



ORIGINAL

---

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE EM  
UM SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO PÚBLICO  
DA CIDADE DE CAMPINAS, SÃO PAULO

*INTEGRALITY IN HEALTH CARE: ANALYSIS OF A PUBLIC EMERGENCY SERVICE  
IN THE CITY OF CAMPINAS, STATE OF SÃO PAULO, BRAZIL*

Daniel Carvalho ROCHA<sup>1</sup>  
Felipe Fragoso Nunes FIGUEIREDO<sup>1</sup>  
Ângelo Alves FERNANDES NETO<sup>1</sup>  
Rafael Rodrigues de QUEIROZ<sup>1</sup>  
Angelo Zanaga TRAPÉ<sup>2</sup>

**RESUMO**

**Objetivo**

Discutir o tema da integralidade sob os aspectos da produção do cuidado no encontro entre “sujeito cuidado”, e da articulação dos serviços do Sistema Único de Saúde na garantia do cuidado integral às necessidades de saúde do sujeito.

**Métodos**

O estudo foi desenvolvido no período de maio a outubro de 2003, tendo como método utilizado o da pesquisa-ação, por meio de investigação realizada no distrito sanitário sudoeste do município de Campinas, SP, observando-o a partir de um serviço de pronto-atendimento e de um centro de saúde. Para coleta de dados fez-se uso do diário de campo, entrevistas semi-estruturadas e informações

---

<sup>1</sup> Acadêmicos, Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Professor Doutor, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, 13084-971, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.Z. TRAPÉ. E-mail: <aztrape@fcm.unicamp.br>.

obtidas da base de dados eletrônica do serviço local, bem como da verificação de fichas de atendimento do pronto-atendimento. O estudo foi realizado no período de maio a outubro de 2003.

### Resultados

Aponta-se o sistema de referência e contra-referência como único canal formal de comunicação entre os serviços; a ocorrência concomitante dos discursos procedimento-centrado e usuário-centrado por parte dos trabalhadores e gestores das unidades estudadas; e a representação dominante do sistema de saúde como uma pirâmide, revelando divergências entre o funcionamento proposto na idealização do SUS e a realidade do serviço nos locais observados.

### Conclusão

Concluimos que, apesar de as políticas municipais de saúde e as diretrizes de gestão das unidades estudadas assinalarem positivamente para a integralidade da atenção à saúde, sua execução passa por dificuldades que devem ser alvo de reflexão e transformação.

**Termos de indexação:** indicadores de gestão; políticas municipais; Saúde holística; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

### Objective

*In this article, the subject "integrality" is discussed under the aspects of production of care in the encounter between "subject assisted" and "assistant", and the articulation of the Unified Health System services to assure the integral care to the needs of the subject's health. The research-action method was utilized.*

### Methods

*The investigation was performed from May to October 2003, in the southwest sanitary district of the city of Campinas, São Paulo, at an emergency service and a health center. The field diary, semi-structured interviews and information obtained from the data processing system, as well as the verification of emergency assistance records were utilized for the data collection.*

### Results

*The results pointed out the reference and contrareference system as the only formal channel of communication among the services; the concomitant occurrence of centralized-procedure and centralized-user discourses by workers and managers of the studied units; and the dominant representation of the health system as a pyramid.*

### Conclusion

*We concluded that, despite the health municipal policies and the management guidelines of the studied units distinguish positively for the integrality of health care, its accomplishment finds difficulties that should be the aim of reflection and transformation.*

**Indexing terms:** management indicators; health public policy; holistic health; National Health System (BR).

## INTRODUÇÃO

A atenção integral à saúde é um dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>,

servindo como um dispositivo jurídico-institucional para assegurar a atenção à saúde de todos os brasileiros, do nível mais simples ao mais complexo, da atenção curativa à preventiva, bem como a

compreensão dos indivíduos e das coletividades em suas singularidades<sup>2</sup>.

Muito tem sido discutido sobre a multiplicidade de enfoques e versões da integralidade<sup>3-5</sup>. Parte-se da premissa de que a integralidade, em seus diversos sentidos, indica atributos desejáveis das práticas de cuidado, das formas de organização dos serviços ou das políticas de saúde<sup>6</sup>.

