



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM

Meiriele Tavares Araújo

“Eis que o discurso me precede, mas está também ao meu redor! Estou imersa nele e ele está aqui esperando para ser conhecido, convertido e esvaziado. Mas de onde vem e para onde vai esse discurso?”



Secrets-Flaws by Jayne Willoughby

PRÁTICAS COTIDIANAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

BELO HORIZONTE-MG

2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM

Meiriele Tavares Araújo

PRÁTICAS COTIDIANAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do título de Doutor pelo curso de Doutorado em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Profa. Doutora Marília Alves

Co-orientadora: Profa. Doutora Brenda Cameron

BELO HORIZONTE-MG

2013

Araujo, Meiriele Tavares.
A663p Práticas cotidianas do serviço de atendimento móvel de urgência
[manuscrito]. / Meiriele Tavares Araujo. - - Belo Horizonte: 2013.
110f.: il.
Orientadora: Marília Alves.
Co-Orientadora: Brenda Lee Cameron.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Serviços Médicos de Emergência. 2. Conhecimentos, Atitudes e
Prática em Saúde. 3. Pesquisa Qualitativa. 4. Dissertações Acadêmicas. I.
Alves, Marília. II. Cameron, Brenda Lee. III. Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WX 215

Tese de Doutorado intitulada “Práticas Cotidianas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência” de autoria de Meiriele Tavares Araujo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof.Dr.Marília Alves - Presidente da Banca - Orientadora

Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri – CAD/FACE/UFGM

Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna – EEUFGM

Profa.Dra. Maria Alice D.da Silva Lima – UFRGS

Profa.Dra. Marlene Catarina – Faculdade Novos Horizontes

Belo Horizonte, 15 de maio de 2013

*D*edico este estudo *minha vizinha querida Lucinda e tia Maria do Carmo (in memoriam), a minha família e a todos os funcionários do SAMU de Belo Horizonte, a começar pelos motoristas....*

É do conhecimento de todos que um trabalho como este, ou um Doutorado, não se faz sozinho. Embora os erros, as omissões e as possíveis confusões sejam de minha responsabilidade que sou a autora desta tese. Grande parte do que aqui se encontra faz parte de minhas reflexões e questionamentos acerca do que já estudei sobre o SAMU, o pós-estruturalismo e as práticas. Há tantas pessoas que colaboraram na elaboração deste trabalho de tal forma que preciso creditar um espaço para agradecer a cada um. De alguma forma, tenho de organizar esses agradecimentos; assim, uns virão à frente de outros; no entanto, agradeço a todos com o mesmo sentimento e com o mesmo tamanho de amor fraterno. Considero escrever esses agradecimentos como algo tão desafiador quanto a escrita deste trabalho, pois esforço-me para não esquecer de mencionar alguém em apenas uma página assim....

Agradeço....

a Deus; a Nossa Senhora que passou na frente, abriu as portas e portões; a toda minha família, minha mãe e meus irmãos que entendem minha ausência por todos esses longos anos bem como tios, tias, primos, primas, afilhados, cumades e cumpadres, a Joana que cuidou muitas vezes de mim, mesmo à distância;

à orientadora e amiga Marília, ou como diria a Tiana Maerilia, que proporcionou oportunidades para que tudo isso acontecesse e a outros muitos professores que por minha vida passaram e deixaram um pouco de si em mim. Às amigas e companheiras Isabela e Edna que ouviram todo o muro de lamentações, no Brasil e no Canadá. Às amigas e aos amigos Angela, Emilia, Larissa, Evandro, Igor, Mirele, Emilene dentre muitos outros que tornariam esse agradecimento muito extenso, pelo apoio e companheirismo em todos os momentos;

aos profissionais do CTI do Hospital Municipal de Betim-MG que, de uma forma ou de outra, sempre me ajudaram nas trocas de plantões, na licença sem vencimento e no estresse do dia a dia e à Faculdade de Pará de Minas (FAPAM) pelos incentivos para continuar a jornada;

aos amigos feitos na Universidade de Alberta, em Edmonton-Canada e às professoras Christine Ceci e Brenda Cameron;

aos companheiros e amigos de viagem na pós-graduação Livia, Helen, Daniela, Thays, Gelmar, Bia, Angelica, Bruna, Jéssica e Angelina que contribuíram e muito para minha persistência nessa jornada, nem longa nem curta, nem fácil nem difícil, mas muitas vezes impensavelmente impossível.

Neste momento, a única palavra que tenho a dizer a todos que conviveram comigo nessa jornada é obrigada.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - Organograma do SAMU-BH.....	35
FIGURA 02 - Distribuição ilustrativa das ambulâncias do SAMU no município de Belo Horizonte.....	36
FIGURA 03 - Fluxo da central de regulação das ambulâncias do SAMU BH.....	37

RESUMO

ARAÚJO, M.T. **Práticas Cotidianas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. 2013. 106f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2013.

O SAMU é um dos componentes da atenção pré-hospitalar, o qual tem seu surgimento e crescimento, no Brasil, associado à necessidade de minimização de óbitos e sequelas em consequência de atendimentos inadequados às situações de urgência no ambiente extra-hospitalar. Esse serviço possui particularidades e minudências em seu contexto de trabalho interno e externo, ou seja, no próprio serviço em si bem como em suas relações com os demais serviços da rede de saúde, considerados aqui como serviços tradicionais. Nesse sentido, esta pesquisa qualitativa, com base no referencial teórico pós-estruturalista buscou **analisar os discursos hegemônicos incorporados nas práticas cotidianas dos profissionais do SAMU de Belo Horizonte, de forma a configurar as relações de visibilidade e reconhecimento**. Como recurso metodológico e analítico, empregamos a análise crítica do discurso presente nas entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais das diferentes categorias constantes no serviço, buscando traçar como os discursos presentes no dia a dia desse serviço acontecem. Foi possível encontrar nas Práticas Cotidianas a presença de discursos hegemônicos que legitimam as relações de dominância no serviço, bem como o papel preponderante dos atores humanos e não humanos na perpetuação dessas relações de dominância, contribuindo para a manutenção dos discursos de verdade, o controle e vigilância dos profissionais e suas atuações. Outros pontos de destaque foram as ambivalências entre os discursos de visibilidade e do reconhecimento, uma vez que nem sempre ser visível é ser reconhecido socialmente. Essa visibilidade possui intercambialidades com a realização da classificação dos sujeitos e a manutenção dessa nesse contexto do serviço cotidiano o que gera pré concepções sobre os sujeitos. Ainda com relação à visibilidade é possível inferir que existe uma simetria na visibilidade e reconhecimento de alguns profissionais e a invisibilidade para outros no SAMU. Este estudo, ao mesmo tempo em que cumpriu parcialmente com o objetivo proposto, serviu como um ponto de chegada em um formato diferente de análise desse serviço e aponta para vários pontos de saída dentro de uma gama de possibilidades de desenvolvimentos de outras pesquisas sobre o SAMU, as práticas e o cotidiano de trabalho, numa vertente mais reflexiva e crítica, buscando superar apenas as descrições.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Serviços Médicos de Emergência; ambulância; pós-estruturalismo

ABSTRACT

ARAÚJO, M.T. **The Everyday Practices in Emergency Mobile Service**. 2013. 106f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013.

SAMU is a component of pre-hospital care that it is rising and growing in Brazil. It happens because it is necessary to minimize deaths and sequelae as a result of inadequate emergency care in extra-hospital environment. This service has particularities and minutiae in internal and external work. These actual services as well as their relations with other health services in the health network are considered as not traditional services. This qualitative research based on the theoretical framework post-structuralism seeks to analyze the hegemonic discourses embodied in the daily practices of SAMU professionals' in Belo Horizonte, Minas Gerais states, Brazil, in order to configure the relations of visibility and recognition. As methodological and analytical resource was employed a critical discourse analysis in semi-structured interviews with professionals from different categories in the service, in order to describe how the discourses present in everyday life happen. Be found in Everyday Practice the presence of hegemonic discourses that legitimize the dominance relationships in service as well as the key role of human and non-human actors in perpetuating these dominance relationships, contributing to the maintenance of truth discourses, control and supervision of professionals and their performances. Other points highlighted were the ambivalence between the discourses of visibility and recognition, since not always be visible is to be socially recognized. This visibility has exchanges with the classification of subjects and maintain this in the context of the daily service. The classification behavior can generate pre conceptions about this subject classified. Also regarding visibility is possible to infer that there is symmetry in the visibility and recognition of some professionals and invisibility to others in the SAMU. This study, while it partially fulfilled with the proposed objective, served as a point of arrival in a format different from that service analysis and points to several exit points within a range of possibilities for developments on the other researches about SAMU, practice and daily work, in a more reflective and critical, just trying to overcome the descriptions.

Key-words: Health Knowledge, Attitudes, Practice; Emergency Medical Services; ambulance; post-structuralism

SUMÁRIO

1	O PRELÚDIO	11
2	PÓS-ESTRUTURALISMO E AS PRÁTICAS COTIDIANAS	
	2.1 Pós-estruturalismo.....	23
	2.2 O Cotidiano, as Práticas e as Práticas Cotidianas	28
3	O MAPA E O PERCURSO	
	3.1 A análise dos discursos.....	34
	3.4.1 O discurso e as práticas discursivas.....	36
	3.2 O espaço.....	40
	3.3 Os sujeitos discursivos.....	43
	3.4 O percurso da coleta de dados.....	44
	3.5 O Mapa ético da pesquisa.....	46
	3.6 A análise.....	49
4	AS PRÁTICAS COTIDIANAS DO SAMU	
	Balaustres que iluminaram o caminho.....	52
	4.1. Relações de Dominância no cotidiano de trabalho do SAMU.....	53
	4.1.2 A contribuição dos atores não-humanos para a manutenção do discurso hegemônico e o controle no Cotidiano do SAMU	71
	4.2 A ambivalência entre a Visibilidade e o Reconhecimento.....	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	
	Um ponto de chegada e novos pontos de partida.....	83
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

Opreludio...

*“No campo que se abre entre a página,
o olho e o espírito, descobrimos que ler é
pensar a partir das palavras de um outro”*

(Mezan, 1987:343)

O presente estudo é produto do segundo projeto de grande porte sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), intitulado “Gestão de Pessoas e Práticas de Atenção a Saúde na perspectiva da enfermagem do SAMU, desenvolvido por pesquisadores do Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem (NUPAE), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenado pela prof^a Dr^a Marília Alves. No primeiro projeto, iniciado em 2006, buscou-se conhecer a representação social de usuários e profissionais dos diferentes níveis de atenção à Saúde sobre o SAMU, no qual foi possível desvelar alguns aspectos importantes, principalmente relacionais, desse novo serviço que se estabelecia em Belo Horizonte-MG (BH) e no Brasil. Minha dissertação de Mestrado, produto do primeiro projeto, intitulada “Representação Social dos Profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Belo Horizonte-MG acerca do SAMU”, teve por objetivo conhecer a Representação Social dos Profissionais da UPA por meio da Teoria das Representações Sociais e da Teoria do Núcleo Central.

No mestrado, então, foi percebida a presença do SAMU na rede de Atenção à saúde em BH como uma fonte de tensão, ou melhor um exacerbador da tensão entre os diferentes serviços da rede por problemas já existentes, mas que se tornaram menos tolerados pelos profissionais dos serviços pela dicotomia entre o esforço versus reconhecimento social desses com relação ao SAMU. Nesse sentido, esse serviço desenvolveu um trabalho de promoção de melhoria do acesso, que lhe rendeu “fama” e reconhecimento por uma parte da população usuária. Entretanto, essa mesma “melhoria”, gerou conflitos – declarados ou não - com os profissionais dos demais serviços (ROCHA, 2009), sendo mais evidenciados nas UPAs, sua referência ou retaguarda direta, que se consideram trabalhando sobrecarregados por atendimentos da “demanda espontânea desgarrada das Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes desfalcadas, processo de trabalho desarticulado, sucateamento da estrutura física, poucos recursos diagnósticos e dificuldades de referência e contra-referência” (ROCHA, 2005. p34).

O segundo projeto financiado pelo CNPq, iniciado em 2010, citado acima, buscou analisar a relação dos profissionais com o trabalho no SAMU, focalizando a identificação com a organização, o significado do trabalho para os profissionais e os modos de gestão como forma de assegurar a eficiência e a eficácia nos atendimentos. Um dos produtos desse projeto é esta Tese de doutorado que objetiva *analisar os discursos hegemônicos incorporados nas práticas cotidianas dos profissionais do SAMU de Belo Horizonte, de forma a configurar as relações de visibilidade e reconhecimento.*

O SAMU¹ é um componente móvel da atenção pré-hospitalar, o qual tem seu surgimento e crescimento, no Brasil, associados à necessidade de minimização de óbitos e sequelas secundários ao atendimento inadequado às situações de urgência no ambiente extra-hospitalar (BELO HORIZONTE, 2004). Dispõe de uma estrutura fixa, na qual está centrada a organização do serviço e uma estrutura móvel, as ambulâncias, que atende a todas as demandas em todo o município e regula não só o serviço do município mas também o da área metropolitana. O SAMU, como proposta de atendimento pré-hospitalar de modelo brasileiro, possui unidades móveis de atendimento, com profissionais de várias categorias, que atendem solicitações de diferentes complexidades, em amplo território geográfico e cujo planejamento do trabalho cotidiano inclui rotinas diferentes das estabelecidas em serviços com estruturas fixas, demanda de casos esperados, uma população adscrita definida e protocolo institucionalizado a ser seguido.

Esse serviço fragmentado em sua própria estrutura física é constituído de vários lócus de trabalho como a Unidade de Suporte Básico (USB), a Unidade de Suporte Avançado (USA), a Central de Regulação Médica (CRM), a base para suporte das ambulâncias e a própria sede administrativa. Por possuir tantos lócus de trabalho e vários profissionais, bem como os profissionais de saúde, acredita-se que estes apresentam em seu cotidiano, diversas práticas discursivas que se emaranham com os discursos dominantes da organização do serviço, do mercado, bem como das políticas de saúde.

Para se compreender esse serviço em seus prismas móvel e fixo – local e descentralizado – flexível e rígido - torna-se necessária uma breve apresentação do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual ele está inserido. O SUS, criado em 1990, vem passando por significativas mudanças que acompanham as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. A crise contemporânea desse sistema de saúde vigente caracteriza-se pela necessidade de organização das redes de atenção à saúde que superem os atuais sistemas fragmentados voltados para a atuação nas condições agudas. São recorrentes as discussões no cenário saúde sobre a prevalência de condições crônicas e crônicas agudizadas e a existência da estrutura hierarquizada que não permitem

¹ Trataremos como substantivo/nome próprio algumas instituições como o SAMU, UPA, SUS, entretanto, isso se deve ao fato de facilitar a redação e não como reificações das mesmas. De acordo com Berger e Luckmann (2004) por mais autônoma e coercitiva que possa parecer, a realidade social é sempre o produto da prática social e, portanto, da atividade humana. E nesse contexto a reificação acontece quando essa dialética entre os homens (produtores), e os significados (produtos), se apagam da consciência e ocorre a apreensão do mundo social ou coisa que foge à ação humana, ou seja, como fato da natureza, resultado de leis cósmicas ou como manifestação da vontade divina. O objetivo não é reificar essas instituições apenas tornar a leitura mais fluida, uma vez que essas instituições não existem em si próprias mas sim pelo conjunto de sujeitos que as formam.

uma comunicação fluida entre os diferentes níveis de complexidade da atenção, muito menos a continuidade do cuidado, ou seja, o cuidado integral do sujeito, preconizado pela legislação.

Nesse sentido, têm ocorrido mudanças significativas com o intuito de atender às demandas de saúde da população, tendo em vista que as transições demográfica e epidemiológica além das relacionadas aos estilos de vida têm ocasionado o aumento da necessidade de atendimento de situações agudas consideradas, *a priori*, de responsabilidade da área de urgência e emergência. Assim, o aumento da morbimortalidade relacionado a causas externas, doenças crônicas descompensadas, doenças infectocontagiosas emergentes, envelhecimento da população e aumento do acesso aos serviços de saúde por problemas sociais têm pressionado a rede de urgência e emergência a aumentar sua capacidade instalada de assistência.

Essa pressão, entretanto, tem gerado aumento quantitativo dos serviços, muitas vezes, em detrimento de sua qualidade, com atendimentos pontuais, uma vez que a rede de atenção à saúde não se encontra organizada para receber esses usuários de forma a garantir a continuidade do cuidado. São recorrentes as denúncias sobre falta de leitos de internação em seus diferentes estratos de cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e o mais severo dos “gargalos”, os leitos de Terapia Intensiva. Atualmente, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem na rede SUS apenas 10775 postos de saúde, 464 prontos socorros gerais, 140 prontos socorros especializados, 596 prontos atendimentos e 25523 Unidades Móveis de Nível Pré-hospitalar na área de Urgência (CNES,2012).

As primeiras movimentações, após várias tentativas no sentido de organizar a rede de serviços de urgência e emergência, foram legitimadas pelo Ministério da Saúde, ainda em 2002 e 2003, por meio do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS 2.048 de 2002) e da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) por meio da Portaria nº 1.863 GM/MS de 2003, respectivamente (BRASIL, 2002; Brasil, 2003). A Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do SUS. Essa política estruturou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER,2011). E, ainda, essas Portarias determinaram a organização de redes locais e regionais de atenção integral às urgências, como peças interligadas da trama de manutenção da vida, organizadas nos

componentes: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar (BRASIL, 2006)².

Compreende-se, então, que o SAMU tornou-se prioridade na agenda federal a partir de 2003 com a elaboração das normas federais para sua implantação. Entretanto, a construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: 1998-2002 - primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008 - formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do SAMU e, a partir do final de 2008, continuidade da expansão do SAMU e interiorização do mesmo, e a implantação de mais Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

De acordo com a legislação citada anteriormente, a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas – Hospitalar e Atenção Domiciliar, sendo que cada um desses componentes da rede possui objetivos prescritos para atuação (BRASIL, 2011b).

O componente Pré-hospitalar móvel foi regulamentado, *a priori*, pela Portaria nº 1.864/GM de 2003 que definiu sua estruturação, por meio da implantação do SAMU e dos Serviços associados de salvamento e resgate, em território nacional com as Centrais de Regulação Médica acessadas pelo número 192, e os Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2006). A defesa da implantação do SAMU como primeira etapa da PNAU fundamentou-se no argumento de que as centrais de regulação seriam importantes para a organização dos fluxos da Atenção Integral às urgências, pois poderiam exercer o papel de observatórios das redes de assistência no sistema de saúde. As informações provenientes de seu funcionamento seriam relevantes para subsidiar o planejamento de ações, visando ampliar e qualificar o acesso ao atendimento de urgência no País. Nesse sentido, o SAMU, devido a suas atribuições, constituiria uma das portas de entrada do sistema, ao receber demandas da

² Recentemente, essas portarias foram retificadas e reafirmadas em seus ditames de gestão de serviços por meio da Portaria GM/MS Nº 2.395/2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede e Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente focalizando a humanização do atendimento, definição de leitos de retaguarda para as referências e as formas de contra-referências a serem realizadas (BRASIL, 2011a); e a Nº 1.600/2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a portaria GM/MS nº1600/2011, a rede de Atenção às Urgências fica organizada, no âmbito do SUS, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011b).

população e um observatório de saúde por evidenciar as deficiências da rede (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O SAMU tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, garantindo atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011b). Funcionando ininterruptamente, com profissionais de saúde e outros trabalhadores, atende às urgências, também se responsabilizam pela central de regulação e Transporte Sanitário inter e intra-hospitalar (BRASIL, 2006) e, em Belo Horizonte, ainda pelo transporte dos pacientes em hemodiálise, com mobilidade reduzida ou necessidades socioeconômicas.

O surgimento e o crescimento do atendimento feito pelo SAMU, além de minimizar óbitos e sequelas secundários ao atendimento de saúde inadequado, ou até mesmo ao não atendimento no ambiente extra-hospitalar em sua prática cotidiana de trabalho, fizeram surgir demandas originárias de usuários provenientes de contextos sociais fragilizados, tais como moradores de rua, etilismo, conflitos familiares, aumento de idosos em condições precárias. Além disso, ainda há que se destacar a presença de trotes ou ligações com solicitações indevidas ao serviço pelo desconhecimento de sua função.

A adoção de diversas estratégias de organização e reestruturação da assistência às urgências e emergências no nível da atenção secundária e hospitalar (MAGALHÃES JÚNIOR, 2007), tem sido observada em desproporcionalidade com o fortalecimento da atenção primária à saúde compreendida como principal porta de entrada no sistema. Entretanto, consolidar uma Política Pública de atenção às condições crônicas agudizadas e agudas, em um país de dimensões continentais como o Brasil, é um desafio para os gestores e para os profissionais. Considera-se que o SAMU é um projeto arrojado e que exige múltiplas competências dos gestores, em seus vários níveis, e dos trabalhadores da saúde, pois o atendimento às urgências não termina pontualmente naquele procedimento com ações independentes e autolimitadas, mas deve ser ancorado e ter um prosseguimento para determinação de uma horizontalidade do cuidado e uma criação de vínculo para que seja efetivo (ARAUJO, 2010; SILVA, 2011).

Em Belo Horizonte, a organização do SAMU aconteceu de modo distinto de outros municípios, visto que já existia um Serviço de Atendimento às Emergências denominado Resgate, de responsabilidade do Corpo de Bombeiros (ALVES; SILVA; NEIVA, 2009). O SAMU foi organizado, conforme orientação nacional, com equipe profissional treinada,

central de regulação e unidades básicas e avançadas de assistência, entretanto, com alguns rearranjos, pois já existia uma estrutura instalada. Atualmente, na sede do SAMU Belo Horizonte, a Central de Regulação Médica dos casos é única para Belo Horizonte e região metropolitana, embora as ambulâncias fiquem alocadas em seus municípios de origem como Betim, Contagem, Nova Lima dentre outras. Tal modelo assemelha-se à proposta do SAMU regional, principalmente no interior de Minas Gerais, onde existem cidades - polo e cidades - sede que são responsáveis pela regulação dos casos. Esse modelo de organização torna ainda mais urgente à necessidade de se discutir a supervisão e a orientação à distância e a telemedicina, uma vez que as Centrais de Regulação Médicas se encontram cada vez mais fisicamente distantes das áreas de assistência imediata do serviço, sendo as informações repassadas por meios de comunicação e as ações guiadas por protocolos e procedimentos padronizados.

A proposta de descentralização recebeu o nome de ‘SAMU Regional’ que constitui um sistema de cooperação por meio de consórcio entre os municípios atendidos tanto para o custeio quanto para a gestão do serviço, sendo um elemento ordenador, juntamente com a central de regulação de toda a logística de atendimento regionalizado, estando alicerçado em dois grandes pilares: um administrativo que se concentra na responsabilidade de gerenciar tecnicamente o processo e desenvolver as bases para a construção de uma rede de urgência e um campo operacional apoiado na equipe multiprofissional de saúde, na estrutura física, de materiais e equipamentos (SILVA, 2009).

De acordo com o arcabouço legal e teórico, o SAMU deve responder às demandas de urgências onde o usuário precisar, com recursos necessários e adequados para a complexidade de sua condição. Entretanto, a mídia, a população e os outros profissionais de saúde relatam, em vários estudos, existir uma grande lacuna entre o trabalho prescrito e o real, principalmente quando se pensa na rede de serviços de saúde. Para O’Dwyer e Mattos (2012), o SAMU estaria organizado em uma estrutura representada por recursos indicados por Portarias, como a composição da equipe e quantitativo de ambulâncias, sugeridos em função do número de habitantes, o que, neste estudo, poderia ser interpretado como o trabalho prescrito.

A rede de serviços de saúde possui o SAMU como um espaço (lugar praticado)³ de discussão e iminência dos conflitos bem como decisões, validado por determinantes

³ Para Josgrilberg (2005), utilizar o espaço enquanto um lugar praticado, a partir das ideias de Certeau, tem por objetivo enfatizar a ausência de um lugar próprio para as táticas e os movimentos cotidianos operarem, uma vez que os movimentos táticos somente se articulam a partir de um lugar organizado. Assim, o espaço é marco por

econômicos, políticos e simbólicos que influenciam o estabelecimento de relações de poder entre os diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde e entre os profissionais (ALVES, SILVA e NEIVA, 2009). Nesse sentido, o SAMU, permeia todos os níveis de complexidade assistenciais servindo para uns como aliviador da unidade e para outros como carreador e responsável pelo aumento da demanda, o que dificulta o processo de comunicação e uma relação mais fluida e bem demarcada com cada um desses níveis na rede de serviços de saúde (ARAUJO,2010).

O SAMU, como serviço integrante da rede, não tem como predeterminar um tipo de atendimento às condições agudas uma vez que não há uma população adscrita, o que impossibilita a gestão baseada em demandas conhecidas, como acontece na Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, para o atendimento do SAMU, é mandatório que existam serviços de saúde com um funcionamento adequado para servir de referência e contrarreferência dos usuários atendidos, tendo em vista a assistência integral. Segundo O'Dwyer e Mattos (2012), o SAMU seria uma nova oportunidade de expressão do descompasso entre as necessidades de saúde e a disponibilidade de ações de saúde sendo então classificado como um observatório do Sistema de Saúde, de seu desempenho e de suas falhas.

Esse serviço, foi criado a partir de um hibridismo dos modelos de Atenção Pré Hospitalar (APH) norte - americano e francês, com um arcabouço legal que estabelece normas gerais para sua implantação em todo o país, desconsiderando as diferenças contextuais existentes entre o Brasil, os Estados Unidos e a França. Para Machado, Salvador e O'Dwyer (2011), o modelo francês admite um início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, mas tem sido criticado na atenção ao trauma pela demora no transporte para o local definitivo de atendimento, enquanto o modelo americano, que tem influência internacional, propõe a remoção rápida do paciente do local de atendimento sendo a intervenção feita por técnicos em emergências médicas (Emergency Medical Technician) e por paramédicos. Entretanto, o modelo brasileiro cria táticas de subversão dos dois modelos sendo que ao mesmo tempo buscou superar esses modelos e adequá-los à realidade de um país com extensão continental e diversidade sociodemográfica importante.

Nesse sentido, esse serviço não possui uma forma de gestão peculiar que mantenha sua estrutura flexível e compatível com a dinâmica dos atendimentos realizados e sua inserção de trabalho coletivo e cooperativo com os diferentes níveis de atenção. Assim, os profissionais tentam modificar os modelos esperados de atendimento, baseado em protocolos

“cruzamentos de movimentos” e é o efeito produzido por uma série de operações organizada por estratégias, ações das dominâncias.

do PHTLS (Pré Hospital Trauma Life Suport), ACLS (Advance Cardiology Life Suport) entre outros, porque possuem clareza quanto à necessidade de agilidade na movimentação das ambulâncias para atender às solicitações, na autonomia para definir situações de urgência e encaminhar usuários para outros serviços de acordo com o caso sem a possibilidade de recusa dos serviços de referência, entre outros aspectos que definem a dinâmica de trabalho desse serviço.

