

# AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA EFETIVAÇÃO DO SUS: UM OLHAR DOS GESTORES MUNICIPAIS DA 14ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SANTA ROSA, RS

## MUNICIPAL HEALTH POLICIES EVALUATION FOR SUS EFFECTIVENESS: A VIEW OF THE MUNICIPAL MANAGERS FROM THE 14<sup>TH</sup>. REGIONAL HEALTH OFFICE SANTA ROSA, RS

**Maria Helena Lovato**

Farmacêutica-bioquímica

**Sílvia Maria Santos Perez**

Assistente Social

Técnicas Sanitaristas da 14ª CRS/SES-RS

e-mail: 14crs@saude.rs.gov.br

### RESUMO

Este estudo propõe-se a identificar, a partir dos vinte e dois gestores municipais de saúde da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, os avanços e dificuldades na operacionalização e efetivação do SUS em seus municípios, avaliando as estratégias de organização da Atenção e Gestão em Saúde implementadas por eles. O objetivo específico desta pesquisa é caracterizar o gestor municipal de saúde da 14ª CRS, categorizando os principais problemas dos municípios em relação à efetivação do SUS, e a aplicação dos recursos financeiros oriundos das três esferas de governo. Como metas posteriores – de médio e longo prazo – a proposta é: - discutir os resultados com os prefeitos e secretários municipais de Saúde, auxiliando-os na reorientação das estratégias de organização da Atenção Básica e Gestão em Saúde, com vista a uma otimização da avaliação, controle e aplicação dos recursos financeiros do SUS na 14ª CRS; - analisar os resultados obtidos com todos os profissionais da 14ª CRS, oportunizando um maior conhecimento dos problemas apontados e das conquistas efetivadas, facilitando a atuação desses profissionais junto aos municípios. Sabemos que é um estudo “datado”, ou seja, seu contexto (sócio, político, cultural e econômico) apontará caminhos e estratégias não necessariamente realizáveis/utilizáveis em outras realidades regionais. Nossa intenção, no entanto, é que esta pesquisa possa efetivamente contribuir com os gestores e municípios desta região e possa instigar outras possíveis reflexões acerca da avaliação das políticas municipais de saúde.

### PALAVRAS-CHAVE

Políticas municipais de saúde, gestor municipal, avaliação e efetivação do SUS.

### ABSTRACT

This study aims at identifying the difficulties and advances in the operationalization and effectiveness of SUS – Sistema Único de Saúde (Governmental Health Program) within its municipalities, evaluating the organizational strategies of Primary Health Care and Management according to the opinion of twenty two municipal public health managers. The specific goal of this study is to delineate the municipal health manager from the 14<sup>th</sup> Regional Public Health Coordination, pointing out the main problems they face as to the implementation of SUS and application of financial resources obtained from federal, state and municipal governments. As medium- and long-term goals, the proposal is: - to discuss the results with the mayors and municipal health secretaries, helping them review the organizational strategies of Primary Health Care and Management, aiming at the optimization of the evaluation, control and application of the financial resources from SUS at the 14<sup>th</sup>. Regional Health Office; - to discuss the results obtained with all the professionals within the 14<sup>th</sup>. Regional Health Office, providing a greater knowledge about the problems indicated and the conquests obtained, facilitating the work of these professionals in the municipalities. We know it is a “dated” study, that is, its context (social, political, cultural and economical) will show ways and strategies not necessarily achievable/usable in other regional realities. Our aim, however, is that this survey can effectively contribute to the managers and citizens of this region and can encourage other possible reflections on the municipal-health-policy evaluation.

### KEY WORDS

Municipal health policies, municipal manager, SUS evaluation and effectiveness

## INTRODUÇÃO

Considerando a saúde como um direito fundamental de todo ser humano ao longo de sua vida, bem como o campo saúde um indicativo da qualidade de vida de um povo, resultante das conquistas e ações durante a sua história, é de fundamental importância avaliar o Sistema Único de Saúde - SUS, que vem sendo implantado no Brasil desde 1988 e, particularmente, sua implementação nos diversos e distantes municípios brasileiros. A Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que “dispõe sobre as condições para proteção, promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, deu início à caminhada, construída coletivamente com muitas lutas, em direção à efetivação do SUS no Brasil.

