

ASPECTOS DO SETOR SAÚDE — PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO *

** Arilda de São Sabbas Pucú
** Marta Cavalcanti Teixeira

RBEEn/03

PUCU, A.S.S., TEIXEIRA, M.C. — Aspectos do setor saúde-participação do enfermeiro.
Rev. Bras. Enf.; DF, 32 : 375-384, 1979.

I — INTRODUÇÃO

Há vários anos, profissionais ligados ao setor de saúde, vêm abordando e estudando questões relativas às formas de prestação de assistência que atentem para a situação de morbimortalidade e sejam condizentes com o contexto sócio-econômico-cultural do país.

Nesse sentido, foram analisados e destacados aspectos como:

- a racionalização de recursos físicos, materiais e humanos;
- a necessidade de prestação de assistência, maximizando a eficiência e eficácia;
- o aumento de cobertura da assistência básica às populações rurais e periféricas dos grandes centros urbanos;
- a delegação de funções ao pessoal técnico e auxiliar.

Essas são as premissas básicas de modelos assistenciais que, sob a forma

de programas, foram apresentadas como propostas alternativas e inovadoras para reestruturação do sistema de saúde. Inicialmente, estas questões permaneceram a nível de estudos e debates; e as tentativas de operacionalização dos modelos se restringiram a programas de algumas Instituições e Universidades, em caráter experimental e, pois, com pequena abrangência. Uma série de fatores políticos conjunturais conjugados à falta de soluções para a crise do setor, caracterizada pelo volume dos recursos financeiros alocados para o setor saúde, sem a devida correspondência da melhoria do nível de saúde da população, obrigou a modificações significativas.

A partir do II P.N.D. (1975-1979) e da V Conferência Nacional de Saúde (1975), caracterizou-se a necessidade de alterações do política de saúde vigente. Redefiniram-se formas de prestação de assistência, prioridades, custos e investimentos etc. Desde então a criação de instrumentos legais favoreceram aque-

* Tema Livre — XXXI CBEEn — Fortaleza — Ceará — 1979.

** Enfermeiras do INAMPS — RJ.

las tendências e impulsionaram a absorção, pelas Instituições, dos programas de extensão de cobertura e dos projetos de regionalização.

Os instrumentos legais foram:

- Lei n.º 6.229 (Sistema Nacional de Saúde-1975);
- Decreto de criação do PIASS (1976);
- Portaria Ministerial 001 (MPAS/MS-1978).

Na implantação do programa de saúde, verifica-se, ainda, a existência de uma gama de problemas, tais como:

- organização global e setorial;
- racionalização dos recursos financeiros, físicos e materiais;
- produção e utilização de medicamentos;
- a questão de recursos humanos, cujas soluções estão na dependência de definição efetiva dentro da política de saúde, quanto à viabilização destes modelos como estratégicos e fundamentais para o setor. Mesmo assim é considerável trazer como elementos para discussão, peculiaridades que envolvam a participação do enfermeiro, um dos recursos humanos envolvidos.

Este trabalho pretende situar o enfermeiro, ressaltar a importância de seu papel na análise e debate das questões significativas para a viabilização dos novos modelos assistenciais propostos e, também, situar a problemática relativa à sua inserção nesta fase de modificações do Setor Saúde.

II — PROGRAMAS E PROJETOS PARA O SETOR SAÚDE

O esgotamento do modelo assistencial vem se intensificando na medida em que se avolumam as necessidades não satisfeitas da população e a elevação dos custos vai consumindo vorazmente os recursos financeiros destinados ao Setor Saúde.

Assim sendo, impõe-se a busca de modelos alternativos que recuperem sua

competência frente à realidade atual. As propostas políticas visam a integração de diferentes setores, como: saúde, saneamento, educação e habitação, além de outros diretamente envolvidos no sistema produtivo.