Neste artigo discute-se o tema da integralidade sob dois aspectos: a integralidade como produção do cuidado no encontro entre "sujeito cuidado" e "cuidador", no fortalecimento da autonomia do sujeito no seu modo de andar a vida; e a integralidade como articulação dos serviços do SUS na promoção desse cuidado.

Com a finalidade de compreender a integralidade do cuidado no serviço e no sistema de saúde no âmbito da região em foco, este estudo relata o conjunto das experiências de uma investigação conduzida num pronto-atendimento de Campinas, como elemento do acolhimento, por meio da interlocução com usuários e trabalhadores da saúde, avaliando as aspirações de cada parte quanto ao ideal do serviço e confrontando-as entre si e perante a realidade dos fatos observados. Este é um trabalho que busca contrastar os referenciais da integralidade focalizada (do serviço *per se*) e da integralidade ampliada<sup>7</sup> (da interação entre os serviços).

## MÉTODOS

O estudo foi realizado no período de maio a outubro de 2003. Para a fase exploratória desta pesquisa e do trabalho de campo, utilizou-se o método da pesquisa-ação, cujas características são: a ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada, da qual resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta; o objeto de investigação não constituído pelas pessoas, mas pela condição social e pelos problemas de diferentes naturezas

encontrados nessa situação; o objetivo de resolver ou, pelo menos, de esclarecer os problemas da situação observada<sup>8</sup>.

A rede de saúde pública de Campinas era composta, em 2003, por 45 unidades básicas, 3 policlínicas, 15 serviços de atenção especializada, 3 serviços de urgência, 1 hospital de urgência-emergência (Hospital Municipal Mário Gatti) e serviços de vigilância à saúde que abrangiam toda a cidade. Integravam-se ainda à rede pública dois hospitais universitários e outros serviços privados conveniados, configurando uma capacidade instalada quantitativamente adequada às necessidades de assistência à saúde da região<sup>9</sup>.

O município estava dividido em cinco distritos de saúde, dirigidos por um coordenador e uma equipe técnica que acompanham o funcionamento dos serviços existentes em cada setor. Neste estudo foi-se a campo no Distrito de Saúde Sudoeste (área de abrangência com 209 939 pessoas), mais especificamente no Pronto-Atendimento Ouro Verde (PAOV), único serviço de pronto-atendimento do distrito, e no Centro de Saúde Santa Lúcia (CSSL), de área de abrangência com 15 764 pessoas<sup>10</sup>, população predominantemente de baixa renda.

Utilizaram-se como instrumentos para a coleta de dados: o diário de campo, no qual os pesquisadores puderam registrar observações diversas a respeito dos principais acontecimentos ocorridos no dia-a-dia do PA Ouro Verde durante a pesquisa; entrevistas semi-dirigidas colhidas de usuários e profissionais do local, buscando compor uma amostra diversificada abrangendo ambos os gêneros, diferentes faixas etárias, estratos sociais, num total de 50 entrevistas, das quais 40 entre usuários e 10 entre funcionários; e informações obtidas do sistema de informática do PAOV, bem como da verificação de todas as fichas de atendimento no período do estudo, recolhendo informações sobre a identificação do paciente, centro de saúde de referência e diagnóstico, tomando o cuidado para selecionar uma amostra significativa no geral e em cada dia da semana individualmente considerando diferenças nos

horários e esquemas de atendimento existentes entre os centros de saúde referenciados para o Ouro Verde, tendo sido selecionados aleatoriamente, dentro de cada grupo "dia da semana", um total de aproximadamente mil atendimentos realizados.

Para o tratamento dos dados fez-se uso da teoria da Dialética e Hermenêutica de Habermas<sup>11</sup>, sintetizada por Minayo<sup>12</sup>, a qual propõe que o pesquisador esclareça para si mesmo o contexto de seus entrevistados ou dos documentos a serem analisados; suponha a respeito de todos os documentos, por mais obscuros que possam parecer à primeira vista, um teor de racionalidade e respeito que não lhe permita duvidar, tomando a sério, como sujeito responsável, o ator social que está diante dele; julgue e tome posição em relação ao texto, ao mesmo tempo em que o analisa; coloque como interpretação bem-sucedida aquela em que o sujeito investigado poderia compartilhar da explicação elaborada caso pudesse penetrar no mundo do pesquisador.

