuada de programas especiais e um nível mínimo de ação

programática, seja superada, por um modelo em que predomine a oferta organizada, o atendimento articulado à demanda espontânea e o mínimo de programas especiais.

TEIXEIRA (1994) refere-se à importância de superar os problemas de saúde, segundo uma ótica específica, através do planejamento e da programação situacional em distritos sanitários. A construção desse novo *agir* passa pelo envolvimento de vários *sujeitos sociais* no processo. A intervenção resultaria em

um processo de negociação e confronto entre distintos modos de entender o processo saúde-doença em sua dinâmica social e histórica, e o resultado dependerá da correlação de forças político-ideológicas envolvidas no processo de planejamento situacional .

A implementação do enfoque situacional pressupõe a transformação de modelos rígidos e normativos, em ações que busquem valorizar as capacidades críticas e criativas dos *sujeitos sociais* envolvidos.

Somos concordantes da abordagem trazida por TEIXEIRA e entendemos que a enfermeira (enquanto *sujeito social* do processo) necessita romper com as dificuldades acumuladas ao longo do tempo e apresentar-se à sociedade numa atitude de participação compartilhada para a construção de um novo modelo de saúde .

4 A ENFERMEIRA NO CONTEXTO DO SUS — TENDÊNCIAS À ATUAÇÃO NA DISTRITALIZAÇÃO DA SAÚDE

Ao tomarmos o Distrito Sanitário como um *locus* para a efetivação de uma prática de enfermagem transformadora, estamos pensando em uma possibilidade de reestruturação do modo de produzir a atenção básica de saúde. Essa reestruturação passa, necessariamente, pela existência de equipes de saúde pública e o seu reconhecimento como um campo interdisciplinar e que, portanto, médicos generalistas ou especializados, sanitaristas, enfermeiras e outros profissionais de saúde possam exercer suas atividades de uma forma compartilhada e articulada, mesmo com suas especificidades, inerentes a cada campo de conhecimento.

Ao situar a enfermeira nesse contexto, significa ir além de uma profissão com sua competência técnico-administrativa e entendê-la como prática social, participante da equipe como trabalhador coletivo e inserida no espaço *social local, regional e territorial*, com responsabilidades na implementação de forma sistemática e planejada da vigilância em saúde — epidemiológica e sanitária—,

na construção de um modelo assistencial de saúde integrado e intercomplementar, desenvolvendo ações de:

– **planejamento integrado** – entre trabalhadores de saúde, dirigentes, outros setores sociais (Bem-Estar Social, Educação, Segurança, Esportes) e usuários dos serviços, no levantamento de necessidades sociais que envolvam o conceito ampliado de saúde, como: condições de moradia, lazer, segurança, escola, creche, trabalho, entre outros. Proceder a elaboração de diagnósticos de morbi-mortalidade e propostas de intervenção;

– **educação sanitária e promoção à saúde** – seria a implementação de ações prioritárias dirigidas aos problemas sociais mais gerais e emergenciais, que envolvam riscos ou problemas específicos do espaço local. O processo de educação sanitária teria duas frentes de trabalho, uma no espaço territorial local, através de um diálogo participativo, junto aos equipamentos sociais dos bairros (igreja, associação de moradores, farmácia, bares, creches, escolas) e outra no *locus* da Unidade Básica e Distrital de Saúde na sala de espera, em reuniões com grupos específicos e no desenvolvimento de processo educativo no atendimento individual, a saber: vacinação, consultas, curativos, prestação de cuidados diretos;

– **gerenciamento da unidade distrital ou local** – este espaço de coordenação obedeceria a um perfil traçado pela equipe, com escolha democrática entre os pares. As ações desenvolvidas seriam no sentido de alterar os padrões burocratizados e relativa ineficácia dos serviços de saúde na construção de uma nova prática – individual e coletiva, através da promoção, prevenção, cura e reabilitação sobre o processo saúde/doença na conformação de uma totalidade, que englobe “sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes cultural e social” (MENDES, 1994). O suprimento de recursos humanos, materiais, físicos e ambientais obedeceria a essa lógica, liderada pelo gerente e discutido com as equipes para o encaminhamento de problemas;

– **avaliação da eficácia dos serviços de saúde** – envolveria dois movimentos: *a) avaliação no âmbito das unidades de saúde* e redefinição de condutas terapêuticas como: triagem, consultas individuais, trabalho em grupo, pronto atendimento, exames laboratoriais, atividades educativas, prestação de cuidados a domicílio, programas específicos; *b) avaliação epidemiológica e sanitária* dos graus de riscos dos vários agrupamentos sociais, impacto das ações e intervenções mais pontuais para responder necessidades mais prementes.

Diante do exposto, concordamos com MENDES (1994: 145) quando enfatiza que só identificando, descrevendo e explicando um problema é que se pode atuar sobre suas causas e impactar sobre os níveis de saúde de uma população, num dado território, o esquema metodológico obedece ao seguinte:

- a) uma clara precisão do explicado que constitui a descrição do problema;
- b) uma análise da cadeia causal do problema (o explicando);
- c) o estabelecimento de um espaço de um problema que delimite o seu âmbito explicativo;
- d) a identificação de nós críticos na cadeia causal e cuja mudança quantitativa ou qualitativa origina uma alteração significativa do problema.

A partir dessas colocações, temos clareza de que as tendências à atuação da enfermeira na Distritalização da Saúde são "imagens-objetivos" no processo de constituição de sujeitos sociais capazes de alterar o atual modelo assistencial de saúde, para viabilizar transformações concretas no Sistema Público de Saúde. Até mesmo porque as questões ligadas à prática cotidiana nos serviços de saúde ligam-se à totalidade da existência humana. São, portanto, históricas, sociais e culturais.

NOTAS

¹ " Processo social de transformação das práticas de saúde no interior do Sistema Único de Saúde. Um processo de transformação ideológico-técnico e cultural das práticas sanitárias." (MENDES, 1994).

² Espaço, neste trabalho, é entendido como o lugar de inserção e/ou ação social da enfermeira e, por conseguinte, de sua produção numa situação histórica determinada. (ANGERAMI, ALMEIDA, 1983).

³ "Modo como são produzidos as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las." (CAMPOS, 1989:55).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P. de. *O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 296 p. Tese (Livre -Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

ANGERAMI, E.L.S., ALMEIDA, M.C.P. de O enfermeiro no seu "espaço". *EDUCAÇÃO MÉDICA SALUD*, v.17. n.2. p. 150-161, 1983.

CAMPOS, G.W. de S., MERHY, E.E, NUNES, E. D. *Planejamento sem normas*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

CAMPOS, G.W. de S., *A saúde pública e a defesa da vida*. S. Paulo: HUCITEC, 1991.

GERMANO, R. *Educação e ideologia da enfermagem*. 2.ed. S. Paulo: Cortez. 1985.

GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e organização das práticas de saúde. Caracterís-*

- ticas tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de S. Paulo.* São Paulo. 1986. 416p. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da USP.
- MENDES, E.V.(Org.) *Distrito Sanitário.* O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- OLIVEIRA, M. I. R. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 31., Fortaleza, 1979 *ANAIS...* Fortaleza, 1979.
- PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (org.). *Distrito Sanitário.* O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- SILVA, G. B. da. *Enfermagem profissional: análise crítica.* São Paulo: Cortez, 1986.
- TEIXEIRA, C. F. Planejamento e Programação situacional em distritos sanitários : Metodologia Organização. In: MENDES, E.V.(Org.) *Distrito Sanitário.* O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994. p.237- 265.