Somente a partir de 1974, em decorrência da necessidade de reciclagem do modelo econômico, foi que a adequação do sistema de saúde às suas novas responsabilidades, veio a se constituir objeto de preocupação do governo federal (1).

Como saída para a crise do sistema de saúde, começaram a surgir proposições visando superar o impasse. Tais propostas e iniciativas, a princípio de caráter experimental, foram promovidas por Secretarias de Saúde, em convênio com Universidades e outras Instituições, não só nacionais como até internacionais, voltadas para o desenvolvimento de modelos de serviços destinados às populações rurais. Os programas existentes apresentam grande preocupação com a implantação do Sistema Nacional de Saúde. Eles têm em vista a extensão de cobertura e/ou regionalização dos serviços de saúde.

A viabilização da extensão de cobertura tem vários problemas, ainda, sem solução, nas áreas de recursos humanos, equipamentos, medicamentos, organização, financiamento, ideologia e política de saúde.

“Os conceitos fundamentais do programa de extensão de cobertura são:

1 — Universalização do direito a proteção e à recuperação da saúde, assegurada principalmente às populações desassistidas;

2 — Oferta e produção ativa de serviços de saúde à população, de acordo com suas necessidades;

3 — Garantia de acessibilidade espacial da população aos serviços;

4 — Prioridade a controle dos problemas mais frequentes nas áreas de saúde, nutrição e saneamento;

5 — Responsabilidade do Estado na deflagração e na condução do processo;

6 — Estímulo à participação ampla da comunidade em todas as fases do processo, desde a programação;

7 — Utilização, em massa, de pessoal de nível médio e elementar, atuando por delegação de funções mediante treinamento e supervisão;

8 — Adoção de tecnologias simplificadas e de baixo custo;

9 — Utilização de equipamentos simplificados, instalados em unidades sanitárias localizadas de acordo com a dispersão populacional;

10 — Organização das unidades de saúde num sistema de serviços hierarquizados e regionalizados, segundo o grau de complexidade de cada uma, acompanhando a distribuição espacial da população". (2)

Entre os atuais programas de extensão de cobertura, o de maior abrangência é possivelmente o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), localizado no Nordeste, voltado para as áreas rurais principalmente onde há ausência de órgãos prestadores de serviços assistenciais.

O componente fundamental é a criação e implantação de Módulos-Básicos constituídos por: Centro de Saúde, situado na sede do Município, uma rede de Postos de Saúde, localizados nos respectivos distritos, vilas e povoados da zona rural.

Propõe-se que os Módulos além de manterem integração funcional entre suas unidades, busquem relações de articulação com outras Instituições prestadoras de serviços assistenciais, assim como com outras formas não institucionais, como sejam as práticas comunitárias; apóiem e mesmo incorporem alguns elementos da chamada medicina popular para que disto resultem maior benefício à população.

Outra proposta de grande significado é a do Plano de Localização de Unidades de Serviço — PLUS — que, embora ainda não operacionalizado, foi a base teórica para a implantação do Programa da Prefeitura Municipal de Campinas (SP). Enfoca a regionalização e a extensão de cobertura às populações urbana e periférica das grandes regiões metropolitanas do país.

As diretrizes gerais do modelo de regionalização visam:

1 — Dar prioridade e intensificar as atividades de saúde que proporcionem maiores benefícios por mais baixo custo;

2 — A racionalização dos recursos físicos, humanos e materiais existentes;

3 — Atender às necessidades reais da população;

4 — A hierarquização de serviços em grau de complexidade crescente;

5 — A integração de atividades prestadas por Instituições de saúde e a universalização da assistência à saúde.

No quadro geral (I) dos programas de extensão de cobertura, os acima citados são originários do setor saúde, enquanto outros, como por exemplo o POLONORDESTE, tem como finalidade o desenvolvimento sócio-econômico regional, incorporado conseqüentemente atividades de assistência, sugeridas nas propostas de extensão de cobertura.