Adotou-se como marco teórico para este estudo a discussão sobre integralidade e trabalho em saúde feita por Merhy<sup>6,13-15</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados teve início durante a pactuação da investigação com os gestores do Distrito de Saúde Sudoeste e do Pronto-Atendimento Ouro Verde. Nessa ocasião notou-se um discurso que tomava a defesa da vida como objeto central do trabalho em saúde; a atenção integral ao indivíduo e a coletivos como projeto de governo; e a co-gestão como modo de valorização da autonomia do trabalhador e garantia da governabilidade das citadas instituições.

Cabe lembrar que a Secretaria Municipal de Saúde adotou em 2001 uma proposta de atuação que visava alterar o modelo assistencial e o modelo gerencial predominantes, sugerindo novos arranjos no processo de trabalho das equipes e na relação destas com os usuários, denominada Projeto Paidéia de Saúde.

Durante a investigação de campo no PAOV percebeu-se a existência concomitante de trabalhadores envolvidos nesse projeto e trabalhadores dele alienados, ou da sua prática, ainda que conhecedores do seu teor, verificando-se a inexistência de um serviço de acolhimento no pronto-atendimento como serviço estruturado ativo, embora seu funcionamento estivesse colocado como real pela gerência.

Como fato observado, notou-se que a realização de um atendimento semelhante ao que seria um acolhimento, como tecnologia leve de produção do cuidado, era trabalhador-dependente, ou seja, não havia um modo de serviço institucionalizado como acolhimento propriamente dito, mas uma maior ou menor atenção ao usuário (para prestar os devidos esclarecimentos) de acordo com o funcionário do momento, que desempenhava outras funções no serviço.

A noção de integralidade, traduzida do discurso dos trabalhadores entrevistados, remetia à atenção integral do indivíduo, e não só da sua doença, e à responsabilidade do sistema de saúde em garantir o cuidado a todas as necessidades do indivíduo. Não ficava claro, contudo, a assunção de seu próprio trabalho como responsável e produtor da integralidade por meio da ação do cuidado e da atuação na articulação entre os serviços do SUS.

A perspectiva da rede básica como porta de entrada para o sistema de saúde foi consoante entre gestores e trabalhadores dos diferentes serviços, embora não parecesse clara para os usuários.

Tomando-se, como referência para o estudo, a comunicação entre o PA Ouro Verde e o CS Santa Lúcia, observou-se que o sistema de referência e contra-referência foi a única forma institucionalmente estabelecida para realizar a troca de informações sobre o fluxo de pacientes no serviço de saúde entre os trabalhadores dos diferentes serviços do distrito, reconhecido, ainda assim, por eles mesmos, como mal utilizado, quer pelo descaso dos profissionais de preenchê-lo adequadamente, quando o faziam, ou mesmo pelo constante extravio desses documentos, o que resultava numa quantidade e, sobretudo, numa qualidade muito baixa das contra-referências.

## A integralidade do cuidado no pronto-atendimento

A escolha do acolhimento como espaço para constituição de um observatório do cuidado em saúde nas unidades estudadas justifica-se por entendê-lo como um dispositivo capaz de evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários estão submetidos. Trata-se, pois, de uma ferramenta que permite “argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações ‘receptoras’ dos ‘clientes’ de certo estabelecimento de saúde”<sup>15</sup>.

Na primeira visita ao PAOV verificou-se a existência de uma “sala do acolhimento” e ouvimos, tanto dos gestores daquela unidade quanto do trabalhador responsável por aquele serviço, a explicação do funcionamento e missão do acolhimento. Com citações do Protocolo de Acolhimento da Secretária Municipal de Saúde de Campinas e de Malta *et al.*, sintetiza-se o teor daquelas falas:

Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de pôr limites necessários<sup>16</sup>.