Hoje, passados quinze anos, constata-se um “mutirão nacional” articulado e vigilante que ainda busca, em alguns estados, sua real implementação e, em outros, sua efetivação definitiva através da participação de todos os segmentos vinculados direta ou indiretamente ao SUS.

O papel do gestor municipal na condução da efetivação do SUS, por ser de maior proximidade dos usuários, é relevante na condução desse processo.

## METODOLOGIA UTILIZADA NA PESQUISA

O presente estudo tem por base uma pesquisa social exploratória. Trata-se de uma abordagem metodológica qualitativa, abrangendo questões relativas à organização da Gestão e Atenção Primária à Saúde, partindo da avaliação individual em entrevistas com cada gestor sobre o grau de efetivação do SUS em seu município. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário padrão com perguntas estruturadas e semi-estruturadas.

Por tratar-se de um estudo qualitativo das “Representações Sociais” (vinte e dois gestores municipais de saúde), foi utilizado como referencial teórico o Discurso do Sujeito Coletivo - DSC - que, segundo Lefèvre et al. (2000, p. 19) tem como base os seguintes princípios:

- Coerência: o DSC é uma reunião, agregação não-matemática de pedaços isolados de depoimentos que expressam sempre um posicionamento próprio, distinto, original e específico frente ao tema que está sendo pesquisado.
- Diferença/Complementaridade: considera que o processo social tem de ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos; advoga, também, a necessidade de trabalhar-se com a complexidade, com a especificidade e as diferenciações que os problemas e/ou objetos sociais apresentam.
- Artificialidade Natural: aproveitamento de todas as idéias presentes nos depoimentos para que a “figura” não fique incompleta – daquelas muito semelhantes ou repetidas, escolhe-se apenas um exemplar. No DSC, é a categorização das idéias-chave; nas pesquisas tradicionais, a codificação de dados.
- Coletividade Discursivada: não é a soma aritmética, mas uma agregação discursiva que reúne pedaços de diferentes discursos individuais que permitem compor um único discurso.

O DSC foi a estratégia metodológica que melhor contemplou nossa pesquisa porque:

- tornou mais clara nossa representação social e o conjunto das representações

que conformam um dado imaginário (efetivação do SUS na 14ª CRS);

- possibilitou uma melhor visualização da representação social à medida que, de forma articulada, se assinalou o modo como os gestores pensam;
- obteve-se a reconstituição discursiva da representação social do SUS na região através de um trabalho analítico que se consistiu nas idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e, em todos eles, reunidos de forma sintética.

Como ferramenta de trabalho auxiliar, foi utilizado o Diagrama de Pareto, permitindo, graficamente, uma visualização mais clara da valoração (em ordem decrescente) das respostas dos gestores municipais de saúde acerca dos aspectos abordados no questionário aplicado.

## RECURSOS HUMANOS

Foram abordadas questões para identificar os recursos humanos na área da saúde em cada município: número de profissionais, categorias profissionais, nível salarial, carga horária semanal, visando à constatação, pelo gestor municipal, de que eles são determinantes na efetivação do SUS.

Os depoimentos a seguir dos vinte e dois gestores municipais de saúde sintetizam os recursos humanos:

*“Os recursos humanos seriam suficientes se fossem qualificados para o SUS.”*

*[...] os profissionais de 20 horas semanais, principalmente os médicos, tratam mais da doença do que da saúde.*

*[...] se todos trabalhassem e cumprissem o horário, acredito que seriam suficientes.*

*[...] a consulta médica é o que a população mais quer do SUS.*

*[...] o enfermeiro tem a capacidade de construir o Sistema: está no meio, entre o médico e os usuários, presente em todos os atendimentos do SUS.*

*[...] o psicólogo reduz a demanda do consultório médico. Pode solucionar vários problemas da equipe de PSF.*

