

**Isabela Silva Cândia Velloso**

**Configurações das relações de poder no  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
de Belo Horizonte**

**Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem da UFMG  
2011**

**Isabela Silva Cândia Velloso**

# **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**

Tese apresentada no Curso de Doutorado do Programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

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

Orientadora: Profa. Dr<sup>a</sup> Marília Alves

**Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem da UFMG**

**2011**

*Dedico este trabalho aos profissionais do Serviço de Atendimento Médico de Urgência de Belo Horizonte que, vislumbrando a possibilidade de um Serviço ainda melhor, tiveram a generosidade de e disponibilidade de participar do desenvolvimento deste estudo.*

## *Agradecimentos*

*Gostaria de agradecer aos meus pais, Ivo e Glorinha, pelo constante incentivo e carinho.*

*Ao Sérgio, meu marido, companheiro de persistência incondicional ao longo de mais essa jornada, que se dispôs a compartilhar meu ideal, mesmo que para isso tenha tido que arcar com muitos ônus de significativa relevância, em vários aspectos.*

*Aos meus queridos irmãos, Júnior e Kiko, e à toda minha família, cunhados, sobrinhos e sogra, de cuja companhia foi preciso me privar por muitos momentos irrecuperáveis para que esse trabalho se concretizasse.*

*A professora Marília, minha orientadora, pela dedicação e parceria que se estende desde a época do mestrado.*

*A professora Christine Ceci, da Universidade de Alberta, pela disponibilidade, carinho e paciência durante o período que estive no Canadá, o que me fez sentir amparada, mesmo tão longe de casa.*

*As amigas Meiriele, Janaína e Renata Lacerda, parceiras solidárias, sempre dispostas a cuidarem e contribuírem, em todos os momentos.*

*A Thaís e Aline, bolsistas de Iniciação Científica, por sua valiosa contribuição na fase de coleta e transcrição dos dados da pesquisa.*

*Aos profissionais do S.A.M.U de Belo Horizonte, pela prestimosa colaboração e, em especial, ao Carlos Henrique Castanheira, à Valéria Murta, à Allana Corrêa, à Patrícia Caram e ao Flávio Vítor, por terem se disposto, solidariamente, a contribuir para o meu acesso ao Serviço.*

*Aos colegas de trabalho, em especial às companheiras do sétimo período, por sua compreensão e tolerância nos momentos mais difíceis.*

*Aos meus alunos, por me estimularem sempre a conhecer nos caminhos e novas perspectivas.*

*O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para velar intenções mas para revelar realidades, e os atos não são usados para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades.*

*(Hannah Arendt - A condição humana)*

## RESUMO

O atendimento às urgências, no Brasil, constitui-se em um desafio a ser enfrentado dentro de uma proposta de efetivação do cuidado integral. Para desconcentrar a atenção efetuada exclusivamente nos prontos-socorros, foi instituída, em 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências. Seu componente pré-hospitalar móvel contemplava a implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Em Belo Horizonte, a implantação do SAMU foi um marco definidor das políticas de atenção às urgências, ao qualificar a ação do sistema de saúde, antecipando-se à atenção hospitalar. Em sua estrutura, há relações próprias de uma organização de trabalho, com lutas por espaços e defesa de interesses, o que nos conduz a uma reflexão sobre como os atores sociais se inscrevem num sistema de posições e relações estabelecidas. Algumas tensões têm se mostrado presentes nas relações estabelecidas entre os próprios profissionais desse serviço, bem como em relações com profissionais de outros níveis assistenciais. Compreender essas tensões envolve questionamentos sobre como as práticas são organizadas nesse contexto. A análise das práticas auxilia a compreender como os arranjos são estabelecidos e como são admitidos e aceitos em um determinado momento. É nesse sentido que o pós-estruturalismo oferece recursos teórico-filosóficos para o desenvolvimento deste estudo, pois oferece subsídios para responder a perguntas relacionadas a como práticas são organizadas em determinado cenário. Tem em posição central a noção de que o poder não está limitado apenas a instituições formalmente estabelecidas, mas é imanente a todas as relações. O SAMU constitui-se em um cenário privilegiado de vivências de relações de poder, as quais refletem a singularidade e os conflitos inerentes ao trabalho de uma equipe de profissionais que desenvolve suas práticas a partir de estreitas relações com outros profissionais alocados em diferentes níveis assistenciais. O objetivo do estudo foi compreender como se configuram as relações de poder vivenciadas por profissionais do SAMU de Belo Horizonte, considerando-as como práticas sociais que se constituem cotidianamente no processo de trabalho. A metodologia utilizada foi o estudo de caso qualitativo. O cenário do estudo foi o SAMU de Belo Horizonte e os sujeitos foram 31 (trinta e um) profissionais do Serviço. Os dados foram coletados utilizando-se entrevista de roteiro semi-estruturado e submetidos a análise de discurso, organizados em três categorias analíticas. Na primeira, 'o poder como prática social no SAMU', foi feita uma análise sobre a constituição do poder nas práticas cotidianas de suas equipes de trabalho. Na segunda categoria, 'Sistema de Atendimento Móvel de Urgência: o trabalho na vitrine', foi discutida a questão da visibilidade como fator de organização do poder na estrutura do trabalho. Na terceira categoria, 'gerenciamento da diferença: a questão da demarcação de territórios', foi discutida a questão da definição de limites e territórios de atuação profissional a partir de lutas cotidianas no cenário em questão. Nas três categorias, buscou-se relacionar as relações de poder com as práticas vivenciadas pelas equipes do SAMU. Considerando-se a ubiquidade das relações de poder, sua análise no contexto do SAMU contribuiu para a compreensão de seu papel nas relações estabelecidas e para o entendimento das estratégias empregadas na contenção dos seus efeitos. Para isso, há que se considerar que o conhecimento é inseparável das práticas, assim como também é inseparável dos elementos que as constituem: normas, fazeres e discursos.

**Palavras-chave:** relações de poder, serviços médicos de emergência, assistência pré-hospitalar, prática profissional, relações interpessoais.

## ABSTRACT

Emergency care in Brazil constitutes a challenge to be addressed within the proposal for effectuation of integral care. To decentralize emergency care performed only in emergency services, it was established, in 2003, the Emergency Care National Policy. In this Policy, pre-hospital component has envisaged deployment of Pre-hospital Emergency Medical Service (SAMU). In Belo Horizonte, SAMU deployment was a milestone of emergency policy because it has qualified the actions of health system, anticipating the hospital care. In that structure, there are particular relations of a work organization, with fights for space and defense of interests, which leads us to reflect on how social actors are part of a system of positions and relations. Some strains have been present in the relations between professionals themselves, as well as in relationships with professionals from other levels of health system. Understanding these tensions involves questions about how practices are organized in that context. The analysis of practices helps to understand how the arrangements are established and how they are admitted and accepted in a given time. This way, poststructuralism offers theoretical and philosophical resources to develop this study, since it can help to answer questions related to how practices are organized in a given scenario. It has on central position the notion that power is not limited to formally established institutions, but it is inherent in all relationships. SAMU is a privileged setting of power relations, which reflect the uniqueness and the conflicts inherent in the work of a professional team that develops their practices within close relationships with other professionals from other healthcare levels. The aim of this study was to understand how power relations experienced by SAMU professionals from Belo Horizonte is configured, considering them as social practices that constitute daily work process. Methodology used was the qualitative case study. The study setting was the SAMU in Belo Horizonte and the subjects were 31 (thirty one) professionals of the Service. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to discourse analysis, organized in three analytical categories. At first category, 'power as social practice in the SAMU', it was proceeded an analysis on the constitution of power in the daily practices of team work. In the second category, 'Emergency Medical System: work at the window', it was discussed the issue of visibility as a factor of organization of power in structure of work. In third category, 'management of difference: the issue of territories demarcation', it was discussed the issue of professional boundaries and territories definition of performance considering daily struggles in SAMU scenario. In all categories, we attempted to relate power relations with practices experienced by SAMU's team works. Considering ubiquity of power relations, the analysis in the context of SAMU contributed to the understanding of its role in established relationships and to understand strategies employed to contain its effects. This way, it's necessary to consider that knowledge is inseparable from practice and is also inseparable from the form, rules, activities and speeches.

**Key-words:** power relations; emergency medical service; prehospital care; professional practice; interpersonal relations.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Composição e finalidade das unidades do SAMU de Belo Horizonte .....	20
Figura 1 -	Distribuição ilustrativa das ambulâncias do SAMU em Belo Horizonte .....	59
Quadro 2 -	Centros de atendimento de Belo Horizonte .....	60
Quadro 3 -	Distribuição dos sujeitos do estudo por categoria profissional .....	62
Quadro 4 -	Identificação dos sujeitos do estudo .....	64



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	- Análise de Discurso
CEP-SMSA	- Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
CERSAM	- Centro de Referência em Saúde Mental
COEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CR	- Central de Regulação
LOAS	- Lei Orgânica da Atenção à Saúde
MP4	- <i>Media Player 4</i>
NUPAE	- Núcleo Pesquisa em Administração e Enfermagem
OS	- Pronto Socorro
RH	- Recursos Humanos
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU-BH	- Serviço de Atendimento Médico de Urgência de Belo Horizonte
SMSA	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
UPS	- Unidade de Atenção Primária à Saúde
USA	- Unidade de Suporte Avançado
USB	- Unidade de Suporte Básico
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1	Objetivos.....	29
1.1.1	Objetivo geral.....	29
1.1.2	Objetivos específicos.....	30
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>31</b>
2.1	Contextualizando o pós-estruturalismo.....	32
2.2	A constituição do poder em Foucault.....	36
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>53</b>
3.1	A pesquisa qualitativa.....	54
3.2	Sobre o estudo de Caso.....	55
3.3	Cenário do estudo.....	58
3.4	Definição dos sujeitos e a coleta dos dados.....	61
3.5	Tratamento dos dados: análise de discurso.....	65
3.6	Aspectos éticos da pesquisa .....	68
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>70</b>
4.1	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência: o trabalho na vitrine.....	74
4.2	Gerenciamento da diferença: as relações de poder na perspectiva dos limites profissionais.....	87
4.3	Práticas sociais de poder no SAMU.....	99
4.3.1	Qualificação profissional e transferência de <i>locus</i> de poder no SAMU.....	100
4.3.2	O poder da vaga-zero.....	103
4.3.3	Corpos uniformes e imagens de poder no SAMU.....	106
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>109</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>124</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>127</b>

# Apresentação



## APRESENTAÇÃO

Este estudo é um subprojeto de um projeto maior, desenvolvido por pesquisadores vinculados ao Núcleo de Pesquisa em Administração e Enfermagem (NUPAE), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Através desse projeto maior, pretende-se buscar a compreensão de usuários e profissionais de diferentes níveis de atenção sobre o trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Para isso, há que se considerar a relação com esse tipo de atendimento no município de Belo Horizonte na perspectiva da proposta de integralidade dos diferentes níveis assistenciais prevista pela política de saúde vigente. Acredita-se que essa compreensão possa estimular a discussão de estratégias e ações que favoreçam a articulação entre os serviços, já que a complementaridade entre os níveis de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) passa, obrigatoriamente, pela articulação dos sujeitos que o representam: gestores, profissionais e os usuários do sistema de saúde.

Neste estudo, especificamente, busquei compreender a configuração das relações de poder que perpassam a equipe do SAMU de Belo Horizonte, Minas Gerais. O Serviço é um dos componentes da atenção pré-hospitalar móvel, o qual tem seu surgimento e crescimento, no Brasil associado à necessidade de minimização de óbitos e seqüelas secundários ao atendimento inadequado às situações de urgência fora do ambiente hospitalar (BELO HORIZONTE, 2004b).

O impulso inicial para o desenvolvimento de um estudo dessa natureza surgiu com meu interesse em compreender tanto a dinâmica de trabalho do SAMU, quanto o formato das relações estabelecidas nesse contexto, uma vez que, como profissional da área da saúde à época do início do estudo, alocada em Unidade de Atenção Primária à Saúde (UPS) de Belo Horizonte, me deparava com muitas limitações para entender a organização da rede de relações que se estabelecia com as equipes do Serviço, mesmo que, de alguma forma, como profissional de um sistema de saúde supostamente integrado, fizesse parte dela. Assim, o estudo foi norteado pelo questionamento acerca de como se configuram as relações de poder que envolvem os profissionais do SAMU. Também foram norteadores questionamentos sobre que fatores estão envolvidos nos deslocamentos do poder nesse Serviço.

Muitos foram os desafios encontrados no desenvolvimento da pesquisa e um dos grandes desafios com o qual me deparei, desde o início do projeto, e que me fez questionar, por inúmeras vezes, se seria possível desenvolver um estudo dessa natureza, foi o fato de analisar minha própria trajetória profissional e acadêmica. Embora eu tenha uma experiência profissional relativamente diversificada, com atividades desenvolvidas tanto em hospitais como em Unidades Básicas de Saúde (UBS), nunca trabalhei especificamente em serviços de urgência. Além disso, se fosse questionada quanto ao meu interesse em vir trabalhar nesse tipo de serviço, em especial na atenção pré-hospitalar, não hesitaria em manifestar pouco entusiasmo e, talvez, até mesmo desinteresse. Mas, não se tratava de uma nova vivência clínica, mas de uma pesquisa que era, por si só, o próprio desafio.

As dificuldades estavam em algumas coisas que podiam parecer pequenas, mas não o eram. Aproximar-me da estrutura e realidade do SAMU, por exemplo, através de literatura disponível não foi tarefa fácil, pois o Serviço é relativamente novo no cenário da atenção à saúde no Brasil e ainda começava a despontar como objeto de estudo de pesquisadores. Além disso, a complexidade do espaço organizacional do SAMU constituía-se num desafio para a compreensão de sua estrutura.

O Serviço conta com uma estrutura fixa, na qual está centrada a organização do Serviço, e uma estrutura móvel, as ambulâncias, que atende às demandas clínicas em toda a área do município. É importante ressaltar, ainda, o dinamismo próprio do atendimento pré-hospitalar. Trata-se de unidades de atendimento móveis, que contam com profissionais de várias categorias, atendem chamadas 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 exclusivamente fixas e com população adscrita definida.

Por um lado, o SAMU constitui-se num espaço organizacional do 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 (SROUR, 1994).

Embora não tivesse experiência profissional em urgências, estava claro para mim que buscar compreender as relações de poder nesse cenário correspondia a tentar explorar as próprias práticas de saúde como elementos de construção social, considerando que práticas são aquilo que as pessoas vivem cotidianamente. As práticas não se constituem por si só, mas são construídas em relações e interações, se sustentam e, às vezes, se contradizem em estruturas múltiplas e complexas (MAY, 2006).

Mediante isso, o referencial teórico-filosófico pós-estruturalista, que tem em Foucault um de seus principais precursores, se colocava cada vez mais diante de mim como uma possibilidade para a análise das configurações de poder no SAMU. Na perspectiva pós-estruturalista, Foucault considera que conceitos usados por nossa sociedade não podem ser compreendidos como verdades universais, mas apenas como o resultado das constantes mudanças em um sistema de relações de poder expressos em práticas e condicionados pela hegemonia do conhecimento dominante em um dado momento. É nesse jogo de forças que a verdade pode ser contestada e modificada, evidenciando o efeito de relações de poder desenvolvidas (DREYFUS; RABINOW, 1983). Essa concepção de realidade como algo em constante movimento e com a possibilidade de organização de novos arranjos à medida que verdades e conhecimentos são colocados em cena parecia muito apropriada à tentativa de um melhor entendimento sobre as práticas de poder no SAMU. Além disso, também me fascinava a idéia de que o poder existe em todas as relações e de que não há poder sem resistência.

Adentrar no pós-estruturalismo foi o caminho que conduziu à melhor compreensão sobre as relações de poder e, mais especificamente, sobre a constituição de uma das formas de poder estudadas por Foucault nas sociedades modernas, o poder disciplinar, que age através da docilização dos corpos. Inicialmente, parecia praticamente impossível associar as noções de poder a corpos dóceis. Dentre os muitos caminhos percorridos na tentativa de aproximação desse complexo referencial, foi de especial relevância o intercâmbio com Escola de Enfermagem da Universidade de Alberta, no Canadá, que possibilitou a oportunidade fazer

um estágio de doutorado por um período de aproximadamente quatro meses, no ano de 2009, entre os meses de abril a julho. Foi a partir das discussões acadêmicas desenvolvidas durante esse período que, de fato, foi possível definir o referencial pós-estruturalista como norteador para este estudo.

Durante esse período, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Christine Ceci, tive a oportunidade participar uma Conferência Internacional de caráter multidisciplinar – 3<sup>rd</sup> International In Sickness and In Health Conference, *Government of the Self in the Clinic and Beyond* – que teve como foco a discussão de trabalhos de pesquisa sustentados pelo referencial Foucaultiano. Também participei de grupos de estudo nos quais também tive a oportunidade de discutir esse referencial, além de trabalhar na leitura de um vasto referencial teórico, que discutirei, em parte, ao longo deste trabalho.

#### §§§§§

O relatório da tese está organizado em seis capítulos. O Capítulo 1 está dividido em três momentos principais. No primeiro momento, teço algumas considerações sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Belo Horizonte, contextualizando-o no cenário da atenção à saúde e, mais especificamente, às urgências, no Brasil. Considerando a diversidade de possibilidades conceituais que envolvem as relações de poder, no segundo momento, apresento os principais conceitos que orientam e subsidiam a análise que se propõe neste estudo. Finalmente, são apresentados os objetivos da pesquisa.

Os referenciais teóricos de sustentação do objeto de estudo são apresentados no Capítulo 2. Como as relações de poder, subsidiadas pelo referencial pós-estruturalista Foucaultiano, constituem o principal ponto de análise dos dados, inicio o capítulo com uma descrição da trajetória histórica do conceito de relações de poder. Busquei reconstituí-lo desde as bases teórico-filosóficas do estruturalismo, passando por sua transição e relação com o pós-estruturalismo, para, enfim, culminar nas próprias relações de poder. Sobre as relações de poder, busco explorar com maior especificidade o poder disciplinar, considerando que através da disciplina, é possível a produção o indivíduo ideal para cada contexto, utilizando-se técnicas e estratégias de poder relativamente simples. É esse poder constituído que delinea, efetivamente, as práticas vivenciadas pelos sujeitos. Para essa explanação, dei

ênfase, em especial, a “*Vigiar e punir*”, a obra de Foucault dedicada à exploração dessa perspectiva do poder. Assim, busquei descrever os mecanismos do poder disciplinar, bem como suas relações com o próprio processo de trabalho.

No Capítulo 3, descrevo a trajetória metodológica e o referencial que lhe dá sustentação. Essa descrição inicia-se com uma breve apresentação dos pressupostos da pesquisa qualitativa e as etapas que compuseram o estudo de campo, tais como definição do cenário e dos sujeitos do estudo, procedimentos de coleta de dados e a análise dos dados, que foram submetidos à técnica de análise de discurso. Considerando-se que a análise de discurso pode ser aplicada, nos dias de hoje, empregando diferentes óticas associadas a diferentes referenciais teórico-filosóficos, busquei apresentá-lo na perspectiva do próprio referencial da tese, o pós-estruturalismo, de forma a elucidar o tipo de análise feita nos capítulos seguintes.

Nos Capítulos 4 e 5, situo os resultados do trabalho de campo e a discussão, respectivamente. Como resultados, são apresentadas as três categorias analíticas emergentes do trabalho de campo. Na primeira categoria, “Sistema de Atendimento Móvel de Urgência: o trabalho na vitrine”, busco analisar a questão da visibilidade como importante fator da organização do poder na estrutura do trabalho. Na segunda categoria, “gerenciamento da diferença: a questão da demarcação de territórios”, discuto a questão da definição de limites e territórios de atuação profissional a partir de lutas cotidianas, o que re-desenha constantemente o cenário em questão. Embora nas três categorias que constituem a discussão eu busque relacionar as relações de poder com as práticas sociais e laborais vivenciadas pelas equipes do SAMU, na terceira, “práticas sociais de poder no SAMU”, analiso com mais especificidade a constituição do poder nas práticas cotidianas de suas equipes de trabalho, com ênfase em três aspectos principais: ‘qualificação profissional e transferência de *locus* de poder no SAMU’, ‘o poder da vaga-zero’ e os ‘corpos uniformes e imagens de poder no SAMU’.



# Introdução



## 1 INTRODUÇÃO

Ao retomarmos a trajetória histórica da saúde pública no Brasil, é possível observar que as grandes reformas estruturais pelas quais passou, em geral, acompanharam a trajetória e o desenvolvimento sócio-políticos do país. O sistema de saúde vigente teve seu início formalizado a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com o estabelecimento de suas principais diretrizes: a universalidade do acesso aos serviços, a integralidade da assistência, a descentralização político-administrativa e a integração na execução das ações de saúde (BRASIL,1988).

Em 1990, foi sancionada a Lei Orgânica da Atenção à Saúde (LOAS), Lei nº 8.080, que definiu as diretrizes estruturais e assistenciais do Sistema a partir daquele momento, quando definiu-se que o principal objetivo do SUS seria oferecer assistência à população através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a integração de ações curativas, preventivas e de reabilitação. Assim, são consideradas áreas de atuação do SUS o planejamento e a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral (BRASIL, 1990).

O atendimento às necessidades de saúde da população, de acordo com o que preconiza a Lei nº 8.080, exigiu a reorganização dos serviços, considerando níveis diversificados de atenção, a saber: atenção básica, atenção especializada, atenção pré-hospitalar móvel, serviços de urgência, atenção hospitalar e pós-hospitalar. Em todos esses níveis de atendimento, deve haver mecanismos organizados e regulados de referência e contra-referência, de forma a se complementarem e a proporcionarem atenção integral ao usuário. Nesse contexto, é importante considerar que os sistemas de urgência e emergência devem ser estruturados com participação dos demais componentes do sistema de saúde, os quais devem se responsabilizar pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando os respectivos limites de complexidade e capacidade de resolução dos problemas nos demais níveis assistenciais (BRASIL, 2002).

Nessa perspectiva, consolidar uma política pública de atendimento de qualidade às urgências em um país de dimensões continentais como o Brasil configura-se em um projeto ousado e de grande envergadura para gestores e trabalhadores da saúde. Em parte, isso se

deve ao fato de o atendimento às urgências não se definir como um trabalho constituído por ações independentes e autolimitadas. Ao contrário, ele se desenvolve com o estabelecimento de relação direta entre as situações de urgência atendidas e os demais níveis da assistência à saúde (BRASIL, 2004). Nesse sentido, o atendimento às urgências, para o SUS, constitui-se em um expressivo desafio a ser enfrentado dentro de uma proposta de efetivação da ação integral, que envolve o próprio sistema de saúde, seus trabalhadores e outros atores sociais envolvidos na assistência.

Considerando a necessidade de garantir a referência aos usuários do sistema de saúde, independente do nível em que ocorreu o primeiro atendimento e a necessidade de estruturar uma rede de cuidados integrais de urgência regionalizada, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente nos prontos-socorros, em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria GM/MS nº 1.863. Dentre os princípios dessa Política, ressalta-se a garantia de universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências, consubstanciar as diretrizes de regionalização, qualificar a assistência e desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos. Além disso, tinha como objetivos fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atenção à saúde das coletividades e promover a capacitação continuada das equipes de saúde na Atenção às Urgências (BRASIL, 2003a).

O componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituído, no mesmo ano, por meio da Portaria GM/MS nº 1.864, que previa a implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e seus Núcleos de Educação em Urgência. A referida Portaria definia parâmetros de estruturação desses serviços, disponibilização de um veículo de suporte básico à vida para cada 100 a 150 mil habitantes e um veículo de suporte avançado à vida para cada 400 a 450 mil habitantes. As despesas de custeio com a implantação e a estruturação da área física das centrais de regulação do SAMU deveria ser de responsabilidade compartilhada entre a União, Estados e Municípios (BRASIL, 2003b). Nesse cenário, é relevante compreender que o atendimento pré-hospitalar móvel às urgências assume a extensão de uma política transetorial que se apóia nas centrais de regulação médica de urgência para tomar corpo e concretude.