O acolhimento consiste na mudança do processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, restabelecendo no cotidiano o princípio da universalidade, assumindo nos serviços uma postura capaz de acolher, escutar e dar a resposta mais adequada a cada usuário, restabelecendo a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre profissionais e população; reorganizar o processo de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução

do problema do usuário. O fluxo de entrada não mais se processa de forma unidirecional, agendando-se para o médico todos os pacientes que chegam; toda a equipe participa da assistência direta ao usuário e são encaminhados para a consulta médica apenas aqueles que dela necessitam. Dessa forma, toda a equipe participa da resolução do problema, colocando em prática outros “saberes” existentes, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção<sup>17</sup>.

Nas idas posteriores a campo, contudo, observou-se que a “sala de acolhimento” era, na realidade, utilizada para realização de procedimentos de enfermagem.

Tratava-se de um desvio de função, entendido como a explicitação de “falhas” ou “estranhamentos” no cotidiano dos serviços de saúde<sup>13</sup>, isto é, o acolhimento no PA Ouro Verde ainda era encarado como algo à parte, desarticulado do sistema de atendimento, pela dificuldade ou resistência à introdução de uma nova maneira de relacionar-se com o usuário, diante do contraste com o modo de agir antigo e que ainda operava.

Aprofundando-se a investigação desse desvio de função, descobriu-se que a coordenadora do serviço de acolhimento do Pronto-Atendimento Ouro Verde assumia outras tantas funções, de assistência e gerência, dentro desse pronto-atendimento, e que o “acolhimento real” consistia no preenchimento da ficha de identificação dos pacientes, realizado pelos recepcionistas.

O que existiu foi a simples mudança de nome: de recepção/triagem, o preenchimento da ficha de identificação e a seleção dos pacientes para atendimento médico/outro ou a priorização na fila para atendimento passava a se chamar acolhimento. Contudo havia no discurso da coordenação, do serviço de acolhimento e do PAOV, a expressão de comprometimento com a integralidade do cuidado, e a explicitação da intenção de investir no acolhimento como forma de fortalecê-lo naquele serviço

e utilizá-lo como dispositivo para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitassem de cuidados mais regulares e apropriados para outros serviços da rede, em especial o encaminhamento aos centros de saúde, os quais pareciam ser espaços adequados para a atenção à maior parte da clientela que buscava o Ouro Verde, segundo fala dessa mesma coordenação.

A investigação do acolhimento como encontro de intersubjetividades, sujeito-trabalhador de saúde, foi feita a partir do alocamento dos pesquisadores nos diferentes serviços que compunham as linhas do cuidado no PAOV, observando como era dado o trabalho em saúde em ato. Notou-se que o processo de acolhimento como tecnologia leve de produção do cuidado, isto é, como tecnologia que valoriza a relação intercessora entre o operador do cuidado e seu usuário final<sup>13</sup>, era trabalhador-dependente, sendo o agir em saúde, naquela unidade, predominantemente centrado nos procedimentos e no médico.

Esse quadro condizia com a constatação da existência concomitante de trabalhadores envolvidos no projeto de atenção à saúde do município, Projeto Paidéia (que colocava o fortalecimento do sujeito, como ser cuidado, e de sua autonomia, como objetivo do trabalho vivo em saúde, exercido pelo cuidador), e trabalhadores alienados do projeto, ou da sua prática, ainda que conhecedores do seu teor.

Conviviam duas lógicas de atenção que se contrapunham: a do modelo médico-procedimento-centrado e a do cuidado integral usuário-centrado. Mehry<sup>14</sup> chama a atenção para a crise do paradigma que estruturou o modo hegemônico de o médico trabalhar, que aqui se chama de modelo médico-procedimento-centrado, o qual é marcado, dentre outras coisas, pelo distanciamento que ele teve dos interesses dos usuários; pelo isolamento que produziu na sua relação com os outros trabalhadores de saúde; e pelo predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, isto é, em máquinas-ferramentas, a partir de um saber estruturado, reduzido à produção de procedimentos.