Outros programas com base na assistência primária existem isoladamente por serem desenvolvidos a nível municipal, como exemplo, os da Secretaria Municipal de Londrina, Niterói e Campinas.

Cabe resaltar que, segundo Relatório-78, da Prefeitura Municipal de Londrina, do total de atendimentos realizados, 86,4% foi resolvido e/ou controlado pelo auxiliar de saúde (Quadro II).

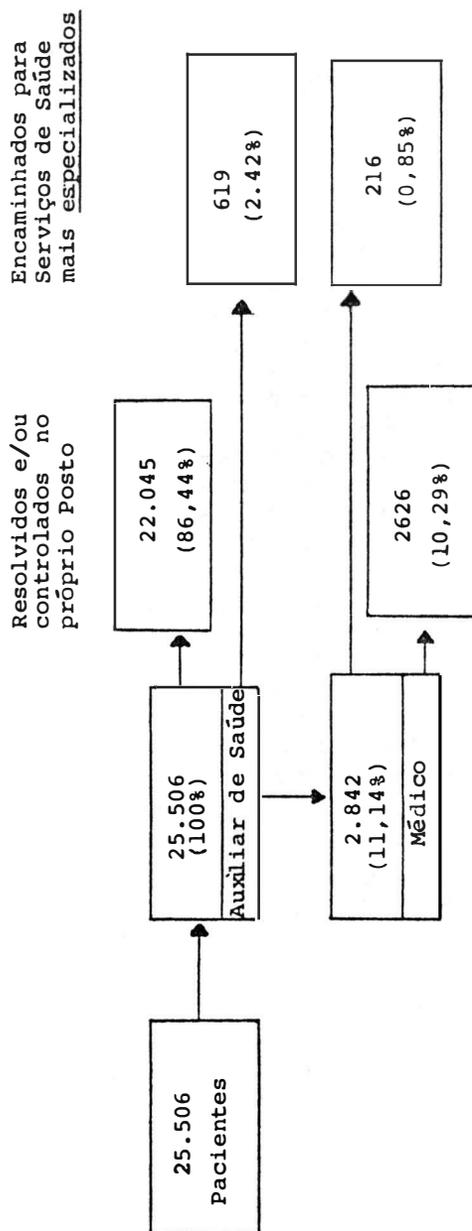
**CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PROGRAMAS DE EXTENSÃO DE COBERTURA E REGIONALIZAÇÃO
EM EXECUÇÃO OU PROPOSTAS NO BRASIL**

PROGRAMA	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES	LOCALIZAÇÃO	1978	
			PERÍODO DE EXECUÇÃO	
<u>Programas de Origem Setorial</u>				
1. PIASS	Ministérios da Saúde, Interior, Previdência e Planejamento, FSESP, INAN, SUDENE, INAMPS, Secretarias Estaduais de Saúde, Cias. Estaduais de Saneamento; Prefeituras Municipais.	NORDESTE	1976 - 1979	
2. PLUS	Ministério da Previdência e Assistência Social, Planejamento, INAMPS, Instituições de Saúde Estaduais.	Regiões Metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Recife, Porto Alegre, Salvador, Fortaleza, Curitiba e Belém, Estado da Paraíba.	1976 - 1978 (fase de projeto)	
3. PRONAN	Ministérios da Saúde, Agricultura, Planejamento, INAN, FSESP, EMBRATER, Secretarias Estaduais de Saúde, EMATER.	NORDESTE	1975 - 1979	
4. PROGRAMAS DA FSESP	FSESP, Prefeituras Municipais, Secretarias Estaduais de Saúde.	NORDESTE, SUDESTE E CENTRO OESTE	1975 - 1979	
<u>Programas de Desenvolvimento Integrado</u>	Ministérios da Agricultura, Interior, Planejamento, EMBRATER, SUDENE, Secretarias Estaduais de Saúde e EMATER.	NORDESTE	1975 - 1979	
5. POLONORDESTE				
6. Programa esp. Região Geo-Econômica de Brasília	Ministérios da Agricultura, Interior, Planejamento, EMBRATER, SUDECO, Secretarias Estaduais de Saúde e EMATER.	CENTRO-OESTE	1975 - 1979	
7. PRODEMATA	Ministério da Agricultura, EMBRATER, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.	MINAS GERAIS	1975 - 1979	

Fonte: VIEIRA, Cezar Augusto de Barros - Extensão de Cobertura no Brasil - Crise e Reforma /Sbb.