Em Belo Horizonte, reconhecidamente um dos municípios pioneiros na implantação de sistema de atendimento pré-hospitalar móvel no Brasil, a implantação do SAMU constituiu-se em um marco definidor das políticas de atenção às urgências, ao qualificar a ação do sistema de saúde, antecipando-se à atenção hospitalar (BELO HORIZONTE, 2007). Entretanto, muitas foram as mudanças pelas quais a atenção pré-hospitalar passou desde seu início, associado ao Serviço de Resgate, do Corpo de Bombeiros, até se constituir e se consolidar como política pública de saúde.

O Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar/Resgate no município data de outubro de 1994, a partir de um convênio assinado entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Corpo de Bombeiros. O atendimento pré-hospitalar era direcionado ao trauma, mais especificamente, ao trauma relacionado a acidentes com necessidade de deslocamento realizado pelo Resgate. Em 1995, a equipe médica da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) passa a compor o sistema, realizando triagem de casos das ligações telefônicas direcionadas ao número 193, monitorando a ação dos socorristas e regulando a transferência de pacientes aos hospitais. Em 1996, a Unidade de Suporte Avançado (USA), equipada com Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), tripulada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e socorrista passa a fazer parte do sistema. A partir de 2001, o Sistema de Atenção Pré-Hospitalar/Resgate se separou e foi implantado o sistema informatizado, com subsequente ampliação da atuação do atendimento pré-hospitalar através da Regulação Metropolitana (BELO HORIZONTE, 2007). Com o crescimento da demanda, o atendimento às urgências clínicas foi se tornando cada vez mais freqüente, extrapolando a capacidade instalada e sinalizando outras possibilidades de atenção.

Em 2003, atendendo às determinações da Política Nacional de Atenção às Urgências, foi inaugurado pela SMSA da prefeitura de Belo Horizonte o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um serviço de atendimento pré-hospitalar reestruturado, com acesso telefônico gratuito, disponível para toda a população pelo número 192. O SAMU foi estruturado para fornecer orientações médicas por um profissional qualificado, através de direcionamento das demandas encaminhadas à Central de Atendimento Telefônico, de acordo com as necessidades identificadas. Passou também a disponibilizar quatro tipos de veículos para transporte de paciente: Unidade de Suporte Avançado (USA), Unidade de Suporte Básico (USB) tipo I e tipo II e ambulância para remoção simples.

A composição das Unidades é diferenciada para o atendimento a diferentes situações (QUADRO 1). A Unidade de Suporte Avançado é tripulada pelo condutor, por um médico e por um enfermeiro e dispõe de medicamentos e equipamentos para atendimento em situações com risco iminente de morte. A Unidade de Suporte Básico tipo I é tripulada pelo condutor e dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e tem medicação e equipamentos para atendimento de suporte básico de vida. Na Unidade de Suporte Básico tipo II, há um auxiliar ou técnico de enfermagem a menos do que na Unidade de Suporte Básico tipo I, e sua função é o atendimento a casos clínicos e transferência de pacientes em situações clínicas de média complexidade às Unidades de Pronto Atendimento (TURCI, 2008).

### QUADRO 1

Composição e finalidade das unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte

	COMPONENTES	FINALIDADE
Unidade de Suporte Avançado	1 condutor, 1 enfermeiro e 1 médico	Realizar atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar às pessoas vítimas de problemas clínicos ou traumáticos que necessitam de cuidados intensivos
Unidade de Suporte Básico (USB)	1 condutor e 2 técnicos de enfermagem	Realizar atendimento pré-hospitalar e transporte inter-hospitalar às pessoas vítimas de problemas clínicos ou traumáticos sem que necessitem de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino
	1 condutor e 1 técnico de enfermagem	Realizar atendimento pré-hospitalar às pessoas vítimas de problemas clínicos e transporte inter-hospitalar às pessoas vítimas de problemas clínicos ou traumáticos que não necessitam de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino

Além do atendimento às urgências, faz parte das atribuições do SAMU a realização do Transporte Público Sanitário, que é o transporte eletivo de pessoas que, embora não tenham risco iminente de morte, necessitam de deslocamento a uma unidade de saúde. Esse grupo inclui pessoas portadoras de doenças crônicas e portadores de necessidades especiais com dificuldade de locomoção em transporte próprio ou transporte coletivo público para realizar exames, consultas programadas, tratamentos dialíticos, dentre outros. Esse tipo de transporte é realizado por ambulâncias de pequeno porte ou, no caso de pacientes estáveis, por carro utilitário do tipo Kombi ou van, que totalizam 51 veículos. A solicitação do serviço é encaminhada, por profissionais da rede municipal de saúde, através de ramais telefônicos internos a uma central de regulação própria, a qual funciona no mesmo endereço da central de regulação do SAMU (BELO HORIZONTE, 2002; ALVES; SILVA; NEIVA, 2010)

Por um lado, a implantação do SAMU em Belo Horizonte teve como objetivos atender antecipadamente as situações de emergência no local da ocorrência, reduzir progressivamente o fluxo de usuários das portas de entrada de urgências com a adequada orientação e encaminhamento para a atenção básica. Por outro lado, vislumbrava manter um sistema articulado para atender às chamadas excepcionais, como catástrofes e dar suporte técnico às próprias unidades básicas em situações críticas (MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Nessa estrutura, considerando tanto a parte central quanto as móveis, desenvolvem-se relações próprias de uma organização de trabalho, com lutas por espaços e defesa de interesses. Além disso, no trabalho do SAMU, são estabelecidas relações com profissionais de outros níveis assistenciais, principalmente das Unidades Básicas de Saúde (UBS), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e dos Pronto-socorros (PS), com organizações diferentes entre si e diferentes do próprio SAMU. Nessas relações, certamente também veicula a luta pela defesa de interesses de cada serviço, e pode-se considerar que as divergências que polarizam os diversos atores são o resultado das posições sociais ocupadas por eles e dos diferentes interesses em jogo, de acordo com cada situação vivenciada em diferentes momentos.

Esse contexto nos conduz a uma reflexão sobre como os atores sociais se inscrevem num sistema de posições e relações estabelecidas, além de se considerar sua interação cotidiana.

Essa reflexão deve percorrer caminhos que permitam compreender a que fatores estão associados a integração ou o distanciamento dos atores alocados nos diversos pontos da estrutura dos serviços de saúde. Além disso, também é importante incluir numa reflexão sobre o contexto social do SAMU a forma como se dá o acesso da população ao Serviço, que é por meio de chamadas telefônicas, o que maximiza a complexidade do Serviço. Isso porque, juntamente com o SAMU, foi introduzido para a população o conceito de regulação, o que coloca o usuário do sistema em uma condição de agente ativo no sistema de saúde.

Nesse sentido, é importante ressaltar que uma informação sobre o estado de saúde de um paciente, informada, na maioria das vezes, por ele próprio, por um familiar, amigo ou um desconhecido que reconheça sua necessidade de atendimento médico em uma via pública, corre grande risco de ser constituído a partir de parâmetros subjetivos, o que pode vir a ser fator dificultador de definições de condutas clínicas acertadas e conseqüente má utilização do Serviço, em geral. Certamente, em cada uma dessas articulações da rede de relacionamentos, há interesses a serem defendidos o que, naturalmente, faz com que limites sejam definidos e redefinidos constantemente em um *continuum* de relações de poder, o que interfere diretamente no processo de trabalho do SAMU.

*A priori*, o trabalho é um processo, no qual ocorre uma transformação de matéria prima em objeto, mediado pela participação e interação entre o homem e a natureza. Quaisquer fatores que atuem sobre os elementos que compõem o processo de trabalho tendem a modificá-lo, podendo essa mudança resultar em aspectos positivos ou negativos (MARX, 1982). Entretanto, o trabalho em saúde, diferente do trabalho na indústria, por exemplo, não se realiza sobre coisas ou objetos, mas sobre pessoas, com base na relação entre paciente e profissional de saúde, com a participação ativa de ambos no processo (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Assim, o paciente fornece os subsídios necessários ao processo de trabalho, o que vai além da simples informação sobre o que se passou com ele, ou de sua queixa, mas abrange sua ativa participação para que se aplique a proposta de saúde preventiva ou curativa com sucesso.

Além disso, na área da saúde, o trabalho é majoritariamente coletivo e realizado por diversos profissionais de saúde, trabalhadores capacitados para realizar uma série de atividades necessárias à manutenção da estrutura institucional (PIRES, 2000). Assim, os

profissionais devem estar cientes da complementaridade de suas ações e proceder de forma articulada, identificando e respeitando as autonomias técnicas de cada categoria profissional. Espera-se a interação dos componentes da equipe de saúde, pois isso garantiria a eficiência e eficácia dos serviços, bem como a autonomia técnica dos profissionais em um contexto de ações articuladas (SCHRAIBER *et al*, 1999).

Serviços com o perfil e a complexidade do SAMU assumem especial dimensão no contexto das cidades de grande porte, onde as relações humanas tendem a ser impessoais e racionais, definidas em termos de interesse e em termos financeiros. A transformação da cidade antiga, considerada uma fortaleza segura em tempos de guerra, na cidade moderna, um local de convivência, redefine todas as relações nela estabelecidas, sejam essas relações sociais, de trabalho ou de qualquer outra natureza. O dinamismo das cidades contemporâneas ocasiona consecutivas mudanças na divisão de trabalho que levam a conseqüentes quebras ou modificações da organização social anterior por uma baseada em interesses ocupacionais (PARK, 1987).

É nesse contexto relacional, que se desenvolverão as relações de força, que, na verdade, podem ser interpretadas como relações de poder. Nesse sentido, é válido considerar que o poder não tem centro, ele se constitui como um sistema em rede, fortalecido por suas ligações, traduzidas por suas relações culturais. Cada um dos elos da cadeia social produz, reproduz e transforma o poder. Assim, a mecânica do poder tem sua essência capilar no próprio indivíduo. Perpassa seu corpo e se insere em seus gestos, atitudes, discursos, aprendizagem, enfim, em sua vida cotidiana (FOUCAULT, 2008a).

Assim, há que se considerar que, para Foucault, a principal questão que envolve o poder não se refere ao seu conceito, mas ao seu exercício. O poder implica em forças que podem afetar e serem afetadas, de diferentes formas e em várias proporções. Pode-se dizer que, considerando-se as relações de poder, algumas atitudes como espontaneidade e receptividade assumem nova dimensão, como sua possibilidade de afetar e ser afetado (DELEUZE, 2005a).

Por isso, o poder deve ser analisado como algo que circula, não está situado em um único ponto da estrutura, nunca é definitivamente possuído por determinada pessoa ou grupo. Não pode ser definido como uma riqueza ou um bem. Por se efetivar em rede, todos os



indivíduos estão sempre em posição de exercer o poder e de sofrer sua ação, uma vez que esses indivíduos circulam nas malhas das redes constituídas nas estruturas organizacionais. Isso seria o mesmo que dizer que o poder não se aplica aos indivíduos, mas passa por eles. O indivíduo não é um núcleo elementar, um átomo primitivo, uma matéria múltipla e inerte sobre a qual o poder se aplicaria como um golpe, submetendo-o ou estraçalhando-o. O indivíduo não é o outro do poder, ele é, simultaneamente, um efeito do poder e, pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constitui (FOUCAULT, 2008a).

A presença do SAMU na rede de Serviços de saúde de Belo Horizonte constitui-se em uma excelente proposta para a melhoria dos atendimentos de urgência e transporte de pacientes para os Serviços de referência adequados. À medida que traz melhoria no atendimento e facilita o acesso, o SAMU ganha “fama” e reconhecimento no seio da população usuária. Em contrapartida, essa mesma “melhoria no acesso da população” vem se colocando como elemento conflitante para os profissionais de outros níveis assistenciais que trabalham com sobrecarga de atendimentos, equipes desfalcadas, processo de trabalho desarticulado, sucateamento da estrutura física, poucos recursos diagnósticos e dificuldades de referência e contra-referência (ARAÚJO, 2010). É nesse contexto conflituoso, que o poder circula e reconfigura-se, constantemente, de acordo com a composição de forças que se forma a partir de conhecimentos e práticas que se colocam em jogo.

Foucault (2008a, p.71) reconhece que, à expansão do campo político, corresponde uma expansão do papel do intelectual, que representa a “luta contra o poder, luta para fazê-lo aparecer e feri-lo onde ele é mais insidioso”. É dessa luta que surge o redimensionamento do campo da ação pessoal. Cada pessoa passa a ser uma multiplicidade, já que “somos todos pequenos grupos” em ação. A teoria e a prática, por sua vez, se confundem, e tornam-se uma ação: “ação de teoria, ação de prática em relação de revezamento ou em rede” (p.70).

No processo de trabalho, o conflito entre a teoria e a prática emerge de forma expressiva, gerando conflitos, uma vez que ele não se estrutura a partir de uma sucessão estável de transformações que se repetem de modo idêntico, mas se constitui em um acúmulo de interfaces que abrange um combinado de historicidade de toda natureza. A prática sofre interferência pela infiltração da teoria, que, no caso dos serviços de saúde, é organizada em

forma de protocolos. A utilização dos protocolos requer uma forma de competência ajustada às contingências de cada situação. Assim, no trabalho em saúde, a experiência de cada profissional é que define o seu perfil, sua competência diante de cada situação, o que pode ser percebido como uma forma específica de armazenamento na forma de saber (SCHWARTZ, 1998). É nesse sentido que as relações entre os profissionais do SAMU e de outros níveis assistenciais podem ser caracterizadas por entendimentos e parcerias em algumas situações e por conflitos e divergências em outras (ROCHA; VELLOSO; ALVES, 2009). E essa relação dinâmica pode ser modificada segundo o contexto, as demandas de trabalho e os saberes colocados em prática

Exemplo da historicidade do conhecimento aplicado às práticas de urgência é o fato de terminologias como “resgate”, “ambulância”, “atendimento pré-hospitalar” e “socorro” terem passado a ter significados semelhantes para a população em geral e também para alguns profissionais de saúde, principalmente devido à visão historicamente construída. A utilização desses termos se dá de forma indiscriminada e aleatória, o que evidencia não uma confusão meramente semântica, mas um total desconhecimento sobre como, o que, e quem procurar em determinadas situações de segurança ou agravos à saúde (NITSCHKE, 2008).

Mas Foucault (2008a) entende que, na construção da vivência cotidiana, é preciso valorizar não apenas o conhecimento cientificamente legitimado, mas há que se considerar, também, os saberes locais, descontínuos, não legitimados, os quais devem ser ativados contra a instância teórica unitária que pretende, em nome de um conhecimento verdadeiro e dos direitos de uma ciência detida por alguns, depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los. É preciso redimensionar os saberes não enquanto método e conceito de uma ciência, mas no sentido de colocá-los contra os efeitos do poder centralizador ligado à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade.

No ambiente de trabalho, as relações de poder acontecem em ciclo de sentimentos expressos cotidianamente, os quais variam de acordo com as interações impostas pela natureza concreta das relações de trabalho. Mas se por um lado o poder é um fenômeno simples e universal, por outro lado, seu conceito ainda é vago e multiforme, o que leva à formulação daquilo que constitui o denominador comum de todas as manifestações de

poder, implica sempre de um indivíduo ou grupo atuar sobre outro indivíduo ou grupo (CROZIER; FRIEDBERG, 1990).

Em toda a estrutura social do SAMU, as definições de limites e das próprias relações de poder colocam em jogo os saberes dos profissionais bem como a regulamentação do Estado para atendimento às urgências. Isso estabelece uma ordem social hegemônica, com uma rotatividade das posições de dominação que são redefinidas cotidianamente a partir do estabelecimento das relações de força, ou de poder.

Como fenômeno social constituído a partir das práticas nele estabelecidas, o SAMU adquire sentido quando inserido em um discurso definido, *a priori*, como estável ou fixo, que tende a representar identidades sociais e políticas assumidas pelos diversos atores. Assim, na prática cotidiana, é relevante buscar compreender como esses discursos e identidades são construídos e como obtêm domínio e fixação ou mobilidade, já que os antagonismos sociais são responsáveis pelas possibilidades de desestruturação de uma identidade anteriormente constituída, mas é nesse mesmo antagonismo que pode se encontrar outra identidade capaz de complementar a anterior, estabilizando-a (CARPENTIER; CAMMAERTS, 2006).

Apesar de se tratar de um serviço reconhecidamente necessário no sistema de saúde, o SAMU é uma prática relativamente recente no cenário da capital mineira. Em sua estrutura, algumas tensões têm se mostrado presentes nas relações estabelecidas entre os próprios profissionais desse serviço, bem como em relações com profissionais alocados em outros níveis assistenciais do sistema de saúde. Compreender essas tensões, e as próprias relações, envolve questionamentos sobre como as práticas são organizadas nesse contexto.

Para Foucault (1991b), práticas podem ser compreendidas como 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. Na verdade, as práticas têm sua própria 'razão'. Elas são organizadas a partir de determinadas formas de racionalidade, considerando determinados códigos de conhecimento e regras da 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.

É nesse sentido que o pós-estruturalismo oferece uma série de recursos teórico-filosóficos para o desenvolvimento deste estudo, embora não haja dúvida de que muitas abordagens pudessem dar suporte a esta pesquisa. O pós-estruturalismo, começando com a ruptura provocada, principalmente por Foucault, na forma de pensar o poder oferece uma diversidade de subsídios para responder às perguntas relacionadas a como práticas são organizadas em determinado cenário. Isso se deve, principalmente, ao fato de o pós-estruturalismo ter em posição central a noção de que o poder não está limitado apenas ao Estado ou às instituições formalmente estabelecidas, mas é imanente a todas as relações (FOUCAULT, 1991b). Nesse sentido, a compreensão das relações de poder abrange a análise das relações entre os indivíduos, mesmo que elas aconteçam paralelamente à estrutura formal constituída.

O entendimento das relações de poder que se constituem no SAMU e os efeitos dos arranjos estabelecidos nas práticas cotidianas exige que se considere a natureza do poder, do conhecimento e da subjetividade dos sujeitos envolvidos. O que se deve considerar em um estudo dessa natureza é como o poder é exercido, como os limites profissionais são estabelecidos e mantidos, e quais são os efeitos dessas relações para os sujeitos nelas envolvidos. Foucault propõe uma alternativa para o entendimento das práticas em toda a sua complexidade, considerando os múltiplos processos que as constituem e as circunstâncias que determinam as formas de pensar e agir com relação a elas (CATON, 1987).

Foucault considera, ainda, que as relações de poder existentes na sociedade são estruturadas a partir da disciplina a que são submetidos os indivíduos. Assim, busca compreender como essas relações surgem e se estabelecem, como são mantidas e aceitas pelos sujeitos, como se dá a formação da subjetividade desses sujeitos através da disciplina que individualiza e estabelece mecanismos de dominação e exploração nos mais diversos campos da atividade humana. O ponto essencial para o estudo do poder é o conhecimento, pois é por sua apropriação e manipulação que se torna possível o controle exercido de alguns indivíduos sobre outros (MACHADO, 1979).

As relações de poder constituem uma mecânica que se revela enigmática, ao mesmo tempo visível e invisível (FOUCAULT, 2008c), presente e oculto. O poder se estabelece a partir de constantes investimentos sobre todos os tipos de relações sociais que são legitimadas por uma verdade estabelecida em determinado momento, além de considerar que ninguém é titular do poder, o que torna difícil identificar quem o exerce e onde o faz. Ele é exercido em várias direções e em diferentes intensidades, por instâncias íntimas de exercício do poder, por substituição de papéis e uma infinidade de práticas de controle.

Nesse sentido, a compreensão dos mecanismos que delineiam as articulações sociais que envolvem os componentes do sistema de saúde é um ponto desafiador para o SUS. De um lado de sua estrutura estão trabalhadores da saúde que, em geral, convivem com grande pressão de demanda por recursos assistenciais. De outro lado, o SAMU, com critérios de atendimento definidos e estabelecidos a partir de protocolos de atendimento às urgências e com grande autonomia de atuação, não menos pressionados que os demais trabalhadores da rede de atenção à saúde, tendo em vista que é responsável pela definição, através do médico regulador, de quem será atendido e como o será. Essa situação estabelece uma relação de forças que tem o conhecimento presumido como base. As unidades de referência, que são as unidades de alta complexidade de atendimento às quais o SAMU encaminha os pacientes, têm que, obrigatoriamente, receber a demanda encaminhada, independente da condição para tal e mesmo que, com base no conhecimento de seus próprios profissionais, discorde das condutas definidas.

Essa condição se deve ao que se convencionou chamar de “vaga zero”, que foi determinado pela Portaria 2.048/2002. A “vaga zero” dá autonomia ao SAMU para decidir o destino do paciente transportado, não sendo necessário se sujeitar à inexistência de leitos disponíveis como argumento que justifique o não direcionamento do paciente à instituição que melhor o atenda (BRASIL, 2002).

As relações de poder estabelecidas entre os profissionais do próprio SAMU, bem como com os demais trabalhadores da rede de atenção à saúde são permeadas por relações de força que redimensionam cotidianamente seu trabalho. Seria ingênuo acreditar que o ajustamento dos sujeitos nessa relação pudesse acontecer de forma passiva, alheia ao contexto no qual estão inseridos e que determinam essas relações. Entende-se, ainda, que

as relações de força que configuram o próprio poder não podem ser entendidas como uma propriedade, como um bem possuído e que pode ser cedido à outra pessoa, mas deve ser pensado a partir de um caráter relacional entre os sujeitos envolvidos na relação (FOUCAULT, 2008). Assim, para compreender essas relações, torna-se necessário considerá-las a partir de seus mecanismos, seus efeitos e seus dispositivos.

Nesse sentido, consideramos que as relações que se estabelecem no SAMU emergem das relações de poder constituídas e vivenciadas por seus profissionais, tanto internamente, quanto externamente, nas relações com os profissionais de outros serviços. Assim, torna-se necessário compreender como são vivenciadas as práticas no cotidiano desses profissionais, como é percebida a possibilidade de negociação e de tomada de decisão em um sistema que requer, necessariamente, que se estabeleçam relações entre profissionais do SAMU e os de outros níveis assistenciais.

Assim, o SAMU constitui-se em um cenário privilegiado de vivências de relações de poder, as quais refletem a singularidade e os conflitos inerentes ao trabalho de uma equipe de profissionais que desenvolve suas práticas a partir de estreitas relações com outros profissionais alocados em diferentes níveis assistenciais, com os quais compartilham o objetivo comum da atenção qualificada ao usuário. Por se tratar de uma estrutura recente no contexto da assistência à saúde no Brasil, embora de relevância incontestável, necessita ser compreendida em suas várias dimensões. Discussões relacionadas à forma como as relações se constituem no SAMU são relevantes, à medida que podem se configurar em instrumentos importantes para uma análise crítica do Serviço ao darem visibilidade à estrutura de relações que constitui suas práticas cotidianas.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo geral**

- Compreender como se configuram relações de poder vivenciadas por profissionais do SAMU de Belo Horizonte, considerando-as como práticas sociais que se constituem cotidianamente no processo de trabalho.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Compreender como as práticas no cotidiano do trabalho dos profissionais do SAMU configuram as relações de poder.
- Identificar estratégias utilizadas como ferramentas de poder nas relações que se estabelecem entre os profissionais do SAMU.
- Elucidar os vários dispositivos de poder empregados na configuração das relações vivenciadas por profissionais do SAMU.

# Revisão de Literatura

---

---



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Contextualizando o pós-estruturalismo

Inicialmente, é preciso considerar que o uso do referencial pós-estruturalista envolve questionamentos sobre o que é a realidade, quem são os indivíduos nela inseridos e que relacionamentos sociais são estabelecidos entre eles nas práticas cotidianas. Isso também significa dizer que realidades e verdades constituídas são temporais, além de serem produzidas em tensões que surgem entre discursos dominantes e emergentes, na tentativa de manter ou modificar determinadas práticas sociais estabelecidas (CARVALHO; GASTALDO, 2008; GASTALDO; HOLMES, 1999). Entretanto, uma melhor compreensão do pós-estruturalismo requer que se compreenda sua história.