Nesse contexto, torna-se essencial destacar que o SAMU foi incorporado a uma rede de serviços de saúde já estruturada tradicionalmente que interfere na forma como as relações se estabelecem, principalmente as relações de poder entre os profissionais e as práticas sociais e discursivas dos diversos serviços. Outro ponto a se acrescentar é que muitos profissionais do SAMU são também de outros serviços e possuem práticas e processos de trabalho diferentes, mas que muitas vezes, são reproduzidas no SAMU, apesar das particularidades e minudências desse serviço. Essas são, geralmente, essenciais para garantir um atendimento cadenciado e de qualidade aos usuários; entretanto, podem ser ignoradas por serem diferentes das ações por eles desempenhadas em outras unidades de trabalho. Entre as particularidades pode-se citar a relação face a face do profissional com o paciente, a família e até mesmo a comunidade em um momento de instabilidade e insegurança sem a presença das paredes da unidade de saúde e seu aparato organizacional que deem segurança aos profissionais. Para Srour (1994, p.33) “existem arquiteturas teóricas diferenciadas, sistemas ou matizes cujos travejamentos são essencialmente contraditórios”, o que torna necessário ser clarificado para verificação das compatibilidades e das congruências conceituais das práticas adotados com as características do serviço.

Assim, o SAMU, com sua origem na modelagem híbrida e sua dualidade em móvel e fixo, demanda uma forma de entendimento e discussão diferenciada dos demais serviços da rede. Destaca-se, ainda, que esse serviço constitui um cenário privilegiado de vivências, as quais refletem a singularidade e os conflitos inerentes ao trabalho de uma equipe heterogênea de profissionais que trabalham de forma articulada com outros, alocados em diferentes níveis assistenciais, compartilhando o objetivo comum da atenção qualificada ao usuário. Por se tratar de uma estrutura recente no contexto da assistência à saúde no Brasil, necessita ser compreendida em suas várias dimensões. Discussões relacionadas à forma como as relações se configuram no SAMU são relevantes à medida que podem se configurar como instrumentos importantes para uma análise do funcionamento e organização do serviço ao darem visibilidade às relações que constituem suas práticas cotidianas bem como às demais ações de saúde na rede.

É necessário uma maior abordagem também as práticas de gestão do SAMU visando fornecer instrumentos aos gestores para maiores adequações organizacionais necessárias ao bom funcionamento do SAMU, possibilitando otimizar recursos físicos, financeiros e humanos bem como auxiliar na melhoria do serviço prestado à população. Tal abordagem pode contribuir para destacar a escassez de estudos empíricos sobre essa temática na literatura brasileira, na área de Urgência e Emergência, em contraposição à disponibilidade de pesquisas clínicas e de procedimentos.

As práticas cotidianas são entendidas neste estudo como um conjunto de procedimentos organizados e que se organizam socialmente num determinado espaço e num determinado tempo (CERTEAU,2012). Encontra-se misturado por uma bricolagem de práticas, muitas delas divergentes do objetivo dominante, ou seja, táticas daqueles destituídos de poder. As táticas como práticas discursivas e polifônicas operam continuamente na construção e reconstrução de significados dentro desse serviço. Esses significados compõem e projetam certas identidades (posições dos sujeitos) àqueles que se encontram no interior do serviço e àqueles que se encontram fora além de fazerem parte das dimensões que estão em constante interação nesse cotidiano.

Pressupõe-se que um estudo do cotidiano não tem como importante apenas aquilo que fixa as regularidades da vida social, proveniente da ideia Kartesiana do cotidiano de normalização e rotinização, mas também com aquilo que a perturba (PAIS, 2007), pois essa perturbação advém de movimentos regulares próprios da rotinização que possui duplo sentido para descobertas e para o entendimento da prática cotidiana contemporânea, primeiro por possibilitar o entendimento de certas ações que não se circunscrevem à normatividade predominante nos contextos dos serviços de saúde; e ,segundo, por permitir a compreensão de uma dimensão profundamente conflitante desse e os diferentes mecanismos que subsidiam as práticas que o alteram. E é nesse cotidiano que certas práticas sociais, como a discursiva, promovem rupturas na vida cotidiana, entendida como normatizada e rotineira, tornando-a instável e rompendo certas regularidades sociais, reais ou esperadas.

Essas práticas discursivas foram estudadas, nesta tese, por meio da Análise de Discurso de vertente anglossaxônica, pois infere-se que a multiplicidade e a diversidade de de um serviço possa ser analisada, destacada e entendida por meio dos discursos que permeiam esse serviço. Para Carrieri, Pimentel e Cabral (2005) é por meio dos discursos que as crenças de mundo, as significações e as representações dos atores organizacionais são criadas sobre a organização bem como organizam seus princípios, sistematizam seus comportamentos, corroboram seus papéis e vínculos com a organização.

Também as relações, de poder ou de dominância, estabelecidas nesse cotidiano são importantes para a compreensão dessas práticas, destacando-se que, nas relações entre os profissionais, o poder não tem uma essência, mas sim um atributo, no qual são qualificados como dominantes os que o possuem em determinado momento e como dominados aqueles sobre os quais ele é exercido; pode-se entendê-lo como operatório, onde é o conjunto das relações de força que define as relações de poder (DELEUZE, 2005).

O referencial teórico-filosófico pós-estruturalista colocou-se como uma possibilidade para a compreensão dessas práticas cotidianas do SAMU partindo do pressuposto de que o serviço possui uma parte objetiva constituída por seus recursos humanos, suas estruturas físicas e legais, e uma parte subjetiva que são os discursos socialmente construídos de seus trabalhadores que criam e influenciam as práticas do SAMU em sua complexidade. A Análise de Discurso baseada em Norman Fairclough, conhecida como Análise de Discurso Crítica, foi escolhida por ser capaz de propiciar uma análise de dados mais adequadamente interligada com a noção de discurso e linguagem do pós-estruturalismo. A prática discursiva é aqui compreendida como uma prática social cotidiana cujos fatores podem ser ressonantes para a mudança social e possuem uma concordância tanto epistemológica quanto ontológica com o contexto desta pesquisa.

A opção pelo referencial pós-estruturalista está associada ao fato de esse referencial permitir o questionamento da própria realidade, como é constituída, quem são os indivíduos que a constituem, como esses indivíduos têm suas subjetividades construídas e que relações sociais são estabelecidas no cenário em questão. Na perspectiva pós-estruturalista, considera-se que as realidades e verdades de cada momento são construções sociais produzidas a partir da tensão entre discursos dominantes e emergentes que buscam a manutenção ou a modificação das práticas sociais estabelecidas (CARVALHO; GASTALDO, 2008; VAHABI; GASTALDO, 2003; SILVA, 2011).

Por fim, este estudo de referencial pós-estruturalista, ancorou-se principalmente nas contribuições de Michel Foucault e em Michel de Certeau, além de diversos outros autores que contribuem para o enriquecimento dessa discussão para alcançar o objetivo de *analisar os discursos hegemônicos incorporados nas práticas cotidianas dos profissionais do SAMU de Belo Horizonte, de forma a configurar as relações de visibilidade e reconhecimento.*

(...) inquietação diante do que é o discurso em uma realidade material de coisa pronunciada ou escrita; inquietação diante dessa existência transitória destinada a se apagar sem duração que não segundo uma duração cotidiana e nos pertence; inquietação de sentir sob essa atividade, todavia cotidiana e cinzenta, poderes e perigos que mal se imagina; inquietação de supor lutas, vitórias, ferimentos, dominações, servidões, através de tantas palavras cujo uso há tanto tempo reduziu as asperidades. (Foucault, 1970, p.8)



Fonte: Acervo pessoal da Autora

Pos-estruturalismo e as Práticas Cotidianas

2.1 Pós-estruturalismo

A utilização do referencial pós-estruturalista compreende, primariamente, questionar o que é a realidade, quem são os indivíduos e como se relacionam socialmente. Essa perspectiva teórica concebe a realidade e as verdades como situadas em cada tempo como construções sociais produzidas na tensão entre os discursos dominantes e os discursos emergentes, que procuram manter ou modificar certos entendimentos e práticas sociais estabelecidas (CARVALHO;GASTALDO,2008).

O pós-estruturalismo é muitas vezes confundido com o pós-modernismo, o que é um equívoco pois o pós-estruturalismo não trata de uma época histórica, mas sim de uma sistematização teórica sobre regras de linguagem e significação, enquanto o pós-modernismo é um movimento estético e artístico e abrange um campo bem mais amplo. O pós-estruturalismo, embora não trate de uma época histórica, representa uma continuação no tempo, e também uma transformação e transição do paradigma do estruturalismo. A primeira geração de pensadores do pós-estruturalismo pode ser representada por Michel Foucault e Derrida e, na segunda geração, encontramos Gilles Deleuze, Félix Guatarri, Kristeva e Jacques Lacan.

Tem razão Peters (2000) ao dizer que devemos decodificar o pós-estruturalismo, como uma resposta designadamente filosófica ao status pretensamente científico do estruturalismo com pretensão a se transformar em uma espécie de metaparadigma para as ciências sociais. O pós-estruturalismo deve ser visto como um movimento que, sob a inspiração de Friedrich Nietzsche, Martin Heidegger e outros, buscou descentrar as “estruturas”, a sistematicidade e a pretensão científica do estruturalismo, criticando a metafísica que lhe estava subjacente e estendendo-o em uma série de diferentes direções, preservando, ao mesmo tempo, os elementos centrais da crítica que o estruturalismo fazia ao sujeito humanista”. (PETERS, 2000, p10). O sujeito humanista é aquele entendido como estável, enraizado, auto-centrado e auto-consciente que agora é colocado em de lado uma vez que a ideia passa a ser o sujeito construído e reconstruído na linguagem.

Nesse movimento, o processo de significação contínua central e a fixidez suposta do estruturalismo adquire grande flexibilidade, fluidez e incerteza. Há dois pontos comuns no estruturalismo e no pós estruturalismo: primeiro, que ambos veem a linguagem como o início ou origem da construção da pessoa, apesar de esta não ser conseguida pelos indivíduos por si só e, segundo, que ambos são anti-humanistas, o que significa um conjunto de suposições

acerca dos seres humanos, referindo-se à ideia de que a pessoa é um agente único, coerente e racional e autor de sua experiência e de seu significado (NOGUEIRA,2001).

O conceito de diferença se radicaliza e se estende ao alcance de parecer não existir diferença. No pós-estruturalismo radicaliza-se a crítica do sujeito do humanismo e da filosofia da consciência. Nesse paradigma, o sujeito é uma ficção, ou seja, o sujeito não passa de uma invenção social e histórica; mas radicaliza o caráter inventado desse sujeito. No pós-estruturalismo, não existe sujeito, a não ser como simples resultado do processo de produção da cultura social, vendo o processo de significação basicamente como indeterminado e instável. O significado não é pré-existente porque é cultural e socialmente produzido no qual é importante o papel das relações de poder em sua produção. Também o significado é o que é, não porque corresponde a um “objeto” que existe fora do campo da significação, mas porque foi socialmente produzido. A ênfase no processo de significação é ampliada para focalizar as noções correntes de “verdade”, pois a perspectiva pós-estruturalista desconfia das definições filosóficas dessa “verdade” (WILLIAN,2005; PETERS,2000).

A verdade é questionada e abandonada nessa ênfase destacando, ao contrário, o processo pelo qual algo é considerado verdadeiro. A questão principal não trata da verdade, mas “saber por que esse algo se tornou verdade” (PETERS,2000). A concepção pós-estruturalista questiona a formação do sujeito unitário, racional, autônomo, centrado no que tem base em todo empreendimento pedagógico ou curricular denunciando-os como construção histórica particular.

Para Peters (2000) entretanto,

[...] o pós-estruturalismo não pode ser simplesmente reduzido a um conjunto de pressupostos compartilhados, a um método, a uma teoria ou até mesmo a uma escola. É melhor referir-se a ele como um movimento de pensamento – uma complexa rede de pensamento – que corporifica diferentes formas de prática crítica. O pós-estruturalismo é, decididamente, interdisciplinar, apresentando-se por meio de muitas e diferentes correntes” (PETERS, 2000: 29).

Se considerarmos o pós-estruturalismo, em parte, como uma crítica às limitações do estruturalismo, o primeiro passo para compreendê-lo é compreender os principais pressupostos estruturalistas, uma corrente de pensamento das ciências humanas inspirado no modelo da linguística, que apreende a realidade social como um conjunto formal de relações. Embora o linguista Ferdinand de Saussure, considerado um dos fundadores do estruturalismo, tenha morrido antes de publicar sua teoria linguística estrutural, publicada por seus alunos em 1916 no livro *The Course in General Linguistics* como resultado da reconstituição de seu

trabalho por meio de anotações feitas durante o curso ministrado por Saussure no período de 1907 a 1911 (PETERS, 2000).

De acordo com a linguística estrutural de Saussure, os elementos da linguagem são compostos de forma que se relacionam estrutural e funcionalmente. E o sistema ou estrutura tem suas origens em convenções históricas e contingenciais (PETERS, 2000). Nessa perspectiva, a língua, como um sistema, pode ser compreendida como o lugar onde recursos discursivos são constituídos; é o contexto através do qual a experiência pode ser conceituada.

O estruturalismo tende a considerar os sujeitos como simples portadores de estruturas. E é nesse sentido que se inicia um processo de questionamento sobre essa corrente de pensamento que tem seu ápice na ideia de ‘descentralização’ do sujeito como o próprio autor do conhecimento e como fonte dos significados (PETERS, 2000). Isso significa dizer que o sujeito não está no centro da produção de significação e de sentido das coisas e de seus próprios discursos. Ao contrário disso, o sentido existe a partir da estrutura social em que está inserido, de forma que o sujeito não é o elemento principal dessa produção, mas um dos elementos periféricos.

O estruturalismo pode ser compreendido como uma abordagem estruturo-funcional de investigação dos fenômenos, não ficando restrito à área da linguística. Considerava-se que, a partir da análise de signos padronizados em determinada estrutura social, o cientista pudesse chegar a sua compreensão ou ao conhecimento seguro (WILLIAN, 2005). Dessa forma, a origem dos significados constituídos estaria nas diferenças funcionais dos elementos da linguagem e não na intenção do sujeito que dela faz uso.

Na ótica estruturalista, o significado emerge das diferenças entre determinados elementos, bem como de suas diferenças em relação aos demais conjuntos de elementos do sistema. Nessa perspectiva, fatores externos não influenciam o significado, o qual é uma consequência da compreensão das relações entre os elementos em um determinado sistema (CATON, 1987).

O pós-estruturalismo é uma resposta filosófica distinta aos conhecimentos estabelecidos e verdades, bem como conceitos definitivos e estruturados. Embora o prefixo ‘pós’ sugira que o pós-estruturalismo seja um mero sucessor do estruturalismo, ele deve ser entendido como uma crítica às limitações do estruturalismo (PETERS, 1999). Nele, o sujeito, enquanto indivíduo tem um lugar no sistema, o qual consiste em um papel maior do que simplesmente governá-lo. Essa posição do sujeito impõe-lhe um desafio inerente às implicações do estruturalismo e foi ampliada, por muitos pensadores pós-estruturalistas, no que se refere às suposições tradicionais do humanismo a respeito da natureza dos indivíduos e

do sujeito. Ao invés de compreendê-lo como autônomo e livre, é preciso considerar o sujeito como sendo historicamente constituído (FOUCAULT, 1991a).

Em vários aspectos, o pós-estruturalismo representa esforços na tentativa de se questionar as implicações da ideia de que todos os sistemas, inclusive os sistemas filosóficos, são estruturas, construções sem origens transcendentais e com status e posição do sujeito humano modificados a partir de um conceito estabelecido. A inflexibilidade do estruturalismo foi muito criticada na França na década de 1960. Entre seus críticos encontram-se Roland Barthes, Louis Althusser, Jacques Lacan, Michel Foucault, dentre outros. Esses pensadores acreditavam ser preciso ampliar a análise estruturalista (PETERS, 2000). O principal argumento era que, da forma como era concebido, o estruturalismo reduzia o comportamento humano a ações governadas apenas por normas, eliminando completamente a produção de sentido, substituindo-o pela acumulação e organização de elementos meramente estruturais (DREYFUS e RABINOW, 1983).

Na verdade, o pós-estruturalismo também não deve ser entendido como uma cisão com o estruturalismo, já que ambos estão intrinsecamente relacionados à linguística estrutural de Saussure e Jakobson. Em 1966, na Universidade de John Hopkins, o filósofo Jacques Derrida apresentou um seminário sobre seu ensaio denominado “Estrutura, signo e jogo no discurso das ciências humanas” no qual explorava questões sobre a “estruturalidade da estrutura” e introduziu nesse contexto a noção de “centro.” Por meio desse estudo, Derrida coloca em cena algumas implicações da ideia de que cada sistema tem uma estrutura, e que todos os sistemas são construções. Entretanto, Derrida teorizou que todas as estruturas têm um centro, que é o ponto em que a substituição dos conteúdos, dos elementos ou dos termos não é mais possível (DERRIDA, 1978).

Ao longo da história, esses centros tiveram designações diferentes – Deus, racionalidade, inconsciente – mas em todos os casos, sua função é manter a estabilidade. A função desse centro não era apenas orientar, equilibrar e organizar a estrutura, mas acima de tudo era estabelecer limites, o que foi chamado de jogo livre (freeplay) da estrutura. Toda a história do conceito da estrutura deve ser pensada como uma série de substituições de um centro para outro (DERRIDA, 1978).

A linguagem, entendida como sistema, possui um centro em deslocamento constante que lhe caracteriza como um sistema instável e que não se constitui como uma verdade absoluta. Essa impossibilidade de ser uma verdade absoluta deve-se parcialmente ao fato de que os significados, por serem construções sociais, não fechados em si mas contingenciais. Assim como a linguagem, bem como os significados da linguagem, são contingentes e

mediados pelas condições que os rodeiam e que, necessariamente, são constituídas num jogo de forças e poder.

Certamente, outros trabalhos, como os de Nietzsche e Freud também influenciaram, particularmente, o pós-estruturalismo no que tange a teorização da subjetividade. Nietzsche, num pensamento contrário à dialética hegeliana, questionou a proposição de que o sujeito *humanista* cartesiano-kantiano, transparente e autoconsciente fosse a fonte de todo o conhecimento (WILLIAN,2005). Ele argumentava que a subjetividade, incluindo a identidade social e cultural do sujeito, não era fixa, mas apenas estabelecida provisoriamente por um processo de mudança constante. Ele também criticava a ideia da verdade absoluta e indubitável, enfatizando a pluralidade e a perspectiva naturalista da interpretação. Foucault usou a genealogia de Nietzsche para continuar a crítica a toda forma de transcendência. Também foi de fundamental importância a crítica da consciência de Freud e sua teoria do inconsciente para o desenvolvimento do pós-estruturalismo, mais uma vez chamando a atenção para a noção de um 'eu' autônomo e transparente (PETERS, 2000).

Na visão do pós-estruturalismo, o falar, o escrever e os encontros sociais são locais de lutas e conflitos onde as relações de poder se manifestam e se contestam. Assim, essa teoria vê ,na linguagem, a chave para as transformações, local onde as identidades podem ser desafiadas e mudadas, estando a experiência pessoal potencialmente aberta a uma infinidade de possíveis significados ou construções (NOGUEIRA,2001). Bem como concebe que, no momento da constituição dos sujeitos, essas relações utilizam os mesmos discursos que compõem seu "exterior", torna-se difícil distinguir interioridade de exterioridade, colocando em questão a noção de sujeito autônomo, com um *self* independente e com possibilidade de livre escolha. E, nesse campo do pensamento pós-estruturalista, buscamos contribuições do filósofo francês Michel Foucault para aprofundarmos a análise das práticas cotidianas, por meio dos discursos dos profissionais do SAMU, sob sua perspectiva temática do poder e da produção de subjetividade.

Foucault foi um pensador francês contemporâneo, nascido em 1926 e falecido em 1984, "que melhor desvendou o caráter compulsivo da relação entre discurso e poder, mostrando como o discurso quer ser, ele mesmo, portador de poder" (BOAS,2002,p.10). Esse pensador faz algumas críticas recorrentes sobre suas obras; uma diz respeito ao fato de que alguns autores relatam que Foucault fez uma análise dos discursos dominantes sob o olhar de um dominante; outros relatam que seu trabalho é um tanto quanto pessimista e determinista, com poucos espaços para a ação criativa e de resistência dos indivíduos (JOSGRILBERG,2005) e ainda, para outros, Foucault não deixou uma "metodologia" para a

forma de análise que propõe, crítica essa que ele mesmo rebate em alguns diálogos gravados e textos dizendo não ter sido esse seu objetivo por isso deixou apenas descritas algumas precauções metodológicas. Neste estudo, nenhuma dessas críticas será levada em consideração pois dizem respeito a uma análise mais aprofundada da obra foucaultiana que não condiz com o foco deste trabalho.

Em sua obra, detectam-se dois momentos fundamentais dessa reflexão, que, segundo suas próprias palavras, pretendem restituir ao discurso seu caráter de acontecimento. O primeiro momento pode ser delimitado entre os anos de 1961 e 1969. É o momento da *arqueologia*. E o segundo momento é o da *genealogia*, abrangendo o período que vai de 1970 até a morte do autor em 1984. Essa divisão estabelecida permite uma abordagem dos diversos problemas pensados por Foucault de forma organizada. No momento da arqueologia, ele está interessado nas chamadas ciências do homem, isto é, em todas as ciências que tomam o homem como seu objeto. Foucault se interessa aí pela história, isto é, o devir histórico, e sua indagação é sobre o que torna possível o discurso acerca do que é científico ou não. Seu objetivo é estabelecer a que nível se articula o «discurso da verdade», referindo-se a questões tais como «quem diz», «como se diz» e «que instituição o diz». Já no momento da genealogia, Foucault elege o que poderia ser chamado de seu «campo de polêmicas e combates». Sua preocupação fundamental é, doravante, com a articulação entre saber, poder e verdade.

A perspectiva temática de Foucault, utilizada nesse estudo, permeia essas duas fases e foi descrita e explicada ao longo da apresentação e discussão dos resultados por acreditar ser mais coerente e mais clarificador seu detalhamento juntamente com sua análise e seu uso.

2.2 O cotidiano, as práticas e as práticas cotidianas

O cotidiano é entendido no senso positivista – cartesiano como algo que apenas diz respeito a uma regularidade, normatividade e repetitividade. Para Pais (2007,p.30), “o cotidiano manifesta-se como um campo de ritualidades” e “esse não deve ser isolado como categoria distinta do social. Ainda para esse autor, é nesse cotidiano que se tornam perceptíveis as tensões, conflitos, posições ideológicas, mudanças, crises que a sociologia toma como seu objeto de estudo ordinário. Leite (2010) destaca ser o cotidiano uma categoria relacionada ao cenário passivo da vida social, uma espécie de variável dependente, seja das ações, seja das estruturas sociais” podendo essas sofrer rompimentos por meio de práticas sociais existentes na vida cotidiana mas que se tornam instáveis servindo como possibilidade de ruptura de algumas regularidades sociais, reais ou esperadas. E, para Certeau (2012), o

cotidiano é construído por meio de bricolagens dos vários indivíduos que compartilham um mesmo espaço. Maffesoli (2008) diz ser necessária uma compreensão íntima dos objetos que se realiza na relação com a vida cotidiana devendo os pesquisadores se tornarem mais atentos a esse já que a profundidade pode estar na superfície das coisas não analisadas pela sua obviedade.

Segundo Certeau (2012, p.32), o cotidiano é aquilo que nos é dado a cada dia, ou que nos cabe em partilha, nos pressiona dia após dia, nos oprime. Assim, o cotidiano pode ser compreendido como algo mais que um simples cenário rotineiro ou um pano de fundo bege. Esse é um espaço onde os dominados podem ser capazes de se apropriar da esfera simbólica constituída pelos dominantes e transformá-la, ressignificá-la, de acordo com suas próprias necessidades e possibilidades (CERTEAU, 2012). Nesse cotidiano, é possível perceber que se constituem movimentos de resistência por parte dos dominados que entretanto não podem ser caracterizados necessariamente como uma ameaça ao poder simbólico dos dominantes (MURTA, SOUZA, CARRIERI, 2010).

O estudo das práticas de Certeau (2012) introduz a noção da “arte do fazer”, levando ao questionamento do foco do fazer no interior de territórios. Esse estudo do fazer diz respeito à existência de sujeitos em um lugar com o poder para definir objetivos e que coexistem com uma infinidade de outros interesses convergentes ou divergentes a esse poder dominante. Com base em tais ideias, esse autor desenvolveu os conceitos de estratégia e tática para compreender a natureza da multiplicidade de práticas que constroem o cotidiano.

As estratégias são cálculos de relações de força que se tornam possíveis a partir do momento em que um sujeito de querer e poder é isolável das exterioridades, ou seja, as estratégias presumem a existência de um lugar circunscrito, no qual existem relações de dominação e regras prescritivas de conduta (CERTEAU, 2012). Essas regras organizam e determinam um lugar que pode ser administrado em relação a uma exterioridade composta de alvos e ameaças. A tática seria “um cálculo que não pode contar com um lugar próprio, nem, portanto, com uma fronteira que distingue o outro com totalidade visível” (CERTEAU, 2012, p. 46). A estratégia é destinada ao acúmulo futuro, à prescrição e ao controle. A tática é contextual e efêmera. “O que ela ganha não o guarda” (CERTEAU, 2012, p. 47).

Exemplificando esses conceitos, pode-se inferir que o esperado para o SAMU são as estratégias, ou seja, o trabalho baseado em protocolos e procedimentos operacionais padronizados regulamentados pela legislação, seguindo um mapa. Mas, de acordo com outros estudos, o trabalho cotidiano do SAMU é um “trabalho na vitrine” ao mesmo tempo contextual e efêmero (VELLOSO, 2011). Nesse sentido, as práticas realizadas in loco são

baseadas nas táticas contextuais e oportunistas criadas como frutos da inteligência cotidiana, do conhecimento local desses profissionais.

Assim, as táticas são práticas que se aproveitam de certa situação para gerar resultados imediatos. No espaço do outro, as táticas se aproveitam do tempo para captar possibilidades de ganho. Enquanto as estratégias se relacionam com o poder exercido em um lugar próprio ou em uma instituição, as táticas se relacionam com a astúcia popular (CERTEAU,2012).