QUADRO II

ATENDIMENTOS REALIZADOS EM 1978: "DESTINO DOS PACIENTES"



FONTE: Relatório da Secretaria Municipal de Londrina - 1978

III — FORMAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA DO ENFERMEIRO FACE AO DESENVOLVIMENTO DE NOVOS MODELOS ASSISTENCIAIS

A implantação do Sistema Nacional de Saúde (Lei n.º 6.229/75) e a adoção de novos modelos para o setor, refletem sobre o sistema formador a necessidade de preparar pessoal em seus vários níveis: superior, técnico e auxiliar, adequado às atividades básicas a serem desenvolvidas. Sem essa necessária adequação existe o risco de uma distorção, pois somente os profissionais com formação especializada na área de saúde pública e/ou experiência prévia, seriam absorvidos nesta área de trabalho. Fato que ocorre na fase atual em relação aos profissionais de nível superior, o que contraria os objetivos desses modelos em relação ao emprego de recursos humanos. Havendo, portanto, necessidade de preparar pessoal com embasamento teórico-prático mínimo, para atuar nas áreas de execução e supervisão a nível local e regional. Evitando-se, desta forma, a especialização e conseqüentemente a dissociação, entre o perfil profissional necessário ao sistema de prestação de serviços e o definido, e/ou oferecido pelo sistema formador.

Onde esses modelos têm sido desenvolvidos, sua operacionalização exige profissionais com visão, menos dirigida ao atendimento do doente e que não situem o hospital como elemento central do sistema de saúde. Este aspecto é de particular importância no caso do Enfermeiro por sua significativa participação em todos os níveis e destacadamente na preparação, supervisão e orientação do pessoal de nível técnico e auxiliar. Tem-se como exemplos: os programas das Secretarias Municipais de Londrina, Campinas e Niterói; das Secretarias Estaduais do Nordeste em convênio com o PIASS, assim como, as propostas dos Planos diretores do PLUS.

O estudo dos programas citados, permite formular uma síntese das ações do modelo alternativo a serem executados a nível local e regional, a seguir:

- Assistência ao adulto;
- Assistência à gestante, puérpera, recém-nato e à criança;
- Saneamento básico do meio;
- Controle e notificação de doenças transmissíveis;
- Controle, treinamento e supervisão de parteiras;
- Fornecimento de medicamentos;
- Coleta e registro de dados bioestatísticos e de produção;
- Assistência odontológica preventiva e restauradora;
- Educação para a saúde;
- Programa de nutrição;
- Exames laboratoriais;
- Hospitalização (segundo níveis de referência).

Instituições diversas realizam programas próprios tendo como básicas estas ações e a delegação de funções ao pessoal auxiliar. Em razão destes fatos, o enfermeiro deverá receber formação a nível de graduação, que o capacite para atuar enquanto membro da equipe de saúde e na área específica das atividades de enfermagem.

A grande questão levantada é: de que modo a formação teórico-prática do enfermeiro, no momento atual, permite-lhe de forma dinâmica, o desempenho das funções e atividades exigidas para a operacionalização do modelo?

No campo da enfermagem verifica-se uma preocupação com o estudo e o engajamento na reestruturação do setor saúde, tendo a área docente em nível de graduação e habilitação buscado reformular currículos e programas de curso.