Se considerarmos o pós-estruturalismo, em parte, como uma crítica as limitações do estruturalismo, o primeiro passo para compreendê-lo é entender os principais pressupostos estruturalistas, uma corrente de pensamento das ciências humanas inspirado no modelo da lingüística, que apreende a realidade social como um conjunto formal de relações. Embora o lingüista Ferdinand de Saussure seja considerado um dos fundadores do estruturalismo, ele morreu antes de publicar sua teoria lingüística estrutural, a qual foi publicada por seus alunos no ano de 1916 em um livro chamado *The Course in General Linguistics*. Essa publicação foi o resultado da reconstituição de seu trabalho através de anotações feitas durante o curso ministrado por Saussure no período de 1907 a 1911 (PETERS, 1999).

De acordo com a lingüística estrutural de Saussure<sup>1</sup>, os elementos da linguagem são compostos de forma que se relacionam estrutural e funcionalmente. Os signos (unidades básicas da linguagem) são constituídos de significante (som-imagem) e de significado (conceito expresso-entendimento) que são pares sem nenhuma conexão natural entre eles. Não estão diretamente ou causalmente relacionados ao mundo. A relação entre significante

---

<sup>1</sup> Foi Roman Jakobson que, em 1929, pela primeira vez usou o termo 'estruturalismo'. Na época, ele não se referia propriamente ao trabalho de Saussure, mas a sua própria abordagem estruturo-funcional para a investigação científica dos fenômenos na perspectiva de revelar as leis internas de um determinado sistema (PETERS, 1999).

e significado é completamente arbitrária, não há nada no mundo que estabeleça uma relação entre uma determinada palavra e o conceito que ela representa. Ao contrário disso, o sistema ou estrutura tem suas origens em convenções históricas e contingenciais (PETERS, 1999).

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. Assim, a língua constitui um sistema compartilhado de significação no qual o significado não é uma experiência pessoal, mas o produto do contexto social contingente, histórico, cultural e lingüístico (QUIGLEY, 2009). Entretanto, Foucault (1991a) argumenta que não há, de um lado, discursos inertes e do outro, um sujeito todo-poderoso que os manipule, os vire, os renove; os sujeitos que criam os discursos são, na verdade, parte dos discursos constituídos.

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 idéia de ‘descentralização’ do sujeito como o próprio autor do conhecimento e como fonte dos significados (PETERS, 1999). Isso significa dizer que o sujeito não está no centro da produção de significação e de sentido das coisas e dos seus próprios discursos. Ao contrário disso, o sentido existe a partir da estrutura social em que ele está inserido, de forma que o sujeito não é o elemento principal dessa produção, mas um dos elementos periféricos.

O estruturalismo, começando pela análise lingüística de Saussure, pode ser compreendido como uma abordagem estruturo-funcional de investigação dos fenômenos, não ficando restrito, portanto, à área da lingüística. 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. 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 (QUIGLEY, 2009).

Na ótica estruturalista, o significado, emerge das diferenças entre determinados elementos, bem como das suas diferenças em relação aos demais conjuntos de elementos do sistema. Nessa perspectiva, fatores externos não influenciam o significado, o qual é uma

conseqüência da compreensão das relações entre os elementos em um determinado sistema (CATON, 1987).

O pós-estruturalismo é uma resposta filosófica distinta ao suposto status científico do estruturalismo que entende conhecimentos estabelecidos e verdades como conceitos definitivos e estruturados. Embora o prefixo 'pós' sugira que o pós-estruturalismo seja um mero sucessor do estruturalismo, mais que uma sucessão, ele pode ser entendido como uma crítica às limitações do estruturalismo, em particular ao que é descrito como a pretensão científica 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 lhe impõe 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 os esforços na tentativa de se questionar as implicações da idéia 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 e incluíam-se entre seus críticos Roland Barthes, Louis Althusser, Jacques Lacan, Michel Foucault, dentre outros. Esses pensadores acreditavam ser preciso ampliar a análise estruturalista (PETERS, 1999). 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; 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 lingüística estrutural de Saussure e Jakobson. Mesmo que não se possa precisar a data do surgimento do pensamento pós-estruturalista, foi em outubro 1966, na Universidade Americana John Hopkins, que 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 do “centro.” Através desse estudo, Derrida coloca em cena algumas das implicações da idéia de que cada sistema tem uma estrutura, e que todos os sistemas são construções. Entretanto, mais do que pensar a estrutura de forma linear como os lingüistas estruturalistas o haviam feito, 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).

Através 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).

Dessa forma, pode-se dizer que a língua, como sistema, não tem um centro fixo, mas seu centro está em constante deslocamento, e esse movimento estabelece um sistema instável no qual não é possível se constituir uma verdade absoluta, em parte, porque os significados não são fechados em si. Assim, quando mudam as circunstâncias que envolvem uma determinada verdade, essa verdade também pode mudar (KLAGES, 2008). A verdade é contingente e mediada pelas condições que a rodeiam e que, necessariamente, são constituídas num jogo de forças e poder. Para Foucault, são essas condições que determinam a produção da verdade como sendo historicamente determinada e interligada pelas contingências de força e de poder (RAWLINSON, 1987).

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. Ele argumentava que a subjetividade, incluindo a identidade social e cultural do sujeito, não era fixa, mas apenas estabelecida provisoriamente através de um processo de mudança constante. Ele também criticava a idéia da verdade absoluta e indubitável,

ênfatizando 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, 1999).

## 2.2 A constituição do poder em Foucault

No trabalho de Foucault, é possível identificar três formas distintas de exercício de poder: biopolítica ou biopoder, poder disciplinar e governamentalidade (SOUZA; MACHADO; BIANCO, 2006). O biopoder pode ser entendido como um poder que se aplica à vida dos indivíduos, aos seus corpos, mas de forma coletiva, no que todos os indivíduos têm em comum, ou seja, a própria vida, a pertença a uma espécie. Pode ser designado como biopolítica já que os novos objetos de saber criados a seu serviço destinam-se ao controle da própria espécie e o conceito de população é construído com o objetivo de dar conta de uma dimensão coletiva que até então não havia sido identificada como problemática no campo dos saberes. A população é o "novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito, pelo menos necessariamente numerável" (FOUCAULT, 1999, p.292). A biopolítica busca agir sobre uma população combatendo certas normalidades vistas como "mais desviantes do que se poderia definir como uma *curva normal geral* (...) ou seja, extrair-se do próprio comportamento da população o *normal* e o *anormal*" (SILVEIRA, 2005b, p.90).

Para descrever a governamentalidade, Foucault buscou compreender os conceitos e teorias sobre as formas de governos. Partindo da obra "O Príncipe", de Maquiavel, um dos principais manuais de orientação de como um Príncipe deve governar, bem como deve proceder de forma a conservar sua soberania sobre os seus súditos, Foucault procurou analisar a problemática que gira em torno da ideia de governo. Foucault compreende governo como "atividade que diz respeito tanto à relação da pessoa com ela própria (tema desenvolvido na ética) quanto à relação entre governo das pessoas (população) por um grupo, ou seja, a questão do governo no domínio político (foco da governamentalidade)" (SILVEIRA, 2005b, p.92, BURCHELL; GODON; MILLER, 1991).

No presente estudo, o poder disciplinar tem dimensão mais significativa, considerando-se a presumida estrutura disciplinarizada do SAMU. Assim, especial atenção será dada a sua descrição, bem como às implicações das práticas disciplinares na sociedade, incluindo sua história, seus processos, seu domínio e, o mais importante, considerando que na perspectiva de Foucault o poder é produtivo, sendo ele passível de análise na perspectiva de seus efeitos ou no que ele tende a produzir. Para Foucault, o poder não existe em si próprio, mas é constituído nas relações e nas práticas vivenciadas cotidianamente. A noção de poder, em uma sociedade disciplinar, consiste na possibilidade de se definir identidades e ações, valores e normas, de acordo com as práticas e as estruturas em questão (FOUCAULT, 1979a).

Embora as questões referentes às relações de poder tenham despertado o interesse de Foucault, esse não era, na verdade, seu elemento primário de estudo. Sua intenção inicial era descrever as diferentes formas através das quais os seres humanos se tornam sujeitos em nossa cultura. Entretanto, o filósofo percebeu que a busca da compreensão sobre a subjetivação dos indivíduos, envolve, naturalmente, questões sobre suas relações de poder/saber. Assim, não há dúvida de que seus estudos são ferramentas importantes para se compreender como a constituição da subjetividade se relaciona às questões de poder, uma vez que, para compreender o mundo do sujeito, é necessário que se compreenda as relações de poder nele estabelecidas (FOUCAULT, 1983).

A questão da subjetividade está intrinsecamente relacionada a questões sobre quem nós pensamos ser e como essas idéias sobre nós mesmos são constituídas, uma vez que formas de subjetividade são constituídas historicamente, através de práticas heterogêneas que moldam os indivíduos de múltiplas maneiras. As formas de subjetividade, mais do que relacionadas a como o indivíduo é constituído, são uma expressão de como, através das relações do poder e conhecimento, o sujeito se relaciona com o mundo. Isso envolve uma troca de conhecimento contínua, de forma que o indivíduo se torna, ao mesmo tempo, sujeito e objeto do conhecimento (ROSE, 1996).

Assim, ao longo da trajetória histórica do homem, diferentes práticas sociais e diferentes discursos constituíram e constituirão uma série de subjetividades com variadas auto-interpretações do sujeito (HOY, 1988). Isto sugere que, assim como acontece com a

linguagem, o ser humano não tem um centro estável, mas sim formas de subjetividade que se transformam à medida que as diversas práticas e discursos se desenvolvem.

Dean (1999) considera que em toda sociedade, pode-se observar a disponibilidade de múltiplos regimes de práticas, estando alguns deles claramente interconectados e outros parecem completamente discrepantes. Na sociedade contemporânea, muitos são os regimes de vida estabelecidos, os quais são influenciados por diferentes práticas, dentre as quais pode-se exemplificar as práticas de punição, de cura, de educação e de amenização da pobreza. De forma concreta, esses diversos regimes de práticas são materializados, na sociedade, através de instituições como o 'sistema da saúde', o 'sistema educacional' ou o 'sistema judiciário'.

Essa concretização e institucionalização das práticas tornam possível a troca e a interconexão entre os vários regimes. Além disso, esse intercâmbio traz um dinamismo para as instituições, com troca de experiências diversas, o que pode acarretar duas situações distintas. A primeira seria a inovação ou a consolidação institucional. A outra seria a criação de condições que tornem possível a fragmentação e a contestação das práticas discursivas e não discursivas dos distintos regimes envolvidos. Nesse sentido, as práticas de poder instituídas nesses regimes, são vivenciadas e reconfiguradas pelas várias formas de conhecimento que definem seu objeto, assim como definem o *locus* da autoridade profissional e institucional (DEAN, 1999).

Para Rawlinson (1987), na análise de Foucault, o conhecimento ou a verdade muda de acordo com as condições históricas que estão relacionadas a relações de força e de poder. A autora argumenta que, ao estabelecer a historicidade do conhecimento, Foucault considera nula a possibilidade de neutralidade na sua produção, uma vez que a historicidade desvela a relação entre sistemas para a produção de conhecimento e, nesse sentido, os sistemas para o desenvolvimento de poder e de força. Ou seja, o conhecimento "não é meramente descoberto", não está alheio às relações do poder, mas é produzido a partir de constantes esforços, em uma luta para se estabelecer um conhecimento, ou verdade, em particular, o que faz com que o poder e o conhecimento devam ser considerados em uma relação binária. É nesse sentido que Foucault (1979a) sugere que as realidades são produzidas e podem ser

modificadas através das relações de poder/saber. As realidades são constituídas através dessas relações de forma que, sem elas, a sociedade seria completamente estática.

As práticas que envolvem poder/saber são o que as pessoas vivem cotidianamente (MAY, 2006) e, em estruturas múltiplas e complexas, as práticas são construídas, interagem, se sustentam e, às vezes se contradizem. Na análise de May (2006), para Foucault, o conhecimento sempre ocorre nas práticas, de forma que, quando o conhecimento muda, as práticas também mudam. Assim, o conhecimento é inseparável das práticas, assim como também é inseparável dos elementos que as constituem – normas, fazeres e falas. Tanto o conhecimento quanto o poder emerge das práticas, o que evidencia a estreita relação entre ambos.

No cenário das práticas de saúde, na sociedade atual, pode-se considerar que há uma transformação do significado de saúde, com uma complexidade que envolve aspectos políticos e sociais, além do mero padrão de normalidade fisiológica. Entretanto, o conceito de normalidade traz consigo uma relação de poder entre o conhecimento científico, a partir do qual é possível estabelecer parâmetros objetivos de definição de normalidade e a assistência à saúde propriamente dita. Nessa relação, quem detém o conhecimento assume uma posição diferenciada, por ser responsável pela determinação de ações de cuidado à saúde (KURCGANT; CIAMPONE; MELLEIRO, 2006). Isso evidencia a contingência do conhecimento, que é mediado pelas condições que o rodeiam e que necessariamente são constituídas num jogo de forças e poder (RAWLINSON, 1987).

Assim, a todo momento, o poder nos questiona sobre as verdades constituídas a partir dos conhecimentos em jogo. Através das práticas de poder/saber somos submetidos à produção da verdade, apesar de que, para estabelecer uma relação de poder, também é necessário que se tenha uma verdade, ou relação conhecimento/verdade, institucionalizada, materializada em práticas sociais normalizadas. Somos submetidos à verdade porque ela produz os discursos verdadeiros, os quais terão em seu centro capacidade decisória, de transmitirem e reproduzirem os efeitos do poder. Por fim, é através desses discursos institucionalizados e dos efeitos produzidos pelo poder exercido que se estabelecerá o julgamento, a condenação e classificação humanos que destinará o homem a viver um determinado estilo de vida (FOUCAULT, 1979c).



Foucault, em seus estudos sobre poder, usou como referencial a genealogia Nietzscheana que busca compreender a constituição do sujeito considerando seu contexto histórico. Foucault (1980) argumenta que a partir da genealogia é possível levar em conta a composição do conhecimento, dos discursos, dos objetos de domínio, etc. sem relegar a compreensão do sentido como um todo a um plano transcendental.

A genealogia deve ser compreendida como sendo orientada para o 'como' do conhecimento. Ela é usada para explicar a existência de um conhecimento particular, assim como para entender as suas transformações através das relações de poder e sua posição em um dispositivo político. Na análise genealógica, o poder não é considerado como uma realidade de essência definida ou portadora de características universais, mas como relações heterogêneas em constantes transformações. Por isso, o poder, genealogicamente analisado, não é algo definido em si próprio, mas pode ser visualizado através de práticas sociais históricas e contingentes (MACHADO, 1979).

A genealogia nos subsidia para reconhecer a singularidade dos eventos que constituem um fenômeno, assim como nos ajuda a identificar os diferentes pontos nos quais, ao longo de sua evolução, cada função se tornou possível na estrutura e, assim, identificar as lacunas na inteligibilidade do fenômeno (FOUCAULT, 1979d). Dessa forma, pela genealogia não se busca identificar uma única origem de determinado fenômeno, mas descrever sua constituição histórica. Foi nessa perspectiva que Foucault estudou as transformações da natureza das relações de poder através da análise das práticas de poder em um contexto particular e prático: a reconstituição histórica das práticas humanas da punição.

Genealogicamente, Foucault estabeleceu relações entre a verdade, a teoria e os valores, assim como também entre as instituições sociais e as práticas que delas emergem, o que permitiu que traçasse a relação entre o surgimento e o desenvolvimento das ciências humanas e os efeitos do poder/saber sobre os corpos e as mentes das pessoas. Para compreender a historicidade das relações de poder, Foucault coloca as seguintes questões: Como os discursos são usados? Que papel eles desempenham na sociedade? (DREYFUS; RABINOW, 1983).

Para Foucault, a genealogia de determinadas relações e práticas de poder, em particular, revela que não é possível construir uma teoria universal de poder porque, para isso, seria

necessário identificar a origem do poder, o que não é possível, uma vez que o poder não pode ser compreendido como um objeto, pois trata-se de uma prática social, historicamente constituída e sem origem definida. As relações de poder são definidas em transformações contínuas, o que inviabiliza a definição de características universais (MACHADO, 1979). Na perspectiva de Foucault (1977), poder significa um aglomerado de relações mais ou menos organizado, hierarquizado e coordenado e o seu interesse não é construir uma teoria do poder, mas fornecer elementos que subsidiem sua inteligibilidade de forma a favorecer a análise das relações de poder, que são responsáveis pelo delineamento e forma das situações vivenciadas no presente.

*Vigiar e Punir* é a obra de Foucault na qual o filósofo mais enfatiza seus estudos sobre poder. Nela, Foucault descreve como se deram as mudanças nas práticas de punição desde o século XVII, quando o poder de punir era absolutamente concentrado na figura do soberano, para o estabelecimento de uma sociedade disciplinar, com maior expressividade das punições, as quais passaram a ser centradas em um sistema prisional. Através da história das punições, o autor analisa as transformações nas relações de poder, e os efeitos dessas mudanças na organização da sociedade. Foucault (1979a) argumenta que um *corpus* de conhecimento, de técnicas, de discursos científicos é constituído e se enlaça com as práticas de poder punir.

No século XVII, a punição alcançava seus efeitos com uso de excessos e através da exposição visual das práticas de punição, incluindo a tortura e a humilhação públicas. A punição devia ser um exemplo para as pessoas, levando-as a evitar novas transgressões, mas mais do que um exemplo, os excessos da tortura pública visavam a restabelecer o equilíbrio e reafirmar o poder absoluto concentrado na pessoa do rei (FOUCAULT, 1979a).

Entretanto, ao final do século XVII, os rituais de punição pública começam a ter a frequência de sua aplicação reduzida, em parte, devido à proliferação de manifestações de protesto contra os excessos cometidos nas execuções públicas. Outro argumento para esse declínio era o fato de que, ao invés de deter os crimes, as violentas execuções acabavam por transformar a violência em algo natural e subsidiava as práticas violentas entre a população, bem como contra a pessoa do Rei. Ao mesmo tempo, paralelamente a essas práticas, com a ascensão industrial e do capitalismo, crescia o acesso das pessoas à aquisição de propriedades, de forma que também se expandiram vastamente os crimes contra essas

propriedades. No lugar de exemplos singulares e exibições espetaculares, a punição para os crimes, que se tornavam cada vez mais dispersos e comuns, para ser realmente efetiva, precisava ser executada com regularidade e ter sua aplicabilidade difundida em toda a população. Assim, observa-se que, em parte, as mudanças nas práticas punitivas, nesse período, foram orientadas para a manutenção do capitalismo (FOUCAULT, 1979a).

Gradualmente, o direito de punir, que representava e reafirmava o poder absoluto do soberano, se desloca da figura do Rei para uma punição que visa a defesa da sociedade e a segurança das pessoas de forma geral. O bem comum passou a ser protegido por um sistema judicial que atuava em nome do povo, o que garantia sua legitimidade, e que decretava as penas punitivas. A punição toma uma nova dimensão à medida que a parte 'humana' ou a alma do homem condenado, mais do que seu corpo, se transforma, de certa forma, no novo alvo do poder. Por um lado, com o discurso da humanização das penalidades, o sistema penal encontra muitas normas e regras que autorizam e legitimam seu direito de punir (FOUCAULT, 1979a).

Em contrapartida, observa-se um deslocamento no ponto de aplicação do poder. A punição não é mais aplicada unicamente no corpo do condenado, em execuções públicas, com rituais de dor. A penalidade agora é aplicada a sua mente/alma de forma que, ao invés de esforçar para aniquilar o corpo do condenado, trabalha-se para fazê-lo dócil e útil. O criminoso, agora reconhecido como delinqüente, deve ser reformado ou reabilitado para a sociedade (FOUCAULT, 1979a). Assim, o sistema de punições se transforma em um subsistema que garante o sistema de produção material da sociedade através de práticas punitivas que consubstanciam a economia política do corpo com o intuito de promover a docilidade e extrair a utilidade dos corpos (MELOSSI; PAVARINI, 1987).

Na verdade, o longo processo de reforma criminal consistiu numa estratégia para reorganizar o poder de punir de forma que as punições se tornassem mais regulares, mais eficazes, mais constantes e mais detalhadas em seus efeitos. A intenção era constituir um poder mais eficiente de punir; não punindo menos, apesar de se observar uma severidade atenuada em algumas situações, mas punindo melhor e com mais universalidade. Essa prática introduziu o poder de punir no corpo social de forma difusa e bastante profunda, sendo a detenção a forma mais perceptível de punição e a prisão o destino mais comum

para os condenados. Ao mesmo tempo, a privação de liberdade também teve como efeito fazer as técnicas e estratégias disciplinares aceitáveis como parte da vida cotidiana das pessoas (FOUCAULT, 1979a).

Com esse processo, o que realmente mudou foi a representação das técnicas de poder anteriormente aplicadas através de um espetáculo público e que é substituída pela prisão e pelo reformatório, nos quais as práticas de poder se transformaram em um instrumento pedagógico através do qual o indivíduo, ou delinqüente, poderia ser reconstituído pelo trabalho. Nesse sentido, o poder disciplinar atua estabelecendo regras para as atividades humanas diárias e submetendo os indivíduos a elas, com a intenção de produzir corpos dóceis e submissos que constituem o indivíduo útil e adequado para a sociedade. É nesse sentido que a disciplina atua transformando a alma dos indivíduos, uma vez que ele passa a ter seu cotidiano regido por regras e por vigilância que garanta que essas regras sejam cumpridas. Assim, os processos de punição têm seus efeitos na transformação do indivíduo como um todo: seu corpo, seus hábitos e seu trabalho diário (FOUCAULT, 1979a).

A disciplina, ou poder disciplinar, compreende estratégias ou técnicas específicas de poder que extrapolam os limites institucionais ao estabelecer microrrelações ou redes de poder. A disciplina pode ser entendida como uma prática de poder que atua controlando, não a estrutura, ou a instituição como um todo, mas trabalha influenciando cada indivíduo. Ela almeja produzir um determinado tipo de comportamento e constituir subjetividades específicas que constituam o sujeito ideal para cada tipo de sociedade, como por exemplo, para garantir a manutenção da sociedade capitalista ou outras grandes estruturas de poder. No poder disciplinar, o corpo deve ser trabalhado individualmente para tornar-se dócil e útil através do uso de técnicas a ele aplicadas. Essas técnicas incluem a organização do espaço e o controle constante e minucioso das atividades (MACHADO, 1979).

Apesar de, no século XVII, o aparato disciplinar não ser algo realmente novo, pois já era praticado em algumas instituições como os monastérios, foi nesse período que as técnicas disciplinares se tornam mais amplamente dispersas na sociedade em geral se transformando numa ferramenta de uso geral para dominação. Nas instituições onde é aplicado, o poder disciplinar define um investimento político no corpo individual de forma a constituir uma

nova 'microfísica' do poder, o poder de gerenciar os detalhes, o qual é composto de pequenos atos e de pequenas formas de coerção (FOUCAULT, 1979a).

Para Melossi (1979), na perspectiva de linguagem de *Vigiar e Punir*, a microfísica do poder é constituída pelas relações de saber e de controle do sistema punitivo. Isso se constitui em estratégia das classes dominantes para produzir a alma como prisão do corpo do condenado, o que traduz a ideologia de submissão de todos os indivíduos vigiados, corrigidos e utilizados na produção material das sociedades modernas.

Embora Foucault analise o poder disciplinar através da descrição histórica do desenvolvimento das práticas de punição, é importante considerar que as técnicas e estratégias disciplinares não são de aplicação exclusiva ao sistema prisional. Elas se tornaram, desde o século XVII, parte integrante de várias outras estruturas sociais tais como escolas, serviços militares, hospitais, fábricas e instituições religiosas (FOUCAULT, 1979a).