Com base na definição dos conceitos de estratégia e tática, Certeau (2012) estabelece as relações de poder existentes dentro de determinados espaços. Esse autor faz também uma diferenciação conceitual entre os termos espaço e lugar, que interferem na compreensão das estratégias e táticas. Cabe ressaltar que esses conceitos se relacionam dentro do cotidiano. Não existe uma oposição nas expressões “espaço” e “lugar”. Segundo Certeau (2012), “lugar” indica “lugar próprio”, onde ocorre uma estabilidade na organização dos elementos, um em referência (coexistência) ao outro mas que não estão na mesma localização e sua organização deve-se a uma série de procedimentos, ou seja, as “estratégias”. O espaço vem a ser uma interceptação de móveis, ou seja, animado por um grupo de movimentos que aí se desdobram. Esse espaço é consequência das “operações que o orientam, o circunstanciam, o temporalizam e o levam a funcionar em unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contractuais que, diferente do lugar, não possui univocidade e nem estabilidade de um “próprio” ”(CERTEAU, 2012,p.202). O lugar está para a estratégia como o espaço está para as táticas.

Então, nesse cotidiano, dependendo do prisma de análise, ao mesmo tempo, espaço e lugar, onde se relacionam estratégias e táticas, buscou-se estudar as práticas, mais especificamente as práticas cotidianas. Cabe ressaltar que nem toda prática que ocorre no cotidiano, pode ser compreendida como prática cotidiana por sua imersão no contexto da análise das táticas. As práticas cotidianas aqui são aquelas inseridas no discurso dos profissionais com certa reincidência entre os diferentes atores em diferentes perspectivas e que são organizadas por meio das táticas. Certeau (2012) destaca que o estudo das práticas cotidianas permite compreender como ocorrem os escapes dos determinantes sociais aos quais os sujeitos estão condicionados, mesmo que não consigam fugir deles totalmente, mas causam alguma subversão da ordem.

O conceito de práticas utilizado neste estudo foi construído com base no proposto por Foucault (1991b), que considera que as práticas são os lugares onde o que é dito e o que é feito, regras impostas e razões alegadas, o que é planejado e o que se admite, se encontram e se interconectam bem como no conceito de Certeau (2012, p.42) que as considera como

“operações por meio das quais os usuários se apropriam do espaço organizado pelas técnicas de produção sócio-cultural” (idem).

Na verdade, as práticas têm sua própria ‘razão’. São organizadas a partir de determinadas formas de racionalidade, considerando determinados códigos de conhecimento e regras de conduta que delineiam sua forma e lhe conferem inteligibilidade e acessibilidade, ao mesmo tempo em que organizam os princípios e as estratégias que as justificam. Assim, a análise das práticas requer que se compreenda a organização do poder e do conhecimento em determinado contexto e que se estabeleça sua relação com os diversos dispositivos sociais, políticos e econômicos em questão. Analisar as práticas auxilia a compreender, tanto como os arranjos são estabelecidos, quanto como são admitidos e aceitos em um determinado momento.

O discurso, enquanto construído por práticas sociais, apresenta-se conceitualmente tridimensional, pois envolve os textos, as práticas sociais e as discursivas (FAIRCLOUGH, 2006). O discurso também é, muitas vezes, uma prática que reproduz a estrutura de uma instituição. Logo, a Análise de Discurso se preocupa com a reprodução das ideologias dominantes e das interações entre poder e saber/conhecimento, com foco no contexto sócio-cultural e político no qual o texto é produzido (QUESTED; RUDGE, 2003). Questiona, portanto, o suporte das estruturas de poder que o legitimam.

Fairclough (2003) destaca que a compreensão das práticas sociais envolve necessariamente a consideração de ambos os elementos. Para o autor, as práticas sociais constituem modos de selecionar e controlar determinadas possibilidades estruturais em detrimento de outras e de manter tais seleções durante certo tempo em áreas específicas da vida social. Uma prática social, localiza-se em uma rede, interconectada com outras práticas sociais; essas, por sua vez, constroem arranjos mais ou menos estáveis ao longo do tempo e se tornam determinadas “ordens” sociais (FAIRCLOUGH, 2003). Esses arranjos transitam entre formas mais tradicionais e formas criativas, contribuindo, assim, para a reprodução da sociedade e/ou para a transformação dela. Essas “ordens sociais” são, na realidade, estruturadas de modo contraditório e, dessa forma, estão sempre abertas, em menor ou maior medida, para investimentos políticos que possam subvertê-las ou transformá-las (FAIRCLOUGH, 2003). Essa ideia coincide com as descritas por Foucault em sua obra “A Ordem do Discurso”, na qual ele considera que toda estrutura apresenta espaços em branco que podem levar a rupturas. Assim, as práticas cotidianas, por mais estáveis que se apresentem, possuem rupturas por onde as táticas, enquanto a arte dos fracos, podem buscar formas de críticas e subverter a ordem.

O método, ou mapa, deste estudo é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade; sendo assim, ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas (MINAYO, 2004). A abrangência de concepções teóricas de abordagens, a teoria e a metodologia caminham juntas e, como conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2004).

No tentame de *analisar os discursos hegemônicos incorporados nas práticas cotidianas dos profissionais do SAMU de Belo Horizonte, de forma a configurar as relações de visibilidade e reconhecimento*, desenvolveu-se este estudo de abordagem qualitativa, que teve como cenário o SAMU da cidade de Belo Horizonte-MG. Os resultados e a discussão foram construídos a partir da observação do processo de trabalho registrada em diário de campo e das práticas discursivas dos funcionários do SAMU, associados aos discursos extraídos das entrevistas realizadas. O referencial teórico metodológico utilizado foi a análise de discurso crítica.

A pesquisa qualitativa por muito tempo foi considerada como um estágio preliminar para as “verdadeiras” metodologias de pesquisa. O desenvolvimento dessa modalidade de pesquisa, marcada por rupturas, mais que por progressão cumulativa, resguarda tensões teóricas subjacentes que cada vez mais a distanciam de teorias, práticas e estratégias únicas de pesquisa (CHIZZOTTI, 2002).

Acredita-se que o pesquisador está marcado por sua realidade social, toda observação está possuída de uma teoria e, por conseguinte, o texto não se esquivava a uma posição no contexto político, sendo a objetividade delimitada pelo comprometimento do sujeito com sua realidade circundante. Mais que contentar-se com o princípio da falseabilidade de Popper (1984), a pesquisa tende a orientar-se para definir novos padrões de validade e legitimidade. As pesquisas tendenciam a reconhecer uma pluralidade cultural, abandonando a autoridade única do pesquisador para reconhecer as múltiplas vozes dos participantes (CHIZZOTTI, 2002).

Na pesquisa qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto estudado (MINAYO, 2004). Assim, considerando-se os aspectos subjetivos inerentes às relações e, mais especificamente neste estudo, nas formas como o discurso dominante configuram as relações e permeiam o cotidiano de trabalho do SAMU, acredita-se que a abordagem qualitativa possui maior possibilidade de investigação da realidade em questão. No estudo qualitativo, esse formato de pesquisa responde a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não

pode ser quantificado. Trabalha com “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2010, p. 21-22).

3.1 A Análise de Discurso

O tratamento dos dados é o momento de apreciação crítica dos dados obtidos durante a pesquisa podendo ser realizada sob duas perspectivas mais reconhecidas: a análise de conteúdo (AC) e a análise de discurso (AD), mas qualquer um desses tipos deve atingir três objetivos: ultrapassar a incerteza, enriquecer a leitura e integrar as descobertas (MINAYO, 2010, p.68).

No entanto, ao se iniciar a fase de análise dos dados, os pesquisadores costumam deparar com três grandes obstáculos: “ilusão da transparência”, que é o risco de se compreender as coisas espontaneamente, como se o real se mostrasse nitidamente ao observador; a tendência de prender-se aos métodos e técnicas e se esquecer do essencial; e, por último, a dificuldade de associar teorias e conceitos muito abstratos aos dados recolhidos no campo (MINAYO, 2010, p68-69).

A escolha pela análise de discurso deve-se ao fato de que essa análise utiliza a linguagem, sob o ponto de vista discursivo, não representando algo já dado, mas parte de uma construção social que rompe com a ilusão de naturalidade entre os limites do linguístico e os do extralinguístico. Ou seja, a linguagem não se dissocia da interação social (ROCHA, DEUSDARÁ, 2005). A Análise de Conteúdo constitui-se como ciência prática que se prende no plano do significado do texto, na tentativa de alcançar diretamente o que haveria por trás do dito, sendo a relação entre o pesquisador e objeto de análise distanciada e mediada por uma abordagem metodológica (ROCHA, DEUSDARÁ, 2005). Assim, a análise de discurso foi considerada mais propícia a este estudo por sua profundidade e suas relações com as práticas de discurso e sociais.

A trajetória da Análise do Discurso passa pela necessária consolidação das opções teórico-metodológicas pelas quais tem sido capaz de transpor os obstáculos, instituindo no novo espaço epistemológico produzido no âmbito dos estudos da linguagem, em um processo de rupturas e continuidades em relação à certa tradição (ORLANDI, 2009). A Análise do Discurso é empreendida num duplo sentido: a construção de um outro olhar sobre as práticas de linguagem e o redimensionamento do objeto de análise (ROCHA, DEUSDARÁ, 2005).

A Análise do Discurso pode ser compreendida, também, como uma análise da ação social, entendendo-se a decodificação dos discursos como um desvelamento dos horizontes históricos, politicamente estruturados, sendo que a enunciação do discurso equivalerá à denúncia do poder enquanto objeto de desejo (VILLAS BOAS,2002).

Em *A ordem do Discurso*, Foucault (2002) caracteriza a sociedade ocidental como a sociedade do discurso, mas suspeita que “sob esta aparente logofilia, esconde-se uma espécie de temor” (p.50) aos discursos, pois possuem processos de interdições, supressões, silenciamentos e conspiram contra a proliferação da parte mais perigosa do discurso, o que causa desordens no discurso. Essas desordens na proliferação do discurso, e conseqüentemente pela análise desse, ou dos temores presentes nele, suas condições, seu jogo e seus efeitos, vão depender de três decisões a serem assumidas por quem pretende tomar o discurso como objeto de análise: “questionar nossa vontade de verdade; restituir ao discurso seu caráter de acontecimento; suspender a soberania do significante” (FOUCAULT, 2002, p:51). Nesse sentido, Foucault destaca a importância de se buscar entender como as coisas acontecem e não quem, quando ou onde elas acontecem na sociedade.

Para essa situação, Foucault (2002) acredita que há a necessidade da adoção de alguns princípios, tais como de *inversão*, de *descontinuidade*, de *especificidade* e de *exterioridade* (p.51). Destaca-se, ainda, que, para o autor, além de contrariar o princípio da expansão e da continuidade linear do discurso, é preciso reconhecer as elisões e as rarefações do discurso bem como proceder a um princípio de *inversão*; duvidar da vontade de verdade presente na difusão gratuita do discurso (FOUCAULT, 2002).

Nessa linha, Foucault (2002) propõe dois conjuntos para o processo de análise do discurso: um “(...) conjunto ‘crítico’ que põe em prática o princípio da inversão: procurar cercar as formas de exclusão, da limitação, da apropriação (...); mostrar como se formaram, para responder a que necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que força exerceram efetivamente, em que medidas foram contornadas” (FOUCAULT, 2002: 60); outro conjunto proposto é o conjunto genealógico que aciona os princípios de *descontinuidade*, *especificidade* e *exterioridade* de discurso, para buscar compreender “(...) como se formaram, através, apesar, ou com o apoio desses sistemas de coerção, séries de discurso; qual foi a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento, de variação” (ib.: 60-61). Foi utilizado neste estudo, a princípio, mais o conjunto crítico proposto para a análise das práticas discursivas que compõem o cotidiano de trabalho do SAMU. Posicionei-me na área da análise crítica pela proximidade dessa com a

epistemologia pós-estruturalista adotada e sua melhor adaptabilidade e possibilidade de uma análise mais sedimentada do objeto.

3.1.1. O discurso e as práticas discursivas

O conceito de discurso é difícil de ser tecido, pois existem muitas definições conflitantes e sobrepostas, formuladas a partir das várias perspectivas teóricas e disciplinares existentes. No sentido de dicionário, Discurso é substantivo masculino que significa a exposição de ideias, proferida em público, feita de improviso ou antecipadamente escrita com esse propósito; oração, fala. Pode ser dividido em discurso direto, repetição textual das palavras de um interlocutor, ou de uma personagem narrativa e discurso indireto, reprodução das ideias expressas na fala de um interlocutor, de uma personagem de narrativa, reprodução esta que se faz em oração subordinada a um verbo que signifique "dizer", "perguntar", "responder" e introduzida por conjunção ou por pronome interrogativo (FERREIRA, 2010). Foucault (2002) define o discurso como “[...]um conjunto de enunciados que tem seus princípios de regularidade em uma mesma formação discursiva” (Brandão, 2002, p.28). Assim, o discurso é uma dispersão, visto que, não estão ligados por nenhum princípio de unidade. Somente por meio das regras de formação seria possível determinar os elementos que compõem o discurso, a saber: a) os objetos que aparecem, coexistem e se transformam num “espaço comum” discursivo; b) os diferentes tipos de enunciação que podem permear o discurso; c) os conceitos em suas formas de aparecimento e transformação em um campo discursivo, relacionados em um sistema comum; d) os temas e teorias, isto é, “[...] o sistema de relações entre diversas estratégias capazes de dar conta de um a formação discursiva, permitindo ou excluindo certos temas ou teorias (BRANDÃO, 2002, p.115).” Assim, Brandão (2002) faz uma leitura de Foucault (2002), cabendo à Análise de Discurso descrever essa dispersão e estabelecer regras capazes de reger a formação dos discursos.

E, para Orlandi (2009), o discurso é o efeito de sentido construído no processo de interlocução opondo-se à concepção da língua de mera transmissão de informações. Sendo assim, o discurso não é fechado em si nem é do domínio exclusivo do locutor. Enquanto na linguística, ele é usado com referência a amostras ampliadas de diálogo falado, em contraste com textos escritos, mais comumente, entretanto, “discurso” é usado na linguagem com referência a amostras ampliadas de linguagem falada ou escrita. Além de preservar a ênfase em aspectos organizacionais de nível superior, esse sentido de discurso enfatiza a interação entre falante e receptor ou entre escritor e leitor; portanto, entre processos de produção e

interpretação da fala e da escrita, como também o contexto situacional do uso linguístico (FAIRCLOUGH, 2006, p.21), ou seja, também é usado em relação a diferentes tipos de linguagem usada em diferentes tipos de situação social.

Entretanto, discurso é largamente utilizado na teoria e na análise social com referência aos diferentes modos de estruturação das áreas de conhecimento e práticas sociais. Os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, mas as constroem ou as constituem entidades-chave de diferentes modos e posiciona as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais, sendo esses efeitos sociais do discurso focalizados na análise de discurso. Outro foco importante localiza-se na mudança histórica, uma vez que diferentes discursos se combinam em condições sociais particulares para produzir um novo e complexo discurso (FAIRCLOUGH, 2006, p.22)

Fairclough(2006) relata tentar, na análise de discurso reunir a análise linguística e a teoria social centrada numa combinação do sentido mais sócio-teórico do discurso com o sentido de “texto e interação” na análise de discurso orientada linguisticamente. Compreendendo esse conceito como tridimensional uma vez que qualquer “evento” discursivo é considerado como simultaneamente um texto, um exemplo de prática discursiva e um exemplo de prática social. A dimensão do “texto” cuida da análise linguística de textos, a dimensão da prática discursiva, como “interação”, na concepção “texto” e a “interação” de discurso especifica a natureza dos processos de produção e interpretação textual. A dimensão de prática social cuida de questões de interesse na análise social, tais como as circunstâncias institucionais e organizacionais do evento discursivo e de que forma elas moldam a natureza da prática discursiva e os efeitos constitutivo-constitutivos.

Fairclough (2006) destaca que sua formulação da análise na dimensão da prática discursiva está centrada no conceito de intertextualidade. Entretanto, a formulação da análise na dimensão da prática social está centrada nos conceitos de ideologia e essencialmente de hegemonia, no sentido de um modo de dominação que se baseia em alianças, na incorporação de grupos subordinados e na geração de consentimentos. As hegemonias em organizações, instituições particulares e no nível societário são produzidas, reproduzidas, contestadas e transformadas no discurso. Essas dimensões da análise de Fairclough(2006) vão de encontro às ideias propostas pela análise Foucaultiana, em seu conjunto crítico, a qual se propõe uma análise de cima para baixo nas estruturas hegemônicas do discursos de dominância.

A área de tradição de análise de discurso orientada linguisticamente é fraca e pouco desenvolvida, precisando ser fortalecida pela adoção de pressupostos da linguagem e do discurso na teoria social. Nesse sentido, para Fairclough (2006), o que se busca é uma análise

de discurso que focalize a variabilidade, a mudança e a luta. Entretanto, nem a tradição crítica na análise de discurso orientada linguisticamente, nem Foucault lidam satisfatoriamente com o modo como o discurso contribui tanto para a reprodução como para a transformação das sociedades. Tal dualidade do discurso é de importância central e seu negligenciamento nos escritos de Foucault é associado a fraquezas teóricas e metodológicas fundamentais em seu trabalho. Destacando que Foucault, em seus escritos, não se preocupa em descrever uma metodologia para suas análises, embora descreva algumas precauções sobre como os estudos devem ser feitos e analisados.

Os eventos discursivos variam em sua determinação estrutural e segundo o domínio social particular ou o quadro institucional em que são gerados. Entretanto, o discurso é socialmente constitutivo, ponto em que Fairclough (2006) e Foucault (2002) concordam. O discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que o moldam e o restringem, sendo uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado (Foucault, 2002, p.91).

Existem três aspectos dos efeitos construtivos do discurso. O primeiro deve-se ao fato de que o discurso contribui para a construção do que variavelmente é referido como “identidades sociais” e “posições de sujeitos” para os sujeitos sociais, os tipos de eu. O segundo efeito diz que o discurso contribui para construção das relações sociais entre as pessoas e, por último, o terceiro efeito seria o de contribuir para a construção de sistemas de conhecimento e crença. Assim, percebe-se que esses três efeitos também correspondem, respectivamente, às três funções da linguagem e às dimensões de sentido que coexistem e interagem em todo discurso, sendo elas as funções: “identitária, relacional e ideacional”.

A função identitária relaciona-se aos modos pelos quais as identidades sociais são estabelecidas no discurso; a função relacional condiz com as relações sociais entre os participantes do discurso e são representadas e negociadas enquanto a função ideacional relaciona-se aos modos pelos quais os textos significam com o mundo e seus processos, entidades e relações (FAIRCLOUGH,2006).

A prática discursiva é constitutiva tanto de maneira convencional como prática criativa; assim, contribui para reproduzir a sociedade, mas também transformá-la. Nesse sentido, a constituição discursiva da sociedade não emana de um livre jogo de ideias nas cabeças das pessoas, mas de uma prática social firmemente enraizada em estruturas sociais materiais, concretas, orientando-se para elas (FAIRCLOUGH,2006).

Nesse sentido, as ordens de discurso, utilizadas por Fairclough (2006) emprestadas de Foucault para substituir o termo interdiscurso, podem ser consideradas como facetas discursivas das ordens sociais, cuja articulação e rearticulação interna têm a mesma natureza. Assim, a prática social é uma dimensão do evento discursivo, da mesma forma que o texto pode, em alguns casos, ser inteiramente constituído pela prática discursiva.

A análise de um discurso particular como exemplo de prática discursiva focaliza os processos de produção, distribuição e consumo textual. Todos esses processos são sociais e exigem referência aos ambientes econômicos, políticos e institucionais particulares nos quais o discurso é gerado. Na explicação da produção e consumo como processos sociocognitivos, uma preocupação é especificar as ordens de discurso em que se baseiam a produção e a interpretação dos sentidos e como isso ocorre.

A concepção tridimensional do discurso é uma tentativa de reunir três tradições analíticas, cada uma das quais é indispensável na análise de discurso. Assim, ao produzirem seu mundo, as práticas dos membros são moldadas, de forma inconsciente, por estruturas sociais, relações de poder e pela natureza da prática social em que estão envolvidos, cujos marcos delimitadores vão sempre além da produção de sentidos. Logo, as práticas dos membros têm resultados e efeitos sobre as estruturas sociais, as relações sociais e as lutas sociais, das quais outra vez eles geralmente não têm consciência.

A análise da prática discursiva deve envolver uma combinação de microanálise e macroanálise. A microanálise seria o tipo de análise em que os analistas da conversação se distinguem, ou seja, é o modo como os participantes produzem e interpretam textos com base nos recursos dos membros. Essa é complementada pela macroanálise para que se conheça a natureza dos recursos dos membros a que se recorre para produzir e interpretar os textos e se isso procede de maneira normativa ou criativa. Portanto, macroanálise e microanálise são requisitos mútuos, sendo devido a sua interrelação que a dimensão da prática discursiva na teoria tridimensional pode mediar a relação entre as dimensões da prática social e do texto. É a natureza da prática social que determina os macroprocessos da prática discursiva e são os microprocessos que moldam o texto (FAIRCLOUGH, 2006, p.116).

Na discussão do discurso social como prática social, é necessário destacar os conceitos de ideologia e hegemonia dentro da teoria tridimensional, pois a ideologia e o poder estão contidos no discurso que possui uma concepção de poder como hegemonia e de evolução das relações de poder como a luta hegemônica. Assim, percebe-se que Fairclough (2006) tentou combinar aspectos de uma concepção foucaultiana de discurso com a ênfase fundamental nas propriedades socialmente constitutivas do discurso que enfatizam a textura dos textos e sua

composição por meio de fragmentos de outros textos, apontando para o modo como as ordens de discurso estruturam a prática discursiva e são por ela estruturadas (p.131).

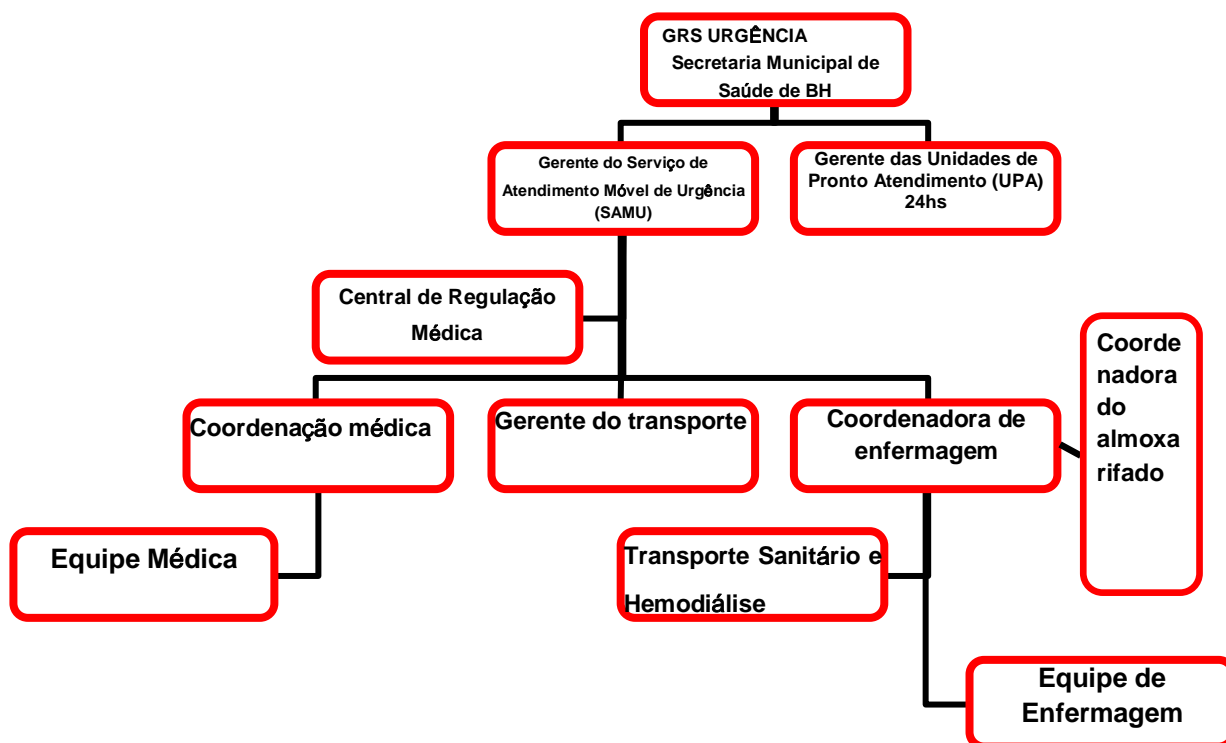
Não há procedimento fixo para se fazer análise de discurso podendo ser abordada de diferentes maneiras de acordo com a natureza específica do projeto e suas respectivas visões do discurso (FAIRCLOUGH, 2006, p.275).

3.2 O espaço

O cenário do estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte (SAMU-BH). Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, possui uma população de 2.238.526 habitantes, o quarto município mais populoso do Brasil. A população da Região Metropolitana de Belo Horizonte é de 4.819.288 (IBGE, 2012). O município é dividido administrativamente em nove Regionais e 81 Unidades de planejamento com vistas a facilitar sua gestão de forma mais descentralizada (BELO HORIZONTE, 2005).

O SAMU-BH funciona 24 horas por dia, sendo a solicitação de atendimento feita por chamada telefônica gratuita. O SAMU-BH também realiza transporte inter-hospitalar de pacientes da rede de serviços de saúde credenciada ao SUS.

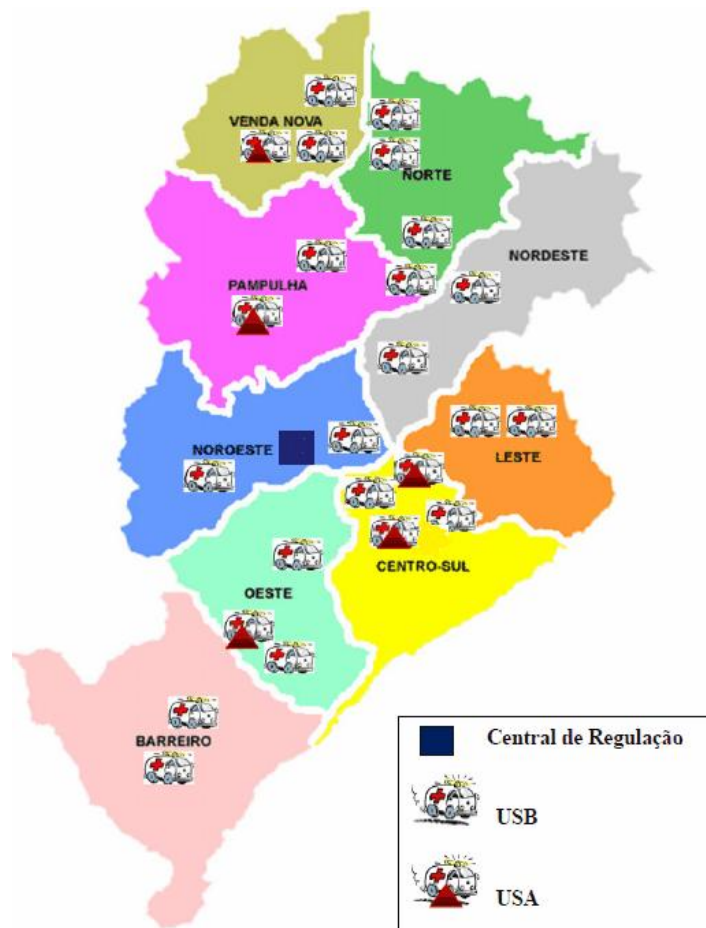
FIGURA 1 – Organograma do SAMU-BH



Fonte: Construído a partir de Dados do diário de campo da pesquisa, 2012

Em 2010, esse serviço recebeu uma sede administrativa nova e própria, no Bairro Coração Eucarístico, na região Noroeste da cidade. Essa nova sede foi projetada especificamente para alojar a parte administrativa do serviço, possuindo uma melhor distribuição de espaço que a anterior. Nesse local, dispõe-se de uma base para a ambulância, almoxarifado, setores administrativos e de recursos humanos e a Central de Regulação, localizada na avenida Juscelino Kubitschek com Rua Dom Aristides Porto no bairro Coração Eucarístico. O SAMU possui, também, 23 bases - satélites, estrategicamente distribuídas pela cidade, sendo 18 com ambulâncias e equipes de Unidades de Suporte Básico e cinco com Unidades de Suporte Avançado (FIG. 2).