Considerando-se as estruturas de serviços propostos pelos modelos, as Escolas de Enfermagem têm como impasse a solicitação de mão-de-obra por parte do mercado de trabalho, em desacordo com a filosofia dos novos modelos assis-

tenciais. Desse modo, torna-se difícil adequar práticas novas aos campos de estágio oferecidos, em sua maioria em Instituições, nas quais os serviços são organizados de "forma tradicional".

Na maioria das Instituições as diretrizes e funções diferem das novas propostas, e o desenvolvimento do exercício técnico profissional do enfermeiro é limitado e cerceado em algumas atividades, tais como: consulta de enfermagem, realização de partos, solicitação de exames simples, controle do crescimento e desenvolvimento e outras práticas imprescindíveis, sob o enfoque dos novos modelos propostos (Quadro III).

Estes aspectos apresentam contradições que oferecem sérias dificuldades à área docente de enfermagem. Por um lado, um novo mercado propondo que o profissional seja capaz de treinar, supervisionar e orientar o pessoal auxiliar, para realização de atividades, quando a maioria das instituições assistenciais do setor, não admite sequer que tais atividades sejam executadas pelo próprio enfermeiro.

Mesmo considerando-se a problemática acima enfocada, alguns aspectos são ainda pouco discutidos nas instituições de formação do enfermeiro, tais como: maior questionamento e estudo acerca dos programas e projetos atuais; sua importância do ponto-de-vista social; as implicações no campo do exercício profissional e a necessidade do enfermeiro lutar por maior participação em todas as fases dos programas. Impõe-se que, dentro das instituições de ensino, estas discussões sejam analisadas de forma mais crítica e profunda de tal modo, que possam redundar em modificações do enfoque quanto às formas de assistência prestada à população, e na busca de campos de estágio alternativos. Favorecendo, assim, a mudança de comportamento do enfermeiro, visando a oportunidade de ocupar uma nova posição na equipe de

saúde, através de visão mais adequada da realidade sócio-econômica e da necessidade de participação em ações integradas.

IV — ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL NOS PROGRAMAS E PROJETOS

Analisando os programas e projetos tanto os operacionalizados quanto os ainda em fase de proposta teórica, verifica-se que a base das atividades a serem desenvolvidas, são, em sua maioria, ações precípuas de enfermagem a serem executadas por pessoal auxiliar, exigindo, portanto, a presença do enfermeiro para treinamento e supervisão dessas ações.

Além deste fato constata-se que o mesmo é um profissional básico da equipe de saúde e sempre foi sensível às atividades preventivas que visassem a melhoria da qualidade de saúde da população.

No projeto de criação do PIASS, apesar do enfermeiro não constar como profissional integrante da equipe, embora seja citada a presença do técnico e do auxiliar de enfermagem, a necessidade daquele profissional se impôs. Hoje ele integra a equipe tanto a nível central na planejamento e normatização, como também, a nível regional no treinamento e supervisão.

Este exemplo serve para ilustrar uma distorção, a nível das decisões políticas e técnicas, quando é feita a colocação teórica de uma nova perspectiva de trabalho onde se enfoca a multiprofissionalidade. Outro aspecto a ser destacado é que a presença do enfermeiro, nas equipes responsáveis pela implementação desses programas, ainda é pouco significativa e mesmo reduzida, considerando-se que a maioria das ações de saúde concernentes ao modelo de assistência primária, são tipicamente, de enfermagem. Portanto, em se tratando quer do aspecto técnico, quer do aspecto legal, não pode este profissional ser prescindido e/ou substituído.