Um aspecto importante a se observar em relação à análise dos efeitos do poder disciplinar nas práticas punitivas é que a transformação do comportamento humano era acompanhada pelo desenvolvimento de um tipo específico de conhecimento sobre o indivíduo. Esse conhecimento era necessário para controlar sua vida enquanto prisioneiro, ou seja, enquanto indivíduo disciplinado. Para controlar o comportamento do prisioneiro e para agir de forma a modificar sua alma, a administração prisional precisava conhecê-lo profundamente para poder classificá-lo e posicioná-lo na instituição (FOUCAULT, 1979a).

Para Foucault, é através do exercício do poder que objetos do conhecimento são criados e, à medida que emergem, informações são acumuladas e utilizadas. Nesse sentido, o exercício do poder constantemente cria, faz emergir e acumula objetos de conhecimento e, inversamente, o conhecimento acumulado resulta em efeitos do poder. Conseqüentemente, não é possível que se exerça poder sem conhecimento, da mesma forma como não é possível que o conhecimento seja estabelecido sem o exercício de poder (FOUCAULT, 1979b).

Assim, como estratégia de suporte para a construção de conhecimento, a disciplina distribui os indivíduos espacialmente, inclusive fazendo uso, em alguns momentos, da *clausura* como técnica de divisão e de definição de espaço. A organização espacial ideal para o exercício do

poder disciplinar é aquela na qual cada indivíduo tem seu próprio espaço e esse espaço é individualizado. Espaços individualizados e individualizantes tornam possíveis, criam oportunidades para que se conheçam os indivíduos ao favorecer a observação dos detalhes. O conhecimento da posição de cada indivíduo em uma estrutura se torna um ponto favorável para o estabelecimento do controle sobre eles e, conseqüentemente, sobre a própria estrutura (FOUCAULT, 1979a).

Com a disciplina, torna-se possível individualizar os corpos e definir sua localização e, dessa forma, cada indivíduo constitui uma 'célula'. Essa individualização ou celularização é a essência de uma microfísica do poder que poderia ser chamada de 'poder celular', no qual cada indivíduo é considerado uma figura distinta. Entretanto, a unidade individual não é constituída pelo espaço ocupado por seu corpo, nem pela sua localização territorial na estrutura. Mais do que isso, são as relações estabelecidas com os outros sujeitos, ou as outras células, que definem sua posição no cenário social (FOUCAULT, 1979a).

Dessa maneira, pode-se dizer que, em uma estrutura disciplinar, os indivíduos estão organizados de forma que os deslocamentos nas posições acontecem constantemente e é esse movimento que cria uma rede de relações na qual o indivíduo estabelece seu vínculo com o coletivo. Ao mesmo tempo, a disciplina não é apenas uma forma de organizar corpos, mas é um movimento com troca de forças que compõe uma estrutura eficiente na qual o poder disciplinar é constituído (FOUCAULT, 1979a).

Como sugere Patton (1991), o corpo não é uma mera matéria inerte sobre a qual o poder é exercido em cuja face exterior sujeitos são criados. Muito mais do que isso, o corpo é dotado de capacidades que possibilitam a composição de forças. Embora a espacialização que se constitui através das práticas disciplinares atue para controlar os indivíduos, bem como para reduzir a comunicação espontânea entre eles, com o intuito de reduzir conflitos e produzir uma estrutura previsível, o espaço disciplinar não é um ambiente passivo. É um cenário dinâmico, no qual os indivíduos estão constantemente empenhando esforços para mudar sua posição para uma posição mais favorável na estrutura, onde possam ter maior visibilidade e status, o que pressupõe mais poder.

No poder disciplinar, a organização do espaço não é uma estratégia para organizar apenas o espaço propriamente dito, mas, numa perspectiva mais ampla do que essa, a organização do

espaço cria a possibilidade de se estabelecer determinado conhecimento, ou poder/saber, o que possibilita o estabelecimento do controle sobre práticas vivenciadas. Assim, o poder cria espaços analíticos, ou uma grande possibilidade de conhecimento. Através dos procedimentos disciplinares, é possível organizar o espaço, assim como os conteúdos de cada espaço, impondo uma ordem que gera simultaneamente conhecimento e a possibilidade de conhecimento. Nos hospitais, por exemplo, os pacientes são alocados em espaços específicos e têm sua circulação limitada a determinadas áreas, o que favorece que sejam conhecidos pelos profissionais e possam ser, assim, controlados. Esse tipo de prática cria a possibilidade de que o conhecimento sobre cada paciente, em particular, seja gerado. Mas, além disso, favorece um conhecimento mais amplo sobre determinado fenômeno, o que poderia ser exemplificado com o conhecimento desenvolvido sobre a progressão de determinada doença (FOUCAULT, 1979a).

Nos espaços terapêuticos, a importância da divisão e organização das práticas é mais do que uma simples divisão arquitetural do espaço. Certamente, o conhecimento também é elaborado através de uma complexa divisão desse espaço que inclui a identificação das características mais expressivas dos indivíduos doentes que o ocupam, o que permite a definição de práticas como o isolamento de pacientes com doenças contagiosas. Mas pouco a pouco, o espaço político e administrativo de instituições terapêuticas passa a ser articulado ao espaço clínico, com a individualização dos corpos, das doenças e dos sintomas, constituindo um cenário no qual as singularidades são individualizadas ao mesmo tempo em que estão interligadas (FOUCAULT, 1979a).

Assim como o espaço que é dividido e organizado nas estratégias disciplinares, também se usa a divisão e o controle do tempo. Da mesma forma que é decisiva a espacialização dos indivíduos para o controle de suas atividades, a divisão do tempo em unidades cada vez menores também se constitui em uma importante ferramenta para o exercício do poder disciplinar. É interessante observar que, embora seja válida, de forma geral, a noção de que o tempo é algo que não deve ser desperdiçado, na disciplina, é ainda mais importante evitar a ociosidade, o que representa a otimização do tempo no desempenho das atividades. O indivíduo deve ser treinado para executar suas atividades no menor espaço de tempo possível, mas tendo sempre em foco a qualidade da produção. O indivíduo ideal, pelo menos

em termos de produção, é aquele que produz satisfatoriamente – quantitativa e qualitativamente – no menor período de tempo possível (FOUCAULT, 1979a).

Dessa forma, central às estratégias disciplinares, na busca da obtenção do indivíduo ideal, está o controle eficaz dos corpos que se apóia em uma técnica do poder que se preocupa com conhecimento detalhado de cada movimento e cada gesto. No treinamento desse corpo disciplinado, seja na prisão, no exército, no hospital, ou em qualquer outra organização, o foco do controle é a eficiência, a economia e a organização dos movimentos do corpo. É através do controle meticuloso e da padronização das atividades do corpo, de cada detalhe, por menor que seja, que se torna possível sujeitar suas forças e impor sobre ele uma disciplina que constitui a relação da docilidade-utilidade, produzindo, assim, indivíduos dóceis e submissos. Para que se alcance o mais perfeito controle, modelos padronizados são impostos aos indivíduos e ao seu comportamento para que se crie um corpo útil e que possa ser utilizado da melhor maneira possível na organização (FOUCAULT, 1979a).

Diferente das formas de punição movidas pela agressão física, as técnicas do poder disciplinar não têm a intenção de provocar dor ou sofrimento físico, mas agem sobre o corpo controlando sua posição no espaço, cada gesto e, assim, a própria experiência vivida. Dessa forma, a alma, o abrigo dos hábitos humanos, é alcançada indiretamente, pelo controle do corpo. O corpo e a alma, ambos responsáveis pelo comportamento humano, constituem em conjunto o objeto da intervenção disciplinar. Assim, o poder disciplinar transforma a vida dos indivíduos através do controle das atividades com o intuito de maximizar sua produtividade (FOUCAULT, 1979a).

Um dos efeitos da disciplina é a robotização à medida que seus corpos dóceis desempenham atividades úteis, de forma otimizada. Diante dessa condição, pode-se dizer que o indivíduo está disciplinado (GILBERT, 1995). É pelo controle das atividades que o indivíduo aprende as formas mais eficientes de usar o tempo e o corpo, além de ser uma forma de articular a produção com a coordenação das habilidades individuais. Mas um elemento importante desse controle é a combinação de habilidades de um indivíduo com as de outros, o que possibilita a constituição de equipes como uma condição para se obter resultados melhores do que aqueles produzidos individualmente.



Foucault considera que o sucesso do poder disciplinar, em qualquer sociedade, está intrinsecamente relacionado à utilização de três estratégias: observação hierárquica, sanção normalizadora e exame. A observação hierárquica permite que o poder disciplinar opere de forma quase invisível, uma vez que essa observação está dispersa ao longo de todo o sistema e não localizado em uma posição específica no topo da estrutura, como era o caso do poder do soberano. Ela é constituída a partir da idéia de que é preciso que, em toda a estrutura, se disponha de olhos que possam ver sem que, no entanto, sejam vistos. A observação hierárquica produz efeitos de poder em todo o aparato, permitindo que o poder seja distribuído na estrutura de forma permanente e contínua, uma vez que qualquer indivíduo inserido em determinado contexto pode ser o observador. Assim, o papel de observador pode ser exercido por qualquer pessoa, independente de essa função estar formalmente especificada, o que confere aos indivíduos na estrutura a possibilidade de atuar em uma posição de supervisão (FOUCAULT, 1979a).

A idéia de um poder descentrado deve conduzir a uma análise que acompanhe o emaranhado das redes sociais e identifique como se engendraram, numa tentativa de distinguir os acontecimentos, diferenciar as redes e os níveis a que pertencem. Entretanto, a idéia de decentramento não significa que o poder seja anônimo e sempre vencedor, ao contrário, é na rede que são demarcadas as posições e os modos de ação de cada um, as possibilidades de resistência e de contra-ataque de uns e de outros. Dessa forma, não se deve analisar apenas formas regulamentares e legítimas do poder na busca da compreensão de seus mecanismos gerais e de seus mecanismos constantes mas, sim, analisá-lo onde ele se implanta e produz efeitos reais (FOUCAULT, 2008a).

Por esse motivo, as relações de poder não devem ser analisadas apenas sob a ótica da estrutura formalmente hierarquizada, tendo em vista que o poder não adere exclusivamente a uma estrutura verticalmente estabelecida. Ao contrário disso, as relações de poder permeiam as estruturas se movimentando constantemente do centro para a periferia e vice-versa. Assim, o poder deve ser considerado como algo que circula através de uma rede de relações de forma que é exercido por todos os indivíduos, os quais estão aptos tanto a exercê-lo, quanto a sofrer os seus efeitos (FOUCAULT, 1979c). Nas palavras de Foucault (1979a, p.177), a "disciplina torna possível o funcionamento de uma relação de poder que se

sustenta por seus próprios mecanismos e que, através do espetáculo dos eventos públicos, substitui o jogo ininterrupto de olhares calculados ".

A segunda técnica disciplinar, a *sansão* normalizadora, é estruturada através do princípio da penalidade perpétua. Um mecanismo penal que cria o seu próprio sistema de dominação com o estabelecimento de normas, procedimentos e objetivos. Padrões são estabelecidos, o que permite a diferenciação de uma norma, um ideal de relação do indivíduo com a determinação de tempo para o desenvolvimento de atividades produtivas, para o uso do discurso ideal, para a postura adequada do corpo. Aqueles que não podem aderir a esse regime idealizado são julgados pelo sistema e estão sujeitos a sanções disciplinares, que variam "de pequenas punições físicas a discretas privações e humilhações" (FOUCAULT, 1979a, p. 178).

As punições disciplinares têm como função evitar desvio dos padrões. A *sansão* normalizadora, viabilizada pela observação hierárquica, estabelece o padrão individual natural, suas potencialidades e seus valores, o que permite que as pessoas possam ser classificadas como melhores ou piores, certas ou erradas e estabelece posições que "definem as lacunas, hierarquiza as qualidades, habilidades e aptidões" (FOUCAULT, 1979a, p.181).

A punição hierarquizada tem o efeito de exercer constante pressão sobre os indivíduos para que se enquadrem em um modelo, de forma que todos devem ser semelhantes ou sofrerão as conseqüências de serem diferente do padrão, ou seja, todos são coagidos à conformidade. Mas, ao mesmo tempo em que a normalização impõe a homogeneidade, ela individualiza já que possibilita o dimensionamento das lacunas na estrutura. Foucault (1979a) argumenta que "a norma introduz, como um imperativo útil e, como resultado dessa mensuração, todas as tonalidades das diferenças individuais" (p. 184).

Por fim, a combinação das técnicas de observação hierárquica e *sansão* normalizadora configura o exame. O exame estabelece a visibilidade através da qual o indivíduo será diferenciado e julgado. Uma relação de poder/saber é estabelecida. Foucault considera, por exemplo, que a estruturação dos hospitais, no final do século XVIII, como um aparato de exame, foi essencial para o desenvolvimento dos conhecimentos médicos, mais evidenciado pelo ritual da visita médica. Nesse período, foram estabelecidas regras que determinavam a

periodicidade das visitas médicas, bem como a sua duração. Gradualmente, o que anteriormente era uma rápida inspeção tornou-se uma observação regular do doente, reconfigurando as relações entre médico e paciente. O hospital disciplinado foi transformado em um ambiente de produção de conhecimento científico que relacionava a formação do conhecimento ao exercício do poder (FOUCAULT, 1979a).

Para ilustrar os mecanismos do poder disciplinar, Foucault usa o modelo do panóptico, um modelo arquitetônico de prisão proposto por Jeremy Bentham. O panóptico é uma construção circular com sua estrutura periférica dividida em células. Cada célula tem duas janelas, sendo uma voltada para o interior do círculo, para uma torre central, e a outra para o exterior da estrutura. A torre no centro tem janelas através das quais é possível ver a face interna do círculo. A idéia principal deste sistema é que a configuração arquitetônica permita que um supervisor observe todos os detentos em todas as células constantemente, mas os presos não podem ver o supervisor, mas têm ciência de que podem estar sendo observados a qualquer momento. Para garantir que o recluso não saiba se está sendo observado, ou não, Bentham propôs a utilização de persianas nas janelas da torre. Assim, das células, os indivíduos são visíveis pelo supervisor, mas eles não podem ver se estão sendo observados, ou por quem. Dessa forma, o panóptico dissocia o binômio ver/ser visto (FOUCAULT, 1979a). No panóptico, a consciência da visibilidade constante é induzida no preso e é o que garante o funcionamento automático do poder, uma vez que, para ele, a possibilidade de ser observado deve ser sempre considerada. Dessa forma, ele incorpora os efeitos do poder apenas pela sensação de ser observado.

O panóptico também tem o efeito de despersonalizar o exercício do poder, uma vez que não importa quem é o observador. O ponto principal é que o indivíduo aja, a todo tempo, considerando a possibilidade de que ele possa estar sendo observado, que ele internalize os efeitos do próprio poder e da disciplina (FOUCAULT, 1979a). Assim, o panoptismo rompe a barreira dos muros, paredes e portões e instaura-se nos espaços sociais, de modo que os momentos de observação e vigília se multipliquem. Uma multiplicação que constitui uma ampliação das circunstâncias passíveis de controle e do número de potenciais vigilantes (SILVA, 2007).

Para Foucault (1979a), o panóptico aprimora o exercício do poder e funciona "como uma espécie de laboratório do poder", onde o poder é, ao mesmo tempo, "visível e inverificável" (p.201-204). É visível porque a organização do espaço sugere que o recluso está sendo observado a todo momento. É inverificável porque ele não tem como se certificar se está realmente sendo observado, de modo que deve sempre agir como se o estivesse sendo. Mas o panóptico não é simplesmente uma estrutura na qual há uma troca entre um mecanismo de poder e uma função exercida através desse poder. O panóptico, considerado como uma metáfora de uma estrutura ou relação social, é capaz de influenciar a moralidade, de preservar a saúde, de reconstituir a indústria, de difundir instrução. Tudo isso, dentro de uma simples idéia arquitetônica que pode se difundir por todo o corpo social de forma a se tornar uma função generalizada. Entre outras instituições, essa estrutura pode ser utilizada em prisões, escolas, hospitais e fábricas.

De forma geral, uma sociedade disciplinar é constituída através da generalização do panóptico, que representa uma sociedade de vigilância que pretende treinar, aprimorar e criar sujeitos úteis para o desenvolvimento de uma determinada relação de forças. Assim, as estratégias de poder disciplinar produzem o sujeito ideal para um determinado tempo, mas não eliminam o poder soberano ou do governo. Em vez disso, a disciplina oferece novas ferramentas para o exercício do poder. Na sociedade contemporânea, o governo da população dá às disciplinas especial posição, porque governar um povo não é simplesmente conduzir uma massa, mas é organizá-la e utilizá-la dando-lhe a devida atenção e organizando seus detalhes.

Na perspectiva Foucaultiana (FOUCAULT, 1983), não há dúvidas de que as estratégias disciplinares, incluindo, mas não se limitando às 'disciplinas' propriamente ditas, produz conhecimento acerca da multiplicidade humana, com a finalidade de organizá-la através do estabelecimento de regimes de poder/saber. Entretanto, não se trata de um processo passivo. Ao contrário, estratégias são implementadas com a finalidade de se alcançar objetivos planejados, de forma que essas estratégias podem ter interseções ou se contradizerem e nem sempre almejem um objetivo comum. Assim, em termos de estratégias de poder, os pontos importantes são as intersecções com e entre os sujeitos das relações de poder e a resistência aos seus efeitos. Isso se torna importante à medida que está constantemente presente, no interior das relações de poder, a possibilidade de se

trabalhar com a finalidade de evitá-las, de fugir delas ou de se inverter posições. A resistência é "o cerne das relações de poder" (p.225), é uma estratégia de luta que constitui simultaneamente o limite para os efeitos do poder e uma garantia da sua existência continuada.

Há uma relação recíproca, dinâmica e instável entre as relações de poder e as estratégias de luta ou resistência. No âmbito dessas relações, a possibilidade de reversão, de confronto entre adversários, pode, a todo momento, criar locais tanto para o emprego de mecanismos de poder como de resistência. Com essa instabilidade, tanto o poder como a resistência, podem ser analisados como elementos que contribuem para um contexto de luta, entretanto, cada um mantém o foco em diferentes pontos da estrutura. Relações de poder que estão arraigadas na intransigência se transformam em relações de dominação, muito mais do que em relações de poder propriamente ditas, uma vez que o poder sempre permite a possibilidade de resistência (FOUCAULT, 1983).

Assim, o poder pode ser entendido como um mecanismo social sem que o mesmo ocupe uma localização privilegiada, nem exclusiva, mas está disperso, embora, por vezes, de forma desigual, ao longo de todo o corpo social e é necessário para o desenrolar de todo relacionamento. Considerando-se o caráter relacional do poder, é possível compreender que as lutas ou resistências contra o seu exercício, em determinadas circunstâncias, não podem ocorrer em outro local que não seja a própria estrutura. O poder não vem de fora, mas é criado dentro de uma composição específica da rede de relações. Poder e resistência estão sempre caminhando juntos e, assim como o poder, a resistência não tem um ponto fixo na estrutura, mas está em constante movimento (MACHADO, 1979).

# Percurso Metodológico

---

---

---

---

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 A pesquisa qualitativa

Na tentativa de elucidar os vários dispositivos de poder empregados na configuração das relações vivenciadas por profissionais do SAMU, foi desenvolvido um estudo de caso qualitativo, que teve como cenário o SAMU da cidade de Belo Horizonte. Optou-se pelo estudo qualitativo devido ao fato de que este formato de pesquisa responde a questões muito 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, 2002, p. 21-22).

Na pesquisa qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão do objeto estudado (MINAYO, 2004). Assim, considerando-se os aspectos subjetivos inerentes às relações e, mais especificamente neste estudo, nas relações de poder que permeiam as relações de trabalho no SAMU, acredita-se que a abordagem qualitativa é a que apresenta maior possibilidade de investigação da realidade em questão.

Com a pesquisa qualitativa, embora se pretenda buscar descrições pormenorizadas sobre uma realidade específica, pretende-se superar concepções iniciais, além de possibilitar que se gere ou revise estruturas teóricas adotadas anteriormente, oferecendo base para descrições e explicações de contextos específicos (MILES; HUBERMAN, 1994).

A base filosófica da investigação qualitativa tem suas origens no paradigma naturalista, o qual teve início com um movimento de oposição ao positivismo no séc. XVIII. Na concepção naturalista, a realidade é uma construção dos sujeitos do estudo e ela existe em um contexto no qual várias e diferentes interpretações podem ser feitas, dependendo de quais sujeitos participam do estudo. Para o naturalismo, o mundo é relativo (relativismo), a realidade é sempre interpretada e não há possibilidade de construção de uma verdade absoluta em relação ao fenômeno em estudo (POLIT; BECK, 2006). Assim, a pesquisa qualitativa utiliza uma aproximação naturalística que procura compreender os fenômenos

em contextos específicos, como um cenário do mundo real no qual o pesquisador procura não manipular o fenômeno estudado (PATTON, 2002).

Esse paradigma leva o pesquisador qualitativo a considerar que o mundo social é fundamentalmente diferente do mundo físico e não, simplesmente, reduzido a ele. Assim, o comportamento humano não pode ser explicado apenas em relação ao mecanismo biológico. As ações humanas são influenciadas por uma construção social que envolve significados, intenções, motivações, crenças, regras e valores sociais que ganham significado real no contexto social, em vez de leis universais. A pesquisa qualitativa procura descrever e explicar os fenômenos sociais em seu contexto, à medida que ocorrem na vida real (DRAPER, 2004).

Como esse tipo de pesquisa tem como um de seus pontos-chave o fato de que as pessoas são estudadas em seus ambientes naturais, e não em ambientes artificiais ou experimentais, mais do que simplesmente aceitar conceitos e explicações já empregadas na vida diária, busca-se elaborar perguntas fundamentais e investigadoras sobre a natureza do fenômeno social estudado (POPE; MAYS, 2009a).

Assim, considerando-se a complexidade da pesquisa qualitativa, acrescido a isso a complexidade do objeto de estudo em questão, é importante ressaltar que o registro descritivo que se obteve de transcrições e anotações das observações em campo não fornecem, por si só, a compreensão que se busca. Para essa compreensão, o pesquisador deve, ao examinar os dados atentamente, apropriar-se do seu sentido e interpretá-los (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009).

### **3.2 Sobre o Estudo de Caso**

O estudo de caso vem sendo amplamente utilizado em pesquisas da área das Ciências Sociais, onde se posiciona como um de seus empreendimentos mais desafiadores. Esse método de pesquisa é usado como estratégia que permite contribuir para a compreensão de fenômenos complexos, sejam eles em níveis individuais, coletivos, organizacionais, sociais ou políticos, dentre outros (YIN, 2010). Especificamente neste estudo, buscou-se alcançar o



nível coletivo, considerando-se a configuração da rede de relacionamentos de profissionais do SAMU, as quais envolvem, necessariamente, relações de poder.

A escolha do estudo de caso justifica-se pelo fato de esse formato de estudo ter sua aplicabilidade reconhecida quando se quer avaliar empiricamente um fenômeno contemporâneo em seu contexto de vida real. Tem especial aplicabilidade quando os limites entre o fenômeno e o contexto ainda não estão claramente definidos, e podem ser utilizadas várias fontes de evidência. O estudo de caso vem sendo utilizado com frequência cada vez maior pelos pesquisadores da área das ciências sociais com a finalidade de explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos (YIN, 2005).