O comprometimento com o Projeto Paidéia e com a integralidade do cuidado também era trabalhador-dependente. Havia trabalhadores que enunciavam e defendiam questões como acolhimento, clínica-ampliada e integralidade, mas não deslocavam a centralidade de seu agir para o sujeito. Existia uma discinesia entre a noção de integralidade, traduzida pela enunciação da atenção integral do indivíduo e da responsabilidade do sistema de saúde em garantir o cuidado às necessidades dos usuários, e a prática dos trabalhadores, variável conforme seu compromisso e solidariedade com o projeto no qual estavam inseridos, ou, mais que isso, conforme seu comprometimento com a defesa da vida.

As dificuldades de lidar com a mudança, traduzidas no dilema entre o “velho e o novo”, renegando-se, em alguns momentos, tudo que vinha sendo feito anteriormente; a pressão para promover mudanças em curto espaço de tempo; as dificuldades das equipes em construir sua grupalidade e assumirem sua condição de sujeitos no processo, permanecendo aprisionadas à “roda viva” das tarefas sem conseguir analisar e repensar suas práticas; as divergências internas às equipes quanto à condução do processo; e a construção de novas definições no processo de trabalho são alguns apontamentos de Moura et al.<sup>18</sup> que poderiam explicar essa situação.

### **A integralidade do cuidado a partir do pronto-atendimento**

Durante a investigação observou-se que a visão da rede básica como porta de entrada para o sistema de saúde foi consoante entre gestores e trabalhadores tanto do pronto-atendimento quanto do centro de saúde estudados, corroborando uma maneira de pensar o sistema de saúde como uma pirâmide. O excerto da obra de Cecílio<sup>19</sup> descreve dessa perspectiva:

Por tantos anos, temos utilizado a figura clássica de uma pirâmide para representar o modelo tecno-assistencial que gostaríamos de construir com a implantação plena do



SUS. Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de coberturas. Serviria como 'porta de entrada' para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional. O que a pirâmide queria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (p.450).

Essa maneira de enxergar o sistema foi incorporada ao ideário dos que lutam pela real implementação do conceito-SUS, sobretudo por estar associada à idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde; representar a rede básica como *locus* privilegiado para o teste e construção de um modelo contra-hegemônico de saúde; apontar para a racionalização dos recursos existentes no setor saúde; colocar a proximidade do serviço de saúde da residência do usuário como facilitador tanto do acesso, quanto da constituição de vínculo entre equipe e clientela; colocar-se como orientador seguro para a priorização de investimentos tanto em recursos humanos, como

na construção de novos equipamentos, na medida em que serviria de observatório das necessidades da população<sup>19</sup>.

Na prática, todavia, ela não tem traduzido a realidade. Embora muito atrativa para trabalhadores e gestores, essa perspectiva não parece clara para os usuários dos serviços pesquisados. Isso se mostrou tanto pela análise do perfil dos atendimentos do PAOV - que apontou que 99,65% dos atendimentos realizados evoluíam diretamente para alta, que os picos de volume de atendimentos estavam entre 8h e 11h e 13h e 15h e que a emergência respondia por apenas 12,5% dos atendimentos - quanto pelas falas dos usuários entrevistados neste estudo:

*Eu venho mesmo pra ser atendido é aqui (no Pronto-Atendimento Ouro Verde), porque lá no postinho tem que agendar e demora pra ter consulta. Aí o problema já até acabou ou a gente já morreu, né? Aqui a gente é atendido na mesma hora. Pode até demorar, mas sabe que vai ser atendido... se não quiserem atender a gente, a gente incrementa, né?" (fala de usuário extraída do diário de campo).*

A demanda por atenção em pronto-atendimentos foi reforçada pelo investimento de recursos da atenção primária nesse tipo de equipamento em gestões anteriores<sup>9</sup>. Mudar esse modelo de atenção exigirá muito tempo e esforço para criação de outros vínculos que não os como "rapidez do atendimento" (expressão extraída de fala de usuária quando perguntada por que preferia o pronto-atendimento ao centro de saúde, anotada no diário de campo).