QUADRO III
 RELAÇÃO ENTRE ATRIBUIÇÕES EXECUTOR (AUX. SAÚDE) E RESTRIÇÕES LEGAIS/INSTITUCIONAIS AO TREINADOR - (ENFERMEIRO)

AUXILIAR DE SAÚDE		ENFERMEIRO
ATRIBUIÇÕES	CONHECIMENTOS TEÓRICO/PRÁTICO NECESSÁRIOS	RESTRIÇÕES LEGAIS E/OU INSTITUCIONAIS
1. Prestar assistência à gestante controle pré-natal.	1. Fisiologia, evolução e complicações da gravidez. Exame físico - dados antropométricos, ausculta fetal - interpretação exames laboratoriais	1. Institucional Controle pré-natal, onde se insere a consulta de enfermagem.
2. Controle, supervisão, orientação e treinamento da parteira leiga.	2. Acompanhamento e evolução do trabalho de parto; complicações; realização de parto normal; procedimentos referentes à expulsão dos anexos; condutas indicadas no parto domiciliário etc.	2.1 Legal realização de parto normal c/ ou sem episiotomia 2.2. Institucional evolução do parto (toque) realização do parto
3. Prestar assistência à criança de 0 a 6 anos	3. Controle do desenvolvimento e crescimento; controle de saúde da criança	3. Institucional não é de rotina a prestação de assistência à criança através de consulta de enfermagem
4. Distribuição de medicamentos segundo esquema padronizado	4. Ações e reações, dosagens, vias de administração	4. Legal e Institucional administrar medicamentos sem prescrição médica.

Fonte: 1-Decreto nº 50.387/61 - Regulamentação do exercício da enfermagem
 2-Programas das Secretarias Estaduais em Convênio com o FIASB
 3-Programas da Secretaria Municipal de Londrina - PR

/sbb.

Não se trata de uma visão pretenciosa, de apropriação das ações de saúde como exclusividade de uma categoria profissional, como é ainda enfatizado quer a nível institucional, quer a nível social o binômio médico/saúde; mas sim, de considerar a potencialidade e o espaço de competência específica de cada profissional dentro da equipe.

Assim como é importante que se abra uma perspectiva de maior participação, não só do enfermeiro, como de outros profissionais da equipe de saúde, no programas de extensão de cobertura e/ou regionalização, também se faz necessário:

- 1 — que sejam modificadas as diretrizes do sistema formador visando corrigir, entre outras, as distorções da relação quantitativa da equipe de saúde;
- 2 — na medida em que os programas visam ações integradas com o objetivo final de prestação de assistência à saúde, uma nova relação interprofissional se impõe. E, para que a melhoria desta interrelação se proceda, é imprescindível que os profissionais se dispam da necessidade de mistificar o seu papel profissional e social, estabelecidos segundo moldes ultrapassados e elitistas, que não mais se coadunam com a perspectiva dos novos modelos assistenciais do setor saúde, integrantes e resultantes de uma dada realidade sócio-econômica e cultural.

V — LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL ANTE AS ATIVIDADES PROPOSTAS

O Decreto n.º 50.387, de 28 de março de 1961, que regulamento o exercício da enfermagem, diz no seu artigo 11, parágrafo único:

“É da responsabilidade da obstetrix e da parteira:

- a) prestar assistência de enfermagem obstétrica à mulher no ciclo-grávido puerperal em domicílio ou no hospital;
- b) acompanhar o parto e o puerpério normais, limitando-se aos cuidados indispensáveis à parturiente e ao recém-nascido.”

O ante-projeto do Conselho Federal de Enfermagem COFEN, propõe uma nova lei de regulamentação do exercício da enfermagem, também, no parágrafo único, do seu artigo n.º 11, menciona:

“As enfermeiras obstétricas ou obstetrixes referidas no artigo 6.º, incumbe ainda:

- a) assistência ao parto normal;
- b) identificação das distócias obstétricas e tomadas de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.”

Como se pode observar, tanto na lei em vigor quanto no ante-projeto, é permitido apenas à parteira, à obstetrix e à enfermeira obstétrica prestar assistência ao parto. No entanto, quando se analisam as atividades proposta para o “Atendimento Polivalente” ou “Auxiliar de Saúde” nos programas de extensão de cobertura, em execução nas Secretarias de Saúde de Londrina e dos Estados do Nordeste em convênio com o PIASS, constatam-se alguns pontos altamente conflitantes com a própria legislação vigente, o que se pode notar no Quadro III.