Neste estudo, essa escolha se justifica por permitir a análise do objeto em suas diversas interfaces, além de permitir a apreensão do fenômeno em seu contexto real a partir do ponto de vista dos próprios sujeitos envolvidos, mostrando as contradições que se revelam e se ocultam. Além disso, o SAMU é uma estrutura tipicamente contemporânea, que surgiu recentemente, na década de 2000, a partir de necessidades específicas da sociedade atual. Embora muito visado pela população devido à presença de suas equipes nas ruas da cidade, do tipo de serviço oferecido e da suposta facilidade de acesso a ele, a organização estrutural e funcionamento do SAMU não estão suficientemente claras tanto para a população, quanto para os parceiros dos serviços de saúde de outros níveis de complexidade.

Também é importante considerar que, no estudo de caso, o pesquisador deve estar preparado para lidar com uma variedade de problemas teóricos e descritivos e a possibilidade de revelação de vários fenômenos, que permitam a análise de múltiplas inter-relações. Mas, em contrapartida, requer habilidade do pesquisador, que pode precisar reorientar o estudo de acordo com os fenômenos revelados (BECKER, 1999).

Considerando que o SAMU lida cotidianamente com situações inesperadas e contextos de atendimento diferentes, os pesquisadores devem cogitar a possibilidade de revelação de fenômenos não pensados no início da pesquisa, bem como estarem preparados para analisar esses fenômenos. No decorrer da pesquisa, a flexibilidade do estudo de caso permite, ainda, a inclusão de novos informantes ou fontes de dados que possam enriquecer a análise e o desvelamento da realidade em questão (YIN, 2010). No decorrer deste estudo,

observou-se que a complexidade do fenômeno estudado mostrou-se ainda maior do que a perspectiva inicial, o que trouxe para o campo de análise situações não pensadas no início do estudo.

Entretanto, no estudo de caso, não há possibilidade de generalização dos resultados, os quais são válidos apenas para a realidade que se estuda, ou seja, as relações de poder no SAMU de Belo Horizonte, o que não deve ser considerado um ponto negativo. Ao contrário, o maior valor desse tipo de estudo está na possibilidade de elaboração de um conhecimento profundo sobre uma realidade delimitada, o que permite o conhecimento e avaliação das possibilidades de redimensionamento dessa realidade (TRIVIÑOS, 1987). O estudo de caso deve ser desenvolvido na perspectiva de um estudo profundo e exaustivo, com o enfoque direcionado para um ou poucos objetos, de maneira que permita o seu conhecimento amplo e detalhado (GIL, 2002).

Quanto à operacionalização do estudo de caso, foram seguidas as etapas propostas por Lüdke e André (1986). A primeira fase foi a *exploratória*, quando se buscou os aspectos relevantes envolvidos na situação em estudo. Nessa fase, buscou-se uma definição mais precisa do objeto de estudo, com a identificação de questões ou pontos críticos, estabelecendo-se os contatos iniciais para entrada em campo e a localização dos informantes e das fontes de dados necessárias para o estudo.

A fase seguinte, da *delimitação do estudo*, correspondeu à coleta sistemática de informações, utilizando instrumentos mais ou menos estruturados e técnicas mais ou menos variadas, escolhidos de acordo com as características do objeto estudado. A *fase da análise sistemática e a elaboração do relatório* decorrem da necessidade de sistematização e análise das informações a serem repassadas aos informantes para que possam manifestar suas reações sobre a relevância e a acuidade do que é relatado. Nessa fase, foi necessário um constante movimento entre a teoria e os dados empíricos (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

A última fase, a da *prática do estudo de caso*, está relacionada aos possíveis problemas que podem ser evocados quanto ao planejamento ou desenvolvimento desse tipo de estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). O principal problema enfrentado durante a pesquisa relaciona-se ao acesso ao campo. Embora o Serviço tenha se mostrado aberto para o estudo, foi necessário adequar o cronograma da pesquisa à disponibilidade dos profissionais e adequação à agenda

da pesquisa. Além disso, o processo de identificação das pessoas para contato na unidade foi demorado.

### **3.3 Cenário do estudo**

O cenário do estudo foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte (SAMU-BH). Belo Horizonte foi inaugurada em 1897 com a missão de alojar a capital mineira. Foi projetada para abrigar 200 mil moradores e atualmente tem cerca de 2,3 milhões de habitantes em uma área de 330,9 Km<sup>2</sup>. Graças à sua localização estratégica em relação aos principais centros do país e da América Latina, tem se transformado em um importante pólo nacional de turismo de eventos e outras atrações. Para fins de gestão e planejamento, a cidade está subdividida em 9 áreas administrativas regionais e 81 unidades de planejamento (BELO HORIZONTE, 2005).

O SAMU-BH opera 24 horas por dia para prestar atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Quando o pedido de atendimento é feito por um cidadão, é chamado de atendimento pré-hospitalar móvel primário, se for efetuado por um serviço de saúde onde o paciente recebeu o primeiro atendimento para a estabilização do quadro de urgência apresentado, é designado atendimento pré-hospitalar móvel secundário. O SAMU-BH também realiza transporte inter-hospitalar de pacientes da rede de serviços de saúde credenciada ao SUS.

Para esse atendimento, o Serviço dispõe de uma base central de regulação, além de outras 23 bases estrategicamente distribuídas pela cidade, sendo 18 Unidades de Suporte Básico 5 (cinco) Unidades de Suporte Avançado (FIG. 1). As unidades de suporte básico são tripuladas por técnico de enfermagem e condutor e as unidades de suporte avançado por médico, condutor e enfermeiro.

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 junto à comunidade. Na central de regulação, é feita a triagem e atendimento de todas as solicitações de atendimento. O primeiro contato do usuário é com uma das teledigfonistas,

que encaminham as ligações aos médicos reguladores. O médico regulador julga cada caso e define a resposta mais adequada, que pode ser um conselho médico, orientações para buscar atendimento com recursos próprios do usuário, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou, ainda, o acionamento de múltiplos meios. O despachante é responsável pelo despacho da ambulância após solicitação do médico regulador, bem como controla a localização e a situação das unidades móveis.

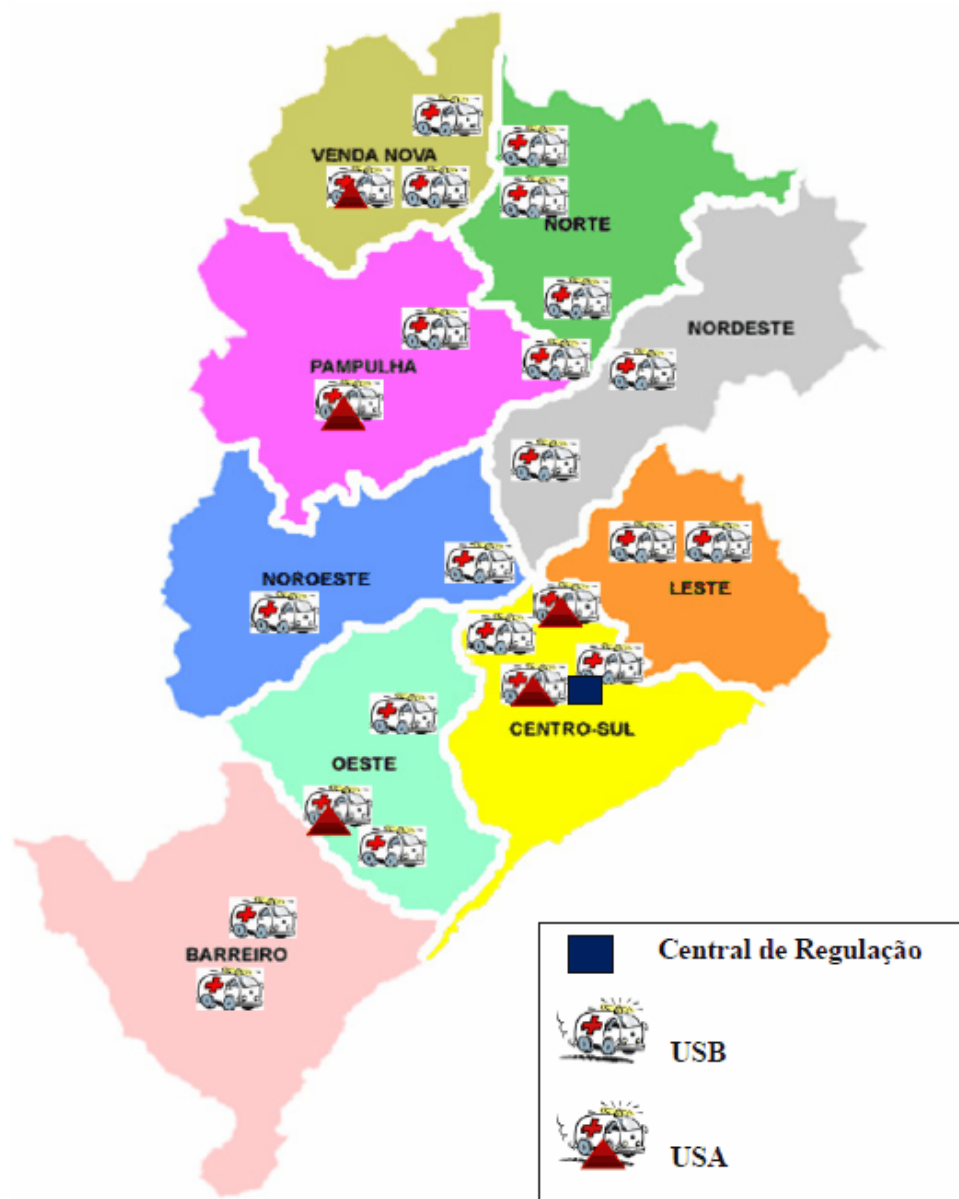


FIGURA 1 - Distribuição ilustrativa das ambulâncias do SAMU no município de Belo Horizonte.  
Fonte: CORRÊA, A. R., 2010, p. 29.

Em casos de gravidade leve ou média, são encaminhadas para o atendimento as UBS. Essas unidades também podem ser encaminhadas para auxiliarem 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 do que as de suporte básico.

Depois de atendidos pelo SAMU-BH, os pacientes são encaminhados prioritariamente às unidades com as quais trabalha em parceria. Essas unidades são 08 (oito) Unidades de Pronto Atendimento, 06 (seis) hospitais e 07 (sete) Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) localizados nas várias regionais de Belo Horizonte, conforme apresentado no QUADRO 1. A decisão sobre a escolha da unidade a ser empenhada no atendimento está relacionada ao tipo de ocorrência (clínica de média ou alta complexidade, psiquiátrica, traumática ou ginecológico-obstétrica).

QUADRO 2  
Centros de atendimento de Belo Horizonte

<b>Centro de atendimento</b>	<b>Tipo</b>	<b>Natureza da ocorrência</b>	<b>Região</b>
<b>1</b>	UPA	Clínica Médica	Barreiro
<b>2</b>	UPA	Clínica Médica	Oeste
<b>3</b>	UPA	Clínica Médica	Centro-sul
<b>4</b>	UPA	Clínica Médica	Leste
<b>5</b>	UPA	Clínica Médica	Norte
<b>6</b>	UPA	Clínica Médica	Venda Nova
<b>7</b>	UPA	Clínica Médica	Pampulha
<b>8</b>	UPA	Clínica Médica	Nordeste
<b>9</b>	Hospital	Clínica alta	Centro-sul
<b>10</b>	Hospital	Clínica alta e trauma	Centro-sul
<b>11</b>	Hospital	Clínica alta e trauma e gineco-obstétrico	Nordeste
<b>12</b>	Hospital	Clínica alta e trauma	Venda Nova
<b>13</b>	Hospital	Clínica alta	Barreiro
<b>14</b>	Hospital	Clínica alta	Noroeste
<b>15</b>	CERSAM	Psiquiátrico	Oeste
<b>16</b>	CERSAM	Psiquiátrico	Barreiro
<b>17</b>	CERSAM	Psiquiátrico	Noroeste
<b>18</b>	CERSAM	Psiquiátrico	Leste
<b>19</b>	CERSAM	Psiquiátrico	Nordeste
<b>20</b>	CERSAM	Psiquiátrico	Venda Nova
<b>21</b>	CERSAM	Psiquiátrico	Pampulha

Fonte: adaptado de SILVA, P. N. S., 2010, p. 19.

Para compreender esse cenário, é preciso 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.

À época da coleta de dados da pesquisa, de março a maio de 2010, a sede do SAMU-BH, localizava-se à Rua Paraíba, 641, bairro Funcionários, onde também funcionava a Central de Regulação, conforme indicado na FIG. 1. Tratava-se de um imóvel adaptado para alocar a sede administrativa do Serviço, mas que se tornava, cada vez mais, uma estrutura deficitária à sua finalidade, principalmente com a expansão do SAMU-BH. Assim, foi inaugurada, no segundo semestre do mesmo ano, a nova sede administrativa do SAMU-BH, no Bairro Coração Eucarístico, na região Noroeste da cidade. Essa nova sede foi projetada especificamente para alojar o Serviço.

### **3.4 A definição dos sujeitos e a coleta dos dados**

Os sujeitos da pesquisa foram 31 profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte, sendo 05 médicos, 11 enfermeiros, 07 auxiliares de enfermagem e 08 condutores (QUADRO 3). Inicialmente, propôs-se que apenas profissionais da área da saúde, de acordo com definição da Portaria 2.048, fossem entrevistados, o que excluiria os condutores que não fazem parte desse grupo. Entretanto, a partir das observações do campo de estudo, percebeu-se a importância de inserir os condutores como sujeitos do estudo devido à sua participação direta na equipe de atendimento, juntamente com os profissionais de saúde. Excluí-los alteraria a percepção e compreensão da dinâmica das relações estudadas e a sua configuração a partir da interação entre os membros das equipes. As principais técnicas de coleta de dados usadas no estudo foram a entrevista de roteiro semi-estruturado (APÊNDICE B) e a observação do campo. Os dados foram coletados no período de março a maio de 2010.

QUADRO 3  
Distribuição dos sujeitos do estudo por categoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO DE ENTREVISTADOS
Enfermeiros	11
Condutores	08
Auxiliares de enfermagem	07
Médicos	05
<b>Total</b>	<b>31</b>

Fonte: dados da pesquisa

Durante todo o processo de coleta de dados, desde o primeiro contato com o Serviço, todas as impressões e observações realizadas pela pesquisadora, foram registradas em diário de campo. Esse é instrumento de coleta de dados que deve conter todas as informações, além de entrevistas formais, que possam contribuir na compreensão das informações, tais como conversas, comportamentos, expressões e outras questões relevantes (MINAYO, 2004). A observação das pessoas em seu próprio território implica no encadeamento entre observar, juntar-se a elas, conversar com elas e ler o que elas escreverem (POPE; MAYS, 2009a). Trata-se de um instrumento de coleta de dados particularmente adequado no estudo do funcionamento de organizações, dos papéis desempenhados por diferentes equipes, além da interação a equipe e seus clientes (POPE; MAYS, 2009b).

Na pesquisa qualitativa, deve haver um esforço para que o *locus* e o grupo de observação e informação sejam capazes de traduzir o conjunto de experiências e expressões que se pretende abranger com a pesquisa (MINAYO, 2004). Assim, a escolha dos participantes se deu de acordo com a sua disponibilidade no período do estudo, mas também foram escolhidos alguns profissionais por ter sido identificado, durante o processo de observação, a expressividade de sua participação na equipe.

A definição da amostra se constitui em um dos grandes desafios dos estudos qualitativos. Bauer e Gaskel (2003) definem a amostragem como um conjunto de técnicas para se conseguir representatividade. A competência da amostra representativa é incontestável e é considerada satisfatória à medida que garante eficiência na pesquisa ao fornecer 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. Isso justifica o fato de que, neste estudo, a ter-

se utilizado a amostra por saturação, que não é sustentada por critérios estritamente numéricos e de que nela não há, *a priori*, delimitação de número de entrevistados. Buscou-se garantir a representatividade da amostra a partir da apreensão da realidade do fenômeno estudado, o que foi considerado quando a coleta de novos dados não mais despertava novos *insights* teóricos, nem revelava novas propriedades das categorias estabelecidas (CHARMAZ, 2009).

Além disso, também foi considerado o pressuposto de Glaser (2001) que aprimora ainda mais a definição de saturação na pesquisa qualitativa ao explicar que ela extrapola a simples repetição de um mesmo padrão por repetidas vezes. O autor afirma que a saturação é a conceituação das comparações desses incidentes, ou novos *insights*, que produz propriedades diferentes do padrão, até que não surja mais nenhuma propriedade nova do padrão. Assim, foi considerada ideal a amostra capaz de refletir a totalidade de suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004). A amostra abrangeu tantos indivíduos quantos foram necessários para a melhor compreensão da realidade estudada. Todavia, é importante ressaltar que não foram desprezadas informações de relevância ímpar cujo potencial explicativo foi necessário levar em conta.

A sequência das entrevistas foi definida de forma aleatória, respeitando a disponibilidade dos sujeitos do estudo. As mesmas foram realizadas na antiga sede do SAMU-BH, à Rua Paraíba, ou nas bases de apoio do Serviço, de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado. Por questões éticas, será mantido o sigilo da identidade de todos os participantes do estudo. Ao longo da análise dos dados coletados, todos serão identificados pelas letras iniciais de sua categoria profissional (médico - M, enfermeiro - E, auxiliar de enfermagem - AE e condutores - C) e enumerados consecutivamente, de acordo com cada categoria (QUADRO 4).

Optou-se por utilizar entrevista de roteiro semi-estruturado, que têm 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, podem divergir do roteiro inicial com a finalidade de prosseguir com determinada idéia ou resposta em maiores detalhes, o que permitiria uma melhor compreensão da realidade (BRITTEN, 2009), ou seja, novas questões podem ser acrescentadas



pelo entrevistador ou novas informações podem ser colocadas pelo entrevistado. A opção por esse instrumento de coleta de dados deveu-se à sua capacidade de enumerar da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos. Com essa técnica, é possível compreender a especificidade de grupos e estabelecer comparações entre os diversos casos (MINAYO, 2004).

QUADRO 4  
Identificação dos sujeitos do estudo

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>
<b>E1</b>	Enfermeiro
<b>E2</b>	Enfermeiro
<b>E3</b>	Enfermeiro
<b>E4</b>	Enfermeiro
<b>E5</b>	Enfermeiro
<b>E6</b>	Enfermeiro
<b>E7</b>	Enfermeiro
<b>E8</b>	Enfermeiro
<b>E9</b>	Enfermeiro
<b>E10</b>	Enfermeiro
<b>E11</b>	Enfermeiro
<b>AE1</b>	Auxiliar de enfermagem
<b>AE2</b>	Auxiliar de enfermagem
<b>AE3</b>	Auxiliar de enfermagem
<b>AE4</b>	Auxiliar de enfermagem
<b>AE5</b>	Auxiliar de enfermagem
<b>AE6</b>	Auxiliar de enfermagem
<b>AE7</b>	Auxiliar de enfermagem
<b>AE8</b>	Auxiliar de enfermagem
<b>C1</b>	Condutor
<b>C2</b>	Condutor
<b>C3</b>	Condutor
<b>C4</b>	Condutor
<b>C5</b>	Condutor
<b>C6</b>	Condutor
<b>C7</b>	Condutor
<b>M1</b>	Médico
<b>M2</b>	Médico
<b>M3</b>	Médico
<b>M4</b>	Médico
<b>M5</b>	Médico

Fonte: dados da pesquisa

Todos entrevistados no estudo leram e assinaram, voluntariamente, o termo de consentimento livre e esclarecido e receberam uma cópia do mesmo. As entrevistas foram gravadas em equipamento de *Multimedia Player 4* (MP4) e, posteriormente, foram transcritas, na íntegra, para análise e interpretação dos discursos constituídos a partir das falas dos autores, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações.

### **3.5 Tratamento dos dados: análise de discurso**

Minayo (2004) considera que a análise de dados de uma pesquisa deve atingir três objetivos: ultrapassar a incerteza, enriquecer a leitura e integrar as descobertas. No entanto, a autora alerta para o fato de que, ao partirem para a fase de análise dos dados, os pesquisadores costumam deparar com três grandes obstáculos. O primeiro deles é a “ilusão da transparência”, que é o risco que se corre de compreender as coisas espontaneamente, como se o real se mostrasse nitidamente ao observador. O segundo obstáculo é a tendência de prender-se aos métodos e técnicas e esquecer-se do essencial; ou seja, de desenvolver a análise das significações presentes no material sempre referidas às relações sociais dinâmicas. Por fim, o terceiro obstáculo refere-se à dificuldade de associar as teorias e conceitos muito abstratos aos dados recolhidos no campo.

Neste estudo, os dados coletados foram submetidos à Análise do Discurso (AD), que visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. Para o filósofo francês Pêcheux, seus pressupostos básicos dividem-se em dois princípios. Primeiro, que o sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo, mas expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, as expressões e as proposições são produzidas (MINAYO, 2004).

Fairclough (2008) argumenta, ainda, que os discursos não se restringem a representar entidades e relações sociais, mas eles as constroem ou as constituem. Para o autor, “diferentes discursos constituem entidades-chave (sejam elas a ‘doença mental’, a ‘cidadania’ ou o ‘letramento’) de diferentes modos e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais” (p. 22). Além disso, considera a mudança histórica inerente

ao discurso, uma vez que à medida que há a combinação de diferentes discursos em condições sociais particulares, um novo e complexo discurso é produzido.

A AD permite problematizar evidências e explicar seu caráter ideológico, bem como reconhecer o encobrimento de formas de dominação política expressas em seu conteúdo (CAPELLE; GOSLING, 2004). Em princípio, qualquer apresentação referente à Análise do Discurso pressupõe duas etapas, a primeira, a exposição dos conceitos lingüísticos, a segunda, a explicação da forma como este tipo de análise pode explorá-los (MAINGUENEAU, 1997).

Na perspectiva de Foucault, os discursos são considerados uma dispersão, uma vez que em sua formação não há ligação a nenhum princípio de unidade. É papel da análise do discurso descrever essa dispersão, através do estabelecimento de “regras de formação”, as quais regem a formação dos discursos. Essas regras, de acordo com Foucault, são: os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, os temas e as teorias. São elas que permitem a determinação dos elementos que compõem o discurso e caracterizam a singularidade da “formação discursiva”, com a possibilidade da passagem da dispersão para a regularidade (BRANDÃO, 2004).

Classicamente, na representação esquemática do discurso, estão presentes os seguintes elementos: emissor, receptor, código, referente e mensagem. O processo se dá à medida que o emissor transmite uma mensagem ou informação formulada em um código, que se refere a um elemento da realidade, um receptor. Entretanto, a AD extrapola a simples transmissão da informação, até mesmo por não considerar a linearidade na disposição dos elementos da comunicação, nem tampouco considera que emissor e receptor estejam realmente separados, ou que exista uma seqüência na qual o primeiro fala e o segundo decodifica. Diversamente a isso, parte-se do princípio que o processo de significação acontece concomitantemente para ambos, em sucessivos processos de identificação do sujeito, de argumentação de subjetivação e de construção da realidade, dentre outros. Daí, o discurso poder ser definido como “efeitos de sentidos entre locutores” (ORLANDI, 2009, p.21).

A Análise do Discurso, como disciplina, tem sua origem no interesse pela compreensão das várias maneiras de se significar a linguagem. Nessa modalidade de análise, entende-se que o

discurso corresponde à linguagem como forma de mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social, o que viabiliza tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e de sua realidade (ORLANDI, 2009).

Para Saussure, citado por Brandão (2004), a língua pode ser entendida como um fato social, cuja existência remonta da necessidade de comunicação, que se concebe em uma dicotomia entre a língua e a fala. Ele considera a língua como uma manifestação individual de cada falante, com extrema valorização da fala. Em contraposição a isso, Bakhtin considera que a matéria lingüística constitui apenas parte do enunciado, uma vez que há uma outra parte, não-verbal, que envolve o contexto da enunciação. Há que se considerar que em cada ato de enunciação se dá a intersubjetividade humana, de forma que o interlocutor não pode ser considerado um elemento passivo na constituição do significado.