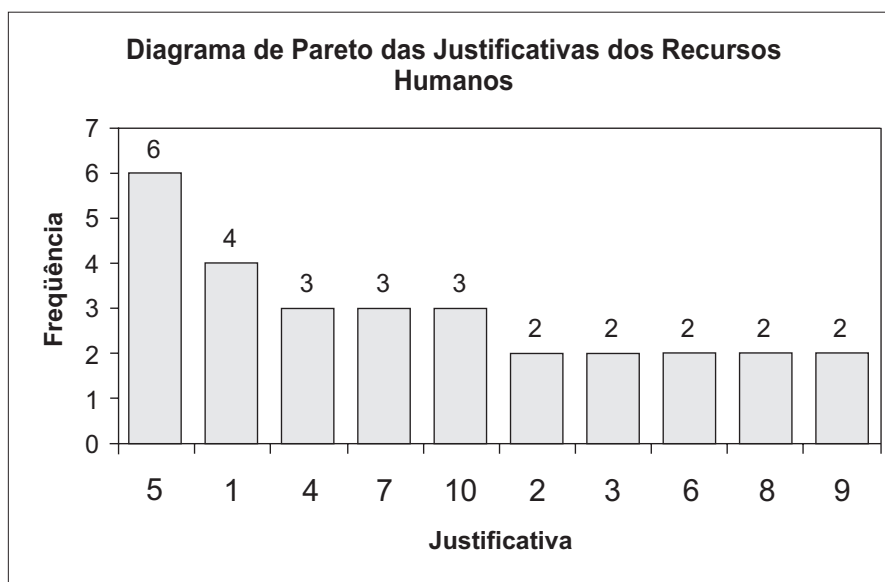
*[...] o assistente social é um facilitador do acesso entre a família e as equipes de saúde. Vê o usuário como um todo, não isolado, mas inserido.”*

Em relação às políticas municipais dos recursos humanos para a saúde na 14ª CRS, quinze gestores, correspondendo a 68%, consideraram insuficiente o número de profissionais que atuam na área, apenas 32% (sete deles) avaliaram como suficiente. As justificativas apresentadas em relação à questão acima (Gráfico 1), foram:

1. Necessidade de qualificar constantemente os profissionais na busca do perfil adequado para trabalhar em saúde pública.
2. A Lei de Responsabilidade Fiscal não permite o aumento do número de RH na folha de pagamento.
3. Aumento da demanda pelo SUS, com o mesmo número de profissionais do início da municipalização.

4. Atendimento satisfatório da demanda do município.
5. Falta de médicos especialistas e consultas médicas; deveria aumentar a carga horária – 20 horas não atende à Atenção Básica.
6. Não-cumprimento do horário: tratam mais da doença do que da saúde.
7. Falta de pessoal na área administrativa e de nível médio.
8. Falta de outros profissionais: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico e odontólogo; com relação a médico e enfermeiro, está OK.
9. O município ainda não conseguiu dar conta de todas as necessidades da população: faltam mais equipes de PSF.
10. A escolha da política municipal é de 100% de PSF, com atendimento integral.

A maioria dos gestores apontou a necessidade de qualificar e aumentar o número de profissionais da área, a carga horária para 40 horas semanais, deixando claro que deveria haver uma maior diversidade das categorias profissionais – não só técnica, mas de nível médio e administrativo. Muitos ressaltaram a falta de médicos especialistas nas áreas consideradas essenciais na Atenção Básica, como ginecologia/obstetrícia e pediatria. O PSF foi a estratégia mais lembrada para a implementação de uma política municipal de saúde mais resolutiva.



**Gráfico 1** – Diagrama de Pareto das justificativas dos Recursos Humanos

Quanto às categorias profissionais determinantes para efetivação do SUS, foram citadas, prioritariamente, as de médico, enfermeiro, odontólogo e técnico/auxiliar de enfermagem. Sem elas, a população não pode ser atendida pelo SUS.

A partir do DSC, elaboramos um Quadro Geral da Remuneração dos profissionais de saúde que atuam nos municípios da 14<sup>a</sup> CRS, evidenciando as diferenças salariais intra e intercategorias profissionais.

Há uma significativa disparidade salarial entre as diversas categorias profissionais e, ainda, um acentuado desnível dentro de uma mesma categoria. Médicos e odontólogos do PSF são os que recebem melhor remuneração. Há uma correlação entre a carga horária de 40 horas semanais e os salários desses profissionais. Os demais técnicos de nível superior, embora muitos com a mesma

carga horária, recebem, em média, menos da metade do salário/hora dos médicos.

O gasto com RH é apontado pelos gestores municipais como o de maior incidência no orçamento da saúde.