FIGURA 2 - Distribuição ilustrativa das ambulâncias do SAMU no município de Belo Horizonte-MG.



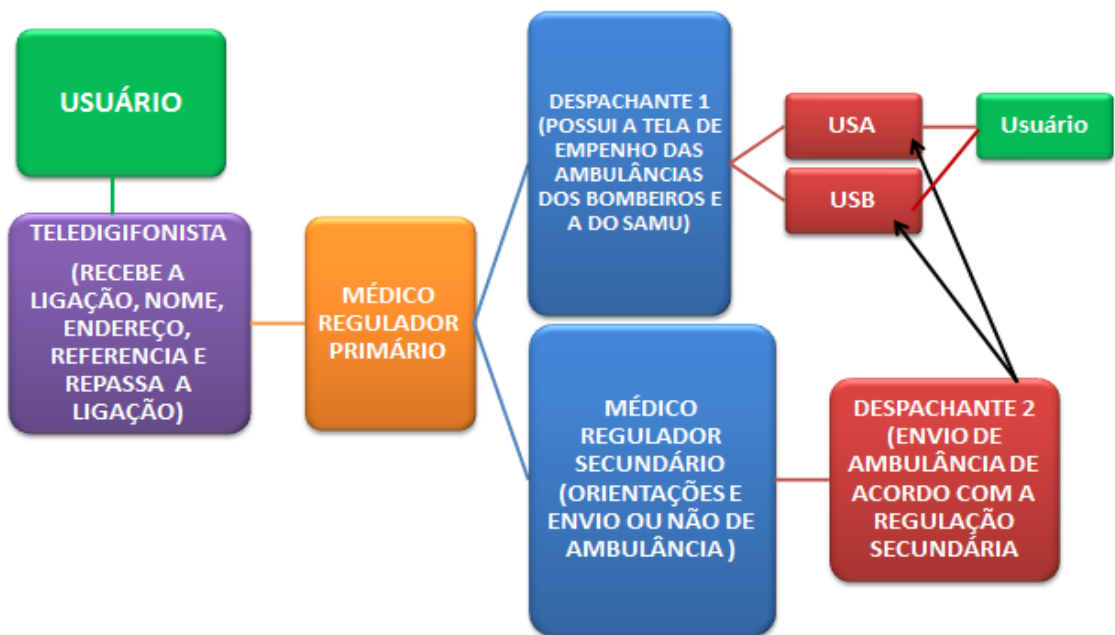
Fonte: CORRÊA, A. R., 2010, p. 29. (adaptada)

A Central de Regulação de Urgências e Emergências do SAMU é acessada pela população por via telefônica, em sistema gratuito, pelo número 192, amplamente divulgado à

comunidade. Na Central de Regulação é feita a triagem e o atendimento de todas as solicitações de atendimento. Pela legislação, os profissionais recebem denominações diferentes das encontradas na Central, sendo o TARM (Telefonista Auxiliar de Regulação Médica) que atende ao telefone e faz a identificação e localização do paciente chamado de Teledigifonista e os RO (Radio-operadores) que são responsáveis pelo contato com as ambulâncias e pelo acompanhamento do atendimento recebem a denominação de Despachantes (BRASIL,2003).

O primeiro contato do usuário é com um do teledigifonista que encaminha a ligação ao médico regulador. O médico regulador primário julga cada caso e define as respostas mais adequadas, que pode ser um conselho médico, orientações para buscar atendimento com recursos próprios, envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou, ainda, o acionamento de múltiplos meios. O regulador secundário é responsável pelo suporte aos atendimentos que não precisam do envio de ambulâncias ou dependem de orientações detalhadas até que a ambulância chegue. O despachante é responsável pelo despacho da ambulância após solicitação do médico regulador, bem como controla a localização e a situação das unidades móveis. Pode ser observado, na Figura 3 abaixo, o fluxo de regulação

FIGURA 3 – Fluxo da Central de Regulação das ambulâncias do SAMU- BH.



Fonte: Dados do diário de campo da pesquisa, 2012

As ambulâncias ou unidades de suporte básico (USB) são tripuladas por técnico de enfermagem e condutor e as unidades de suporte avançado (USA) por médico, condutor e enfermeiro. Em casos de gravidade leve ou média, são encaminhadas para o atendimento às UBS. Essas unidades também podem ser encaminhadas para auxiliar unidades avançadas se estiverem estrategicamente mais próximas do local do evento. O empenho de unidades avançadas só acontece em casos de maior gravidade devido ao fato de serem em menor quantidade que as de suporte básico.

Depois de atendidos pelo SAMU, os pacientes são encaminhados prioritariamente às unidades com as quais trabalha em parceria. São oito Unidades de Pronto Atendimento, seis hospitais e sete Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) localizados nas diferentes regionais de Belo Horizonte.

Para compreender esse cenário, é necessário entender que o SAMU não é um serviço com delimitação de área física precisa, uma vez que qualquer local da cidade pode ser *locus* de sua atuação. Assim, é preciso considerá-lo como um serviço inserido no cotidiano da cidade e de seus habitantes, com a proposta de atendimento em todo o território da cidade, de acordo com a demanda identificada em cada situação (SILVA, 2011).

3.2 Os sujeitos discursivos

Os sujeitos dessa organização foram profissionais do SAMU de BH, compreendendo despachantes, teledigifonistas, médicos reguladores, coordenadores médicos e de enfermagem, gerente administrativo do prédio, auxiliares administrativos, gerente do almoxarifado, auxiliares de almoxarifado, condutor, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico. Todos os sujeitos foram escolhidos por conveniência, por aceitarem participar da pesquisa e estarem há mais de um ano no SAMU-BH. Esses perfizeram um total de 36 sujeitos das várias categorias profissionais e funções supracitadas. Entretanto, desse universo de 36 entrevistas foram selecionadas aleatoriamente 13 entrevistados sendo por sorteio aqueles que possuíam mais de um profissional na função como médico, enfermeiro, motorista, e aqueles que eram únicos como coordenador de enfermagem, médico e gerente forma colocados incluídos no universo da pesquisa automaticamente, uma vez que a ideia era possuir pelo menos um sujeitos das diversas funções.

Desses 13 entrevistados, foram oito homens e cinco mulheres, variando a idade de 25 a 51 anos, com média de 39 anos, sendo dois no intervalo de 25 a 34 anos, oito entre 35 a 44 anos e três entre 45 e 50 anos. Com relação ao tempo médio de trabalho em urgência, foi de

aproximadamente 11 anos, com intervalo de um a 35 anos. E o tempo de trabalho no SAMU teve uma média de aproximadamente cinco anos. Quanto à forma de admissão, seis sujeitos eram contratados, quatro concursados e três foram contratados por processo seletivo. A formação acadêmica variou de nível médio completo a especialização; entretanto, alguns sujeitos fizeram curso técnico e graduação, não necessariamente na mesma área; a maioria dos sujeitos que tem graduação também cursou especialização e apenas um sujeito possuía somente o nível médio. Em termos de categoria profissional, não necessariamente o cargo assumido no SAMU tem-se dois motoristas, tres tecnicos de enfermagem, tres enfermeiras, dois medicos, dois tecnicos administrativos e um administrador.

3.3 O percurso da coleta de dados

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada, individual (APÊNDICE A), gravada e de observação sistemática de campo com roteiro previamente estabelecido (APÊNDICE B) com anotações em diário de campo. Os dados foram coletados no período de dezembro 2011 a fevereiro de 2012.

Optou-se por realizar entrevista com roteiro semiestruturado, que tem sua condução norteada por uma estrutura flexível que consiste de questões abertas que definem, inicialmente, o que se quer explorar. A partir dessa estrutura, o entrevistador ou o entrevistado, pode divergir do roteiro inicial com a finalidade de prosseguir com determinada ideia ou resposta em maiores detalhes, o que permite melhor compreensão da realidade (BRITTEN, 2009). Ou seja, novas questões podem ser acrescentadas pelo entrevistador e novas informações podem ser colocadas pelo entrevistado.

Durante a coleta de dados, todas as impressões e observações realizadas pela pesquisadora, de acordo com o roteiro pré-estabelecido, foram registradas em um Diário de Campo, bem como outras percepções sobre o ambiente e as relações. O diário de campo, como instrumento de coleta de dados tem sido considerado particularmente adequado no estudo do funcionamento de organizações, dos papéis desempenhados por diferentes equipes, além da interação da equipe e seus clientes (POPE; MAYS, 2009). Esse instrumento de coleta de dados pode conter informações que contribuem para a análise dos dados, tais como conversas, comportamentos, expressões e outras questões relevantes (MINAYO, 2010). Para Certeau (2012), a assimilação da prática pede uma observação da trajetória, pois essa traz à lembrança “um movimento temporal no espaço, isto é, a unidade de uma sucessão diacrônica de pontos percorridos, e não a figura que esses pontos formam num lugar supostamente

sincrônico ou acrônico (p.105)”. Entretanto, destaca-se que esse método foi usado de forma complementar, perpassando a análise do discurso e não analisada em si própria como única produtora de resultados para essa pesquisa.

Embora a escolha dos participantes tenha sido por conveniência, ou seja, de acordo com a disponibilidade do sujeito no período do estudo, outros foram escolhidos por terem sido identificados durante o processo de observação com expressividade na participação da equipe. A definição do tamanho da amostra não foi realizada inicialmente, partindo-se do pressuposto de que as entrevistas seriam interrompidas quando começasse a repetição das ideias, ou seja, a saturação dos dados (MINAYO, 2010). Entretanto, por se optar por trabalhar com Análise Crítica de discurso, a teoria esclarece que, em algum momento, as entrevistas apresentaram repetição de ideias ou de partes delas, pois se trabalha com um discurso socialmente construído com amostragem livre. A quantidade de sujeitos representativas, incontestáveis e consideradas satisfatórias são aquelas que propiciam uma base lógica para o estudo de apenas partes de uma população sem que se percam as informações que traduzam a realidade de sua totalidade (BAUER; GASKEL, 2003).

A coleta ocorreu com 36 sujeitos; entretanto, foram utilizados apenas 13 sujeitos, escolhidos aleatoriamente de acordo com o preenchimento do critério de ser pelo menos um representante de cada função anteriormente detalhada no serviço. Essa seleção deveu-se à complexidade da análise do discurso apresentado pelos mesmos e pela necessidade de um aprofundamento teórico-filosófico nas questões que apareceram, ficando os demais para uma análise secundária, lembrando que esse projeto faz parte de um projeto maior e, por isso, a princípio, a coleta se baseou no critério de saturação dos dados, critério esse que não se aplica à análise de discurso aqui realizada.

A sequência das entrevistas foi definida de acordo com a disponibilidade dos sujeitos do estudo, ou seja, a conveniência de cada um em seu momento de trabalho. Por questões éticas, será mantido o sigilo da identidade de todos os participantes do estudo. Ao longo da análise dos dados coletados, todos foram identificados pela letra E, de entrevistado e enumerados consecutivamente, de acordo com a sequência da coleta das entrevistas, entretanto, nessa análise das entrevistas por terem sido retirados treze do universo de trinta e seis, as falas não apresentaram uma sequência numérica esperada com números de 1 a 13, mas sim de 1 a 36.

Todos os entrevistados do estudo leram e assinaram, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE C) e receberam uma cópia do mesmo. As entrevistas foram gravadas em equipamento de *Multimedia Player 4* (MP4) e,

posteriormente transcritas na íntegra, para análise e interpretação dos discursos a partir das falas dos autores, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações. Para garantir esse anonimato não serão explicitadas as categorias ou os cargos dos entrevistados.

3.4 O mapa ético da pesquisa

Para cumprir as exigências éticas da pesquisa, atendendo à Resolução nº. 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG, Parecer nº38/2010 (ANEXO A); pelos Comitê de Ética da UFMG (COEP/UFMG) Parecer Nº CAAE-0147.0.203.410-11 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Parecer Nº 0442.0.203.410.11 (ANEXO C). O projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde foi o projeto de grande porte denominado "Gestão de pessoas e Práticas de atenção à saúde na perspectiva da enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência", que dará origem a duas dissertações e a esta tese de doutorado.

Por se tratar de um subprojeto desenvolvido na UFMG, o atual projeto de tese também foi submetido e aprovado pelo COEP/UFMG e pelo CEP/PBH como produtos do projeto maior, mantendo o mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos entrevistados e pelos pesquisadores (APÊNCICE A). No TCLE, foram garantidos o uso das informações somente para fins científicos, o anonimato dos participantes, a participação voluntária e seu direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo para os mesmos. Além disso, foram informados também sobre a questão da observação a ser realizada durante a entrevista e nos cenários de trabalho e autorização para gravar a entrevista.

3.5 A análise

Partindo do pressuposto que quem fala, fala de algo e de algum lugar, nossas narrativas podem ser compreendidas de diferentes formas dependendo de seu contexto de construção e de divulgação. As narrativas e retóricas a seguir serão contadas por uma enfermeira intensivista, mestre e doutoranda na linha de pesquisa Planejamento, organização e gestão dos serviços de saúde e de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, focalizando as práticas cotidianas presentes em um serviço de urgência e emergência, que possui particularidades. Por meio da observação sistemática e da

análise das entrevistas, tentarei narrar as apreensões e inferências desse cotidiano bem como realizar a análise dos discursos presentes nas práticas cotidianas de forma mais íntima, entretanto, buscando fazer-me entender do ponto de vista menos comprometor com o ambiente.

Todas as trinta e seis entrevistas foram lidas e mediante a riqueza do material, optou-se por uma análise de apenas treze que perfizesse um grupo que representasse pelo menos um sujeito de cada função no serviço. Essas treze entrevistas foram lidas exaustivamente buscando-se compreender por meio daqueles relatos quais eram os discursos recorrentes nas diferentes categorias profissionais que mobilizam e serviam de justificativas para a organização de seus cotidianos de trabalho. Essa identificação dependeu de leituras repetidas das diferentes entrevistas, pergunta por pergunta e depois em conjunto, ou seja, a primeira pergunta de todos os entrevistados e subsequentemente as demais. Após essas leituras, foi possível identificar semelhanças nas respostas dadas pelos diferentes sujeitos para as mesmas perguntas, como um saber solidificado entre eles sendo também algumas justificativas dadas bem semelhantes entre si. Após essa identificação foi realizada uma análise de como esses discursos promoviam outros discursos e modificam a prática daqueles profissionais. Alguns desses discursos foram escutados e presenciados também por meio da observação participante, que não terá um espaço só para si nessa análise mas permeará as discussões apresentadas, não sendo citados diretamente trechos ouvidos fora das entrevistas.

Os discursos identificados como dominantes foram interligados como mantenedores e propagadores de certas práticas bem como ordenador do cotidianos possuíam diferentes efeitos sobre o entendimento dos sujeitos sobre sua prática. Após esse esquadramento dos discursos foi feito um aprofundamento nas ideias levantadas com base no referencial de Michel Foucault, Michel de Certeau e outros autores que realizavam um aprofundamento nas discussões propostas por Foucault como Latour e Hacking. Esse aprofundamento teórico permitiu a identificação de outros por menores presentes nos discursos que ainda não haviam sido compreendidos como o papel dos atores não-humanos bem como as relações de visibilidade recíproca presente nos discursos.

Nesse sentido, a análise dos dados foi realizada nesse movimento de leitura exaustiva, identificação de discursos e interpretação e reinterpretação dos achados mediante aporte teórico. A seguir foram reafirmados os pontos principais utilizados no aporte teórico do pós-estruturalismo bem como a apresentação dos resultados obtidos.



Fonte: Acervo Pessoal da autora

*As práticas cotidianas
do Jumu*

4. Balaustres que iluminaram esses caminhos...

Agora, é necessário retomar algumas características do pós-estruturalismo descritas no início desta tese e que foram selecionadas e utilizadas para o estudo. Esse referencial possibilita a escolha de diferentes caminhos para discutir como, dentro de uma dada realidade, a subjetividade é construída e como essa subjetividade constitui os sujeitos por meio de discursos presentes nas práticas cotidianas. A linguagem, o saber e o sujeito são, então, os três pontos/balaustres do pós-estruturalismo utilizados neste estudo para ajudar a compreender como o discurso hegemônico, ou dominante, está colocado nas práticas cotidianas do SAMU.

Entende-se a linguagem como algo que precede o sujeito sendo o mesmo deslocado do centro no sistema de linguagem, entretanto sem desconsiderar que nos constituímos seres na linguagem. A realidade é mediada pela linguagem, pelas regras do discurso, pelas ideologias e pelos códigos culturais que governam o entendimento, ou seja, essa permeia nossa relação com o mundo e com o saber. A linguagem, então, é um recurso dos valores sociais, sendo o discurso a prática material da linguagem (WILLIAN, 2005). Para Willian (2005), é um erro levar o sujeito como ponto de partida dos significados; além disso, existem maneiras de o ser humano constituir-se nas práticas discursivas, por meio de associação de vocabulários, técnicas e autoridades, ou seja, discursos hegemônicos que mostram como as coisas e os sujeitos devem ser. Além disso, a linguagem também tem função construtiva e efeitos como por exemplo quando se realizam classificações (bom/ruim, eficiente/ineficiente) ou ordenações das coisas e sujeitos na sociedade, aquele é o doente mental, o outro é homossexual e outros são o trabalhador do mês ou o gerente do ano. Essas denominações promovem organização, reorganizações e mudanças de comportamentos na sociedade.

Da mesma forma, o saber possui dispositivos para a produção de significados como grades de visualizações (vulgo olhar viciado), vocabulários, normas e sistemas de julgamentos engajados aos sujeitos no mundo dos discursos dominantes, sendo esse significado repassado para os demais sujeitos que acabam por incorporá-lo como verdade – o saber produz verdades (WILLIAN, 2005). Nesse sentido, embora a realidade seja questionável, a dúvida não está na realidade do mundo, mas sim relacionada ao que podemos saber sobre ele e como as coisas realmente acontecem, o saber que nos prende na caixa. Isso nos leva a pensar que as ideias são efeitos dos significados que aprendemos e reproduzimos. O saber que nos é dado passa por prismas e filtragens do que é colocado pelas hegemonias como necessário disseminar na sociedade para que essa permaneça sempre sob controle, ou seja, a manutenção da ordem dos dominados e dominantes.

Ainda cabe destacar que há uma incredulidade sobre a autonomia da consciência humana, diretamente acessível pela agência e subjetividade e pelas condições históricas – sendo o posicionamento sobre o sujeito no pó-estruturalismo. Esse referencial critica não somente o conhecedor isolado e atomista, mas também o individualismo. Acredita-se que os sujeitos são constituídos e reconstituídos nos discursos que ocorrem a todo momento durante o processo de pensar e falar.

A linha que irá unir esses três elementos, a linguagem, o saber e o sujeito, é o discurso que foi utilizado como principal ponto de análise neste estudo, mais especificamente, o discurso presente no cotidiano de trabalho do SAMU. O discurso foi o principal pois também houve a observação participante registrada em Diário de Campo. Entretanto, o discurso também foi um dos fatores limitantes deste estudo uma vez que os sujeitos foram considerados livres para dizer o que queriam, podendo alguma coisa ser omitida ou destacada de acordo com a percepção que esses profissionais tinham sobre o que era importante pensar e dizer sobre seu cotidiano. Esta tese cujo objetivo foi *analisar os discursos hegemônicos incorporados nas práticas cotidianas dos profissionais do SAMU de Belo Horizonte, de forma a configurar as relações de visibilidade e reconhecimento*, encontra-se dividido em dois momentos, discutidos a seguir: *Relações de Dominância no cotidiano de trabalho do SAMU, e Visibilidade e reconhecimento nas práticas cotidianas de trabalho do SAMU*.

As práticas, então, são entendidas como um cenário onde o discurso pode ser objetificado e compreendido, conforme conceituações extraídas de Michel de Certeau e Michel Foucault, sendo, assim, um conjunto de procedimentos organizados e que se organizam socialmente num determinado espaço e tempo. As práticas cotidianas estão na dependência de um grande conjunto, de difícil delimitação que provisoriamente pode ser designado como o conjunto de procedimentos – esquemas de operações e manipulações técnicas. Esse entendimento diferencia-se de outros autores como Gadamer (1989) que compreende a prática como um tipo de processo. Gadamer (1989) ainda mantém seu entendimento intimamente relacionado à comparação da prática com a teoria, nos moldes da conceituação dicotômica grega na origem dos termos “teoria e práxis”, onde prática se refere ao processo pelo qual a teoria se torna parte da experiência e é considerada um passo necessário para a construção do conhecimento válido (GADAMER; MARSHALL; WEINSHEIMER, 2004).

A prática cotidiana, então, é o espaço desse estudo, a ser analisado por meio dos discursos ali construídos. Retomando esse sentido de Certeau(2012), para quem “o espaço efeito produzido pelas operaç , o circunstanciam, o temporalizam, e o

levam a funcionar em unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contratuais” (CERTEAU, 2012, p.201). Nessa concepção, entende-se a existência de relações de poder e de dominância que, por meio de estratégias, predispõe a ordem existente que é burlada por táticas criadas e utilizadas no cotidiano de trabalho do SAMU pelos sujeitos que fazem parte dessa realidade.

4.1. Relações de Poder e de Dominância no cotidiano de trabalho do SAMU

Tradicionalmente, o poder é estudado como um objeto, coisificado, negativo, que pode ser usado por alguém para manter o controle e os níveis de hierarquia, que pode ser passado de um para outro em função da posição social ou cargo, sendo exercido por meio de ordens e regras, ou seja, comando e controle. Mas, neste estudo, buscou-se compreender o poder como algo mais complexo e com importante componente relacional; uma vez que, acredita-se que o poder permite diferentes caminhos para ser discutido e entendido. O poder possui ainda interfaces com o discurso hegemônico cujo entendimento também ultrapassa a questão de relações de forças e avança no sentido da construção das subjetividades dos sujeitos.

Latour (1986)⁴ destaca que há um tradicional paradoxo sobre o entendimento do poder que pode ser compreendido por dois caminhos; sendo um, quando o ator simplesmente tem o poder (em potencial) nada acontece e ele é impotente e o outro caminho seria quando o ator exerce o poder (em ato) nos outros, ou seja, aqueles que executam as ações propostas, corroborando também com a ideia de Foucault com o poder como potência e ação. Nessa discussão, Latour (1986) também argumenta que o poder não é algo que alguém possa possuir, mas certamente deve ser tratado também como uma consequência de alguma ação em vez de ser apenas a causa de uma ação. Ele ainda destaca que o mundo moderno é sutilmente construído por ferramentas e tecnologias que são ubíquas e não podem ser significativamente separadas apenas em o que é humano e o que não é humano, aplicando uma análise de atores

⁴ Bruno Latour, nasceu em 1947 em Beaune, Borgonha-França, se formou primeiro em filosofia e depois em antropologia. Ele é um dos fundadores dos Estudos Sociais da Ciência e de Tecnologia sendo um dos principais pensadores da Teoria do ator-rede (Actor Network theory). Essa teoria destaca a importância de ao se analisar a atividade científica, considerar tanto os atores humanos quanto os “não-humanos”, devido o princípio de simetria generalizada relacionada a esse último, cuja ideia deve ser não só do estudo do erro e do acerto mas sim da sociedade e da natureza afirmando uma continuidade radical entre o verdadeiro e o falso. Esse autor está sendo usado de forma a contribuir na discussão com a noção dos atores em rede, onde a noção de rede refere-se a fluxos, circulações, aliança e movimentos em vez de remeter a uma entidade fixa, ou seja, não reduz o ator a um ser sozinho e o conceito dos atores “não-humanos” na afirmação das práticas e discursos dominantes, ou seja, o papel da tecnologia também na manutenção da ordem.

humanos e não-humanos também nas questões relacionadas ao poder considerando serem esses atores pertencentes as relações sociais e de poder.

Foucault (1990), com a mesma preocupação em mostrar a complexidade do poder, descreve algumas de suas características, tentando ampliar os caminhos para compreendê-lo, tais como a ideia de multiplicidade de relações de forças; de processo; de suporte; de disjunções e contradições; e de estratégias.

O poder, como multiplicidade das relações de forças, é inerente à esfera em que opera, constituindo sua própria organização que ocorre em diferentes espaços e lugares e com todas as pessoas. Enquanto processo, o poder se apresenta por lutas contínuas e confrontamentos, transformações, reforços ou o inverso deles. Como suporte, o poder decorre das relações de forças, encontradas em cada um; formam uma cadeia ou um sistema em que se baseiam algumas ações, discursos dentre outros. As disjunções e contradições que, isoladas de cada um ou como um mecanismo, podem incluir ou excluir pessoas em um contexto ou sociedade, e, por último mas não menos importante, como estratégias que podem tornar-se efeito de um design geral ou a cristalização institucional que está corporificada (FOUCAULT, 1990). Corroborando com essa ideia de poder enquanto uma estratégia, Certeau (2012) explicita que estratégia é uma série de procedimentos (cálculos, manipulações das relações de poder) possíveis de realizar-se pelo isolamento de um objeto e sustentado pelo desejo e pelo poder, que organizam e determinam um lugar que pode ser administrado em relação a uma exterioridade composta por alvos e ameaças (JOSGRILBERG, 2005).