Maingueneau (1997) considera que, embora a AD se apóie em conceitos e métodos da lingüística, ela não está restrita a ela. É necessário que se considere outras dimensões nos textos produzidos, tais como:

- o quadro das instituições de produção do discurso onde a enunciação é fortemente restringida;
- a cristalização de conflitos históricos, sociais, etc.;
- a delimitação de um espaço externo a um interdiscurso limitado.

Essa análise ampliada do discurso permite que a linguagem se transforme em um fenômeno estudado além de seu sistema interno, mas também, como formação ideológica (BRANDÃO, 2004). Orlandi (2009, p.17), explica que “a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua”. O trabalho da AD se desenvolve em torno da relação língua-discurso-ideologia. O complemento dessa relação reside no fato de que “não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado pela ideologia e é assim que a língua faz sentido” (PÊCHEUX, 1975; *apud* ORLANDI, 2009, p.17).

Assim, os conceitos de ideologia e o de discurso são nucleares em uma AD que alie o quadro teórico lingüístico ao sócio-histórico. A busca das regularidades da linguagem em sua produção leva o analista do discurso a relacionar a linguagem à sua exterioridade. Para isso,

considera o homem na sua história, os seus processos e condições da linguagem, bem como analisa a relação que se estabelece entre a língua e os sujeitos que a falam e as situações de produção do que é dito (ORLANDI, 2009).

Essa condição de formação do discurso está relacionada ao fato de que, em qualquer tipo de sociedade, a sua produção é permeada por controle, seleção, organização e redistribuição de procedimentos que tentam evocar seus poderes e perigos, manter sob controle seu acontecimento aleatório e evitar sua temível materialidade. Embora o discurso possa ser percebido, em um primeiro olhar, pouca coisa, sua relação com o desejo e o poder se revelam à medida que é atingido por interdições, dentre as quais cabe destacar o tabu do objeto, o ritual da circunstância e o direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala. Assim, o discurso ultrapassa a barreira do que manifesta ou oculta o desejo e atinge também o que é objeto do desejo. Ele não se restringe à tradução de lutas ou de sistemas de dominação, mas abrange questões que envolvem aquilo “por que se luta, pelo que se luta, o do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 2009, p.10).

Quanto à operacionalização dos dados, foram seguidos os passos propostos por Minayo (2004): ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. A ordenação dos dados inclui a transcrição de fitas cassetes, a releitura do material, a organização sistemática dos relatos e a organização, também sistemática, dos dados de observação. A classificação dos dados refere-se à leitura exaustiva e repetida dos textos, o que permite apreender as estruturas de relevância e a constituição de um ou vários *corpus* de comunicações se o conjunto das informações não for homogêneo. Finalmente, a análise dos dados é o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais. Não se constitui em uma atividade nem fácil e nem externa ao investigador.

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

Para atender os aspectos éticos da pesquisa, atendendo à Resolução n. 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética da UFMG (COEP/UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) da prefeitura de Belo Horizonte. O projeto submetido ao Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria

Municipal de Saúde foi o projeto de grande porte denominado “Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: representações Sociais de usuários e profissionais”, que deu origem a três dissertações de mestrado e uma tese de doutorado.

Por se tratar de subprojetos desenvolvidos na UFMG o atual projeto de tese também foi submetido e aprovado pelo COEP/UFMG (ANEXO A), mantendo o mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos entrevistados e pelos pesquisadores (APÊNCICE A). No TCLE, foi garantido o uso das informações somente para fins científicos, assim como o anonimato dos participantes, esclarecimento quanto a sua participação voluntária e seu direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo para os mesmos.

# Resultados e discussão

---

---

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão dos mesmos foram constituídos a partir da observação do processo de trabalho do SAMU associado ao conteúdo das entrevistas realizadas com os membros das equipes. Chamou atenção a receptividade e disponibilidade para colaboração da maioria dos trabalhadores do Serviço, os quais se esforçaram para fazer com que eu me sentisse à vontade, o que em muito colaborou para minha mobilidade na Unidade e para o agendamento das entrevistas com as equipes.

O primeiro contato para o desenvolvimento da pesquisa foi com a coordenadora do Serviço, que propôs como ponto de partida para o trabalho o setor de almoxarifado, uma vez trata-se de um setor no qual todas as USA e USB comparecem diariamente para a reposição de material das ambulâncias. Através da observação nesse setor, com a colaboração da enfermeira responsável pelo setor e das secretárias, gradualmente, foi possível compreender a forma de organização do trabalho, a composição e mobilidade das ambulâncias, a interação e conflitos entre profissionais, o interesse pelos uniformes, além de dificuldades e limitações do Serviço.

O almoxarifado, além de sua função de reposição e controle de material, é um setor que tem como função o contato entre as unidades móveis e a Central. É através desse setor que são encaminhados documentos, recados e demais solicitações aos trabalhadores das ambulâncias. Também é um setor onde se presencia a expressão de todo tipo de percepção, reclamação e desabafo dos trabalhadores em relação ao Serviço. Há uma pasta de registro de ocorrências onde a maior parte delas se refere a controle de materiais, mas nela também se encontram vários registros com teor de desabafo.

Outra situação observada no setor de almoxarifado são as constantes ligações telefônicas recebidas de outras unidades de saúde, principalmente das UPA's, solicitando reposição de material que, na realidade, devem ser repostos pelo almoxarifado central e não pelo do SAMU. Isso ocorre porque nem todos os trabalhadores da rede têm conhecimento do fluxo de reposição atualmente adotado pela rede municipal de saúde, o que gera desgaste para trabalhadores de ambos os serviços.



Outro setor alvo da observação foi a central de regulação. Inicialmente, na sala de atendimento das teledigifonistas, em poucas horas de observação, a constatação de um problema constantemente divulgado nos meios de comunicação: o trote. Várias ligações de crianças às gargalhadas e mesmo vozes de adultos que deixam transparecer o tom de brincadeira na fala. Além dos trotes, as atendentes trabalham sob forte pressão da população que vê no encaminhamento da ambulância a pronta solução para seus problemas. Os argumentos para a insistência são os mais diversos, desde queixas clínicas até o estreito laço de amizade com o então Governador de Minas, Aécio Neves.

Na sala da regulação médica, a primeira impressão que se tem é de confusão, tendo em vista que não há isolamento acústico para o atendimento dos vários médicos e dos despachantes, de forma que, ao entrar na sala, ouve-se um pouco dos vários diálogos que se processam concomitantemente. Assim, quem observa o trabalho, tem dificuldade para compreender detalhadamente o fluxo e o processamento do atendimento. Da central de regulação médica, não é possível ter a dimensão tecnológica que envolve o Serviço, como um todo. Na era da tecnologia da informação, a forma que se tem de identificar a localização das ambulâncias é a informação dada por seus próprios tripulantes e o Serviço não dispõe de informações sobre condições de trânsito nas vias da cidade. Também não há programas que apontem as distâncias entre ambulâncias e locais de atendimento e encaminhamento. Alega-se que quem trabalha na regulação já conhece a cidade ou que pode se orientar pelo velho e desbotado mapa afixado na parede, mas que ele é muito pouco utilizado.

Além da unidade central do SAMU, foram realizadas visitas a bases de apoio e acompanhamento de atendimento nas ambulâncias. Das bases visitadas, é importante ressaltar a heterogeneidade de estruturas. Algumas bases são bastante precárias, sem condições de oferecer o conforto necessário para as equipes nos momentos em que não estão em atendimento. Mas o que se observa, além da responsabilidade com o trabalho, é um clima de maior descontração entre os componentes das equipes quando alocados em suas bases.

Paralelamente à observação, foram realizadas as entrevistas com as equipes. Essas entrevistas foram realizadas tanto na central como nas bases, de acordo com a

disponibilidade dos profissionais e foram feitas individualmente, respeitando-se a privacidade dos profissionais.

Foi interessante observar que todos os entrevistados, independente da categoria profissional, criaram uma expectativa em relação ao teor das perguntas que seriam feitas durante a entrevista. Todos deixaram transparecer que esperavam que as perguntas apresentassem claramente indagações sobre relações de poder, conflitos, posturas gerenciais, etc. Assim, ao final de cada entrevista, foi possível observar a surpresa com o término da mesma, sem que tais questões tivessem sido colocadas explicitamente. Mesmo que não houvesse perguntas que abordassem diretamente a palavra poder, vários entrevistados se esforçaram na tentativa de incluir esse conteúdo em suas respostas através do relato de situações que envolvessem conflitos vivenciados na estrutura e sua relação com o poder. Isso aponta para concepção que as pessoas, em geral, estabelecem sobre o conceito e as relações de poder como algo que surge e se desenvolve obedecendo a uma estrutura verticalmente estabelecida.

Entretanto, o que se considerou no presente estudo foi a definição de poder proposta por Foucault, na qual o poder é entendido como relação de forças, que pode se manifestar de diversas formas, inclusive em relações que envolvem diferentes níveis hierárquicos. Na concepção que se propõe, as relações de poder se instauram onde se estabelece uma ação sobre outra ação, sobre ações eventuais ou atuais, futuras ou presentes. Dentre as ações possíveis em uma relação de poder, podem-se considerar as de incitação, indução, desvio, facilitação ou dificuldade, ampliação ou limitação, dentre outras. Nesse sentido, cada força que se coloca no jogo, tem o poder de afetar outras forças e de ser, novamente afetada por elas, de forma que cada força implicará em relação de poder. As forças colocadas em cena são repartidas em função das relações estabelecidas e de suas variações, de modo que espontaneidade e receptividade adquirem um novo sentido: afetar e ser afetado (DELEUZE, 2005a).

Assim, a partir da análise dos discursos constituídos, foram identificadas três categorias empíricas principais: o poder como prática social no SAMU, Sistema de Atendimento Móvel de Urgência; o trabalho na vitrine e gerenciamento da diferença – a questão da demarcação de territórios. Considerando-se que as relações poder se fazem presente em todas as

relações humanas, e não restritamente em algumas relações específicas, certamente, não houve intenção de esgotar a discussão sobre as relações de poder no SAMU, mas de identificar nuances dessas relações que se apresentam de forma expressiva no delineamento da estrutura do trabalho e na configuração das relações das equipes. Ao longo da discussão, são transcritos trechos de falas dos entrevistados para exemplificar as situações analisadas. Entretanto, é importante ressaltar que o que se analisa não são as falas especificamente, mas os contextos nos quais elas foram produzidas e que foram observados durante a pesquisa, o que, de fato, constitui o discurso, ou seja, o discurso como prática social.

#### **4.1 Sistema de Atendimento Móvel de Urgência: o trabalho na vitrine**

A vitrine é o “armário envidraçado em que estão arranjados os objetos que se colecionam ou expõem com fins mercantis, de forma que seja fácil ao visitante observá-los”<sup>2</sup>. Já na idade média, era percebida como “uma janela com luz interna, onde os produtos são expostos especialmente para atrair o olhar, ou para iludir e produzir uma visão de sonho”<sup>3</sup>. Certamente, o que se pretende aqui não é comparar o trabalho do SAMU com uma vitrine em termos comerciais, que gera possibilidade de transações comerciais, nem como instrumento que deliberadamente tem o objetivo de iludir e produzir sonhos, mas em termos da visibilidade que o trabalho assume ao se desenrolar em vias públicas da cidade. Aqui, buscou-se analisar a vitrine como instrumento com o objetivo primário de dar visibilidade ao que se expõe, de despertar nas pessoas o interesse pelo que está exposto, considerando-se que a vitrine é “um espaço aberto à imaginação como suporte da visibilidade criativa e criadora” (DEMETRESCO, 2000, p. 61). Assim, os discursos produzidos pelas imagens do trabalho do SAMU assumem diferentes perspectivas ao serem analisadas por diferentes interlocutores.

O SAMU, pelo próprio perfil do trabalho proposto, pode ser considerado um *locus* privilegiado de visibilidade. Por um lado, essa visibilidade, aqui comparada a uma vitrine, traz consigo pontos positivos, como o reconhecimento e a admiração da população em

<sup>2</sup> Grande enciclopédia Larousse Cultural. São Paulo: Universo, 1980. p. 3.309, v. 8.

<sup>3</sup> Enciclopédia Britânica, Micropaedia. Chicago: William Benton Publisher, 1978, p. 701, v. 10.

relação aos serviços prestados. Por outro, contraditoriamente, essa mesma visibilidade pode ser considerada uma armadilha do próprio sistema, já que provoca, em algumas situações, o desapontamento e indignação por parte dessa mesma população. Além disso, pode gerar tensão e desconforto no trabalho cotidiano, uma vez que possibilita uma 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. Outra possibilidade de vigilância do trabalho é através do conteúdo relacionado ao SAMU apresentado pelos meios de comunicação na mídia, o que maximiza a exposição dos trabalhadores.

Tomando como base o referencial Foucaultiano, pode-se compreender como a visibilidade, uma característica presente nos serviços de saúde em geral e, mais particularmente, no processo de trabalho do serviço de atendimento pré-hospitalar, está inserida no contexto do poder disciplinar. Ela pode ser analisada como técnica aplicada na produção do indivíduo ideal, na qual são utilizados mecanismos consideravelmente simples como a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame. De maneira geral, a aplicação dessas técnicas tem como objetivo a produção de corpos dóceis e úteis, o que significa dizer corpos preparados e treinados para se comportarem de forma ajustada, que atenda aos interesses políticos de um determinado grupo social (FOUCAULT, 2008).

A vigilância hierárquica, considerada por Foucault (2008) uma das grandes invenções técnicas do século XVIII, está presente de forma marcante na estrutura de trabalho do SAMU. É graças à vigilância hierárquica que o poder disciplinar se torna um sistema integrado, uma vez que o poder se faz presente de forma múltipla, automática e anônima. Isso acontece porque se constitui na estrutura uma rede de relações de alto a baixo, de baixo para cima e lateralmente, de forma que há o estabelecimento de um fluxo de poder que sustenta um conjunto onde fiscais são perpetuamente fiscalizados. Na vigilância hierarquizada das disciplinas, ninguém detém, nem transfere o poder como uma propriedade, mas ele funciona como uma máquina. Certamente, na estrutura piramidal institucional formal há a definição de chefias, mas ao longo de toda a estrutura o poder é produzido e distribuído pelos indivíduos de forma permanente e contínua.

A vigilância permanente se faz presente na estrutura do SAMU à medida que qualquer indivíduo, independente de sua posição formal, está em condição de supervisionar o trabalho dos colegas. Isso se deve ao fato de que são os próprios pares que têm acesso ao trabalho uns dos outros com maior frequência do que um supervisor formalmente estabelecido na estrutura. Como o trabalho no SAMU acontece em unidades descentralizadas, essa técnica assume particular importância porque a visibilidade está difusa na estrutura e o que é visto pode ser reportado a um supervisor por qualquer indivíduo. Isso torna necessário o empenho de todos os trabalhadores na tentativa de desenvolver um trabalho que atenda de forma satisfatória ao Serviço, ou seja, aos próprios colegas, já que todos são possíveis detentores de poder, o que automatiza o poder. Essa situação é mencionada no seguinte trecho de discurso:

[...] são vários gerentes e eles não participam da integração do SAMU. Eles ficam sabendo boca a boca, né? Eles não ficam sabendo o que está acontecendo na rua, realmente. (C1)

O entrevistado coloca em questão o fato de que o gerente não conhece a realidade como ela realmente é, mas como ela lhe é reportada pelos membros da equipe. E é essa possibilidade de reportar os fatos a um gerente que não os presenciou que distribui o poder ao longo de toda a estrutura. Dessa forma, mesmo que a coordenação do Serviço não participe ativamente do trabalho da equipe e tenha dificuldade para visualizar o trabalho, ela tem na diluição do poder uma forma de controle da equipe.

Assim, não há, na estrutura organizacional disciplinar, uma única fonte da qual emana o poder. Embora exista uma estrutura hierárquica formalmente estabelecida, o poder se estabelece paralelamente a essa estrutura. Se classicamente considera-se que o poder seja concentrado na figura de um chefe, no poder das disciplinas, essas fontes são esparsas, difusas, intercambiáveis e, até mesmo, confusas, sendo exercidas através de diversas técnicas, tais como o modo de olhar, de conceber e de organizar objetos, os quais se distribuem e se impõem nos diversos ambientes institucionais como parte integrante das redes de relações sociais e adquirem especificidades próprias de acordo com o contexto onde se desenvolvem. Ao se dissociar de um ponto fixo de emanção, o poder assume um caráter de anonimato, difusão e multifacetamento. Fragmentado, o poder penetra todos os

níveis e espaços da estrutura e produz efeitos duradouros sobre os indivíduos, à medida que os normatiza (PINHEIRO, 2006).

Rajchman (1991, *apud* CECI, 2006), ao analisar o trabalho de Foucault, nota sua preocupação com o que é visto, com as práticas que envolvem visibilidade. Na verdade, ele argumenta que há diferença entre o que é visto e o que pode ser visto. Essa visibilidade, ou seja, o que pode ser visto não deve ser confundido com o que realmente é visto, que são objetos específicos, ou elementos, ou qualidades visíveis ou mais genericamente perceptíveis em um dado momento. A visibilidade de um momento ou de um período tem a ver com a condição de luminosidade que torna possível ver esses objetos, ou elementos, ou qualidades específicas.

Assim, o que pode ser visto é consequência de uma visibilidade específica, o efeito maior de formas de luminosidade que distribui luz e escuridão, opacidade e transparência, visto e não-visto. Essas formas de luminosidade não são externas ao que é visto, mas mais do que isso, estão integradas ao que é visto, ao que aparece, de forma que cada aparato tem sua própria forma de estruturar a luz. A forma como a luz incide cria sombras e se dispersa constitui o visível e o invisível, dando origem a objetos que só existem em sua presença. Essa visibilidade constitui uma relação de saber e poder, uma interseção entre o que é visto e o que é dito, o que estabelece condições que permitem vermos as coisas da forma que vemos, uma forma de visibilidade que permite que as coisas se mostrem para nós como elas são ou como podem ser (DELEUZE, 2005a).

No cotidiano do trabalho no SAMU, a questão da visibilidade, da diferença entre o que realmente acontece e o que é visto está presente à medida que nem sempre o que é percebido por usuários do sistema, ou até mesmo pela equipe de trabalho em relação a determinadas situações e a determinadas posturas e atitudes dos colegas, corresponde à realidade. Muitas interferências surgem na interpretação das situações e fragilizam as relações da equipe ao trazer para a análise situacional a dúvida sobre a qualidade do trabalho realizado.

[...] se tem algum problema, se tem algum erro, toma uma dimensão na imprensa, que isso depois reflete pra gente no atendimento. Às vezes, acontece algum problema: “ah, o SAMU não foi, não sei o que”, isso é veiculado, e quando você tá de plantão o pessoal joga na

sua cara, “ah vocês não foram trabalhar lá”. Mas, assim, a gente trabalha o dia inteiro, almoça é a hora que dá, faz xixi a hora que pode, né?! Você não larga plantão na hora, não tem horário, ou seja, a gente não fica a toa. Mas a gente sabe que como qualquer serviço tem esse problema, né?! (E3)

Assim, o que determina o valor, ainda que simbólico do trabalho, não exclusivamente trabalho realizado, mas a forma como ele é percebido tanto pelos colegas, quanto pelos pacientes, sejam eles atendidos pelo Serviço, ou meros expectadores da cena. Na organização do trabalho no SAMU, embora as equipes trabalhem, de certa forma, restritas a suas ambulâncias e bases de trabalho, sem que haja contato visual constante entre elas, o sistema de comunicação estabelecido via rádio é um dos mecanismos que permite que presenças e ausências sejam controladas, que comunicações sejam interceptadas e que os comportamentos sejam constantemente analisados. Isso não significa que a utilização do rádio na comunicação tenha a finalidade de monitorar ou induzir comportamentos por parte dos profissionais. Entretanto, mesmo sem a intencionalidade primária, essa forma de comunicação aberta para todo o grupo, fatalmente expõe os indivíduos uns diante dos outros, criando a possibilidade de análises, julgamentos e críticas, como se percebe no relato do entrevistado:

Mas a relação entre todo o SAMU é uma relação muito distante porque está cada um num ponto da cidade... Tem um pouco, assim, de disputa, tipo assim, “Ah! Eu já atendi tantas ocorrências e a outra ambulância está parada e não atendeu, ainda. Isso não era minha área de atuação. Por que é que não mandou a outra ambulância?” Então, tem um pouco de disputa. Tem um pouco de falta de contato. A gente não tem contato nenhum um com o outro. Então a gente só encontra com aqueles membros que estão ali, dentro da ambulância com a gente. (E1)

Esse discurso traz consigo a questão do poder como algo vivo no tecido social e não apenas localizado em um ponto da estrutura, ao expor o posicionamento de um profissional que admite o distanciamento físico entre os membros das várias Unidades Básicas e Avançadas de Saúde do SAMU. Entretanto, mesmo com o assumido distanciamento, as práticas dessas diversas equipes não se desenvolvem ocultamente, sem que possam ser questionadas pelos colegas. Nessa situação, o questionamento do entrevistado não recai apenas sobre colegas de outras equipes que, em determinados momentos, não fazem os atendimentos que supostamente deveriam fazer na perspectiva de uma distribuição de trabalho mais

homogênea, mas se estende a um nível hierárquico superior, a Central de Regulação, que é onde são definidos os encaminhamentos das ambulâncias para o atendimento das ocorrências.

Estabelece-se uma relação de forças não necessariamente desigual, embora envolva níveis hierárquicos distintos, nem de conseqüências imediatamente perceptíveis, mas uma relação que pode gerar mudanças nas práticas, à medida que suscita a desconfiança e descrédito em ações praticadas por alguns membros do grupo, o que, conseqüentemente leva a um menor potencial de comprometimento com qualidade do serviço prestado, além do prejuízo das relações de trabalho. Nesse sentido, Deleuze (2005b) afirma que, em todo tipo de sociedade, o que se almeja é a produção de um novo tipo de realidade, desfazendo-se constantemente de realidades e significações anteriores e formando-se um número equivalente de novas conjunções inesperadas e é a trajetória dessa construção que favorece novos sucessos ou insucessos. Entretanto, a produção e reprodução das realidades de um determinado aparato social estão relacionadas à subjetividade e à autonomia dos indivíduos.

É verdade que a experiência da autonomia depende das redes de práticas e das relações sociais nas quais os sujeitos estão envolvidos, mas, também depende da forma como se analisa o sucesso ou fracasso de suas ações, o que leva a maximização da autonomia e à busca por novas práticas de governabilidade que podem aumentar sua sensação de poder (PATTON, 1994). Assim, redimensionar o valor da equipe como rede social de trabalho, independente de nível hierárquico, pode suscitar uma nova percepção sobre o que se entende por sucesso e fracasso. Isso pode trazer para o cenário o desejo da produção de novas realidades que, embora pautadas na autonomia e em busca por constantes redefinições de espaços, sejam mais favoráveis para o ambiente de trabalho.

No trabalho do SAMU, a estrutura do Panóptico não está presente como estrutura física, concreta, onde um jogo de luzes e sombras é um instrumento que permite o controle dos indivíduos, mas, diversamente disso, há uma reinvenção do Panoptismo, sem que haja, no entanto, a minimização dos seus efeitos (FOUCAULT, 2008a). Para Deleuze (2005b), o Panoptismo não se restringe ao binômio “ver sem ser visto”, mas tem um objetivo maior que é o de impor uma determinada conduta desejável a uma multiplicidade humana qualquer. Para isso, cada grupo social define um diagrama, ou seja, uma máquina social, que



por sua própria natureza, a qual envolve relações sociais próprias de cada estrutura, é altamente fluida e instável e mistura constantemente matérias e funções que constituem as mutações. Esse diagrama produz novos tipos de realidade, de forma que novas verdades são constituídas. No SAMU, o meio de comunicação via rádio é um dos elos que mantém o diagrama, já que as relações se efetivam, em grande parte, através dessa forma de comunicação constituindo as realidades da equipe, dando significação às suas práticas e constituindo suas verdades.