### ***Avaliação do Nível de Resolutividade da APS em relação aos Recursos Financeiros***

#### ***Aplicação dos Recursos Financeiros***

Os depoimentos a seguir, mencionados pelos gestores municipais de saúde, apontam a aplicação dos recursos financeiros na saúde:

*“A saúde é um saco sem fundo.*

*[...] o PSF agrega todos os programas de saúde e os implementa.*

*[..]. não tem como sobreviver sem o PSF.*

**Tabela 1 – Remuneração por Categoria Profissional**

	ACD	ACS	Agente da Dengue	Assistente-Social	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro	Enfermeiro PSF
Número	23	346	65	14	131	17	48
Média Salarial	492,26	331,35	359,85	1.266,43	547,17	1.491,18	2.462,92
Maior Salário	700,00	405,00	510,00	3.080,00	1.030,00	2.500,00	3.500,00
Menor Salário	300,00	240,00	240,00	200,00	350,00	900,00	1.200,00
Média Salário/hora	2,87	1,93	2,10	11,64	3,25	9,51	14,37
Maior Salário/hora	4,08	2,36	2,98	23,33	6,01	14,58	20,42
Menor Salário/hora	1,75	1,40	1,40	5,25	2,04	6,42	7,00
	Farmacêutico	Farmacêutico-bioquímico	Fiscal Sanitário	Fisioterapeuta	Fono-audiólogo	Médico	Médico PSF
Número	2	4	17	8	2	45,00	54
Média Salarial	1.740,00	1.872,00	552,35	626,25	400,00	2.106,93	5.800,11
Maior Salário	3.080,00	3.500,00	1.000,00	1.300,00	400,00	4.000,00	10.000,00
Menor Salário	400,00	1.108,00	150,00	240,00	400,00	1.100,00	4.000,00
Média Salário/hora	11,32	12,54	3,69	10,75	6,22	24,52	33,83
Maior Salário/hora	17,97	20,42	8,75	18,67	7,78	44,33	58,33
Menor Salário/hora	4,67	8,40	1,75	7,29	4,67	12,93	23,33
	Médico Veterinário	Nutricionista	Odontólogo	Odontólogo PSF	Psicólogo	Técnico de Enfermagem	
Número	3	14	38	21	21	54	
Média Salarial	2.126,67	1.111,43	1.547,32	4.031,43	969,10	612,17	
Maior Salário	3.080,00	3.080,00	3.500,00	5.880,00	3.080,00	1.000,00	
Menor Salário	1.600,00	200,00	700,00	2.300,00	136,00	400,00	
Média Salário/hora	16,62	10,86	14,75	23,52	14,08	3,66	
Maior Salário/hora	18,67	18,67	28,00	34,30	35,00	5,83	
Menor Salário/hora	13,22	2,92	9,72	13,42	5,83	2,33	

[...] a comunidade sente que tem uma carência e procura atendimento médico em primeiro lugar. No momento em que é atendida pela equipe do PSF, muda a visão.

[...] PSF: revolução no município pelo trabalho de promoção e prevenção em saúde.

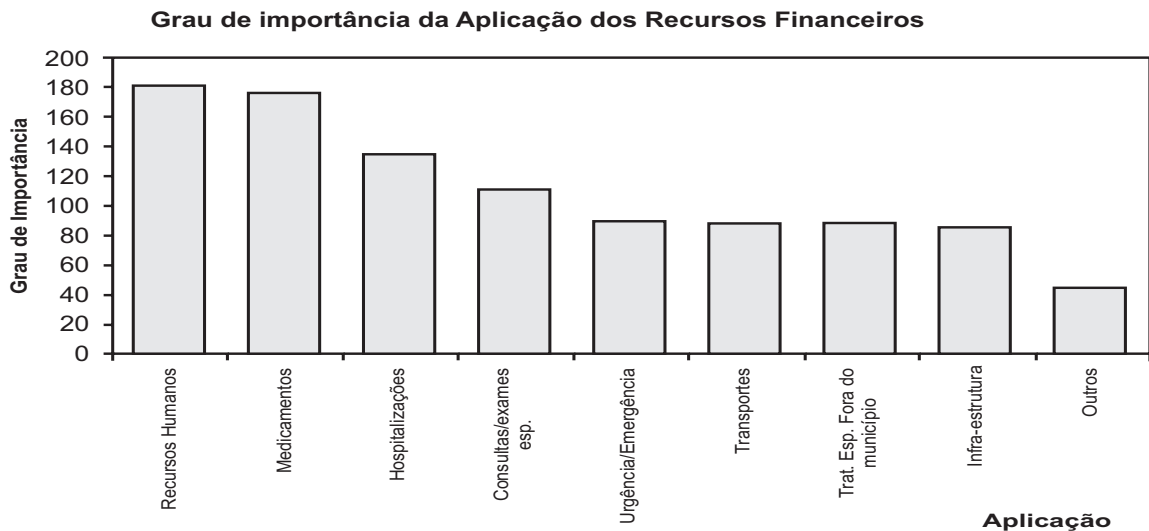
[...] o PACS tem grande abrangência através das visitas domiciliares, dá retorno ao trabalho realizado na base.