O estabelecimento desses vínculos deve passar pelo processo de um agir comunicativo que deve ocorrer tanto nos processos relacionais trabalhadores-sujeitos quanto dentro das equipes de saúde e entre os serviços, equipes e trabalhadores envolvidos no cuidado, atentando-se especialmente para evitar a diluição de responsabilidades. Todos devem ser responsáveis pelo cuidado e funcionamento do SUS, ainda que haja uma equipe que seja referência, que figure como o rosto do sistema para o usuário.

Para o processo de agir comunicativo entre sujeito e serviços, a organização de equipes de acolhimento efetivamente atuantes em serviços de urgência poderia ser de grande contribuição, pois permitiria o reconhecimento e a orientação dos sujeitos no fortalecimento de sua autonomia em gerenciar seu próprio cuidado. A procura de sujeitos que necessitassem de cuidados de diferentes características a diferentes unidades de saúde da rede do SUS, fortalecidas pela possibilidade de um encontro pedagógico no acolhimento, impulsionaria o sistema para uma transversalidade essencial quando se pensa a integralidade do cuidado no sistema de saúde, e a partir de serviços como, no caso, de um pronto-atendimento.

Na comunicação entre serviços de saúde, verificou-se a existência do sistema de referência e contra-referência como única forma institucionalmente estabelecida de comunicação entre inter-unidades de saúde, reconhecido, ainda assim, por seus gestores e trabalhadores, como mal utilizado. Essa má utilização caracterizava-se por a referência ocorrer com baixa qualidade dos relatórios e da formulação dos pedidos de encaminhamento, e a contra-referência raramente ocorrer por escrito, e, quando existente, consistir em laudos técnicos que nada informavam ao paciente, e, pouco, à equipe de referência.

Notou-se que ocorria pouca aproximação entre os trabalhadores de diferentes unidades, não se caracterizando um trabalho conjunto. Havia, contudo, informalmente, canais de comunicação entre trabalhadores entrevistados e profissionais de outros serviços que não os estudados, facilitando o fluxo dos sujeitos pelo sistema de saúde em situações peculiares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que, apesar de as políticas municipais de saúde e de as diretrizes de gestão das unidades estudadas assinalarem positivamente para a integralidade da atenção à saúde, sua execução

no cotidiano passa por dificuldades que devem ser alvo de reflexão e transformação.

Entendemos que a integralidade do cuidado é de responsabilidade de todo trabalhador, todo gestor, todo serviço, e finalmente de todo o SUS, e que deve ser pensada e repensada em sua noção focalizada, dentro das práticas do cotidiano, e em sua noção ampliada, dentro da transversalidade da rede de serviços, como tensão estruturante na produção e gestão do ato de cuidar, alma do agir em saúde.

## A G R A D E C I M E N T O S

Agradecemos aos trabalhadores, gestores e usuários do Pronto-Atendimento Ouro Verde e do Centro de Saúde Santa Lúcia pela atenção e abertura.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Da Ordem Social. Brasília; 1988. Capítulo II: da seguridade social; Seção II: Da Saúde.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
3. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001.
4. Pinheiro R, Mattos R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003.
5. Pinheiro R, Mattos R. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.
6. Mehry EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
7. Cecílio LCO, Merhy EE. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003.
8. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 1985.
9. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
10. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Tabnet [acesso em 7 jul. 2005]. Disponível em: <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br>



11. Habermas J. Dialética e hermenêutica. Porto Alegre: LPM; 1987.
12. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
13. Mehry EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Mehry EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
14. Mehry EE. Em busca do tempo perdido: A micro-política do trabalho vivo em saúde. In: Mehry EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
15. Mehry EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
16. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de acolhimento. Campinas, 2001. [acesso em 7 ago. 2005]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocoloacolhimento.htm>
17. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: Campos CR, et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã; 1998.
18. Moura AH, Vasconcelos CM, Pasche DF, Barros RDB, Compod RO, L'Abbate S. Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Mário Gatti de Campinas. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p.167-85.
19. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública. 1997; 13(3):469-78.

Recebido em: 13/10/2005

Versão final reapresentada em: 1/8/2006

Aprovado em: 25/8/2006