No modelo prisional clássico do Panóptico, há a intencionalidade de criar nos detentos a consciência da possibilidade da vigilância constante à medida que o jogo de visibilidade não permite que se saiba se a vigilância está realmente acontecendo. No SAMU, apesar de não haver essa intencionalidade de vigilância em relação aos profissionais colocada de forma explícita, a constante exposição dos diálogos da equipe pelo rádio acaba por induzir, nos trabalhadores, a consciência de um estado de permanente vigilância.

A vigilância constante associada à necessidade de ser aceito pelo sistema e, principalmente, pelos próprios colegas de trabalho, constitui a noção de trabalhador ideal para o SAMU. O trabalhador ideal é aquele capaz de atender expectativas do Serviço, ou seja, aquele que se adapta aos padrões e normas estabelecidos para o funcionamento do Serviço, agregando a isso produtividade satisfatória. A padronização tem seu funcionamento atrelado à normalização, tão presente nos aparelhos disciplinares e viabilizada a classificação dos indivíduos como bons e ruins. Através da análise dos atos praticados pelos indivíduos, o que se busca diferenciar não são os atos propriamente ditos, mas os indivíduos, considerando-se sua natureza, virtudes e nível de valor. Se, por um lado, o poder da norma traz consigo a obrigatoriedade da homogeneidade que ela busca criar, por outro, ele individualiza e permite a mensuração dos desvios da normalidade, favorecendo a determinação de níveis, fixando especialidades e tornando úteis essas diferenças à medida que se ajustam umas às outras (FOUCAULT, 2008a).

O poder, em sua forma moderna, é exercido, cada vez mais, no domínio da norma, que é muito mais amplo do que o domínio da própria lei. É através da norma que se regula a vida dos indivíduos. A norma, mais do que reprimir uma individualidade, ou uma natureza já posta; positivamente, ela a constitui, a forma. A normalização, diretamente envolvida na

descrição do funcionamento e da finalidade do poder, refere-se, portanto, a um processo que envolve a regulação da vida dos sujeitos individual e coletivamente. É nesse sentido, que podem-se considerar nossas sociedades como sociedades de normalização, onde se cruza a norma da disciplina e a da regulação, e que “as sociedades modernas não são simplesmente sociedades de disciplinarização, mas de normalização” (CASTRO, 2009, p.309).

Schwartz (2003) argumenta que a história está permanentemente sendo re-escrita e que novas normas de reconstrução social estão incessantemente reaparecendo onde grupos humanos se mobilizam. Entretanto, para que se garanta a sobrevivência da norma e da normalização, elas estão sempre acompanhadas de uma forma de sanção designada sanção normalizadora, e que se constitui em instrumento de ação do poder disciplinar. A sanção é normalizadora à medida que impõe normas ou regras, bem como um sistema de penalidades ao qual estão submetidos todos os que dela se afastam (PORTOCARRERO, 2004).

Assim como as normas são estabelecidas em determinada estrutura, a sanção normalizadora também o é. Ela funciona através de um pequeno mecanismo constituído na essência de todos os sistemas disciplinares. No SAMU, uma das formas de sanção normalizadora reconhecida pelos trabalhadores é o do constrangimento, uma forma clássica de sanção normalizadora.

[...] eu sei de histórias... eu escuto no rádio, situações que eu acho que não é adequada, né? De... coisas que não precisariam ser faladas no rádio, porque rádio todo mundo escuta. Então, são vinte e três Unidades Básicas mais as USA's. Então, assim, eu acho, que chega a ser prá uma certa humilhação, né? (E9)

O reconhecimento da inadequação de certos diálogos que se processam via rádio traz consigo a possibilidade de o próprio interlocutor eventualmente ser submetido a situações constrangedoras em público. Isso reforça a visibilidade através da vigilância hierárquica e assegura o funcionamento automático do poder, tendo em vista que o mecanismo de observação favorece a eficácia e a capacidade de penetração no comportamento dos indivíduos à medida que cria nos indivíduos observados a necessidade de corresponder às expectativas do observador. Não se trata de uma necessidade movida apenas pela vaidade, mas pela própria manutenção dos indivíduos no aparato social.

A sanção normalizadora atua onde a lei não alcança, pois pequenos desvios do padrão estabelecido pela estrutura, muitas vezes, não geram punições pertinentes, embora interfiram de forma expressiva na qualidade do processo de trabalho. Assim, mesmo não se deparando com a possibilidade de uma punição formal rígida, com a possibilidade de ser penalizado pelo constrangimento ao qual pode ser exposto perante seus pares, o trabalhador evita desvios do padrão para não se ver em uma situação na qual se sinta humilhado. Ao se perceberem em uma situação de exposição, de visibilidade perante os colegas, cada trabalhador tenta desenvolver suas atribuições o mais dentro padrão quanto possível. E é aí que o poder criado pela normalização assume uma dimensão muito maior do que aquele estabelecido pela lei, pela soberania de um indivíduo sobre outro estabelecida na estrutura formal. A norma cria nos indivíduos a necessidade de que eles sejam reconhecidos pelo grupo de trabalho para que possam, efetivamente, fazer parte dele.

Em meio a uma fase de transição organizacional, o SAMU passa por um momento no qual algumas normas têm sido implantadas e outras, já existentes, têm sido redimensionadas nas práticas de trabalho cotidianas da equipe, como mencionado pelo entrevistado:

Também, porque agora você começa a entrar no meio da normatização, e eu acho que a tendência agora é, assim... é de melhorar, de ficar mais difícil, porque a gente tava muito mal acostumado, né? Questão de troca de plantão, folga o dia que a gente quisesse, horário, você podia... E agora as coisas estão sendo normatizadas, de acordo com o que é preconizado lá pelo RH. Estão, assim... a gente tem que tá se organizando. Eu acho que a tendência é de melhorar, sim. Vai mudar a central, que essa aqui não é adequada... Então, eu acho que a tendência é de melhorar. Mas eu acho que vai gerar muita insatisfação ainda, até melhorar, até mudar tudo. São muitas mudanças, né? Mas eu acho que a tendência agora é de tá melhorando, sim. (E3)

Nesse trecho de discurso, pode-se observar que há uma consciência, e até mesmo uma conformidade, em relação ao fato de que, a partir desse momento, a normalização passa a se fazer presente no cotidiano de trabalho da equipe de forma mais incisiva. Entretanto, essa normalização é reconhecida como um fator de organização do processo de trabalho, que traz para o cenário a perspectiva de melhora do funcionamento do aparato, de forma geral, embora interfira, modificando antigos hábitos comuns para os trabalhadores,

mencionados no discurso como *'mau costume'*, exemplificado pelas constantes trocas de plantões.

É possível observar, pela fala da interlocutora, que novas normas começam a ser inseridas no cotidiano do SAMU. À medida que essas normas são introduzidas elas buscam definir, com maior precisão, o perfil dos indivíduos adequados para o Serviço, além de criarem um melhor sistema de controle da estrutura, o que aprimora a possibilidade de conhecer os indivíduos. Com a melhor definição de normas, a possibilidade de homogeneização dos indivíduos se torna, cada vez mais, uma possibilidade real.

Entretanto, apesar da clareza e aparente simplicidade com que as colocações são apresentadas pelo entrevistado, elas evidenciam o conflito entre a necessidade de implantação e cumprimento de normas e a satisfação dos indivíduos a ela submetidos. Também é importante observar como o autor do processo de normalização pelo qual passa o Serviço não é mencionado nominalmente, mas ele é institucionalizado na figura do departamento de Recursos Humanos (RH), o que sugere uma impessoalidade e verticalidade do processo de normalização e das relações que o envolvem. Mas, em um contexto de diversidade, também são diversas as reações das pessoas às mesmas normas. Outro entrevistado explica que:

[...] tem vez que a gente tem que resolver algum probleminha, alguma coisa. Igual, olha só [...] é aniversário da minha filha, é um domingo. [...] Se ela não autorizar, infelizmente, eu nunca faltei assim, mas aí eu vou ter que faltar. Aniversário da minha filha, né? Mas eu a, eu sei que ela vai autorizar [...] (AE3)

Aqui, o entrevistado deixa claro que há situações pessoais que são prioridade, independente do que está preconizado no Serviço. Conta-se com a compreensão por parte da pessoa responsável pela autorização das trocas de plantão, mas a decisão de não trabalhar em determinado dia já está tomada, seja qual for essa decisão institucional. Assim, observa-se que a normalização, como instrumento disciplinador, perde seu valor se não for reconhecida pelo grupo e será fator de desestrutura do aparato social. Dessa forma, não é possível definir bons e maus detentores de poder, bem como pessoas sem poder, dominadores e dominados. Todos são controlados e submetidos pelos olhares uma vez que estão imersos

na teia do poder. Não é uma questão de se dizer que alguns estão sob comando de outros, mas, na verdade, no limite, todos estão submetidos ao poder (SILVEIRA, 2005a).

É importante considerar que nossas decisões são tomadas de acordo com nossas crenças, as quais são subsidiadas e apoiadas pelo nosso entendimento sobre como as coisas realmente são e como se processam. Quando não entendemos bem um posicionamento assumido por outro indivíduo, que seja diferente do nosso próprio, isso nem sempre é intencional, mas, ainda assim, tem repercussão, à medida que, em determinado momento, pressupõe-se que somos conhecedores da situação e, portanto, capazes de tomar decisões compatíveis com ela (CECI, 2000). Nesse sentido, as experiências pessoais e profissionais vivenciadas por cada indivíduo serão fatores que auxiliarão na tomada de decisão e nos comportamentos diversos, ainda que diante da mesma norma estabelecida, o que constitui a individualidade do sujeito.

Assim, na sociedade disciplinar, o indivíduo de maior valor na estrutura, é aquele que demonstra maior habilidade para seguir os padrões determinados, o que leva à sua melhor adaptação à dinâmica de trabalho. E é nesse processo que é construído o indivíduo, em relação ao grupo e à função que ocupa no sistema institucional. Na verdade, passa a ser reconhecido como útil para o Serviço, o que indivíduo se adapta às normas reguladoras do sistema.

[...] nossos colegas, eles não vêem como a gente trabalha. Eles só viram a gente trabalhando durante o treinamento, se a gente tinha potencial, ou se a gente não tinha potencial. Tanto é que eles devem ter visto algum potencial na gente, porque é por isso que a gente ficou. Então assim, hoje eu vejo essa valorização, esse respeito porque a gente foi capaz de desenvolver é... um trabalho, e capaz de se adequar o perfil, né?... desse trabalho.(E2)

Embora o reconhecimento do trabalho do SAMU, que tem sua gênese, em parte, associada à visibilidade do Serviço, seja considerado gratificante pelos trabalhadores, é marcante o incômodo provocado no que se refere à fragilidade imposta à equipe mediante o julgamento de expectadores que desconhecem o real contexto de trabalho do vivenciado pelos profissionais. De acordo com os discursos analisados, a parcialidade com que as análises das situações são feitas, na maior parte das vezes, pelos usuários do sistema, não raro, leva à formação de uma imagem de profissionais de comprometimento limitado com a assistência

que prestam. Além disso, há uma sensação de que exista uma intencionalidade, por parte dos meios de comunicação, de explorar o sensacionalismo midiático através da exposição de situações possivelmente problemáticas vivenciadas pelo Serviço. A exposição da equipe se agrava, ainda mais, pelo fato de o SAMU não dispor de um serviço de assessoria de imprensa, o qual poderia atuar no esclarecimento dos fatos, de forma a viabilizar uma análise mais imparcial por parte da população, em geral.

De uma outra coisa que eu acho que faz falta aqui, é a questão da assessoria de imprensa, né? A gente não vê. Então, tem muita coisa, infelizmente... tem Globo Repórter, tem outro jornal, que num vem nem procurar saber o que aconteceu. Aí, já dá a notícia e, aquilo, a população inteira tá vendo e, infelizmente, às vezes, foi um atrito que a gente teve com o bombeiro, e tudo. (E9)

O trabalho da mídia tem como objetivos, através dos diversos meios que utiliza, promover homogeneização de sentidos, estabelecer “verdades”, manter ou criar um consenso. Na fabricação da linha editorial de um jornal, vislumbra-se um determinado público, de modo que para atendê-lo é necessário que se dê um tratamento específico à notícia. O material divulgado deve atender a expectativas mínimas, tanto do veículo de comunicação, que deve utilizar fórmulas já aceitas e aprovadas por seu público para mostrar o novo, quanto pelo próprio público que se fideliza ao meio de comunicação por se identificar com sua proposta e por confiar na veracidade da versão publicada (CARMAGNANI, 2004). Assim, a presença freqüente de notícias sobre o SAMU na mídia mostra que as questões relacionadas a esse Serviço de saúde têm uma boa receptividade e aceitação por parte da população.

A lacuna que se forma entre o que de fato acontece e a interpretação desse fato passa pela subjetividade de quem faz a análise, ou seja, diferentes interpretações de um mesmo fato existem porque a interpretação não está relacionada específica e simplesmente ao fato ocorrido, mas também à subjetividades dos indivíduos que analisam, formal ou informalmente, as práticas que o envolvem. O que em determinado momento se transforma em fato em verdade, depende de um evento histórico anterior que representa a origem de uma determinada forma de pensar sobre a veracidade ou a falsidade que estabeleceu as condições para entender uma proposição com sendo capaz de ser tomada, em princípio, como verdadeira ou falsa (RABINOW, 1986).

[...] muitas vezes, fala assim “ah! o SAMU não foi, e... sei lá, morreu a pessoa porque o SAMU não foi”. Às vezes não... tá errado!? Tá, o SAMU não foi mesmo porque teve um equívoco, o médico entendeu errado. Às vezes, pode até ter tido erro, mas eu acho que tem que mostrar isso. Mas, e as outras coisas que a gente faz, né? O tempo todo, assim, é a diferença que a gente faz, o diferencial na vida dos pacientes. Isso em momento algum é mostrado. Não que eu ache que tem que ser mostrado. Mas eu acho que quando acontece esse problema, quando acontece algum problema de não ir, né, de ter algum... isso tinha que ser mostrado de uma outra forma. É a questão do sensacionalismo, né?! (E3)

Nesse sentido, a própria seqüência de publicações sobre o SAMU constitui parte da historicidade que envolve a análise de novos fatos. Assim, pode-se considerar que não há, de fato, uma forma singular de se analisar e compreender as práticas propriamente ditas, ao contrário, as concepções formadas pelos diferentes sujeitos, direta ou indiretamente envolvidos nos processos, acabam por constituir uma interseção entre a realidade analisada e a historicidade de quem analisa, de forma que o conhecimento pode ser entendido como resultado de uma produção social.

Analisando sob a dinâmica do poder, a exposição do SAMU na mídia funciona como um eficiente dispositivo de controle, capaz de gerir o modo de agir dos profissionais, controlar suas ações e recriar cotidianamente as relações de poder/saber em um contexto que extrapolam os limites da própria equipe e, até mesmo do próprio Serviço, e ganham a dimensão da população que imprime no Serviço, a necessidade de se adaptar continuamente, com intuito de aperfeiçoar cada vez mais o atendimento prestado. Nesse sentido, Machado (1979) explica que

*O poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica [...] O que lhe interessa basicamente não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim, gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas atividades (MACHADO, 1979, p.XVI).*

Assim, a exposição do SAMU na mídia impõe ao Serviço um controle de suas práticas, de seus regulamentos, de modo que nenhum detalhe deve escapar e, além disso, deve ser mantida a previsibilidade da assistência qualificada prestada pela equipe. À medida que o profissional do SAMU assume a condição de visibilidade em relação à população à qual

presta assistência, ele passa à condição de sujeito examinado, o que constitui uma inversão de posição, já que em sua prática está habituado a assumir a condição de examinador.

O exame se constitui em uma técnica através da qual é possível estabelecer um controle normalizante e uma vigilância que qualifica, classifica e pune, ao estabelecer sobre os indivíduos uma visibilidade capaz de diferenciá-los e sancioná-los. No exame, a superposição das relações de poder e saber atingem seu ponto máximo, uma vez que essa técnica abarca todo um campo de saber e um tipo de poder. Além disso, o exame inverte a condição de visibilidade no exercício do poder. Classicamente, em uma relação de poder, toda a visibilidade se concentra sobre o indivíduo que exerce o poder, e aqueles sobre os quais ele é exercido, ou são esquecidos, ou recebem que lhes é concedida. O poder disciplinar impõe-se tornando-se invisível e diluído na estrutura, mas impõe aos indivíduos a ele submetidos o princípio da visibilidade obrigatória. É o fato de ser incessantemente visto, ou de poder ser visto, que sujeita o indivíduo à disciplina (FOUCAULT, 2008a).

## **4.2 Gerenciamento da diferença: as relações de poder na perspectiva dos limites profissionais**

Na sociologia, o estudo e compreensão da divisão do trabalho humano têm ocupado posição central na tentativa de se entender de forma mais ampla as estruturas sociais. Nesse sentido, o trabalho em saúde surge como um cenário particularmente rico, no qual é possível analisar o universo do trabalho e das profissões, bem como a própria natureza de sua organização, considerando seu dinamismo, o aprimorado ambiente tecnológico, a incorporação de variadas interfaces sociais como setores público, privado, filantrópico e voluntariado, o que implica em uma complexa divisão de trabalho que envolve profissões, ocupações, sistema de gestão e tecnologia (ALLEN; PILNICK, 2005).

Nos últimos anos, a crescente busca de contenção de custos nos serviços de maneira geral levou à introdução de novas formas de organização e gestão dos serviços de saúde, o que ocasionou profundo impacto na organização social do trabalho desafiando a linha tradicional de demarcação de fronteiras profissionais e sinalizando para o desenvolvimento de novas regras e modalidades de trabalho. Além disso, essas mudanças têm sido reforçadas por



ideologias de cidadania que apontam a necessidade de redimensionamento, nos serviços de saúde, das relações profissional-cliente/paciente, bem como pela introdução de novas tecnologias que modificam o ambiente de trabalho para muitos trabalhadores, o que provoca mudanças em sua divisão e em suas práticas (ALLEN; PILNICK, 2005).

Assim, há que se considerar que a produção de saúde em um determinado sistema envolve, além do próprio contingente de recursos humanos, o gerenciamento de um aparato tecnológico, de informação e da própria estrutura organizacional. Nesse complexo cenário, é importante considerar que a divisão de tarefas entre os diferentes trabalhadores da saúde não se delinea, necessariamente, a partir da premissa de quem seria o melhor indivíduo para desempenhar determinada função na estrutura organizacional. São considerados outros elementos como regulamentações das profissões e normas culturais, sejam elas formalizadas, ou não. Entretanto, as regras adotadas por diferentes grupos não são estáticas, o que é reflexo, em parte, do contínuo movimento de mudança da estrutura do cuidado em saúde, da evolução tecnológica e de novas formas de trabalho onde novas regras são criadas e outras, ainda que obsoletas, são mantidas (McKEE; DUBOIS; SIBBALD, 2006).

Na estrutura do SAMU, não é difícil perceber a importância da participação interativa e integrativa dos diversos elementos, como recursos humanos, aparato gerencial e tecnológico, dentre outros, na constituição da estrutura do trabalho propriamente dita. Mas, além dessa condição característica comum a muitas estruturas organizacionais, o Serviço apresenta alguns elementos bastante específicos, como é o caso da diversidade de ambientes onde a assistência deve ser prestada, que exigem maior adaptabilidade por parte dos trabalhadores para o desenvolvimento das atividades cotidianas.

Assim, a organização e divisão do trabalho podem ser entendidas como um processo social de contínuas negociações onde os sujeitos participantes estão continuamente empenhados na definição, estabelecimento, manutenção e renovação das tarefas cotidianas, bem como nos relacionamentos que esses processos abarcam. Entretanto, esses processos de negociação que se desenvolvem constantemente não são totalmente livres, uma vez que as interações sociais podem ser limitadas, por exemplo, pelas relações de poder vivenciadas pelos indivíduos ou pelas características do próprio contexto em que elas ocorrem

(FREIDSON, 1976 *apud* ALLEN, 2000). As negociações tendem a florescer de forma mais expressiva quando se está diante de condições de mudanças, incertezas e ambiguidades, desentendimentos, diversidades ideológicas, novidades e inexperiência (ALLEN, 2000).

A situação do SAMU em Belo Horizonte, como um Serviço relativamente novo no contexto da assistência à saúde da cidade, justifica uma análise de sua organização do trabalho, bem como da demarcação de territórios profissionais, uma vez que nessa análise pode útil o reconhecimento de fragilidades e potencialidades do Serviço. Também é importante considerar que, no trabalho do SAMU, as relações profissionais assumem um caráter multidirecional, à medida que se trata de um Serviço que presta assistência em caráter transitório, ou seja, não é o destino final da pessoa atendida, mas destina-se a encaminhar o paciente a esse destino. A identificação do melhor destino para o paciente também pode ser entendido como elemento de constantes negociações e definições de limites territoriais, tanto dentro do próprio SAMU, quanto em relação aos níveis assistenciais da rede de serviços de saúde do município.

Ressalta-se que a história da delimitação e demarcação de territórios do SAMU inicia-se antes da constituição do próprio Serviço, Ainda à época do Resgate, quando havia a atuação em parceria de profissionais de saúde com os bombeiros. A proposta de implantação do SAMU surge a partir da necessidade se atender à nova legislação Federal de atenção às urgências, a Portaria 2.048. A atuação conjunta de profissionais de saúde e dos socorristas do corpo de bombeiros no atendimento pré-hospitalar foi fator de conflitos, tendo em vista que as atribuições de cada ator não estavam claramente definidas. Na verdade, os conflitos refletiam a necessidade de definição de espaços que deveriam ser ocupados por cada um dos dois serviços, Resgate e SAMU, em um cenário onde ambos, talvez, desconhecem as reais potencialidades e complementaridade em questão e se questionassem sobre o futuro das instituições. O relato a seguir é uma referência ao período de implantação do SAMU.

Eu falo que a vantagem da gente envelhecer é que a gente passa a ter essa maturidade, e passa a não mais querer ficar medindo força, poder. No resgate, eu brigava com o bombeiro, media força. Tipo, assim, eu brinco que era igual cachorro demarcando território. Ele fez xixi, eu ia e fazia atrás, porque a outra palavra foi minha. (M4)

Esse relato mostra como, durante o processo de implantação do SAMU, a forma de organização do processo de trabalho do Serviço recém criado deixava margem para uma forte luta por delimitação de espaços. Isso aponta um processo micropolítico, onde o que está colocado em cena, não é apenas uma arena de atuação profissional, mas a representação de um serviço que busca seu reconhecimento através de suas práticas.

Pode-se observar que há uma luta por supremacia no contexto da atenção pré-hospitalar, na qual não existe, a princípio, convergência de esforços em função de um objetivo comum. Embora o relato seja uma referência à historia de implantação do SAMU em Belo Horizonte, ainda há, na estrutura atual do Serviço, uma constante luta por demarcação de território que envolve, além dos próprios trabalhadores do Serviço, entre os quais há intensas buscas por espaço, os trabalhadores de outros níveis assistenciais da saúde que, embora alocados em outros pontos da estrutura, trabalham com o SAMU.

Entretanto, Durkheim (2008) considera que a divisão do trabalho deva produzir solidariedade social. Quando isso não acontece, o que se tem não é uma divisão de trabalho, mas uma simples diferenciação de tarefas, onde o indivíduo se limita em sua tarefa, isola-se em sua atividade especial e não sente que outros indivíduos trabalham junto com ele, na mesma tarefa. A solidariedade é um notável efeito da divisão do trabalho à medida que as funções divididas têm seu rendimento maximizado, além de que, na solidariedade da divisão do trabalho, os indivíduos se completam mutuamente já que, isolados, todos são incompletos. Embora seja reconhecida a utilidade econômica da divisão do trabalho, ela é superada por sua importância no estabelecimento de uma ordem social e moral *sui generis*.