[...] Primeira Infância Melhor/Viva Criança: custo baixíssimo com ótimos resultados.”

Em relação ao grau de importância dos recursos financeiros em saúde, os gestores apontaram os gastos com RH e medicamentos como os mais significativos. Todos, em maior ou menor grau, enfocaram o SUS sob a ótica da assistência em saúde em detrimento da promoção e prevenção.

**Programas/Estratégias Implementados com Resolutividade:**

1. PSF: não tem como sobreviver sem este programa/ reduziu significativamente as internações hospitalares/ implantou grupos de educação e prevenção em saúde/coordenação das equipes: hipertensos/diabéticos/saúde da mulher/gestantes/criança saudável/adolescentes/visita domiciliar dos técnicos/ saúde bucal.
2. PACS: grande resolutividade/penetração na população/pouco investimento financeiro/grande abrangência/VD.
3. Primeira Infância Melhor/Viva Criança: custo baixíssimo/ótimos resultados/prioriza gestantes e crianças.
4. Saúde Bucal/Agente escolar.
5. Grupos de Saúde: gestantes/hipertensos/diabéticos/oncologia e saúde mental.
6. Farmácia Básica/distribuição de medicamentos.
7. Programa Dengue Verão.
8. Programa de Prevenção ao CA de Mama e CA de Próstata: exames.
9. Palestras nas Escolas: DST/AIDS.
10. Vacinação de Crianças e Idosos.
11. Convênio Prefeitura Municipal/Banco de Olhos.



**Gráfico 2** – Diagrama de Pareto do Grau de Importância da Aplicação dos Recursos Financeiros  
 Atenção ao gráfico: transporte