Seguindo essas várias possibilidades, percebe-se que o poder é substrato móvel de relações de forças que constantemente produzem os estados de poder e que podem vir de qualquer lugar. Permeia cada característica da vida organizacional sendo que existem múltiplos pontos de resistência bem como múltiplos pontos em que é exercido e afetado, não considerando aspectos de uma porção menor onde vem submerso nas práticas disciplinares (DREYFUS; FOUCAULT; RABINOW, 2002; MICHEL FOUCAULT, 1995; MUMBY; STOHL, 1991). Além disso, o poder é textual, semiótico e inerente às muitas possibilidades de sentido e de significação do mundo social (CLEGG, 1989). Essas características do poder tornam-se relevantes quando pensamos em estudá-lo num contexto do discurso que organiza as práticas no cotidiano de trabalho, mostrando ser importante uma análise multifatorial e complexa dessas práticas pelo seu caráter de signo e significado.

Ao mesmo tempo, cabe destacar que o poder não é simples coerção, mas também um processo unânime sobre o qual as relações sociais são articuladas (MUMBY, 1988), uma vez que pode ser exercido por meio dos significados do sistema de ideias – discurso – que pode

mobilizar pessoas para trabalhar do mesmo lado das ideias hegemônicas ou para lutar contra elas propondo desafios. Nessa análise, o poder é entendido como uma força produtiva, nem boa nem ruim, que torna possível traçar os efeitos do poder e seus arranjos particulares que produzem subjetividades e resultados esperados ou não. Assim, o estudo desse poder produtivo depende de uma análise de como as coisas acontecem na prática local por meio das relações discursivas que permitem que muitos discursos hegemônicos sejam propagados e modelem ações cotidianas.

A ideia inicial de toda essa apresentação anterior deve-se à necessidade de se apresentar uma concepção diferente daquela negativa do poder na tradição política que identifica poder com o Estado e tende a confundir relações de poder com relações de dominação. Para Foucault (1984), as pessoas, quando falam de poder, ligam-no a uma estrutura política, um governo, uma classe social dominante, um senhor de escravos, entretanto,

[..] não é absolutamente o que penso quando falo das relações de poder. Quero dizer que nas relações humanas, quaisquer que sejam elas – quer se trate de comunicar verbalmente [...] ou se trate de relações amorosas, institucionais ou econômicas –, o poder está sempre presente: quero dizer, a relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro. São, portanto, relações que se podem encontrar em diferentes níveis, sob diferentes formas; essas relações de poder são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas (MOTTA, 2004, p.276).

O poder, então, passa a ser compreendido como uma prática social e histórica e não como uma “coisa”, um objeto natural que alguns possuem, muito menos uma categoria unitária e totalizadora, uma vez que se apresenta de forma heterogênea e em constante transformação não possuindo uma essência econômica. A glória atribuída ao poder são quimeras que escondem sua verdade, ou seja, essa estratégia de esconder a verdadeira realidade do poder como algo inatingível ao homem comum, para a maioria da população, é manter essa “sem consciência” do que é o poder sendo então importante as diferentes formas de vigilância para assegurar a hegemonia dessa consciência.

O poder, difuso e que se concretiza na relação entre forças que tecem uma complexa rede de micro e macro-poderes, podendo estar ou não integrados ao Estado, pode ser exercido de diferentes formas pelos sujeitos se estes se encontram igualmente posicionados na sociedade. Cabe novamente destacar que o importante não é fazer julgamentos de valor do poder como certo e errado, mas compreender a capacidade das relações de poder para construir novos discursos e produzir novas subjetividades, ou seja, como as coisas acontecem.

É preciso parar de sempre descrever os efeitos do poder em termos negativos: ele 'exclui', ele 'reprime', ele 'recalca', ele 'censura', ele 'abstrai', ele 'mascara', ele 'esconde'. De fato, o poder produz o real; produz domínios de objetos e rituais de verdade (MATOS, 2004,p.278)

Entretanto, para além do poder, também existe a dominação, como uma forma de relação presente na sociedade e que recebeu destaque nas relações percebidas no discurso cotidiano desse serviço. A dominação é uma estrutura geral de poder cujas ramificações e consequências podem ser encontradas nas fibras descendentes e mais incalçitrantes da sociedade (FOUCAULT;GORDON, 1980). Ela só pode ser transcrita como um mecanismo de poder resultante do confronto e suas consequências; e, além disso, está relacionada aos conflitos e clivagens que decorrem das relações. Mas o que faz com que a dominação de um grupo, de uma casta, ou de uma classe, juntamente com a resistência e revoltas, é o fato dessa dominação se deparar com um fenômeno central na história das sociedades bem como a falta de consciência sobre o poder como relacional fazendo a manutenção do binômio dominação - resistência. Esse fenômeno manifesta-se de forma maciça e por meio de universalizações, ao nível de todo o corpo social, e o travamento das ações junto às relação de poder com as relações de estratégia e os resultados do processo de sua interação (MUMBY;STOHL, 1991).

Salienta-se que, quando falamos do que nos domina, é necessário pensar na forma como isso está sendo feito para que não se propague apenas a voz da própria dominação reconhecendo-a como totalitária e incapacitante, pois a linguagem é também um lugar de luta e ao mesmo tempo de perpetuação das estruturas de dominação. Assim, o discurso, enquanto constituído pelos sistemas de linguagem, não é aquele que somente traduz as lutas ou sistemas de dominação, mas pode ser entendido também como aquele por meio do qual se luta e aquele de que alguém que se apossa (FOUCAULT, 2012), ou seja, ele pode ser ao mesmo tempo objeto de luta e de dominação.

As relações de dominação e poder têm características diferentes porque o segundo é mais móvel e exige liberdade e consentimento, enquanto as relações de dominação são fixas. Nas relações de poder, é necessário distinguir entre potência aplicada sobre as coisas que dá a capacidade de modificar, usar, consumir, ou destruir, e um poder que deriva de habilidades diretamente inerentes ao corpo ou interpretadas por instrumentos externos sendo essa uma questão de habilidade/capacidade que caracteriza o poder (DREYFUS ET AL., 2002). O poder, enquanto uma estrutura presente nas relações de poder e nas de dominância, pode ser caracterizado no SAMU não só em sua estrutura organizacional hierárquica, mas também nas

relações e nos discursos que se perpetuam em torno dos profissionais em seu cotidiano de trabalho.

De acordo com Velloso (2011), o SAMU é um lugar privilegiado das relações de poder que refletem a singularidade e os conflitos inerentes ao trabalho de uma equipe profissional que desenvolve suas práticas no estreito âmbito do relacionamento com outros profissionais e de outros níveis de cuidado (VELLOSO, 2011). Alguns estudos atribuem forte representação de poder sobre o SAMU na rede de saúde, por ser um serviço organizado em uma visão centrada no médico, embora tenha diferentes categorias profissionais que nele trabalham e que necessitam serem colocados nesse cenário, pois desempenham importantes papéis nas relações desse serviço. Na rede de serviços de saúde, é possível pensar que as relações de poder têm uma natureza específica e pode ser compreendida na diversidade de sua sequência lógica, suas habilidades e suas interrelações.

Relações de poder são diferentes de exercício de poder. O exercício não é simplesmente uma relação entre indivíduos, parceiros ou coletivos, mas sim uma maneira em que certas ações podem modificar os outros. Dessa forma, o SAMU age de maneira a criar e modificar o caminho lógico que os serviços de saúde adotam em seu funcionamento no Sistema de Saúde e mudar a ideia de que o paciente precisa ir ao serviço ou marcar um atendimento por seus próprios meios. Ao subverter a ordem estabelecida, indo ao encontro do usuário para atender suas necessidade, encaminhando-o ao serviço fixo, cria outro tipo de relação com o usuário e com os profissionais que não podem recusá-lo. Mas, esse tipo de mudança leva os profissionais de outros serviços a terem uma representação negativa sobre o trabalho do SAMU. Eles geralmente já trabalham com sobrecarga da demanda sendo o SAMU responsável por aumentá-la e ainda possuem um aparato legal para forçá-los a receber esse paciente, mesmo que aleguem não ter condição de fazê-lo. Esse “aparato de poder legal” dado pelo Ministério da Saúde para o SAMU causa conflito nas relações entre o SAMU e os demais serviços de saúde da rede.

Parte-se do pressuposto que a relação de poder é resultado de um consentimento prévio ou permanente, mas não é, por natureza, a manifestação de consenso. Nesse sentido, pode-se inferir que, em relação aos demais serviços, o SAMU apresenta relações de poder que, em determinados momentos, apresenta-se mais como relações de dominação. O SAMU é integrado em um campo desigual de possibilidades de relações trazidas para estruturas permanentes, na rede de serviços de saúde. Foucault (2002), então, sugere que, em uma relação de poder em que a pessoa não tem possibilidade de atuar como exceção a uma forma prescrita, isso não é uma relação de poder, mas sim de dominação (DREYFUS ET AL.,

2002). Dessa forma, embora possamos dizer que o SAMU mantém relações de poder, por vezes nesse estudo ela foi melhor compreendida como relação de dominação em torno de seu contexto de atuação, não sendo então as relações de poder colocadas como foco nesse estudo.

Os profissionais do SAMU partem do princípio de que possuem importante papel e devem ser reconhecidos pelos demais serviços da própria rede, sendo óbvia a ideia de, ao chegarem com o paciente, este deve ser atendido e não podem ser questionados porque este serviço é referência para continuar o atendimento ao paciente.

Não tem resistência, eles sabem que tem que cumprir o dever. (...) a Secretaria de Saúde nos dá apoio em tudo, em todos os sentidos, apenas a entrada (na rede de serviços de saúde) tem um pouco de resistência com o SAMU (...). se não houver vaga, a entrada, já sabem que têm de aceitar. (...) E, obviamente, este "Vaga Zero", quando o paciente é uma emergência, é automaticamente colocado em operação, isto é automático (E20)

Segundo o entrevistado, os outros serviços não têm resistência em receber os pacientes do SAMU, porque sabem que o serviço tem apoio da Secretaria de Saúde; assim, ele afirma que isso gera uma obviedade do fato, ou sua normalização e por isso os outros profissionais não têm resistência, e quando não há resistência há então a dominação. Assim, o SAMU possui uma forte representação e importância reconhecida por órgãos do Sistema de Saúde. Essa fala estabelece, ou pode deixar subentendido que todos os profissionais da rede de saúde assim como o SAMU possuem conhecimento do arcabouço legal (normas e regulamentos da rede de saúde) que lhes confere a capacidade de ter clareza de que o serviço móvel oferece um atendimento "especial" e que deve ser atendido como tal. Também é relevante o fato dos profissionais do SAMU usarem um uniforme diferente do utilizado por outros profissionais de saúde, bem como um automóvel especial que deve permitir acesso de forma "rápida" pelas ruas e estradas e que também confere maior visibilidade ao SAMU, esses aparatos, considerados atores não-humanos dessa relação, lhes confere uma identidade particular e um auto-afirmação ao profissional imbuído desses atores, a serem abordados a frente.

Essa relação de dominação presente no relacionamento do SAMU com outros serviços da rede de saúde, ocorre também na organização das relações internas do seu cotidiano. Nesse sentido, alguns entrevistados destacaram a necessidade de se obedecer as regras para evitar os conflitos e manter o serviço funcionando o que pode ser interpretado como um consenso que mantém a relação do binômio dominação-resistência.

Então, nós temos que obedecer esta hierarquia interna, certo? Eu acho que, aqui, todo mundo tenta se colocar em seus próprios sapatos. (E12)

Mas tudo isso não deve ser questionado, estamos aqui para trabalhar, então eles têm de ir para onde são solicitados. (E21)

Infere-se, das entrevistas e observações realizadas no serviço, que existem tanto relações de poder como também relações de dominância sendo que essas relações organizam o trabalho, o desempenho dos profissionais e são propagadas em seus discursos cotidianos. Entretanto, as de dominação são mais visíveis e recorrentes. Os profissionais dizem precisar obedecer a hierarquia, as normas e rotinas para manter o funcionamento do serviço, porque esse é muito importante e útil para a população, sendo responsáveis por algo de errado que aconteça, ou alguma falha que aconteça no atendimento do serviço.

Esse discurso de utilidade e de essencialidade do serviço é propagado entre os profissionais imbuindo-os de orgulho de trabalhar em algo “especial e útil”, o que os faz sentir-se também únicos e especiais e, ao mesmo tempo, de forma subliminar, “compartilhar” a responsabilidade do sucesso e do fracasso desse serviço.

Porque, quem sabe a história do SAMU, sabe que o que temos hoje é muito. Aqui, olhe para essa central, olhe quantas luvas (...) eu segui este [serviço] aqui desde que começou. Eu amo este serviço. Eu não tive a sorte de vir trabalhar aqui antes, mas agora eu vim. (E14)

O discurso acima mostra todo o orgulho do profissional em trabalhar no SAMU e a representação que esse serviço tem para ele; entretanto é preciso destacar que o exercício de poder utiliza certa economia de discursos de verdade, que opera por meio de associações e conduz a prática de muitos. Assim, “o exercício do poder consiste em orientar a possibilidade de conduta e colocar em ordem o possível resultado” (DREYFUS, ET AL., 2002, P.221). Sobre esses discursos de verdade, Foucault destaca que “estamos sujeitos à produção da verdade através do poder e não podemos exercer o poder, exceto através da produção de verdade” (FOUCAULT;GORDON, 1980, P.30).

O SAMU possui um arcabouço legal amplo desde sua criação e implantação no sistema público de saúde. Sua regulamentação foi criada passo a passo, de forma a colocar o serviço, que pode ser acionado por meio de uma ligação telefônica, em uma posição de destaque e ao mesmo tempo vinculá-lo a todos os outros serviços na rede de saúde. Essa regulamentação concede-lhe certa prioridade e uma espécie de supremacia, se comparado aos demais serviços porque o SAMU permite um acesso mais fácil e rápido ao serviço de saúde. Todo esse arcabouço legal pode ser visto como um produtor de verdade e de poder para o SAMU frente aos demais serviços e a população.

Em torno do SAMU, temos um discurso legislativo e um discurso de grande utilidade que pode reduzir a possibilidade de luta, porque é por meio dos discursos de verdade sobre a grande importância desse serviço para a população e para os outros serviços de saúde que podem ser mantidas as relações de dominância pouco claras. Outro ponto que ajuda a manter essa ordem e as relações de dominância de forma subliminar é a governamentalidade que acontece nesse campo, uma vez que essencialmente, o poder é menos uma confrontação entre dois adversários ou a ligação de um para o outro, mas é uma questão de governo (DREYFUS ET AL., 2002).

A questão da governança envolve um processo multifacetado e uma interpretação contínua, conflitante e de atividade que produz regras em constante mudança (BEVIR, 2010). Além disso, a ação de governar continua a ajudar a manter relação entre conhecimento, poder e verdade. A concepção de governar é a maneira em que a conduta de indivíduos ou de grupos pode ser modificada (BEVIR, 2010,p.221) e os modos de ação, mais ou menos considerados e calculados, podem ser redirecionados a agir de acordo com as possibilidades de ação de outras pessoas. Governar é estruturar o possível campo de ação dos outros (BURCHELL, GORDON, MILLER, 1991) e da estratégia para manter a organização social dominante na sociedade, nesse caso, na organização interna e externa do SAMU.

Para Foucault (2012), são concomitantes a existência do poder a existência da resistência, devido à dissonância encontrada entre os arranjos centralizadores sobre a gestão de coletivos e a experiência cotidiana dos indivíduos, e também entre racionalidades distintas que procuram consolidar como discursos dominantes para constituir verdades de um determinado tempo e lugar. Relações de poder produzem condições de resistência uma vez que, as “tentativas de governabilidade externa não podem simplesmente se impor sobre os sujeitos” porque sempre existirá a possibilidade de que esta seja quebrada. Os sujeitos sempre têm a possibilidade de reagir às relações de poder e de alterá-las, refutando a lógica prescritiva e determinista de discursos e práticas dominantes de um dado período histórico (GASTALDO,2011). Algumas das formas de se reconhecer essa resistência são a crítica e os questionamentos apontados pelos profissionais sobre seu cotidiano.

Quando o profissional começa a fazer perguntas e criticar suas práticas, são chamados a modificar sua relação com quem os “governa”; além disso, ao fazer isso, eles estão sendo convidados a mudar sua relação com eles próprios e isso, então, os torna mais conscientes das formas que o poder incide sobre suas vidas individuais e sobre o que sentem. Tais técnicas de governo são invisíveis, mas outros aspectos são visíveis, como quando os sujeitos, de forma individual, são apontados como tendo contribuído de forma específica e importante

para a construção do "problema" (PURKIS, 2001). Dessa forma, um determinado problema, que seria da coletividade, é colocado sobre a responsabilidade de um indivíduo, reduzindo algo do espaço do sistema para um espaço local e individual. Essa estratégia é utilizada pelo governo brasileiro e de vários outros países, bem como nas diferentes sociedades capitalistas.

A estratégia de governança usada pela política brasileira de saúde, primeiro individualiza a cada profissional a responsabilidade de trabalhar em um serviço de grande utilidade e, ao mesmo tempo, tenta negar o conhecimento local e colocar em evidência o conhecimento do sistema para ajudar a manter o serviço funcionando em sua lógica Universal e Integral de assistência à saúde.

Eu acho que a gestão tornou-se política, é aquela coisa: "Eu sou o chefe, eu mando em tudo aqui, eu estou aliado com o político tal". Então, na nossa administração, as pessoas têm vontade, mas não estão interessadas em colocar em prática o que o SAMU sabe, temos que fazer o que a população quer (E4).

Ficamos com a sensação de que a política de saúde pesa um pouco mais, favorecendo alguns pontos, algumas vezes, em detrimento de outros pontos que julgamos que são mais importantes (E6).

O conhecimento local dos profissionais do SAMU, aquele construído nas práticas cotidianas, por vezes, é colocado de lado porque eles precisam obedecer as regras do sistema e mostrar como eles trabalham alinhados com o que o Sistema de Saúde prescreve. Para Foucault (1980), o conhecimento local é considerado um conhecimento desqualificado, tanto como "insuficientemente elaborado" quanto "localizado de baixo para baixo na hierarquia e considerado de baixo nível exigido de cognição ou cientificidade" (FOUCAULT; GORDON, 1980 P.40). Ele defende a "união" (em vez de uma oposição) do conhecimento histórico acadêmico e o conhecimento local específico e, dessa união, ele mostra como eventos históricos particulares e formas de contestação de poder produzem certas formas de conhecimento, discursos e sujeitos. Essa ideia introdutória apresentar-se-á ao longo de toda essa discussão, uma vez que as táticas, presentes nas práticas cotidianas são aqui consideradas uma forma de constestação de poder e das ideias dominantes.

Algumas vezes as pessoas pensam que todo conhecimento é universal e igual para todos, porque o comparam sempre à verdade. Entretanto, o conhecimento é localizado, situado e fugaz podendo responder de acordo com os interesses pela diversidade de verdades existentes, ligadas ao contexto, ao tempo, ao lugar e à linguagem. (HAMILTON; MANIAS, 2009).

Nossa compreensão, configura-se um espaço em branco, entre o conhecimento formado pelos trabalhadores do SAMU que participaram na construção dos saberes de funcionamento e organização desse serviço peculiar e o que é colocado como saber técnico-

científico e legal a esse serviço. Os saberes desses profissionais estão entre as várias questões “esquecidas” por esse saber empregado e considerado de pouca importância e desprezado. Segundo Barros et al (2011), a desvalorização do saber empírico está ligada não unicamente a uma atitude deliberada de gestores, acadêmicos e consultores, mas também a um movimento próprio do capitalismo, que não atribui valor a esses saberes transmitidos pelas relações estabelecidas a partir de lógicas estranhas a esses e que são adquiridos, construídos e ganham significado na cotidianidade. Esses autores ainda destacam que essa situação relaciona-se às lutas de poder para se dizer “a verdade”, um importante elemento de construção da sociedade, sendo a legitimação do saber uma característica apenas dos saberes transmitidos e chancelados institucionalmente, como aqueles que são “enviados” pelo Ministério da Saúde e/ou pela Secretaria Estadual de de Saúde de Minas e pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Para Foucault (1999), as práticas sociais podem engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos e de sujeitos de conhecimento. O próprio sujeito de conhecimento é um sujeito histórico e sua relação com o objeto ou, mais precisamente, com a própria verdade que tem uma história. Assim, atrás de todo o saber, o que está em jogo é a disputa pelo poder, sendo que o poder político não está ausente do conhecimento, pois ele é tramado com o saber.

Ainda falando sobre a importância do conhecimento e algumas ilações de como esse pode ser entendido de diferentes formas, existe uma grande parte dos profissionais que alega ser preciso educar a população para saber como usar o serviço de forma correta. Existe, então, o discurso entre os profissionais do SAMU de que uma população educada poderia ajudá-los a organizar sua demanda, embora isso não seja possível porque eles trabalham em um contexto pouco fixo da saúde, com um tipo de atendimento de emergência e urgência, no qual, por vezes, é muito difícil fazer o trabalho como previsto num formulário ou numa teoria de atendimento.

A gente trabalha dentro de uma lógica de urgência, de prioridades, de encaminhamento dos pacientes, mas eu acho que a forma como o SAMU trabalha não é muito divulgada, então a população principalmente não entende que o SAMU não é taxi necessariamente (...) se chamar para alguma situação que, avaliada pelo médico, não tem necessidade, não vai (...) no próprio sistema não existe um esclarecimento da função real do SAMU, do papel do SAMU na rede, né? (E17)

Uma das coisas que o SAMU precisa hoje é de educar a população sobre como utilizar o SAMU e construir uma estrutura com o todo, com a UPA e hospital e todos (E4)

Nesse trecho pode ser explorado que os profissionais acreditam que a educação da população para entender e começar a usar o serviço de uma forma correta seria a resposta para as lacunas do sistema, ou seja, resolveria o problema de organização da demanda e os conflitos de sobrecarga da rede. Esses profissionais, então, entendem que os problemas que enfrentam hoje podem ser individualizados na ignorância da população e assumem para si que, quando algo está errado e o paciente tem problemas, é porque o SAMU não funciona como deveria e não consegue visualizar que o sistema, ou a rede de saúde como um todo, é que passa por questões de má organização e de gestão dos problemas.

Na compreensão de Foucault (1979), a situação citada acima corresponde a um efeito da governamentalidade que em seu sentido amplo significa o uso de técnicas e procedimentos para direcionar o comportamento humano. E, também, é um conjunto "formado pelas instituições por meio de procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem o exercício muito específico embora complexo de uma forma de poder "(FOUCAULT, 1979, p.70). Em suma, a governamentalidade refere-se à conduta da conduta, especialmente as tecnologias que governam indivíduos, sendo que supõe e exige a atividade e a liberdade dos governados para acontecer. Nesse sentido, a governamentalidade e poder disciplinar circunscrevem a vida cotidiana no SAMU, sendo que ambos trabalham usando a normalização e individualizando as responsabilidades, ou seja, inculcando no sujeito a ideia da corresponsabilidade pela fluidez do sistema.

Assim, a disciplina "forma" indivíduos, sendo uma técnica específica de poder que se refere a indivíduos tanto como objetos quanto como instrumentos de seu exercício (FOUCAULT, 1995). O poder disciplinar possui três instrumentos: a observação hierárquica, a normalização e o exame. Esses três instrumentos formam os profissionais do SAMU com subjetividades diferentes dos de outros serviços, podendo esses instrumentos serem visíveis nas tarefas descritas pelos entrevistados, em diferentes posições na estrutura hierárquica bem como ser compreendidos numa observação próxima desse serviço. A estrutura espacial e arquitetônica, a legislação e a organização do trabalho no SAMU permitem um nível distinto de observação e de controle sobre suas ações profissionais. Enquanto alguns comportamentos dos profissionais, principalmente quando esses destacam a necessidade de trabalhar mais e de se dedicar mais ao serviço demonstrando uma cobrança sobre seu desempenho e uma tênue limitação entre a vida profissional e a vida pessoal. Os profissionais são condicionados a se sacrificar em nome da manutenção de um serviço que não pode parar.

Quando precisam de alguma coisa me ligam qualquer hora do dia ou da noite, final de semana também se precisar eu tenho que vir (...) de segunda a sexta venho todos os dias, não necessariamente eu estou aqui todos os dias, mas é que eu estou sempre envolvido com SAMU, né(E20)

Às vezes a gente vai almoçar 14:30h, 15hs da tarde e às vezes com muita insistência, "noh a gente precisa almoçar, a gente tá passando mal". A gente tem que brigar às vezes para poder conseguir comer entendeu. É...às vezes passa muito fora do horário da gente (...) tem dia que a gente larga 19:30hs, 20:00hs, 20:30hs, nós já largamos até 21:30hs da noite. (...) Até o pessoal da noite mesmo (...) não tem horário de jantar, não tem horário de dormir, então às vezes os meninos vão jantar 02:00hs da manhã, 03:00hs da manhã, isso não é hora de jantar. Então às vezes os meninos rodam a noite inteira, só cochilam (E12)

E ai, tem essa situação né, a gente tem a hora de entrar, não tem hora de sair, porque caso a gente não tem essa rotina de terminar o plantão às 19 horas (...) enquanto tem chamado a gente está na rua a gente tem que permanecer mais, é isso (E17)

Esses profissionais ressaltam seu empenho em manter o serviço mas ao mesmo tempo, mostram que seus limites são na maioria das vezes ultrapassados. Essas pessoas trabalham, muitas vezes, contra seus próprios interesses individuais porque se sentem tão envolvidos no processo de manutenção do serviço que não conseguem separar-se do todo. É o discurso da engrenagem que mantém as organizações funcionando, na qual cada individuo é peça-chave. Eles se veem inscritos no interesse do outro (usuário e serviço) sendo suas preocupações traduzidas em ações para a realização e manutenção, de forma inconsciente dos interesses dominantes(PURKIS, 2001). Embora tenham ocasiões, geralmente nas reuniões de equipe, para expressar suas apreensões e perceber que essas são semelhantes às dos outros, mas como essa homogeneização de preocupação acontece não é extrapolada pelos profissionais e muito menos questionada, pois eles estão embebidos pelo discurso da instituição que não a veem de forma crítica.

A subjetividade individual ou identidade é fabricada por meio de seu enredamento em práticas sociais e comunicativas (MUMBY;STOHL, 1991). Além disso, esse processo pode mostrar que a ideologia não é apenas ideacional, mas é bastante fundamentada materialmente nos processos discursivos do cotidiano (MUMBY;STOHL, 1991). A dominância tem o poder, como uma ordem aparente, de se estabelecer e ser simbolizada em inumeráveis formas discursivas e práticas.

Outra questão que torna esses profissionais do SAMU, em especial os tripulantes das ambulâncias, muito ligados ao tipo de assistência "redentora" que prestam, é a relação face a face com os usuários, ou seja, uma relação de proximidade com os pacientes em diferentes lugares. Nesses lugares, é difícil para alguns trabalhadores separarem-se do processo, pois eles se sentem, algumas vezes, mais responsáveis por esses pacientes que estão ali em sua frente que em outras situações. E, da mesma forma, eles também sofrem uma carga de

pressão da sociedade pelo fato de estarem mais visíveis, e prestarem assistência sem a proteção dos “escudos”, das paredes e dos demais profissionais da equipe de saúde de um serviço tradicional .