A legislação que nega ao enfermeiro graduado a possibilidade de prestar assistência ao parto, obriga-o a ensinar aos Auxiliares de Saúde para atuar em programas em que este deverá ter a seu cargo a orientação e supervisão da parteira leiga, além de admitir officiosamente a esta última a realização do parto. Para que o enfermeiro possa participar desses programas, necessário se faz que a legislação lhe assegure o di-

reito de realizar o parto normal, fato que viria pressionar o sistema formador no sentido de sua capacitação.

Outro ponto conflitante é o que diz respeito ao artigo 15, alínea "b": "é vedado a todo pessoal de enfermagem administrar medicamentos sem prescrição médica, salvo em casos de extrema urgência...". Quando das atribuições do Atendente, segundo diversos programas, consta "distribuição de medicamentos segundo esquema padronizado". Considerando-se discutível ser esta uma forma de prescrição médica.

No papel de treinador e supervisor do pessoal auxiliar, o enfermeiro necessita do domínio de algumas outras técnicas que, embora não entrem em choque com a legislação, o seu desempenho não lhe é familiar, como por exemplo a execução de exames laboratoriais simples.

Alguns fatores podem ser levantados como responsáveis pelos pontos contraditórios acima referidos, tais como:

- As limitações do sistema formador em preparar pessoal com perfil profissional adequado às reais necessidades da população, que são explicitadas e coerentes nos novos modelos;
- A limitação da legislação vigente que por sua vez é consequên-

cia das pressões sociais que limitam o exercício profissional do enfermeiro e sua posição no mercado de trabalho.

IV — CONCLUSÃO

A grande discussão não é questionar os programas considerando que do ponto-de-vista social estes constituem as propostas mais conseqüentes do momento. São propostas alternativas apresentadas como respostas à reformulação do setor de saúde, há muito em crise.

Este modelos no contexto sócio-econômico e cultural do país podem significar e contribuir para a melhoria real do nível de saúde da população, devendo, portanto, serem defendidas e apoiadas por todos os profissionais da área.

A grande discussão proposta, é sim, analisar as causas sociais, institucionais, legais, as diretrizes que orientam a formação profissional e que estão impedindo e/ou bloqueando a maior participação do enfermeiro na execução das atividades. Este, como profissional e antes de tudo, membro de uma determinada sociedade, não pode portanto, se alienar do contexto social e econômico do país e de como se insere a questão saúde no mesmo.

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL — Anais da V Conferência de Saúde — Brasília — 1975.
2. BRASIL — Anais da VI Conferência Nacional de Saúde — Brasília — 1977.
3. BRASIL — II Plano Nacional de Desenvolvimento — Brasília — 1974.
4. Ministério da Saúde OPAS/OMS — Padrões Mínimos de Assistência de Enfermagem à Comunidade — Brasília — 1977.
5. PIASS/PPREPS — Avaliação do Desenvolvimento de Recursos Humanos de Nível Elementar para Módulo Básico (Atendente de Saúde Pública) — Brasília — 1979.
6. PIASS — Exposição de Motivos e Decreto de Criação — Brasília — 1978.
7. PLUS — Documentos do GT/PLUS — Convênio SEPLAN/MPAS — Rio de Janeiro — 1975/1978.
8. Secretaria Municipal de Saúde — Relatório Anual — Londrina — 1978.
9. Secretaria Municipal de Saúde — Programa de Implantação do Sistema Municipal de Saúde — Londrina — 1978.
10. VIEIRA, Cezar Augusto de Barros — Extensão de Cobertura no Brasil, Crise e Reforma do Sistema de Saúde, XXX Congresso Brasileiro de Enfermagem, ABEN - Santa Catarina — 1978.