Diagrama de Pareto das Estratégias Implementadas

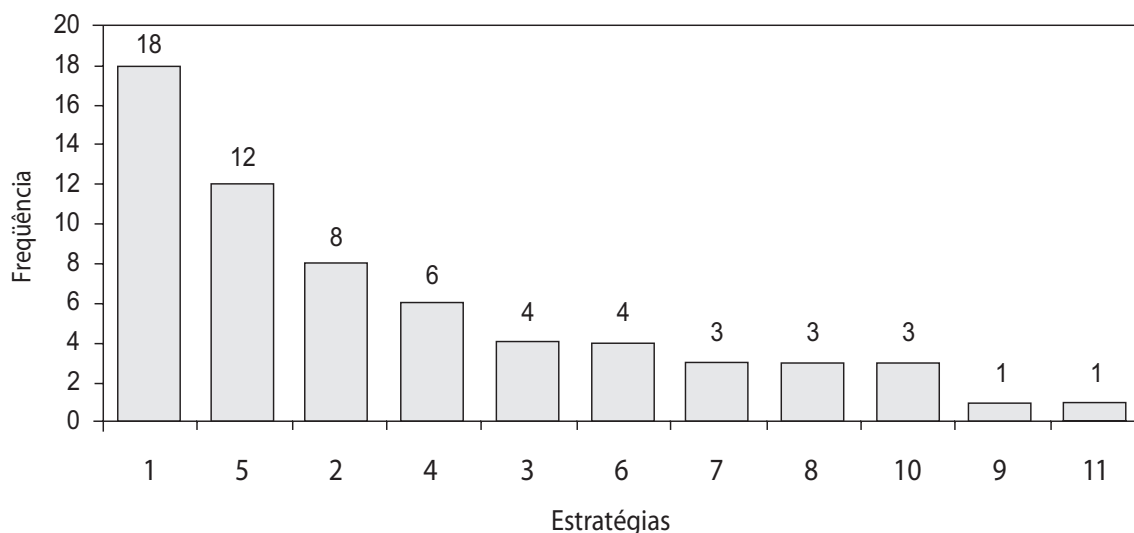


Gráfico 3 – Diagrama de Pareto das Estratégias Implementadas

### Percentual Gasto em Saúde

A maioria dos municípios (21) aplica mais de 15% do orçamento municipal em saúde, e este percentual cresce anualmente.

Com relação ao aporte dos recursos financeiros oriundos das três esferas de governo, a União contribui com 23%, o Estado com 11% e os Municípios destinam, em média, 66% para a saúde.

No entender da maioria dos gestores, a municipalização da saúde, apesar de benéfica para a população, acarretou um grande problema para os municípios, uma vez que os recursos destinados aumentam significativamente a cada ano e, conseqüentemente, diminui o orçamento destinado às outras secretarias municipais.

Em relação ao Estado, a queixa generalizada foi quanto ao atraso dos repasses e ao

baixo percentual destinado aos Municípios. Quanto ao Ministério da Saúde, as críticas foram pelo engessamento dos programas/verbas, dando pouca autonomia na escolha de estratégias de implementação viáveis.

### Perfil dos Gestores Municipais

O perfil dos gestores municipais de saúde foi construído através dos seguintes depoimentos:

*“O gestor municipal de saúde tem um papel muito importante no gerenciamento do SUS:*

*[...] deve ser capacitado e conhecer todas as Normas e Leis do SUS.*

*[...] é um faz-tudo ou tapa-buracos nos municípios.*



*[...] as eleições oportunizam uma descontinuidade na condução da política de saúde do município.”*

As principais características dos gestores são:

Quanto à idade: situam-se entre 23 e 57 anos, dos quais a metade está na faixa dos 31 aos 40 anos.

Quanto ao gênero, a maioria dos gestores é do sexo feminino (14 deles).

Quanto à formação/experiência na função: 15 gestores são leigos, sem formação na área. Apenas 32% (7) são profissionais de saúde: 2 enfermeiras, e técnicos de enfermagem e 2 auxiliares de enfermagem. A maioria não possui experiência anterior, 5 deles já havia exercido esta função em administrações anteriores e 2 exerceram-na em outros municípios. Um gestor exerce a função de secretário municipal de saúde há 18 anos.

Quanto ao nível de instrução: dos 22 gestores municipais de saúde, 32% (7) têm Ensino Médio completo, 14% (3), com curso superior completo; 18% (4) têm pós-graduação completo e 13% (3), com curso de pós-graduação incompleto.

### **Avaliação da Efetivação do SUS no Município pelo Gestor Municipal de Saúde**

A efetivação do SUS, na avaliação e depoimento dos gestores municipais de saúde, destacou que:

*“ [...] falta ainda um melhor conhecimento do SUS pelos cidadãos em relação aos seus direitos e deveres, cada um fazendo a sua parte.*

*[...] a referência regional é o maior problema: os encaminhamentos geralmente passam por critérios não oficiais, exigindo gastos extras dos municípios com consultas, exames e procedimentos especializados.*

*[...] existem cobranças na média complexidade: algumas, o município paga, outras, o paciente paga. Quando a gente precisa de alguma coisa, tem que ligar para a 14ª CRS e fazer uma procissão para a Coordenadoria entrar no jogo.*

*[...] falta um parâmetro regional para os salários dos profissionais de saúde.*

*[...] este ano é eleitoral – se nós não conseguimos qualquer coisa pelo SUS, nós vamos pagar para o paciente ser atendido.*

*[...] hoje o povo acha que o município tem obrigação de dar tudo. Então eu vejo que o SUS parece que vai explodir o município. Se a gente não der uma controlada nos encaminhamentos para fora, todo mundo quer; se não tiver o remédio na farmácia, o paciente vai ao gabinete do prefeito e ele manda comprar. Eles estão muito mal-acostumados com isso. É a mudança que o município espera que aconteça agora com a implantação do PSF.”*

A avaliação dos gestores municipais de saúde, em relação ao grau de efetivação do SUS, apontou resultados satisfatórios, situando-se entre regular (6 gestores – 27%), bom (14 gestores – 63%) e muito bom (1 gestor – 5%). Somente um gestor (5%) considerou insuficiente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos, ao analisar as respostas sobre a efetivação do SUS, que houve um avanço no campo de saúde na Regional.