Todos os momentos em que eles trabalham na rua muita gente se detém para observar o que acontece e, por vezes, ajudá-los ou perturbá-los. Transeuntes tentam entender o que está acontecendo e, ao mesmo tempo, tentam analisar as técnicas de atendimento do SAMU e nesse movimento, chamam toda a responsabilidade “sobre a vida e a morte” do paciente para o tempo gasto e tipo de atendimento dispendido pelo SAMU. Da mesma forma, esses profissionais também se sentem totalmente responsáveis pelo tipo de assistência que prestam não conseguindo separar em alguns momentos o que seria realmente sua parcela de culpa em determinados casos. A culpa torna-se, então, um mecanismo que garante que um problema que é de um nível maior de responsabilidade ,como por exemplo a distribuição de verbas para a manutenção do serviços, seja atribuído ao indivíduo.

Porque o SAMU ele fica de suporte, porque o SAMU está na rua, está na cara do...problema, entendeu, ele não é a UPA que está lá pronta, esperando que pode fechar a porta, SAMU não tem jeito, SAMU tem que ir lá e recolher e lá abrir aquela porta de novo, voce entendeu?(E4)

Embora aqueles que estão atendendo na rua sejam considerados os olhos do sistema, esse olhar muitas vezes é desconsiderado por quem está na Central de Regulação, estabelecendo-se, assim, um paradoxo entre o que é visto e experienciado por quem está na rua e aqueles que estão trabalhando baseados em protocolos e procedimentos operacionais. Novamente, o conhecimento local é desacreditado em prol de se seguir protocolos, ou seja, conhecimento “científico”, pois uma vez feita a triagem e determinado que aquele paciente deve ir para um serviço de saúde, essa ordem não é mais modificada pela Central, mesmo que a situação verificada no local seja outra.

(...) eles me mandaram deslocar uma ambulância do sistema, para ir ver, uma coisa que eles mentiram para mim, a população aprendeu a mentir, e aprendeu mesmo. Outra coisa é a central virar para mim e dizer leve eles lá para a UPA, outra coisa é isso, porque se eu estou ali, estou sendo os olhos do sistema naquela hora, eu virar e falar que o paciente não tem nada e a central mandar eu pegar o paciente e levar a UPA, entendeu, então é porque a central não está acreditando em mim. De eu falar, o paciente não tem nada, dá para ir por meios próprios. Não, você vai pegar e vai levar , é uma coisa. (E14)

Esses dois extremos estão ligados por questões que perpassam uma relação de confiança entre profissionais e deveria ser construída em um convívio que não existe, estando

essa relação baseada em um “mundo virtual” que torna ténues as interrelações e mais propícias a conflitos. Embora os médicos do SAMU rodem entre a assistência na Ambulância e na Central de Regulação, isso que deveria garantir um maior entendimento dessas situações paradoxais, na realidade, parece contribuir negativamente, deixando-os mais desconfiados sobre o que está realmente acontecendo na cena.

Alguns estudiosos argumentam que os discursos hegemônicos parecem naturais na sociedade, repousando sobre uma base de poder estabelecido e institucional e que serve para manter o status quo. Foucault (1980) rejeitou a ideia de qualquer discurso como todopoderoso; ele buscou, com seus estudos, reconhecer como a persistência de alguns discursos acontece, e mostrar como esses discursos que chamamos de hegemônicos são instáveis e podem ser contestados e questionados. Assim, Foucault mostrou uma preferência por explorar as resistências e anomalias associadas a esses discursos dominantes, ou hegemônicos, dentre os diferentes discursos presentes na sociedade.

Para Foucault (1995), os discursos foram os andaimes para a construção do conhecimento no mundo social, sendo que determinados discursos podem ser considerados, conhecidos e mantidos como verdade. Ao longo de sua obra, Foucault frequentemente dirigiu a atenção para o lugar e a atividade do conhecimento e dos discursos de verdade na sociedade ocidental; entretanto como observaram Rabinow e Dreyfus (1995), Foucault "nunca teve a intenção de isolar o discurso das práticas sociais que o cercam" (DREYFUS; RABINOW, 1995, p.10). O conhecimento, para Foucault, está intrinsecamente ligado às relações de poder locais, no lugar e na atividade de produção do conhecimento e de seu uso. Ele ainda destaca que conhecimento e discursos são igualmente tratados como "sistemas de pensamentos que são contingentes bem como formados nas práticas materiais, não só lingüisticamente, mas também na pratica" (DREYFUS; RABINOW, 1995, p.49).

Para Foucault (1995)

[...]os discursos são ativamente produzidos nas práticas discursivas e que discursos discretos não podem ser sustentados em isolamento, mas estão vivos em contextos temporais e locais da prática. Assim, segue-se a afirmação de que os discursos estão longe de serem entidades estáveis, sendo constantemente reproduzidos, contestados e incrementalmente à medida que eles são praticados (p.21).

Outro ponto de destaque é o conhecimento da individualidade que alguns gerentes/coordenadores disseram ter em torno do que acontece nos plantões e sobre os comportamentos dos profissionais. Esse conhecimento “garante” a alguns gerentes/coordenadores a capacidade de fazer julgamentos e afirmar o que é verdadeiro ou

falso sobre os acontecimentos. Mas esse conhecimento sobre os profissionais também permite, a esses gerentes, um tipo de classificação sobre esses profissionais e suas ações. Segundo Foucault, as instituições disciplinares "operam para transformar os indivíduos: agir sobre aqueles que abrigam, para fornecer um poder sobre a sua conduta, para realizar os efeitos de seu poder de direito a eles, para que seja possível conhecê-los e para alterá-los" (FOUCAULT, 1995, p.172).

(...) eu tenho o perfil do despachante que não faz isso e a outra fica sobrecarregada, a outra que é boa de serviço, trabalha mais, mas eu tenho aquele outro despachante que realmente empenha aquela unidade que reclama mais, para uma lição pra ela, num reclamar mais. Mas isso é mais o perfil do técnico de enfermagem, a gente sabe aquele técnico de enfermagem que reclama, reclama de tudo mesmo que aparece. E você sabe aquele que quando reclama é por que tem razão, sabe então dá pra identificar até qual que é o despachante que realmente faz isso, qual que não faz e qual que é o técnico de enfermagem que realmente reclama de tudo, tudo tá ruim nada serve, então tudo que se faz para ele não serve, reclama do médico, do despachante, da enfermeira, do transporte sanitário, reclama da coordenação, reclama de todo mundo, então tem os dois perfis (E21).

Até o presente momento, foram apresentadas questões relacionadas ao que Latour (1991) considera ser o ator humano das relações; entretanto, esse autor nos faz atentar para o papel dos atores não-humanos. Segundo Latour (1991), quase todas nossas interações com outras pessoas são mediadas através de objetos, como telefone, internet, carta, ou seja, se dá através de uma rede de objetos e uma rede de pessoas, logo essas várias redes participam do social, ajudando a moldá-lo, sendo, portanto, necessárias para se estabelecer o relacionamento social, assim, o social é uma rede heterogênea, constituída não apenas de humanos, mas também de não-humanos, de modo que ambos devem ser igualmente considerados (LATOURE,1991).

Os documentos, formulários, normas e rotinas têm um papel importante no cotidiano do SAMU, bem como o rádio, o telefone, a ambulância e o uniforme. Esses atores não-humanos funcionam de duas maneiras uma diz respeito a produção e manutenção do discurso da Verdade, e o outro refere-se ao controle e a visibilidade das ações e comportamento dos profissionais, que discutiremos na próxima seção. Entretanto, ainda nessa sessão faz-se necessário o destaque da produção de verdade das atas das reuniões e os livros de relatórios sobre a rotina de trabalho. Esse atores não-humanos são usados para manter e espalhar a verdade dos fatos conferindo credibilidade e consenso dos discursos da verdade.

Tudo que é feito aqui é feito em ata de reunião, todas as reuniões (...) tudo é anotado em ata, tudo assinado, documentado. Todas, tudo que entra aqui, ou sai tem o visto

de recebido e tudo que a gente manda que a gente envia nós temos um cópia arquivada, então é tudo documentado, tudo! Nós temos documentos de tudo (E20)
Todos os dias quando eu chego, eu pego o livro de registro (...) e vejo se teve algum problema durante os últimos plantões, as últimas doze horas. (...) se tem algum relatório de não conformidade, se tiver eu já recolho e marco uma visita do funcionário para a gente conversar, para orientação e ver e escutar a defesa dele e ver o que realmente aconteceu (E21).

Os documentos citados, então, são responsáveis por manter a verdade sobre como os fatos acontecerem e ao mesmo tempo a eles é dado o poder de garantir a veracidade sobre o acontecido. A assinatura no documento ainda lhe confere “idoneidade e força sobre a realidade, bem como a conformidade e aceite daqueles que assinaram”, ou o consenso, legitimando que as relações não seriam de dominação, mas sim de poder pela existência desse consentimento, entretanto, sem a real consciência desses atores sobre a relação que estão estabelecendo.

Nesse sentido, a arte de governar aplica-se à vida cotidiana das pessoas caracterizadas e que têm suas identidades/subjetividades confirmadas por diferentes aparatos de poder. Essa arte ainda permite a integração dos indivíduos bem como a "salvação" desses, pois submete individualidades a um conjunto de modelos específicos estabelecidos para torná-los verdade. Assim se estabelece a identidade da pessoa deve ser guiada por essa verdade (FOUCAULT, 1995). Resumindo, o que mantém o poder desses documentos como verdade é a maneira como são criados e sua legitimação pelas assinaturas. A verdade é uma produção desse mundo, que é produzida nele graças a variadas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder (FOUCAULT;GORDON, 1980).

Pode-se dizer que esses documentos são portadores de uma espécie de poder que pode ser entendido como um tipo de micropolítica (do ponto de vista Foucaultiano) e uma economia escriturística (do ponto de vista de Certeau). Tanto a micropolítica quanto a economia escriturística são aparatos de poder que fazem o discurso trabalhar em favor das relações de dominância e também de uma forma estruturada. Certeau compreende o ato de escrever como “uma atividade concreta” que consiste em construir, em seu espaço próprio, em branco (um espaço próprio) um texto que tem um poder sobre a exterioridade da qual foi isolado, bem como a escrita é uma maneira que temos para normalizar as coisas, colocá-las numa ordem estabelecida (CERTEAU, 2012);enquanto, a micropolítica de Foucault refere-se a uma prática de individualizações das práticas do social para o individual, relacionando as menores partes do assujeitamento da pessoa.

Embora seja possível ver que o que é escrito algumas vezes não é totalmente aceito como verdade por todos do serviço, pois a entrevistada nos diz ser necessário checar o que

realmente aconteceu. Ao abrir esse precedente de verificar os fatos, aparece o caminho para a ambivalência do que é declarado como verdade e o questionamento dessa como pronta. Essa ambivalência é o espaço no qual as coisas podem ser mudadas, pois mostra as inconsistências, as contradições, as produções, as disputas e a fluidez do contexto real dos fatos no cotidiano.

Embora Foucault (1980) descreva como a verdade é produzida fora das relações sociais, as relações políticas de poder são "a base sobre a qual o sujeito, os domínios do conhecimento e as relações com a verdade são formados" (FOUCAULT,1980, p.15). Por outro lado, Foucault (1980) quer re-localizar a produção de "verdade" nas relações sociais, bem como nas estruturas sociais. Se tomarmos o trabalho como a única coisa que nos define como sujeitos, é somente porque "uma teia microscópica do capilar poder político foi estabelecido ao nível da própria existência do homem, conectando intimamente os homens ao aparelho de produção (FOUCAULT,1980, p.86)". Para Foucault (1980), a criação do sujeito trabalhador não é o resultado natural de mudanças no modo de produção, mas sim algo que emerge dos processos sociais, sendo "sintético, político, e uma ligação provocada pelo poder" (FOUCAULT,1980,p. 86).

Ao retomar a questão de por que os sujeitos se submetem a relações desiguais de poder, podemos inferir, a partir dos conceitos de Foucault, que essa aceitação de desigualdade social é resultante do processo pelo qual tomamos esse discurso e o incorporamos em nós mesmos - nossas subjetividades. Discursos de verdade reforçam, em larga escala, os padrões de desigualdade enquanto "um dado imutável, certo" é "consolidado" por uma multiplicidade de indivíduos que habitam uma variedade de lugares na sociedade (STODDART, 2007).

O senso de si mesmo, nossa subjetividade, é construída através de nosso engajamento com uma multiplicidade de discursos. Os discursos em si são os portadores de diversas posições de sujeito⁵, ou seja, posições específicas da agência e da identidade em relação a determinadas formas de conhecimento e prática. Nesse sentido, as posições de sujeito são produzidas no discurso, submetidas pelo discurso, sendo preciso localizar a posição a partir da qual o discurso faz sentido, e, portanto, torna os sujeitos "súditos", submetidos 'a seu significado, poder e regulação'.

Quando os profissionais do SAMU dizem que estão tão ocupados e que não podem parar de trabalhar porque a população precisa de sua ajuda, isso nos remete a um discurso da importância de seu trabalho e heroísmo do serviço . Pelo pensamento de Foucault, essa

⁵ Em alguns textos em inglês esse conceito é colocado como a identidade do sujeito, mas faço a opção de manter o termo subject position pois não intento entrar em discussão sobre identidade do sujeito e ideologia em seu conceito mais elaborado. O intento aqui é destacar a formação da subjetividade do sujeito de acordo com a posição em que ele se encontra.

construção de posições de sujeito configura-se pela aceitação das relações de poder social desigual, ou seja, a naturalização dessas desigualdades. E, para essa construção, existem traços essenciais que são divulgados, pois são de valor fundamental para a homogeneização da força de trabalho que, por trás da aparência de neutralidade e à conta de rituais sistematicos, pune os trabalhadores que não legitimam esses comportamentos (MUMBY;STOHL, 1991). Entretanto, a coerção não é a base porque eles usam a construção dominante de um sistema de significado local para que suas ações 'façam sentido' para os sujeitos. Assim, no local de trabalho, existe uma reprodução contínua da dicotomia certo e errado, funcionário do mês (subentendendo que existe o pior do mês), que tenta manter o interesse das dominâncias nos manejos e atividades no cotidiano de trabalho.

4.1.2 A contribuição dos atores não-humanos para a manutenção do discurso hegemônico e do controle no cotidiano do SAMU

O rádio e o telefone são equipamentos que funcionam no SAMU como um sistema de informação e de comunicação sem os quais não há como fazer o trabalho. O telefone é o ponto de contato entre os usuários e o serviço bem como os profissionais entre si, pois serve para o recebimento das solicitações dos usuários e algumas vezes para a determinação de medidas a serem adotadas para os usuários e profissionais. O rádio já está num contexto mais interno do serviço, sendo o principal meio de contato entre a Central de Regulação e as ambulâncias. Resumindo, esses instrumentos possuem um importante papel de organização da assistência, pois fazem o acolhimento de solicitações e permitem direcionamentos e redirecionamentos do cuidado.

Com relação à importância desses equipamentos, Latour (1991) argumenta que, na pressa para definir como as relações de poder organizam os indivíduos e as sociedades, os materiais recebem pouca atenção por parte dos teóricos sociais; entretanto, esses equipamentos fazem parte desse cenário e são denominados por Latour de Agentes não-humanos, que juntamente com os atores humanos fazem parte de uma rede na sociedade. No SAMU, os agentes não-humanos auxiliam a manter o discurso hegemônico, a manutenção do trabalho prescrito bem como o controle de todo o trabalho independente de onde ele está ocorrendo em termos de território. Pode-se inferir que esses equipamentos funcionam como os "olhos" do sistema sobre eles.

Todos os acontecimentos são registrados por esses equipamentos e podem ser ouvidos quando os gestores precisam esclarecer alguns fatos, ou seja, verificar a verdade dos

acontecimentos e, além disso, todas as ambulâncias têm o mesmo sistema, o que faz com que cada um ouça o que acontece com o outro no mesmo momento em que a central de regulação ouve a todos e cada um. Tal mecanismo contribui para a vigilância dos pares (equipe das ambulâncias e condutas da Central) entre si além de cada um desses poder disciplinar e vigiar o outro, o que pode nos remeter à ideia do panóptico⁶. Para Foucault (1979), a vigilância, em todas as estruturas institucionais, seja de forma explícita ou implícita, viabiliza a disseminação do poder disciplinar, acontecendo a partir da explicitação do olhar sobre aqueles que são observados e “das pequenas técnicas das vigilâncias múltiplas e entrecruzadas, dos olhares que devem ver sem ser vistos (FOUCAULT, 1979, p.121)”

Eu escuto relatos que isso não acontece tanto com a Unidade de Suporte Básico, a gente vê, vê não, a gente escuta no rádio algumas situações que você percebe que a USB tá fazendo uma solicitação e nem sempre a regulação está escutando ou indo de acordo com o que eles estão pensando, e vice-versa e também existe a relação de quem está recebendo a ordem a orientação, né? (E17)
(...) por meio do 192 as chamadas todas são gravadas. Quem tem acesso é só o gerente e o coordenador médico e acessa somente quando você tem problemas, quando você tem uma reclamação de usuário, das portas (de entrada), ou da população(E20).

Entretanto, a vigilância hierárquica, dentro dessa conceituação de panóptico, é colocada como uma vigilância do olhar e, no SAMU, essa vigilância ocorre por meio da audição. Entretanto, Foucault (1979) a descreve como um dispositivo que

[...] permite ao poder disciplinar ser absolutamente indiscreto, pois está em toda parte e sempre alerta, pois em princípio não deixa nenhuma parte às escuras e controla continuamente os mesmos que estão encarregados de controlar; e absolutamente “discreto”, pois funciona permanentemente e em grande parte em silêncio (...)e os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam. (FOUCAULT, 1979, p. 148),

Essa descrição nos remete ao papel do telefone e do rádio dentro do SAMU, permitindo esse acompanhamento discreto das ações e caminhos seguidos durante toda a assistência, bem como os questionamentos dos profissionais com relação ao fluxo de trabalho para uns e para outros. Assim, a vigilância no SAMU se estabelece pela audição, o que na realidade pode contribuir ainda mais para os conflitos e dificuldades nas interações, pois o discurso deslocado de seu contexto temporoespacial pode ter uma livre interpretação que não condiga com a realidade. Uma vez que também as coerções são “audíveis” a todos, isso torna passível os julgamentos de valor entre as equipes bem como o estabelecimento de

⁶ O poder disciplinar seria um conjunto de técnicas e de instituições”que tinham como objetivo controlar e corrigir os ditos anormais, utilizando-se de “dispositivos disciplinares” com esse fim. O panóptico seria um desses dispositivos que permitiria a utilização de uma das técnicas do poder disciplinar, ou seja, a vigilância hierárquica, que permite a constante vigilância dos pares entre si e entre os outros.

questionamento de condutas em termos do que é justo ou não entre si, ou seja, a medida de como as correções ou punições são colocadas para uns e não para outros.

Outro ponto a ser abordado com relação aos atores não-humanos são os documentos. No SAMU, existem documentos como os legais, as atas e os relatórios bem como os “check list”. Se os primeiros possuem o papel de verdade e de manutenção dos números do serviço, aos check list cabe o poder de organizar a rotina.

As atas e os relatórios, de acordo com a Portaria nº 1.010/2012⁷, além de garantir a verdade dos fatos também servem como um importante meio da manutenção dos números de atendimento, que comprovem a assistência prestada, para que ocorra o repasse de verbas para o serviço. O SAMU, então, tem seus atendimentos escalonados por tipo de ambulância enviada e deve responder aos seguintes indicadores: número geral de ocorrências atendidas no período; tempo mínimo, médio e máximo de resposta; identificação dos motivos dos chamados; quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB); localização das ocorrências; idade e sexo dos pacientes atendidos; identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento; e, por último, o número percentual e absoluto de pacientes referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

O check list determina o “tom” do trabalho prescrito, ou seja, promove certo controle sobre as práticas dos profissionais e sobre os corpos desses profissionais – controle dos tempos e movimentos, uma vez que também permite a conferência dos dados após a realização da assistência bem como alimentar os documentos que irão garantir o alcance dos indicadores.

A gente tem funções de conferência de material e organização da ambulância, então temos o check-list para preencher, testar todos os equipamentos, conferir materiais, se eles estão completos, se está limpo, se tem alguma coisa, se tem necessidade de reposição, faz o preenchimento dos check-lists, abre o relatório e aí fico aguardando os chamados (E17)

Conferir o plantão, quantidade de funcionários, fazer um relatório com nomes de todas as equipes da central desde os teles, médicos, enfim. É um check list nas unidades, nas ambulâncias para ver se tem alguma coisa quebrada, que a gente chama de baixar para colocar no relatório e passar pro responsável cobrar. E aí vai, aí vem, as inúmeras situações (...)essa troca de plantão é muito importante porque eu tenho que estar sempre lá de olho porque a tolerância é 10 minutos. Acima disso gera hora extra para quem está no plantão, então tem que ficar de olho para ver se a pessoa já chegou e se o outro também já bateu o cartão para sair. Porque às vezes ele fica fazendo hora, para não ultrapassar esse horário. E aí se o outro não vem ou

⁷Essa Portaria redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, como componente da Rede de Atenção às Urgências. Reconceitua alguns parâmetros do SAMU como a Central de Regulação, a Base Descentralizada bem como as formas de incentivo, investimento, custeio, habilitação, qualificação, os indicadores e as especificações de cada Coordenador e Responsável Técnico.

chega atrasado ai você tem que tomar providências, tem que pedir, solicitar o outro pra ficar (E26)

Para Latour (1991), a compreensão de como a dominação é conseguida não é ajudada simplesmente pela "explicação", mas sim por sua descrição e, se algo está faltando, é porque a descrição não está completa. “Por outro lado, se um é capaz de explicar efeitos de causas, é porque uma rede estável já existe no local (PURKIS, 1999, P.129) Entretanto, Latour (1991) destaca que a compreensão dessa relação entre a prática e a tecnologia é muito mais sofisticada, pois os atores não-humanos são mobilizados para as relações sociais de tal forma que as declarações sobre a prática deve ser entendida como tendo "sido traduzida, mas não transmitida" (LATOURE, 1991, p.105). Ou seja, o que se argumenta aqui é que nós não introjetamos de forma neutra as tecnologias e as adicionamos nas situações, pois em alguns momentos elas nos conferem maior controle e “poder” e assim não podemos ignorá-las nem descartá-las quando não são mais necessárias, pois elas já fazem parte dessa realidade. A introdução ou a retirada de um tipo de tecnologia, ator não- humano, nas relações cotidianas confere certa modificação das práticas dependendo de seu nível de adequação .

As tecnologias são incorporadas quando as situações de dominação foram traduzidas para o contexto e, não sendo neutras, trazem consigo efeitos. Esses efeitos são, para Latour (1991), a transformação ou a modificação de condutas, de tal modo que a remoção de um agente não-humano não "resolve" o problema instalado. Pelo contrário, a incorporação ou a rejeição de um ator não-humano simplesmente introduz outra tradução dos atores humanos e não-humanos que participaram do evento. A fim de desenvolver uma nova compreensão das relações entre tecnologia e prática, Latour (1991) propõe que se entenda a mudança das tecnologias como algo que está ocorrendo por meio das dimensões de associação e de substituição. “Os atores não-humanos são contratados pelos seres humanos para alcançar a dominação, suas declarações sobre a prática são traduzidas para o contexto não sendo transmitidas (LATOURE, 1991,p. 105)” assim tanto humanos como outros não-humanos são transformados por elas. Por exemplo, a introdução da Telemedicina, com a possibilidade de transmissão em tempo real de Eletrocardiograma (ECG) para análise simultânea da Central de Regulação diminui o tempo de início da Terapêutica, garantindo a Golden Hour no tratamento e aumentando a sobrevivência de usuários com síndromes coronarianas, arritmias entre outras situações. Entretanto esse mesmo equipamento altera a rotina de atendimento antes proposta pelo protocolo de atendimento, modifica a ideia inicial do SAMU que seria de realizar um transporte rápido saindo da cena de atendimento com o paciente estável e pode gerar embates de condutas entre o médico assistencial e o médico regulador, dentre outros possíveis

problemas. Mas, ao mesmo, a Central de Regulação ganha um aliado que a auxilia a garantir o controle sobre as ações dos profissionais da cena, como quando se deve encaminhar um paciente ou não.

4.2 A ambivalência entre a Visibilidade e o Reconhecimento

No decorrer da análise dos discursos e da observação do cotidiano dos profissionais, foi possível perceber que existe uma ideia ambivalente de visibilidade sobre e para o SAMU que pode ser explorada por diferentes perspectivas e de diferentes posições dos sujeitos na hierarquia do serviço. Essa ambivalência situa-se na ideia de que a visibilidade ao mesmo tempo em que lhe traz um empoderamento frente à sociedade também o expõe a essa sociedade e torna-o “escravo” de seus julgamentos e entendimentos sobre como esse serviço deveria atuar.

A sociedade possui sua subjetividade sobre esse serviço, como um serviço de cunho heróico, sendo essa subjetividade desenvolvida por meio de suas relações com o SAMU bem como de seu saber sobre o SAMU. A visão idealizada criada sobre esse serviço confere-lhe a impossibilidade do erro e do desvio de conduta, sendo esse também alvo da vigilância da sociedade. Conforme abordado por Velloso (2011), existem uma tensão e um desconforto no trabalho cotidiano do SAMU que podem ser explicados pelo que denomina de trabalho na vitrine e que “inspeção constante do trabalho das equipes pela comunidade através de observação direta, tendo em vista que as equipes trabalham no próprio local onde acontecem as intercorrências de saúde (VELLOSO, 2011, p.75)”. Ainda sobre essa exposição, a mesma autora, relata o papel da mídia que possibilita a vigilância do trabalho pela exposição de conteúdos relacionados ao SAMU, o que contribui para a exposição dos trabalhadores aos mais diversos espectros de julgamentos.

Por ser tão conhecido, o SAMU possui forte visibilidade para a sociedade, o que pode ser útil para sua divulgação como uma estratégia política. Em período eleitoral, é fácil ver alguns candidatos utilizarem a possibilidade de implantação desse serviço nos municípios, como proposta de governo para ganhar a credibilidade da população. Entretanto sua efetivação depende de critérios estabelecidos por sua normatização legal como número de habitantes, tamanho do local, estrutura dos serviços já existentes bem como as macro e microrregionais de pactuação de saúde já existentes.