Contudo, ao responderem o que poderia ser melhorado, todos os gestores referiram-se aos problemas enfrentados com a regionalização que ainda não está efetivada. A média complexidade (exames e consultas especializadas, hospitais regionais/ cirurgias) deixa a desejar, tendo sido citada como o maior problema. As referências regionais - CODIS - são insuficientes para atender à demanda pelo SUS, levando os municípios e alguns usuários a pagarem por serviços que deveriam ser gratuitos.

Foi ressaltada também, por todos, a importância do Programa Saúde da Família - PSF, na otimização e resolutividade do SUS, principalmente com relação à diminuição das internações hospitalares. Alguns gestores municipais demonstraram preocupação com os hospitais locais que, após a implementação do PSF, estão enfrentando problemas financeiros devido ao aumento da capacidade ociosa de leitos.

A questão dos medicamentos especiais fornecidos pelo Estado também foi referida como um problema regional, uma vez que falta agilidade na disponibilização aos municípios, acarretando dificuldades de gerenciamento para os gestores.

Os recursos humanos, no entender da maioria, representam os maiores gastos de saúde e não têm o devido retorno em relação ao SUS. Foi constatado que, devido às disparidades salariais e à carga horária dos

profissionais, esse campo ainda apresenta grandes dificuldades. Todos reconhecem que muitos profissionais não são comprometidos com a Saúde Pública, atuando ainda dentro do modelo curativo (principalmente a classe médica), retardando o entendimento do Sistema pelos usuários. A consulta médica e o medicamento gratuito ainda são vistos como sinônimo do SUS. Os profissionais do PSF, com melhor perfil e dedicação integral, segundo os gestores, estão mudando esta realidade, atuando na prevenção e promoção à saúde.

Finalizando, os resultados obtidos apontam vários caminhos a serem construídos coletivamente por todas as representações sociais, não apenas os gestores municipais de saúde, mas com aqueles segmentos sociais que fazem parte do SUS, ou seja:

- a população regional, estimada em 235.000 habitantes, em sua grande maioria usuária do Sistema;
- os profissionais de saúde que trabalham na rede de Atenção Básica e aqueles que, indiretamente, prestam serviços especializados na média e alta complexidade;
- os hospitais credenciados e conveniados pelo SUS;
- os Conselhos de Saúde municipais e regionais, no exercício do controle social das políticas de saúde implementadas;
- os Prefeitos municipais na escolha dos gestores, no entendimento e apoio a eles, na operacionalização da política local de saúde;

- a 14ª CRS, como instituição representante da SES, no seu papel de assessorar, supervisionar e auxiliar a efetivação do SUS na região.

O DSC de uma gestora municipal de saúde traduz a compreensão da complexidade da efetivação do SUS nos mais diferentes municípios do país, bem como da importância e pertinência da realização de pesquisas como esta:

“O SUS é uma criança que ainda está crescendo.” (DSC)

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Plano diretor e regionalização da saúde**. Porto Alegre, 2002.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3. ed. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BORDIM, Ronaldo et al. **Práticas de gestão em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1996. 144 p.

CUNHA, João Paulo Pinto (Org.). **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Resumo estatístico RS**. Disponível em: <[www.fee.gov.br](http://www.fee.gov.br)>. Acesso em: 12 dez. 2003.

LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria Cavalcanti; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira (Org.). **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. 138 p.

LOVATO, Maria Helena; PEREZ, Sílvia Maria Santos. **Avaliação das políticas municipais de saúde para efetivação do SUS**: um olhar dos gestores municipais da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, Santa Rosa, RS. 2004. 95 f. Monografia (Curso de Formação de Sanitaristas)- Escola de Saúde Pública, Porto Alegre, 2004.

OTT, R. Lyman. **An introduction to statistical methods and data analysis**. 4. ed. Belmont: Duxbury, 1993.