Entende-se que esse serviço foi criado para dar uma resposta a um "espaço vazio" na rede de saúde para serviços da atenção pré-hospitalar de urgência, devendo contribuir para o

atendimento integral em casos de urgência. (O'DWYER;MATOS, 2012). Entretanto, sua função é disponibilizar uma assistência inicial e transporte rápido a um serviço de retaguarda, não tendo possibilidade de trabalhar sozinho na rede devido a essa necessidade de continuidade do cuidado. Esse discurso de que o SAMU é indispensável, aceito como verdade, estimula os conflitos com os demais serviços da rede que dão continuidade à assistência prestada pelo primeiro. E que possuem condições de trabalho que julgam ser “piores” e mais “pesadas” que as vivenciadas pelo SAMU sem gozar do mesmo prestígio.

Outro ponto a ser destacado nessa dicotômica visibilidade Xreconhecimento, são suas influências na constituição da posição do sujeito⁸. A posição do sujeito é um dos efeitos das relações existentes entre a visibilidade e o reconhecimento. Esses dois termos não podem ser adotados como sinônimos, uma vez que nem sempre ter visibilidade significa ser reconhecido. Visibilidade e reconhecimento assim como as práticas de poder funcionam como meios de se "fazer ver" certos tipos de sujeitos, de diferentes pontos de vista e, no SAMU, essas ideias são ambivalentes dependendo do lugar e do espaço que as pessoas ocupam na estrutura hierárquica do serviço. O reconhecimento de que existe um ponto de vista de que qualquer verdade particular vem, conecta-se com o conceito de que as identidades ou subjetividades estão situadas e instáveis, em vez de fixas (HAMILTON;MANIAS, 2009).

O SAMU pode ser reconhecido por sua grande visibilidade como útil para ser usado como estratégia política de divulgação de ações efetivas implantadas pelos diferentes níveis de governo, uma vez que suas “ações” são percebidas por toda a sociedade. Entretanto, esse tipo de reconhecimento como objeto de estratégia política não foi encontrado nesta pesquisa sobre as práticas cotidianas no SAMU, pois muitos entrevistados disseram que não se sentem reconhecidos pelo usuário, por outros serviços do Sistema Único de Saúde nem pela Secretaria Municipal de Saúde.

A grande maioria dos entrevistados destaca serem muito visíveis para a população, devido ao uniforme e à ambulância padronizada, o que os impede muitas vezes de passarem despercebidos em algum lugar para comer, comprar água ou coisas semelhantes, sem estarem sendo vigiados – “controlados” pela população ou pelos pares, mas isso não lhes confere reconhecimento. Essa vigilância da sociedade acontece de forma negativa pois a mesma questiona que solicita a ambulância e que essa demora a ir ao local, e ao ver a ambulância sem “o seu devido uso”, ela se põe a cobrar desses profissionais a agilidade no atendimento que na realidade depende de outros fatores como classificação de risco e

⁸ Conceito já apresentado na página 66 da sessão anterior

empenho feito pela Central de Regulação bem como do trânsito nas vias de circulação. Essa visibilidade torna-se arma de uma vigilância constante que nada mais é que um mecanismo de controle que não estava previsto no trabalho prescrito mas que faz parte do trabalho cotidiano. Há relatos de que a maioria dos casos a serem apurados pela Ouvidoria SUS com relação ao SAMU dizem da demora da chegada da ambulância e do fato de ambulâncias serem vistas paradas em locais onde não estão realizando atendimentos.

Então, igual, se a gente parar ali para comprar uma água o povo já olha a gente de maneira esquisita, acha que a gente não bebe água, que a gente não vai ao banheiro, que a gente não come, né?! (E12)

O olhar da população foi condicionado a visualizar o SAMU como um serviço que não pára e está em constante atendimento; nesse momento se estabelece o Panóptico baseado no visual, entre a população e o SAMU. Nesse sentido, é bom destacar o que Foucault diz que em seu trabalho, sua atenção foi dirigida não tanto ao que é visto, mas para o que pode ser visto e para os efeitos das práticas do conhecimento e de poder na constituição dessas realidades particulares (RAJCHMAN, 1988)⁹. Nessa mesma linha de compreensão sobre a visibilidade, Ceci (2006) adverte que o conhecimento emerge como uma questão de o que é possível para conhecedores conhecer, pois o que nós pensamos que vemos, na realidade pode ser que apenas vemos como nós pensamos.

A visão é sempre mediada, interceptada conceitualmente, sempre que vemos algo como algo específico. No entanto, como não somos capazes de estar acima dessa disputa firmemente colocada que ancora até mesmo no campo da nossa visão, não estamos totalmente livres para ver como escolhemos (CECI, 2006). Nesse entendimento, os profissionais pedem por uma forma de serem “reconhecidos” pela população, pois acreditam que esse esclarecimento seria uma forma de evitar o “mau” uso do serviço, evitar “a violência” que sofrem nas ruas, ou seja, uma forma de dar maior conhecimento para a população para que direcione um olhar diferente ao serviço que o SAMU presta, bem como os outros serviços da rede.

Então a população principalmente não entende que o SAMU não é taxi necessariamente, assim a gente, se chamar para alguma situação que avaliada pelo médico não tem necessidade, não vai, então ... a gente sofre um tipo de violência em relação aos pacientes, às pessoas né, que ela é um pouco ignorada pela organização né... eu acho que esse lado assim, como se fosse um marketing mesmo, uma assessoria de comunicação falta no SAMU, porque com isso as pessoas costumam

⁹ Sobre o visual e a visão na Obra de Foucault existem dois ensaios que abordam pontos divergentes, sendo eles o Império do Olhar e Arte de Ver sendo o primeiro de Martin Jay, publicado pela primeira vez, em Londres, em 1986; e o segundo é de John Rajchman, publicado em Nova York, em 1988. Opto pela compreensão de Rajchman por ser a que mais se aproxima de meu entendimento sobre o assunto.

dizer muito assim: " É o SAMU e o resto", não que a gente queira isso, mas no próprio sistema não existe um esclarecimento da função real do SAMU, do papel do SAMU na rede, né? (E17)

Assim, o que especificamente nos interessa em visibilidade não é apenas a dimensão visual, mas também o fenômeno multifacetado do campo de visibilidade. Visibilidade está na intersecção dos dois domínios de estética (relações de percepção) e política (relações de poder). Além disso, essas duas ideias podem contribuir para a compreensão do significado abrangente e da lacuna que há entre esses dois domínios da estética e da política para com o domínio do simbólico (RAJCHMAN, 1988; CECI, 2006; BRIGHENTI, 2007). A complexidade da relação entre poder e visibilidade é baseada na lógica de que o poder não repousa univocamente nem na visibilidade nem na invisibilidade (BRIGHENTI, 2007).

Na literatura sociológica, existem várias áreas, nas quais a questão da visibilidade aparece e é reconhecida como um fator importante, embora em grande parte, os estudos tratem a visibilidade em seus próprios termos, em um conceito local e isso não é o que se pretende aqui. O argumento desenvolvido é para mostrar que a questão da visibilidade deve ser tratada como um único campo que sofre influência dos aspectos cultural, social, econômico e epistemológico. Assim, a visibilidade é uma metáfora do conhecimento, mas não é apenas uma imagem: é um processo social real em si mesmo (RAJCHMAN, 1988; BRIGHENTI, 2007).

Nesse sentido, tomamos emprestado o esquema de Brighenti (2007) sobre a visibilidade que ela separou em três tipos diferentes e que se encontram presentes nos relatos dos entrevistados do SAMU. O primeiro é um tipo social (visibilidade social) que é um recurso de capacitação fundamental, vinculada ao reconhecimento, pelo menos no que se encaixa dentro de alguns limites da visibilidade racional (ou modelos propostos). O segundo é um tipo de mídia (visibilidade midiática), embora possa cruzar com o primeiro tipo, este tende a trabalhar de acordo com um mecanismo de flash direcionado (flash-halo), no qual os sujeitos são isolados de seu contexto original e projetados em um diferente cenário dotado de sua própria lógica e regras. E o último é um tipo de controle (visibilidade controlada) que transforma a visibilidade em um recurso estratégico para a seletividade, regulamento e/ou estratificação, ou ambos (BRIGHENTI, 2007).

Outro ponto a se colocar nesse conjunto Visibilidade, reconhecimento é a questão da classificação das pessoas. É possível dizer que a visibilidade e a classificação também caminham juntas uma vez que a visibilidade vem do "mundo particular" ou de um "sentido de construção social" que foi criado pelo cotidiano na sociedade. Nesse sentido, para você ver

alguma coisa é necessário que você preste atenção e você apenas o fará quando se sentir atraído por algo ou o reconhecer como algo de seu interesse, logo de alguma forma o que está sendo visto já tem alguma representação para você. É possível dizer se quiser entender o que é isso mais profundamente, você faz um tipo de classificação do que está sendo visto e traz para si algum conhecimento sobre isso. Nessa linha, acredita-se que essa classificação pode mudar, dependendo do contexto, bem como de quem a faz.

Hacking (2007) compreende esse mundo como sendo um mundo de classificações que possui efeitos particulares nas pessoas classificadas e em seus comportamentos. Ele ainda destaca que, por trás de cada classificação, há uma estrutura que engloba cinco aspectos: a classificação, os indivíduos, as instituições, o conhecimento e os especialistas. A *classificação* em si gera os tipos de pessoas e é formada por *indivíduos* que compartilham o mesmo problema. Esse grupo de pessoas possui um nome e suas características são determinadas em função desse nome. As *instituições* confirmam a existência dessa classificação e é um meio de legitimar aquele tipo de pessoa. E é através do *conhecimento* que se pode decidir quem é o que e quem não é. São os *especialistas*, por sua vez, que detêm o conhecimento e, portanto, são eles que primeiramente classificam (HACKING, 2007).

Alguns entrevistados disseram que, por serem mais visíveis na rua, eles se sentem diferentes e por se reconhecerem diferentes, eles precisam que a população e os gestores os tratem de forma diferente. Assim, ao serem classificados como de um serviço diferente dos demais na rede, eles reafirmam esse entendimento e pedem que sejam então tratados de maneira diferente.

Eu acho que o SAMU deveria ser olhado de maneira diferente, porque, é...nós trabalhamos na rua a gente está muito visado, nós somos muito visados. (...) Então... até o salário nosso deveria ser diferenciado do restante dos funcionários da PBH, só que não é. A gente não tem um sindicato só do SAMU, quando o SAMU corre atrás "ah porque a gente não sabe como agir com o SAMU, não sei o quê". Então a gente não tem aquele olho, aquele olhar virado só pros funcionários do SAMU (E12)

A Portaria de implantação do SAMU traz também uma descrição detalhada de como deve ser o profissional apto a trabalhar nesse serviço.

Equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para capacitação, bem como para recertificação periódica". (grifo nosso) (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006. p.54- grifos meus)

Essa descrição pode ser compreendida também como uma forma de classificação do profissional, que juntamente com todo o aparato de identificação do serviço como uniforme

(macacão ou camisas azuis, com grande emblema e nome do SAMU) realiza o que Hacking (2001) chama de efeito looping, que seria um ciclo de mudanças. Esse ciclo é composto de duas etapas básicas: a primeira é que a classificação possui um efeito sobre as pessoas que estão classificadas, por exemplo, há uma classificação K das pessoas, que é feito como parte de nosso conhecimento científico; associado a K, estão conjecturas colocadas por leis ou regularidades sobre as pessoas que estão em K; assim, algumas pessoas, quando classificadas como K, tendem a mudar seu comportamento em consequência de serem assim classificadas. Na segunda etapa, pode ser necessário alterar os critérios ou o conhecimento sobre as pessoas que são K, em virtude da classificação, por que não se encaixam por muito tempo nos critérios antigos, não porque estavam errados, em primeiro lugar, mas porque as pessoas mudaram após serem classificadas. Essa classificação, por sua vez, pode afetar as pessoas classificadas e, assim, o looping pode continuar. Detaca-se também que a classificação permite um estudo mais aprofundado dessa classe “etiquetada” e isolada do todo, que irá produzir um conhecimento mais específico, formando especialistas.

Ainda segundo Hacking (2001), as pessoas aprendem as características que necessitam desenvolver para se adequar a determinadas classes que lhes parecem favoráveis, evitando e/ou resistindo às desfavoráveis, logo “pode ter sentido dizer que os próprios indivíduos e suas experiências são construídos dentro de modelos” preestabelecidos (HACKING, 2001, p. 33). Assim, o profissional que trabalha no SAMU é diferenciado dos demais e, ao mesmo tempo, torna esse lugar ou serviço, em um patamar diferenciado e fonte de desejo dos profissionais.

Eu acompanho isso aqui desde que iniciou, eu entregava o currículo quase todo mês, eu sou apaixonada com isso aqui (E14)

Essa classificação também, em termo da gestão, contribui e recebe contribuição de um “conhecimento” sobre o sujeito. Essa individualização dos sujeitos torna-os mais expostos aos aparatos do poder disciplinar – à vigilância hierárquica, à sanção normalizadora e ao exame. Essa vigilância encontra-se, como já citada anteriormente, interna entre os pares e entre a sociedade e o SAMU, seja respectivamente pelo campo visual ou pelo auditivo. A sanção normalizadora diz respeito às micropenalidades baseadas em formas de coerção, esquemas de limitação, exercícios repetidos, com a finalidade de constituir um sujeito obediente, condicionado a hábitos, regras e ordens e que interiorizaria uma autoridade exterior a si, como pode ser visto nas discussões que se seguem. E o exame, segundo Foucault (1979), seria a combinação da vigilância hierárquica com a sanção normalizadora, em que ocorre um sistema de notas e classificações dos sujeitos e que essa sanção tem como objetivo "um certo

tipo de formação de conhecimento determinado a partir do exercício do poder" (FOUCAULT, 1979, p.187). Para Foucault (1979), o exame transformou a economia da visibilidade no exercício do poder; introduz a individualidade no campo da documentação que permite a aplicação de um sistema comparativo dos indivíduos tornando cada indivíduo um caso, passível de intervenções.

(...) aquela (equipe) lá reclama muito e ela vai ser mais empenhada do que as outras (...) a outra (equipe) que é boa de serviço, trabalha mais (...) você sabe que aquele quando reclama é por que tem razão, sabe então dá pra identificar até qual que é o despachante que realmente faz isso (E21)

Eu não tenho nada a reclamar, nunca tive problemas (...) acho que devido a minha postura, acho que você já sabe que a pessoa é de que jeito certo (...) você já tem um tato de chegar até ela para não levar ferro então você já sabe que a pessoa é daquele jeito, você já segue os degraus, você nunca chega e vai lá direto (E14)

A atividade de observação acontece entre os seres vivos; logo, ver e ser visto estão intimamente ligados à qualidade interativa da visibilidade. A franqueza simétrica do olho no olho, da visibilidade recíproca só existe na medida em que é mediada por palavras ou outras imagens; é o tipo mais fundamental de interação humana (BRIGHENTI, 2007). Nesse sentido, durante as entrevistas, foi possível observar que, para a equipe médica e a equipe de enfermagem, há um reconhecimento recíproco, sendo uma equipe mais visível para a outra, não reconhecendo as demais equipes ou categorias profissionais, enquanto nos relatos das demais categorias como os motoristas e os trabalhadores administrativos, foi possível perceber que eles conseguem ter uma visão de toda a hierarquia, ou seja, sobre todo o serviço. Enquanto, nos relatos dos profissionais de enfermagem e médicos há uma troca de olhares apenas entre si, em seu universo de profissionais da saúde.

[...] Os profissionais que trabalham no SAMU são os profissionais médicos e de enfermagem como técnicos e enfermeiros (E17).

[...] Então, eu acho que começa a partir do topo, a partir da liderança médica e de enfermagem e vai até nós, aqui, na parte inferior. Assim, o líder médico, que está no topo, comanda tudo, até mesmo os enfermeiros (E12).

[...] Temos a coordenação do SAMU, a gestão do SAMU, temos uma coordenação médica, uma coordenação de enfermagem, em outras palavras, a coisa é bem dividida (E6).

[...] Mas eu acho que de pergunta, acho que não tem nada diferente, pelo menos você perguntou de motorista né? porque ninguém pergunta de motorista. (E4).

[...] Estou sendo entrevistada, estou importante, UFGM é melhor que Itatiaia. (E14)

A relação de visibilidade é frequentemente assimétrica; da mesma maneira, o conceito de intervisibilidade e de reciprocidade de visão, é sempre limitada e imperfeita (BRIGHENTI, 2007). O aspecto relacional dos pontos de visibilidade são precisamente influenciados pelo

fato de que as assimetrias e distorções de visibilidade são a norma, vis à vis a exceção de uma intervisibilidade perfeita. As assimetrias transformam a visibilidade em um espaço de táticas, (BRIGHENTI, 2007), onde o que é visto pode ser questionado e avaliado sob qual perspectiva está sendo mostrado, ou seja, qual o feixe de luz incide sobre aquele objeto visualizado.

A ambivalencia da visibilidade e o reconhecimento perpassa pelo prima do poder disciplinar com a utilização dos aparatos da vigilancia hierarquica, a sanção normalizadora e o exame e ao mesmo tempo mostra-se como uma possibilidade de modificação do cotidiano quando criticada essa relação entre o que é visível e o que é reconhecido.



Fonte: Acervo Pessoal da autora

*Considerações finais -
Ponto de chegada e novos pontos de partida*

Nesta tese sobre as Práticas Cotidianas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte-MG, eu me propus a realizar uma análise para além dos formatos tradicionais sobre os discursos presentes no cotidiano de trabalho desse serviço, bem como avançar sobre os julgamentos apenas de dualidades avaliativas desse serviço como bom ou ruim, importante ou não, útil ou inútil. Essa discussão não perpassou a análise em nenhum momento, pois intentei descrever e analisar como as coisas acontecem perante as particularidades cotidianas desse serviço que é o SAMU. O objetivo proposto inicialmente estava limitado há uma análise das práticas gerenciais no cotidiano do SAMU que se mostrou apenas uma parte de todo um conjunto de práticas existentes nesse cenário, após essa análise preliminar dos dados realizadas na qualificação, esse estudo percorreu outros caminhos. O objetivo foi então modificado sendo definido como *analisar os discursos hegemônicos incorporados nas práticas cotidianas dos profissionais do SAMU de Belo Horizonte, de forma a configurar as relações de visibilidade e reconhecimento*. Esse foi parcialmente alcançado uma vez que, pela amplitude do assunto e pelas limitações de se trabalhar com análise crítica do discurso, não houve a mínima pretensão e nem seria possível de se fazer um esgotamento dos enunciados presentes nos discursos sobre as práticas cotidianas desse serviço, pois cada análise depende do prisma visualizado pelo autor.

O SAMU é um serviço dicotomizado entre uma parte fixa e uma parte móvel que se articulam para prestar uma assistência de qualidade, embora pontual e transitória, com uma prática cheia de conflitos, relações de poder e de dominância e discursos hegemônicos – hospitalocêntrico e médico-centrados. Trata-se de uma Unidade de atendimento pré-hospitalar móvel, com profissionais de diferentes categorias que perfazem o universo da área de saúde e administrativa. Esse serviço atende a solicitações de diferentes níveis de complexidade, em um amplo território geográfico e cujo planejamento do trabalho cotidiano inclui rotinas diferentes das estabelecidas em serviços com estruturas fixas com uma demanda de casos esperados e população adscrita definida.

Esse serviço é parte de um projeto arrojado de atendimento de urgências e emergências, cujos profissionais se deslocam até os usuários para atendê-los em suas necessidades, em diferentes áreas do município, sendo o tempo de chegada ao local e transporte para um local com nível de assistência necessário para o atendimento do usuário um critério de qualidade para os usuários e profissionais. Exige múltiplas competências dos gestores, em seus vários níveis e dos trabalhadores da saúde, pois o atendimento às urgências não termina pontualmente naquele procedimento com ações independentes e autolimitadas, mas deve ser ancorado e ter um prosseguimento para a determinação de uma horizontalidade do cuidado e a criação de vínculo para que seja efetivo.

O SAMU é uma organização de saúde presente no sistema de saúde e, como tal, é influenciado por determinantes econômicos, políticos e simbólicos. O fato de se constituir como uma entidade política e tomadora de decisões que afeta diferentes forças sociais leva à formação de um sistema de interesses (relações de poder) e funciona como uma arena, na qual agentes externos e internos se chocam e se alocam de formas diferenciadas. Por outro lado, o serviço incorpora um sistema de referência ao constituir-se como agência ideológica, difusora de discursos e mensagens (relações de saber) e se transforma num palco de confronto com aqueles que sofrem na tentativa de responder às exigências de adaptação externa e de coesão interna.

Na análise das práticas cotidianas, foi possível encontrar a predominância de um discurso hegemônico cujo objetivo era manter uma ordem dentro da organização do SAMU bem como na forma que assistência prestada por esse serviço. Esse discurso possui como articuladores e mantenedores de sua hegemonia os atores humanos e não-humanos. Dentre os atores não-humanos estão as atas de reunião, relatórios e fichas de atendimento que funcionam como mantenedores da verdade dos fatos e o checklist que tem a função de ordenadores da assistência. Além desses, há também o rádio e o telefone que possuem um papel de vigilância de pares sobre o cotidiano do SAMU, de que se infere a presença de um panóptico auditivo, já que todos ouvem a todos e, com isso, se estabelece o poder disciplinar nessa relação.

A visibilidade e o reconhecimento foram uma ambivalência presente nesse cotidiano que interfere na organização e na realização do trabalho desses profissionais que lidam com a vigilância auditiva dos pares e a visual da sociedade. A visibilidade do SAMU deve-se ao fato desse realizar um trabalho considerado na vitrine, ou seja, exposto a todos, usar um uniforme característico e ambulância padronizada. Entretanto, toda essa visibilidade não confere ao SAMU o reconhecimento que os profissionais gostariam de ter. Embora profissionais de outros serviços entendam que o SAMU possui grande reconhecimento em detrimento ao deles. A visibilidade do SAMU reforça o controle e a vigilância pelos usuários, o que não necessariamente quer dizer reconhecimento.

Esta tese apenas propõe uma análise inicial sobre alguns aspectos a serem mais profundamente analisados e discutidos como, por exemplo, essa relação dos atores humanos e não-humanos na manutenção do discurso hegemônico, a vigilância visual e auditiva, bem como a ambivalência da visibilidade e do reconhecimento que foram apenas apresentados por limitação da autora que se deparou com um aporte teórico muito denso e complexo para ser esgotado apenas no doutorado. Espera-se que esse caminho aberto possa servir de inspiração

para outras pesquisas nesse molde sobre o SAMU ou outros serviços presentes na rede de serviços de saúde no Brasil.

Referências

ALVES, M; SILVA, A. F.; NEIVA, L. C. F. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de belo horizonte. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 181-187, abr./jun. 2010.

ARAÚJO, M. T. *Representações sociais dos profissionais de saúde das unidades de pronto atendimento sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. 2010. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ARRUDA, J. Regionalização do SAMU redimensiona a saúde no Norte de Minas. *Rede de urgência Norte*. 21 mar. 2001 Disponível em: <http://www.cisrun.saude.mg.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=104:regionalizacao-do-samu-redimensiona-a-saude-no-norte-de-minas&catid=1:latest-news&Itemid=137> Acessado: COLOCAR DATA DO ACESSO.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2. ed. Petrópolis. 2003.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. São Paulo: Editora Vozes, 2004.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. *Resgate: SAMU 192*. 2004. Disponível em <www.pbh.gov.br/smsa>. Acesso em: 16 jun. 2010.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Acessória de Comunicação. Belo Horizonte recebe 25 novas ambulâncias do SAMU. *Revista Saúde Digital*. Jul. 2004. Disponível em <www.pbh.gov.br/saudedigital>. Acesso em: 19 jun. 2011.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2005-2008. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento, 2005.

BEVIR, M. Rethinking governmentality: Towards genealogies of governance. *European Journal of Social Theory*, 13(4), 423-441p., 2010

BRANDÃO, H.H.N. *Introdução à análise do discurso*. Editora da UNICAMP, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 de out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 1.863, de 29 de setembro de 2003*, Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2003a

BRASIL. Ministério da Saúde. . *Portaria GM/MS 1.864, de 29 de setembro de 2003*. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192, Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde/ *Portaria GM/MS 2.048, de 5 de Novembro de 2002*. SUS: Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 3. ed. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº1600/2011*, Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, Ministério da Saúde, Brasília 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde, *Portaria Nº 2.395, de 11 DE Outubro de 2011*. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2011b.

BRIGHENTI, A. *Visibility - A category for the social sciences*. *Current Sociology*, v. 55, n. 3, 323-342 p., May 2007.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, cap.2, p.23-31. 2009.

BURCHELL, G., GORDON, C., & Miller, P. *The Foucault effect: Studies in governmentality*: University of Chicago Press. (1991).

CAMPOS, R.M; FARIAS G.M; RAMOS, CS. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do SAMU/Natal. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(3):647-57.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, p.2029-2040, 2008.

CATON, S. C. Contributions of Roman Jakobson. *Annual Review of Anthropology*, v. 16, p. 223-260, 1987.

CARRIERI, A de P; PIMENTEL, T. D; CABRAL, A.C. de A. O discurso e sua análise no enfoque foucaultiano da formação discursiva: um método de pesquisa nos estudos organizacionais. *GESTÃO. Org-Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, v. 3, n. 2, 2010.

CARRIERI, A de P. et al. De camelô a empreendedor? O impacto da mudança espacial na identidade dos ambulantes. *GESTÃO. Org-Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, v. 7, n. 2, 2010.

CECI, C. 'What she says she needs doesn't make a lot of sense': seeing and knowing in a field study of home-care case management. *Nursing Philosophy*, v. 7, n. 2, p. 90-99, 2006.

CERTEAU, M de . *A invenção do cotidiano: artes de fazer* Petrópolis: Editora vozes. 2012.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez,2002

CLEGG, S. . *Frameworks of power*. London: Sage. 1989

CORRÊA, A. R. Incorporação do desfibrilador externo automático no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte: resultados preliminares. 2010. 71 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

DELEUZE, G. As estratégias ou o não estratificado: o pensamento do lado de fora (poder). In: _____. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, p. 78-100 2005a.

DERRIDA, J. Structure, Sign and Play in the Discourse of the Human Science. In: DERRIDA, J. (Ed.) *Writing and Difference*. Translation Alan Bass. Chicago: University of Chicago Press, . p. 278-294 . 1978

DREYFUS, H. L., FOUCAULT, M., & RABINOW, P. . *Michel Foucault : beyond structuralism and hermeneutics*. New York: Harvester Wheatsheaf. 2002

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press, 1983.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006.

FERREIRA, A.B.de H; FERREIRA, M. B; ANJOS, M.dos. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. In:_____. *Microfísica do Poder*. 1 ed. Rio de Janeiro: Graal, p.277-295 1979.

FOUCAULT, M. *The history of sexuality*. 2.ed NEW YORK, NY: Vintage Books. 1990.

FOUCAULT, M. *Discipline and punish : the birth of the prison*. 2 ed. NEW YORK, NY: Vintage Books. 1995.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 19. ed. SÃO PAULO: Edições Loyola, 2002

FOUCAULT, M. Politics and the Study of Discourse. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. M. (Eds.) *The Foucault effect: studies in governmentality*. LONDON: Harvester Wheatsheaf, p. 53-72.1991a.

FOUCAULT, M. The confession of the Flesh. In: GORDON, C. (Ed.) *Power/knowledge: selected interviews and other writings by Michel Foucault*. HEMEL HEMPSTEAD: Harvester Press, p. 194-2281980a.

FOUCAULT, M. Truth and power. In: GORDON, C. (Ed.) *Power/knowledge: selected interviews and other writings by Michel Foucault*. HEMEL HEMPSTEAD: Harvester Press, p. 109-133 1980b

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal,1988.

FOUCAULT, M. *Ditos e escritos*. Ética, sexualidade, política. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. *The order of things*. Routledge, 2012.

GASTALDO, D.; HOLMES, D. Foucault and Nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry*. v. 6, n. 1, p. 231-240, 1999.

GADAMER, HG. *Truth and Method*, trans. Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall. New York: Continuum, 1989

HAMILTON, B., MANIAS, E. . *Foucault's Concept of "Local Knowledge" for Researching Nursing Practice*. *Aporia*, 1(3).2009

HACKING, I. *Kinds of people: Moving targets* (British Academy lecture). *Proceedings of the British Academy* v. 151. p. 285-318. 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) *Indicadores 2012*. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#indicadores> Acesso em: 12 nov.2012

JAKOBSON, R. *Linguística e comunicação*. São Paulo: Contexto, 1988.

JOSGRILBERG, F.B. *Cotidiano e invenção*. Escrituras Editora, 2005.

LATOUR, B. . The powers of association. *Power, action and belief: a new Sociology of Knowledge*, p.264-280. 1986

LATOUR B. Technology is society made durable. In: Law J. (ed.). *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*. London: Routledge, p. 103–131,1991;

LEITE, R. P. A inversão do cotidiano: práticas sociais e rupturas na vida urbana contemporânea, *Dados Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro vol.53, n.3, pp. 737-756. 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582010000300007>> Acesso: 12 nov.2012

MACHADO, C.Va; SALVADOR, F.G.F; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MAFFESOLI, Michel. A terra fértil do cotidiano. **Revista FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia**, v. 1, n. 36, 2008.

MAGALHÃES Júnior,, H. M. *SAMU 192: um novo tempo de atenção às urgências*. *Revista Saúde Digital*. Fev. 2004. Disponível em <www.pbh.gov.br/saudedigital>. Acesso em: 19 jun. 2010.

MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOTTA, PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Ed. Record; 1999.

MOTTA, F.C.P. *Introdução à organização burocrática*. Cengage Learning Editores, 2004

MUMBY, D. K.,STHOL, C. . *Power and Discourse in Organization Studies: Absence and the Dialectic of Control*. *Discourse & Society*, 2(3). 1991

NOGUEIRA, C. *análise do discurso*. Em L. Almeida e E. Fernandes (Edts), *Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a pratica e investigação*. Braga: CEEP 2001

O'DWYER, G; MATTOS, R.Ade. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 abr. 2013.>

ORLANDI, E. P. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 8. ed. São Paulo Campinas: Pontes, 2009.

PAIS, J. M. *Sociologia da Vida Quotidiana: Teoria, Métodos e Estudos de Caso* 3a ed.. Lisboa, editora:Imprensa de Ciências sociais, 2007

PETERS, M. *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: (uma introdução)*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PINHEIRO, Roseni; DE MATOS, Ruben Araujo. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Hucitec, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa qualitativa. In: _____. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, . Cap.1, p. 11-21.2009a

PURKIS, M. E. . *Embracing technology: an exploration of the effects of writing nursing*. *Nursing inquiry*, 6(3),p. 147. 2001

QUESTED, B.; RUDGE, T. Nursing care of dead bodies: a discursive analysis of last offices. *Journal of advanced nursing*, v. 41, n. 6, p. 553-560, 2003.

RABINOW, P. Representations are social facts: modernity and post-modernity in anthropology. In: CLIFFORD, G. M.; MARCUS, G. (Ed.). *Writing culture the poetics and politics of ethnography*. BERKELEY: University of California Press, p. 234–261. 1986.

RAJCHMAN, J. *Foucault's art of seeing*. October, p. 89-117, 1988.

ROCHA, D; DEUSDARA, B. *Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória*. Alea, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, Dec. 2005 . disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-106X2005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 11 outubro 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-106X2005000200010>>

ROCHA, L. R. P.; VELLOSO, I. S. C.; ALVES, M. Relações entre profissionais de uma Unidade Básica de Saúde e do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência. *Revista Médica de Minas Gerais*. v. 19, n. 4, p. 317-324, 2009.

ROCHA, A F.S. Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Dissertação. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2005. 98p.

ROCHA, R.L.P. Percepções dos Profissionais da Atenção Básica sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. Dissertação. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem,2009.108p.

SILVA, P. M. S. *Análise do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte via simulação e otimização*. 2010. 134 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SILVEIRA, M.M.; STUMM, E.M.F.; KIRCHNER, R.M. Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 894-903, 2009

SROUR, R.H. *Poder, cultura e ética nas organizações*. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, . p.337 1998

STODDART, M. C. J. Ideology, hegemony, discourse: A critical review of theories of knowledge and power. *Social Thought and Research*, v. 28, p.191-225 2007.

VAHABI, M; GASTALDO, D.. Rational choice Rethinking decision-making on breast cancer risk and screening mammography. *Nursing inquiry*, v. 10, n. 4, p. 245-256, 2003

VELLOSO, I. S. C.. *Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte* Dissertação.(Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.2011

VILAS BOAS, C.T. *Para ler Michel Foucault*. Ouro Preto: Imprensa Universitária da UFOP, 2002.

WILLIAMS J. *Understanding Poststructuralism*. London: Acumen.2005 .

Apêndices

Apêndice A
Roteiro de entrevista

IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA: ____/____/____

ENTREVISTA N° _____

Idade: ____

Sexo: () F () M

Estado civil: _____

Formação acadêmica

	SIM?	Ano de conclusão
Curso técnico em		
Graduação em		
Especialização		
Mestrado		
Doutorado		

Cargo/função no SAMU: _____

Tempo de trabalho em urgência: ____ **Tempo de trabalho no SAMU:** _____

Forma de admissão: () Concurso () processo seletivo () contrato

Jornada de trabalho semanal: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Descreva para mim como é o seu cotidiano de trabalho.
2. O que você acha da estrutura organizacional do SAMU?
3. Qual o seu entendimento sobre a gestão e a estrutura hierárquica do SAMU?
4. Como é a relação entre os superiores e os subordinados?

Apêndice B

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

1. As relações que se estabelecem no interior da instituição (entre os profissionais – intra e interprofissionalmente, com a hierarquia, entre instituições; entre profissionais e usuários, entre os próprios usuários).
2. O cumprimento e o conhecimento dos atores às leis do país, às normas e rotinas institucionais, aos códigos de ética.
3. As condições de trabalho profissional e estratégias construídas.
4. A relação entre os objetivos profissionais e a missão e/ou objetivos da instituição.
5. Os confrontos, conflitos, tensões existentes e formas de solução.
6. As demandas da instituição, dos usuários e dos profissionais citadas por esses ao longo do cotidiano de trabalho.
7. Linguagem e comportamento corporal utilizado na maioria do tempo.

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar **voluntariamente** da pesquisa intitulada “**Gestão de pessoas e Práticas de atenção à saúde na perspectiva da enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**”, desenvolvida por professores da Universidade Federal de Minas Gerais e enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, coordenado pela prof.Dr. Marília Alves. Sua participação nesta pesquisa será respondendo algumas perguntas sobre o SAMU, não sendo obrigado a fazê-lo senão for do seu interesse. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que será desenvolvida por meio das suas falas e outros dos profissionais do SAMU, chamada Estudo de Caso, pois representará o Estudo de Caso de um serviço de saúde específico em profundidade e nas suas particularidades. O objetivo é analisar a relação dos profissionais de enfermagem com o trabalho no SAMU de Belo Horizonte, focalizando a identificação dos profissionais com a organização e o significado do trabalho para os profissionais, assim como os modelos de gestão adotados como forma de assegurar a eficiência e eficácia nos atendimentos. Vários profissionais serão entrevistados e partes das falas serão utilizadas para escrever trabalhos científicos. Vocês poderão falar sobre a pesquisa com qualquer pessoa com quem se sintam à vontade, não há pressão nem cobrança sobre sua participação podendo refletir se querem participar ou não. Sua participação consiste em responder algumas perguntas que serão inicialmente uma ficha de caracterização e depois o roteiro de perguntas. Caso não compreenda algumas das palavras ou conceitos utilizados na pesquisa você poderá interromper e isso lhe será explicado a qualquer hora. A pesquisa envolve uma entrevista cuja duração aproximada é de 20 minutos podendo variar de acordo com a fala de cada entrevistado para mais ou para menos, entretanto essa entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento. Você foi escolhido por conveniência para participar desse estudo por estar na unidade no momento da entrevista e fazer parte da categoria dos profissionais selecionados assim, a escolha em participar ou não desta pesquisa não trará nenhum impedimento de trabalho ou avaliações relacionadas ao seu emprego. O risco dessa pesquisa para você que pode acontecer durante a pesquisa é de constrangimento, mas esse será evitado por meio de marcação de local, data e horário da entrevista, de acordo com a sua disponibilidade e preferência. Seu nome não será divulgado ou conhecido por outras pessoas que não trabalham na pesquisa e os resultados da conversa serão utilizados exclusivamente para essa pesquisa e publicado em artigos de revistas, dissertação de mestrado e tese de doutorado de estudantes orientados por mim.

Você poderá sair do estudo a qualquer momento que desejar sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho, bem como solicitar todas as informações que desejar à pessoa que está o entrevistando ou por telefone com a pesquisadora responsável. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. Seu nome não será conhecido nas publicações somente as falas serão utilizadas identificando-se por E com numeração sequencial.

Eu, _____ CI _____, declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e concordo em conceder a entrevista solicitada **voluntariamente**, sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados para publicação de artigos em revistas, apresentação de trabalhos em congressos e duas dissertações de mestrado e uma tese de doutorado.

Assinatura entrevistado _____

Assinatura pesquisador _____

Telefones de contato

Prof. Marília Alves. Avenida Alfredo Balena, 190/sala 217 Santa Efigênia. Belo Horizonte –MG. CEP 30 130 000
Fone: 34099826 / Fax: 34099830

CEP Secretaria Municipal de Saúde. Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários. Belo Horizonte – MG. Cep 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 / Fax (31) 3277-7768

COEP UFMG. Av.Presidente Antonio Carlo, 6627 – Unidade Administrativa II- 2º andar, sala 2005.

CEP:31270901.Belo Horizonte-MG Email: coep@prpq.ufmg.br Fone: 34094295 Campus UFMG Pampulha

Anexas

ANEXO A – Parecer do Departamento de Enfermagem Aplicada

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PARECER Nº 38/2010-ENA.

ASSUNTO: Projeto de pesquisa: “Gestão de Pessoas e Práticas de Atenção à Saúde na Perspectiva da Enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU”

INTERESSADA: Profa. Dra. Marília Alves.

PARECERISTA: Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira

Histórico

Recebi da secretaria do ENA, para emissão de parecer, o Projeto de Pesquisa intitulado: “Gestão de Pessoas e Práticas de Atenção à Saúde na Perspectiva da Enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU” da Profa. Dra. Marília Alves.

Mérito

O projeto em análise consiste em analisar a relação dos profissionais de enfermagem com o trabalho no SAMU de Belo Horizonte, focalizando a identificação desses profissionais com a organização, o significado do trabalho, assim como os modelos de gestão na enfermagem com vistas a assegurar a eficiência e eficácia nos atendimentos. O Projeto de Pesquisa aborda um tema relevante relacionado ao processo de trabalho da enfermagem no SAMU, do ponto de vista acadêmico, pela possibilidade de acrescentar conhecimento, para a compreensão dos processos de trabalho em um espaço relativamente recente de atuação da enfermagem, e dessa forma fornecer subsídios para a formação/capacitação de novos profissionais. Esse estudo poderá ainda, contribuir para discussões sobre as características do trabalho da enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte, conhecendo os laços de identificação da equipe de enfermagem com o trabalho e a instituição, e identificando os modelos de gestão adotados pela enfermagem. Apresenta-se bem estruturado, explicitando de forma clara a relevância, justificativa e as questões que pretende responder. Na introdução são feitas a contextualização e problematização do tema em foco, o que contribui substancialmente para a compreensão do objeto da investigação e o desenvolvimento da pesquisa. O objetivo geral e os específicos do estudo estão bem definidos. No que se refere à metodologia, trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que apresenta como características fundamentais: objetivar a descoberta; enfatizar a interpretação em contexto; buscar retratar a realidade de forma completa e profunda; e usar várias fontes de informação. O cenário de estudo será

desenvolvido no SAMU de Belo Horizonte, onde está a central de regulação médica e a área administrativa do serviço. São descritos os sujeitos da pesquisa, os critérios de inclusão utilizados, o desenho do estudo, bem como a coleta, análise e tratamento dos dados. Ressalta-se que a metodologia é apresentada de forma coerente com os objetivos a serem alcançados. No projeto é apresentada a revisão teórica sobre a complexidade organizacional do SAMU, as principais características do trabalho no SAMU e modelo de gestão na enfermagem. O cronograma apresentado atende às exigências do Colegiado de Pós-Graduação da EEUFMG e do ENA.

Voto

Tendo em vista as considerações apresentadas, sou salvo melhor juízo dos membros da Câmara Departamental do ENA de parecer favorável à aprovação do Projeto de Pesquisa da Profa. Dra. Marília Alves.

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2010


Profa. Dra. Marília Rezende da Silveira

Aprovado em reunião de Câmara do
Departamento de Enfermagem Apli-
cada/ENA em 13/12/2010


Prof. Dr. Heloisa de Carvalho Torres
Chefe do Deptº de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem UFMG

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 0147.0.203.410-11

Interessado(a): Profa. Marília Alves
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 06 de setembro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Gestão de pessoas e práticas de atenção à saúde na perspectiva da enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Teresa Marques Amaral', is written over a faint circular stamp.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte.


Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0442.0.203.410-11A

Pesquisadora responsável: Marília Alves

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 06 de dezembro de 2011, o projeto de pesquisa intitulado “Gestão de pessoas e práticas de atenção à saúde na perspectiva da enfermagem no Serviço Móvel de Urgência”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Rosiene Maria de Freitas

Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH

Rosiene Maria de Freitas - BM: 34315-7
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
SMSA/BH



PREFEITURA DE
BELO HORIZONTE



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PARECER CONSUBSTANCIADO**

1. Título do Projeto de Pesquisa: Gestão de pessoas e práticas de atenção à saúde na perspectiva da enfermagem no Serviço Móvel de Urgência		2. CAAE:0442.0.203.410-11
SUJEITOS DA PESQUISA		
2. Número de sujeitos no centro: 80 total: 80	3. Grupos Especiais: () Menor de 18 anos; () Portador de deficiência mental (X) Não se aplica	() Embrião/feto; () Relação de dependência (militares, presidiários...) () Outros;
PESQUISADOR RESPONSÁVEL		
4. Nome: Marília Alves		
5. Instituição: Escola de Enfermagem / Universidade Federal de Minas Gerais		
INSTITUIÇÃO PROPONENTE		
6. Nome: Universidade Federal de Minas Gerais		
7. Unidade/Órgão: Escola de Enfermagem		
8. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		
9. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional ()		
LOCAL ONDE SERÁ DESENVOLVIDO NA REDE SUS		
10. Unidade/gerência (s): Secretaria Municipal de Saúde		
11. Gerência responsável/autorizadora na SMSA: Gabinete do Secretário		
ANÁLISE - CEP		
12. Objetivo(s): - Geral: Analisar a relação dos profissionais de enfermagem com o trabalho do SAMU de Belo Horizonte, focalizando a identificação dos profissionais com a organização e o significado do trabalho para os profissionais, assim como os modelos de gestão adotados pelo serviço como forma de assegurar a eficiência e eficácia nos atendimentos. - Específicos: - identificar as características do trabalho da enfermagem no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte; conhecer os laços de identificação da equipe de enfermagem com o trabalho e a instituição, tendo como base os estudos de Pagés; conhecer o significado do trabalho para a equipe de enfermagem do SAMU; analisar os modelos de gestão adotados pelo Serviço como forma de assegurar atendimento de qualidade nos diferentes locais acionados; conhecer alguns motivos de acionamento do SAMU pela população que podem interferir no modelo de gestão do Serviço.		
13. Metodologia (população do estudo; critérios de inclusão e exclusão; formas de seleção/recrutamento; tipo do estudo; fases; instrumento de pesquisa; critérios de análise; etc.): Será realizado estudo de caso, de natureza qualitativa. A unidade-caso será composta pelas informações formais e/ou informais produzidas pelos diversos atores que viabilizam ou influenciam os serviços e as práticas de enfermagem do SAMU e sua relação com o trabalho, a organização e a clientela. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista em profundidade com enfermeiros e técnicos de enfermagem do SAMU e a observação sistemática do cotidiano de trabalho dos mesmos será feita por meio de roteiro. Um diário de campo será utilizado para registrar as observações a respeito do local de trabalho, comportamentos, diálogos e outras situações de interesse para a pesquisa. Não houve delimitação da amostra tendo em vista que a coleta de dados será interrompida quando houver saturação das informações e nenhum dado novo for acrescentado por novas entrevistas. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra e só acontecerão após leitura e assinatura do TCLE. Para análise dos dados será utilizada a técnica de análise de discurso proposta por		

Fairclough e os passos propostos por Minayo (ordenação, classificação, constituição das categorias empíricas e do <i>corpus</i> de conhecimento).		
14. Cronograma de execução:	Início: 2º semestre de 2010	Fim: 1º semestre de 2013

Parecer

O projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 196/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 196/96. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas previamente para apreciação do CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.


Rosiene Maria de Freitas



Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Rosiene Maria de Freitas - BM: 34315-7

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Belo Horizonte, 06 de dezembro de 2011.

ANEXO D - Ficha de Atendimento do SAMU - Frente

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE		RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO											
USA <input type="checkbox"/>		UNIDADE / P.A. _____		DATA ____/____/____									
NOME DA VÍTIMA _____			IDADE _____	SEXO 1 <input type="checkbox"/> M 2 <input type="checkbox"/> F		RESGATE							
01 - ATENDIMENTO													
BO Nº _____		RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO _____				NÚMERO _____							
HORA _____	TRANSM. _____	CHEGADA AO LOCAL _____	SAÍDA LOCAL _____	CHEGADA HOSPITAL _____	LIBERAÇÃO VIATURA _____								
02 - LOCAL DE OCORRÊNCIA													
RUA: _____						Nº _____							
BAIRRO: _____				CIDADE: _____									
03 - TIPO DA OCORRÊNCIA													
<input type="checkbox"/> TRAUMA				<input type="checkbox"/> CLÍNICO									
<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> ACIDENTE BICICLETA	<input type="checkbox"/> ACIDENTE MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA	<input type="checkbox"/> AGRESSÃO ARMA BRANCA	<input type="checkbox"/> AGRESSÃO ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> Queda de altura <input type="checkbox"/> SOTERRAMENTO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO						
		<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO		<input type="checkbox"/> PARADA CARDIORESPIRATÓRIA		<input type="checkbox"/> DISTÚRBO PSÍQUIÁTRICO (AGITAÇÃO)							
		<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA		<input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO		<input type="checkbox"/> DESMAIO/SINCOPE							
		<input type="checkbox"/> ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL		<input type="checkbox"/> DISPNEIA		<input type="checkbox"/> CONVULSÃO							
				<input type="checkbox"/> DOR PRECORDIAL		<input type="checkbox"/> OUTROS: _____							
04 - ACIDENTE DE TRABALHO													
<input type="checkbox"/> TÍPICO				<input type="checkbox"/> TRAJETO									
05 - VEÍCULO													
TIPO DE VEÍCULO		CONDIÇÃO SEGURANÇA		SITUAÇÃO		POSIÇÃO NO VEÍCULO							
1 <input type="checkbox"/> AUTO 2 <input type="checkbox"/> MOTO 3 <input type="checkbox"/> BICICLETA 4 <input type="checkbox"/> ÔNIBUS 5 <input type="checkbox"/> CAMINHÃO 80 <input type="checkbox"/> OUTRO _____	1 <input type="checkbox"/> USAVA CINTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 2 <input type="checkbox"/> USAVA CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 3 <input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO	1 <input type="checkbox"/> A PÉ 2 <input type="checkbox"/> EM AUTO 3 <input type="checkbox"/> EM BICICLETA 4 <input type="checkbox"/> EM MOTO 80 <input type="checkbox"/> OUTRO _____	1 <input type="checkbox"/> CONDUTOR 2 <input type="checkbox"/> BANCO DIANTEIRO 3 <input type="checkbox"/> BANCO TRASEIRO 4 <input type="checkbox"/> GARUPA 80 <input type="checkbox"/> OUTRO _____										
SE TRANSPORTADA: <input type="checkbox"/> UR _____ <input type="checkbox"/> USA _____		<input type="checkbox"/> VIATURA PARTICULAR: _____ <input type="checkbox"/> HELICÓPTERO: _____		<input type="checkbox"/> VIATURA MILITAR: _____ <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA: _____									
06 - PRINCIPAIS LESÕES													
<input type="checkbox"/> SEM LESÃO APARENTE				<input type="checkbox"/> QUEIMADURA									
1 TIPO	2 LOCAL	A CRÂNIO	B FACE	C PESCOCO	D DORSO	E TORAX	F ABDOMEN	G MSD	H MSE	I BACIA	J MID	K MIE	1 <input type="checkbox"/> TÉRMICA 2 <input type="checkbox"/> QUÍMICA 3 <input type="checkbox"/> ELÉTRICA
1. ESCORIAÇÃO													SUPERFÍCIE (%)
2. F.C. CONTUSO													VIAS AÉREAS
3. F. PERFURANTE													1 <input type="checkbox"/> SIM 2 <input type="checkbox"/> NÃO
4. CONTUSÃO													
5. FRATURA ABERTA													
6. FRATURA FECHADA													
7. QUEIMADURA													
80. OUTRO													
ACHADOS CLÍNICOS: _____													
07 - ESCALA DE GLASGOW													
ABERTURA OCULAR				RESP. VERBAL				RESP. MOTORA					
4 <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA 3 <input type="checkbox"/> À VOZ 2 <input type="checkbox"/> À DOR 1 <input type="checkbox"/> AUSENTE				5 <input type="checkbox"/> ORIENTADO 4 <input type="checkbox"/> CONFUSO 3 <input type="checkbox"/> DESCONEXO 2 <input type="checkbox"/> INCOMPREENSÍVEL 1 <input type="checkbox"/> AUSENTE				6 <input type="checkbox"/> OBEDECE COMANDOS 5 <input type="checkbox"/> APROPRIADA A DOR 4 <input type="checkbox"/> RETIRADA À DOR 3 <input type="checkbox"/> FLEXÃO 2 <input type="checkbox"/> EXTENSÃO 1 <input type="checkbox"/> AUSENTE					
PULSO: _____				Sa O2: _____				T. COMA: _____					

Ficha de Atendimento do SAMU – Verso

08 - ESCALA DE TRAUMA			
RESP. / MIN	P.A. MÁXIMA	ESCALA COMA	
4 <input type="checkbox"/> 10 A 29	4 <input type="checkbox"/> + 89	4 <input type="checkbox"/> 13 - 15	
3 <input type="checkbox"/> + 29	3 <input type="checkbox"/> 76 A 89	3 <input type="checkbox"/> 9 - 12	
1 <input type="checkbox"/> 6 A 10	2 <input type="checkbox"/> 50 A 75	2 <input type="checkbox"/> 6 - 8	
0 <input type="checkbox"/> 1 A 5	1 <input type="checkbox"/> 1 A 49	1 <input type="checkbox"/> 4 - 5	
0 <input type="checkbox"/> 0	0 <input type="checkbox"/> 0	0 <input type="checkbox"/> 3	
F. RESP.:	PA.:	RTS:	

9 - PROCEDIMENTOS EFETUADOS (MARCAR COM UM X)			
<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input type="checkbox"/> AMBU	<input type="checkbox"/> RESPIRADOR
<input type="checkbox"/> CÂNULA OROFARÍNGEA	<input type="checkbox"/> TORACOCENTESE COM AGULHA	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL	<input type="checkbox"/> PERICARDIOCENTESE		
<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA		
<input type="checkbox"/> CRICOTIREÓIDOSTOMIA	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CARDÍACA		
<input type="checkbox"/> OXIMETRIA DE PULSO	<input type="checkbox"/> PRANCHA LONGA		
	<input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO		
	<input type="checkbox"/> KED		
	<input type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> PERIFÉRICA	<input type="checkbox"/> CENTRAL
	<input type="checkbox"/> MACA COLHER		
	<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> MMII	<input type="checkbox"/> MMSS
	<input type="checkbox"/> TRACIONADOR FÊMUR		
	<input type="checkbox"/> OUTROS _____		

10 - DESTINO DADO À VÍTIMA			
1 <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL	5 <input type="checkbox"/> RECUSOU ENCAMINHAMENTO HOSPITAL		
2 <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO	6 <input type="checkbox"/> ENTREGUE NO HOSPITAL		
3 <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE	7 <input type="checkbox"/> VÍTIMA NÃO LOCALIZADA		
4 <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO	8 <input type="checkbox"/> OUTRO _____		

11 - ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR / SERVIÇO DE SAÚDE			
ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR / SERVIÇO DE SAÚDE			
1. <input type="checkbox"/> SIM 2. <input type="checkbox"/> NÃO			

12 - TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO			
EU _____			
POR MEIO DESTE DOCUMENTO, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA RECUSA DO ATENDIMENTO / TRANSPORTE PELA UNIDADE DE RESGATE, MESMO QUE ISTO TRAGA DANOS A MINHA SAÚDE, ISENTANDO DE QUALQUER RESPONSABILIDADE A GUARNIÇÃO DO CORPO DE BOMBEIROS.			
_____/_____/_____ _____			
ASSINATURA			

13 - INTERCORRÊNCIAS NO TRANSPORTE	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

14 - AVALIAÇÃO HOSPITAL	
DIAGNÓSTICO : (PREENCHIMENTO PELO MÉDICO)	

15- EVOLUÇÃO IMEDIATA	
ATENDIDO <input type="checkbox"/>	TRANSFERIDO <input type="checkbox"/>
ÓBITO NO HOSPITAL <input type="checkbox"/>	
FICHA HOSPITALAR Nº _____	CARIMBO DO MÉDICO _____