Nessa perspectiva, observa-se que ainda é precoce discutir a questão da solidariedade no processo de trabalho do SAMU, uma vez que o que aparece nos discursos, de forma mais evidente, são situações em que o próprio respeito entre os profissionais é questionado, bem como a compreensão sobre a real finalidade das atividades do Serviço, como relatado no trecho de discurso que se segue.

Na minha experiência, eu acho uma falta de respeito, às vezes mútua, sabe, do médico da regulação com o pessoal da assistência básica e UPA. E da UPA, também, com a gente. Porque, é... eu entendo assim, chega uma unidade básica, uma unidade avançada no setor, e se a pessoa soubesse como que funciona, ela se prontificaria a liberar o mais rápido possível aquela ambulância, porque sabe que vai precisar

dela pra outras ocorrências, e tudo. No entanto, eles interpretam que você tá levando é trabalho prá eles. Então, assim, eu sinto muita falta de respeito, mas é mútua, né? Não é de uma parte só, não. E... falta de esclarecimento, mesmo, sabe? Prá que serve, com que devia ser a receptividade, sabe? (M3)

O entrevistado coloca em questão a falta de conhecimento de profissionais de outros serviços de saúde sobre o trabalho do SAMU, embora reconheça que a falta de respeito emerge de ambos os lados implicados na relação. Também é válido considerar que, apesar de se tratar de uma fala de um profissional médico, as colocações apresentadas não se referem a um grupo profissional específico, mas apresenta, de forma generalizada, o perfil das relações no que tange a grupos profissionais. Observa-se que presença da questão da falta de conhecimento dos diversos processos de trabalho em saúde como fator que favorece a fragmentação do sistema de saúde. Essa falta de conhecimento é revertida, na opinião do entrevistado, em falta de respeito multilateral, o que prejudica a solidariedade entre as equipes e se transforma em oposição e luta.

Mas, além da questão da solidariedade envolvida na questão da divisão do trabalho, Freidson (1976 *apud* ALLEN, 2000) aponta a relevância de se considerar a divisão do trabalho como um processo de interação social, à medida que os sujeitos envolvidos no próprio processo de trabalho estão constantemente engajados na tentativa de definir, estabelecer, manter e renovar suas atividades, bem como estão envolvidos nas próprias relações com os demais indivíduos participantes do processo de trabalho. Entretanto, essa interação social não se desenvolve de forma totalmente livre e pode ser afetada, por exemplo, pelo poder relativo dos indivíduos na estrutura (FREIDSON, 1976), como observado nos relatos a seguir.

[...] aqui é daquela forma: manda quem pode, obedece quem tem juízo. Se há alguma divergência entre algumas pessoas, não são escutadas ambas as partes. Geralmente, escuta a parte que tem um poder, assim, mais elevado aqui dentro, e essa parte é que fica. Então, é muito raro as pessoas terem, assim, a discussão: “o que é que aconteceu?” (AE8)

Temos uma coordenação médica, extremamente fechada pra enfermeiro. Extremamente fechada. A relação aqui: quem pode manda, obedece quem tem juízo. (E5)

[...] eu acho que elas [as equipes] são bem separadas, tá? Assim, técnico com técnico, médico com médico, enfermeiro, enfermeira. Isso aí, a gente vê, assim, bem fragmentado. Cada um na sua. [...] Eu... eu, assim, me dou bem com todo mundo, independente do nível que seja. Mas a gente sente, a gente vê, porque, às vezes, têm pessoas que, às vezes, passa quase por cima da gente, não tem coragem de dá nem um bom dia, né? (AE4)

Nessas falas, o que chama atenção, inicialmente, é a heterogeneidade dos discursos, uma vez que há percepções bastante contraditórias em relação às relações profissionais constituídas na equipe. Isso coloca em evidência o fato de que, por um lado, a divisão e organização do trabalho abrangem interações sociais que interferem na própria forma de perceber a estrutura organizacional. Por outro lado, essa interação social pode ser constituída pelo poder relativo de cada sujeito no contexto das negociações possíveis e necessárias (FREIDSON, 1976). Se por um lado uma interação aponte para o entendimento de uma relação equilibrada, na qual se poderia supor um compartilhamento de responsabilidade, por outro, também é possível analisar que, na estrutura de serviços de saúde onde o trabalho acontece, não estão claramente definidas as funções e responsabilidades de cada profissional, o que acaba por ser definido contingencialmente nas práticas e lutas cotidianas.

Também é importante considerar que a forma de organização do trabalho, com a definição de equipes estabelecidas, é um dos fatores que favorecem a divergência de percepção sobre o trabalho e as atividades desempenhadas, tendo em vista que a maior parte das experiências vivenciadas cotidianamente acontece entre os profissionais de uma determinada equipe, e não na convivência com profissionais das diferentes equipes. As divergências e convergências estão localizadas em micro espaços e não generalizadas para todo o SAMU. O trabalho é dividido entre os membros da equipe, mas também sujeito a uma segmentação maior, na qual os contatos são restritos. Assim, sempre que questionados quanto às relações entre os profissionais do SAMU, os entrevistados direcionavam suas respostas para as relações da equipe de atendimento de rua na qual estavam inseridos, desconsiderando a possibilidade de as relações da equipe abranger todos os profissionais.

Ao analisar os discursos na ótica dos limites profissionais e das delimitações de território no trabalho do SAMU, percebe-se certa dificuldade de se considerar o grupo enquanto equipe de trabalho. Há, sim, uma noção de equipe em relação aos grupos que trabalham nas USA e

UBS, com uma exclusão mútua dos demais grupos, ou equipes. Além disso, há também a tendência a um certo segregamento por grupo profissional. Esse entendimento de uma instituição com várias equipes isoladas entre si favorece a fragmentação dos processos de trabalho, os quais são desenvolvidos de forma singular por cada grupo profissional, o que modifica as relações de poder e de trabalho, bem como cria uma diversidade de limites profissionais, mesmo que entre grupos semelhantes, como médico-enfermeiro, enfermeiro-auxiliar de enfermagem, dentre outras, estabelecendo relações de poder dentro da própria equipe.

Entretanto, na tentativa de compreender as relações entre os profissionais, é importante considerar que o poder não tem uma essência, mas é um atributo, onde 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, 2005b).

Mas, a referência ao dito popular *“manda quem pode, obedece quem tem juízo”* nos remete a uma estrutura organizacional na qual determinados indivíduos são, independente da situação, detentores de um poder absoluto e sugere a possibilidade de estabelecimento de um tipo de relação que se encerra com a obediência a uma determinação imposta, sem que surjam questionamentos, argumentos ou resistência em relação ao poder exercido. Pensar essa possibilidade como real seria excluir o sujeito do próprio processo de trabalho, o que é inviável, uma vez que o sucesso organizacional perpassa a construção de sujeitos conectados com as demandas sociais em questão, bem como com as habilidades exigidas em um determinado momento histórico (MARQUES, 2006).

Isso nos remete, ainda, à docilidade dos corpos, já praticada no século XVIII e estudada por Foucault no século passado. De sua análise surge o entendimento de que trabalhar com indivíduos obedientes seria trabalhar com corpos docilizados ou bem adestrados, o que teria mais utilidade para as organizações. Assim, almejava-se o ajustamento cada vez mais controlado, com racionalidade e economia, entre as atividades produtivas, as redes de comunicação e as relações de poder, na clara tentativa de adestrar os corpos (DREYFUS; RABINOW, 1983). Na análise do processo de trabalho do SAMU, são observados alguns traços dessa tentativa de docilização do trabalhador que podem ser traduzidos pela

proposta constante de cursos de atualização, da intensa utilização de protocolos clínicos, da descrição detalhada de rotinas de trabalho, enfim, de um aparato disciplinador eficiente. Nesse aparato disciplinador alguns detêm maior fatia de poder e a outros cabe obedecer, seguir as normas, embora exista o espaço da resistência.

Dessa forma, com a utilização de dispositivos disciplinares que definem os atos com exatidão, pode-se hierarquizar, comparar, homogeneizar e excluir, numa relação mútua, os indivíduos “bons” e os “maus” (FOUCAULT, 2008).

[...] eu, principalmente, fico muito insatisfeita, às vezes, é com o sistema. A forma como ele é, né? [...] Questão de... do outro não entender aquela forma como você trabalha. Às vezes, você também não entender a forma como o outro trabalha e ficar criando desavença. (M3)

Nessa fala, o entrevistado refere a insatisfação para traduzir seu sentimento diante da não aceitação, por parte de colegas, em relação a forma de desenvolver suas atividades, ao mesmo tempo que assume que o fato de ele próprio não entender o trabalho do outro é motivo de desavença entre colegas. Transfere sua responsabilidade para o sistema que é genérico, não personalizado e, por isso mesmo, mais difícil de ser atingido. Isso aponta o reconhecimento, por parte dos próprios trabalhadores, da necessidade de haver uma regulamentação que aponte a forma ideal de proceder as atividades cotidianas do trabalho, como forma de aceitação no grupo. Mais do que isso, como estratégia de não exclusão social nas relações de trabalho.

Assim, embora a menção à docilidade e adestramento dos corpos possa parecer, na sociedade contemporânea, um jargão de teor pejorativo e ultrapassado, há que se considerar que refletir sobre sua essência é refletir sobre a realidade institucional de muitas organizações que, em diferentes graus, almejam um ideal de produtividade que considera, em posição central que o controle e disciplina dos corpos são instrumentos necessários para o alcance de resultados.

Isso não significa dizer que se trata de estruturas que cultuam formalmente, em seus desenhos organizacionais, a relação dominante-dominado. Na cultura ocidental e, particularmente na brasileira, a relação de dominação ainda não foi superada pelas pessoas que trabalham nas organizações, de forma que ainda é muito presente nos comportamentos

individuais esse tipo de postura. Além disso, o trabalho na área da saúde traz consigo a relação de dominação e supremacia de alguns profissionais em relação a outros, como pode ser exemplificado pela supremacia do médico em relação aos demais componentes da equipe, e do enfermeiro em relação aos demais profissionais da equipe de enfermagem, como expressão alguns profissionais.

Ela [*a relação*] é difícil. São os famosos CRM's aí, né? Inclusive você [...] deve ter ouvido e visto. Eles não respeitam, não. É um ou outro que respeita um todo, né? Mas a grande maioria, são arrogantes, tão acima de Deus, acima de lei, acima de tudo aqui. (C1)

Alguns [*médicos*] que querem, às vezes, sobrepor opiniões e obrigações aos técnicos de enfermagem. Nem muitos aos enfermeiros. Que os enfermeiros estão sempre juntos com os médicos, nas USAs. Mais com equipe de... com os técnicos de enfermagem das USBs. (M1)

A relação do poder, mesmo, sobre o outro: “Ah! Eu sou médico, eu mando. Ah!, Eu sou bombeiro, eu tenho supremacia sobre o SAMU, eu vou ficar”. Não sei onde existe isso mais, não, né? [...]Então, às vezes, esse poder, essa supremacia sobre o outro profissional é um ponto negativo. (E6)

É, eu acho que o médico do SAMU tem muito, ainda, de arrogância, de prepotência, que ele precisa de perder, né? Nós de uma forma geral, os médicos do SAMU. (M2)

Os relatos refletem a histórica posição de dominação da classe médica sobre os demais profissionais da saúde, a qual é claramente reconhecida pelos próprios médicos. Allen e Pilnick (2005) consideram que a evolução e o trabalho de construção das fronteiras profissionais que envolvem grupos de médicos com os demais profissionais de saúde tem sido alvo constante de preocupação e, considerando-se a natureza dinâmica do trabalho e de sua nos cenários de atenção à saúde, provavelmente, essa relação continuará a sofrer constantes modificações.

Assim, em um primeiro momento de observação, a homogeneidade conferida à equipe do SAMU pelos uniformes idênticos de todos os profissionais que trabalham nas ambulâncias, pode favorecer uma noção de um grupo também homogêneo e com distribuição de forças equilibrada. Entretanto, essa idéia de relações muito equilibradas pode ser desconstruída quando se observa o Serviço mais de perto e mais detalhadamente. As relações cotidianas são marcadas de forma bastante expressiva pela constante necessidade da demarcação de



territórios profissionais, o que se manifesta através de práticas que evidenciam a heterogeneidade vivenciada na luta por espaços profissionais.

Se por um lado, a forma como as relações profissionais acontecem é alvo de questionamentos e críticas por muitos profissionais, por outro lado, é unânime, na fala de todos os entrevistados que mencionaram a relação com a Central de Regulação (CR), a referência a sua precariedade. É interessante observar que os médicos que trabalham na regulação são os mesmos que trabalham nas ambulâncias, embora as críticas não se limitem a uma determinada classe profissional. De forma geral, a maior parte dos entrevistados relata boa relação da equipe de trabalho, embora façam considerações pontuais a esse respeito, o que também pode ser observado quando ao longo da observação do campo. Entretanto, sempre que discutida a questão da regulação, muitas são as queixas e as endereçadas críticas aos médicos reguladores.

Quem tá na rua, o médico, ele está com a gente na ambulância reclamando da regulação, na semana seguinte, ele vem na regulação e faz a mesma coisa que reclamou que o cara fez com ele na semana anterior. Que empenhou por uma coisa que não precisava. Todo mundo reclama de todo mundo [...] (E5)

[...] tem uma central de regulação. É ela que decide aonde a gente vai, num vai. Então, às vezes, dá insatisfação da gente ir, às vezes, num atendimento que não seria prá gente. (E9)

eu já cansei de sair na USA aqui, prá ir junto com uma USB numa ocorrência que até então seria grave, que eles falaram na regulação. E chega lá não é nada daquilo que falaram. (AE8)

Esses discursos refletem a forma como o poder se estabelece e circula nas redes de relações, considerando que a configuração das relações de poder guarda estreita dependência com a posição ocupada pelos indivíduos na estrutura. O poder é transitório, circula e muda de mãos de acordo com as circunstâncias. O médico, na condição de regulador, detém poder de decisão sobre o que os outros profissionais, inclusive médicos, deverão fazer, quando o farão e com que recursos. Ao assumir a posição de médico das ambulâncias, assumem, também, a condição de submissão ao médico regulador, tendo que acatar suas decisões.

Entretanto, embora os médicos assumam as duas posições, de regulação e de atendimento nas ambulâncias, observa-se certa dificuldade em vislumbrar uma das posições estando na outra. Ou seja, quando está na rua não se percebe como eventual regulador, nem quando está na regulação consegue vislumbrar sua atuação no atendimento *in loco*. Isso acaba por gerar uma falta de sensibilidade em relação ao colega no momento em que ele está em uma posição diferente da posição do outro profissional e questionamentos sobre as decisões tomadas pelo médico regulador.

A satisfação pessoal com a atividade laboral pode ser um dos fatores associados a esse comportamento de questionamento das condutas dos colegas e manutenção de posturas semelhantes, uma vez que os médicos têm preferência por trabalharem nas ambulâncias, a ficarem restritos a uma sala, com a função de atenderem telefonemas e de tomarem decisões sem terem oportunidade de avaliar, de fato, o paciente que faz a solicitação. Isso pode ser exemplificado pela seguinte fala:

É mesmo a coisa da adrenalina. Às vezes, é muito alta e, às vezes te causa uma tensão excessiva. É, aqui na central de regulação então, você tem muitas... Como é que eu vou dizer? Muito volume de atendimento prá uma pessoa só, entendeu? (M1)

Também é motivo de insatisfação o fato de que um único médico regulador atende a um grande volume de solicitações, o que lhe obriga a trabalhar, durante todo o tempo, sob elevada tensão e com uma diversidade de situações simultâneas. Além disso, os médicos, em muitas situações, não estão completamente preparados para atuarem como reguladores uma vez que os currículos de medicina, em geral, não disponibilizam, dentre suas disciplinas, conteúdos que contemplem esse tipo de atendimento, em particular.

[...] porque isso [*regulação médica*] a gente não tem na faculdade, o atendimento pré-hospitalar. Nós não temos regulação. Como fazer, né? Diagnóstico dado pelo telefone, tudo, e a gente é colocado no sistema sem um treinamento, sequer, prévio. Eu já falei isso. Já falei isso com a coordenação também, que eu acho que isso é muito falho. (M3)

Se na estrutura interna do SAMU ainda são muitos os desafios na busca de relações profissionais mais harmoniosas e menos conflituosas, quando a análise dessas relações alcança os profissionais dos demais níveis assistências, sua complexidade se multiplica.

Embora haja uma referência a um sentimento de pouca simpatia dos trabalhadores de outros serviços de saúde pelo SAMU, de maneira geral, nos discursos analisados, sobressai o desconforto dos profissionais com as relações estabelecidas com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Esse relacionamento é classificado como ruim, principalmente por perceberem que há, por parte dos profissionais das UPA's, um entendimento de que o SAMU é responsável pelo aumento do volume de trabalho daquelas Unidades.

Isso (*a relação com outros serviços*) é muito mais problemático, porque existe certo, é... Principalmente das UPAs, hospitais, certa... Ninguém gosta do SAMU, né? Porque o SAMU leva os problemas prá eles. (M1)

Entretanto, o mesmo entrevistado aponta outra razão que pode estar associada aos conflitos entre os dois serviços. Trata-se da própria legislação brasileira de atendimento às urgências, que define o SAMU como Vaga Zero, ou seja, qualquer serviço de saúde tem que disponibilizar vagas para receber pacientes transportados por ele, independente de sua disponibilidade, *a priori* (BRASIL, 2002). Entretanto, o maior problema não está na legislação propriamente dita, mas nas reações que ela provoca nos diferentes Serviços de saúde. Assim, o profissional do SAMU considera que a legislação deveria abrir as portas por si só.

A gente não teria nem que pedir prá entrar. A gente tem que chegar e entrar. Aí, a gente ainda faz contato, ainda faz tudo isso. A gente tenta dialogar. (M1)

O discurso acima mostra a percepção de superioridade do profissional do SAMU no que se refere ao seu relacionamento com outros serviços de saúde. Observa-se que o profissional considera o contato com a Unidade que receberá o paciente transportado uma gentileza adicional e não uma obrigação e tem dificuldade de perceber que, na verdade, diante da imposição da vaga-zero pela Portaria 2.048, a possibilidade de diálogo se coloca de forma bastante restrita uma vez que a resposta às solicitações do SAMU deve ser sempre positiva.

Entretanto, há que se considerar que, para os profissionais do SAMU, é realmente difícil identificar e compreender os tênues limites entre o seu espaço de trabalho e o dos outros, uma vez que o seu próprio espaço corresponde ao território de toda a cidade de Belo Horizonte e tentar delimitá-lo é mais um desafio a ser enfrentado. Entretanto, esse desafio é maximizado pela fragmentação dos serviços de saúde. Assim, o que se observa é a maximização de conflitos, os quais favorecem ações individualistas que prejudicam a

proposta de integração do sistema de saúde e que geram situações que comprometem o ambiente de trabalho das equipes de saúde de forma generalizada.

### **4.3 Práticas sociais de poder no SAMU**

Para Foucault, o poder não está localizado em um ponto específico da estrutura social, mas funciona em uma rede de dispositivos da qual nada, nem ninguém está excluído, uma vez que nela não há exterioridade, limites ou fronteiras possíveis. Nesse sentido, o poder não se constitui como propriedade, como algo passível de se deter ou possuir. De fato, o poder em si não existe. O que existem são práticas ou relações de poder (MACHADO, 1979). Assim, buscou-se analisar a rede de relações, em geral, estabelecidas e observadas no contexto do SAMU, o que, naturalmente, pode levar a uma melhor compreensão das relações de poder, inerentes a todo tipo de relacionamento.

A opção por uma análise que prestigie o referencial pós-estruturalista está associado ao fato de o uso desse referencial permitir colocar em questionamento o que é a própria realidade, quem são os indivíduos que a constituem 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).

Em qualquer sociedade, múltiplas relações de poder atravessam, constituem e caracterizam o corpo social. Essas relações encontram na produção, no acúmulo, na circulação e no funcionamento do discurso, matrizes essenciais para que se dissociem, se estabeleçam e funcionem (FOUCAULT, 1979c). Há que se considerar, ainda, que, na perspectiva pós-estruturalista, o poder não pode ser representado por uma teoria porque não se trata de algo singular. O poder é o impensado que está ligado a toda forma de conhecimento e desde que haja diferentes formas de conhecimento haverá diferentes relações de poder se estabelecendo. Nesse sentido, mais do que objetos, conteúdos e pensamentos, o impensado inclui condições historicamente constituídas e o estilo geral de organização de uma forma de pensar (HOY, 1988).

Nesse sentido, em todos os discursos produzidos por trabalhadores do SAMU durante a coleta de dados e que foram analisados, está presente a prática do poder como prática social, com a centralidade do poder se deslocando de acordo com as situações vivenciadas em cada momento e com os diversos interesses em questão. Percebe-se que aparentes contradições estão presentes na fala ou mesmo na conduta de determinado sujeito, bem como também não são raras essas contradições quando se analisa vários sujeitos se referindo a um mesmo tema. Mas, ao contrário do que se pode concluir em uma primeira análise, essas contradições não representam, necessariamente, mudanças de opiniões repentinas de um mesmo sujeito ou dificuldade de análise sobre determinado tema, mas representam os esforços na tentativa de estabelecimento de posições nas diversas relações que se estabelecem no cotidiano de trabalho. É a luta por posição privilegiada nas relações de poder que se estabelecem.

No contexto das lutas e relações, três aspectos merecem especial atenção: 'qualificação profissional e transferência de *locus* de poder no SAMU', 'o poder da vaga-zero' e 'corpos uniformes e imagens de poder no SAMU'.

#### **4.3.1 Qualificação profissional e transferência de *locus* de poder no SAMU**

A qualificação profissional passa, certamente, pelo exercício de práticas de saber vivenciadas pelos profissionais do SAMU. A toda relação de poder, correlaciona-se um campo de saber. O poder é, pressupostamente, a causa do saber, já que este “consiste em entrelaçar o visível e o enunciável” (DELEUZE, 2005a, p.48). Se por um lado, o saber se refere a matérias formadas e a funções formalizadas, por outro, o poder é diagramático e mobiliza matérias e funções não-estratificadas, de forma que “tudo é prática; mas a prática do poder permanece irreduzível a toda prática do saber” (DELEUZE, 2005b, p. 81-82).

Assim, nas entrevistas, a relação dos profissionais com as práticas de saber no SAMU foi analisada considerando-se sua percepção da qualificação da equipe para o desempenho das atividades próprias do atendimento de urgência pré-hospitalar. Esse questionamento gerou respostas divergentes e, até mesmo, controversas.

Em uma entrevista com um auxiliar de enfermagem, está presente essa aparente contradição. Num primeiro momento, o entrevistado pontua que, embora não haja um investimento institucional na formação e qualificação da equipe, os profissionais, movidos por motivações pessoais, têm buscado se qualificar, através de cursos de graduação. Num segundo momento, admite a importância da instituição em sua qualificação específica para o atendimento em urgências, já que à época de sua admissão no Serviço, não tinha experiência nesse tipo de atendimento. Por fim, assume que há responsabilidade compartilhada entre profissionais e instituição no que tange à qualificação dos profissionais, haja vista o limitado investimento institucional e a baixa participação dos trabalhadores nas atividades disponibilizadas.

[...] eu acho que a prefeitura não fornece prá gente essa qualificação, sabe? Só que, assim, no sistema, no SAMU, em geral, tá tendo uma, uma coisa muito interessante, [...] a maioria dos técnicos que estão aqui, eles tão se graduando. (AE1)

A prefeitura, desde quando eu entrei, eu fiz, sim, alguns cursos. Realmente, assim, foram muito bons prá mim, porque eu não tinha experiência na urgência e... mas, no início, quando nós entramos, foram muito bom, mas, assim, agora, já deu uma parada, sabe? (AE1)

[...] eu vejo assim, falta de interesse também de alguns servidores, de alguns dos meus colegas. Porque, às vezes, quando tem essas palestras, essas reuniões, esses cursos, são poucas as pessoas que vão, sabe? [...] Mas eles tão, tão tentando, né? E isso é muito bom, né? (AE1)

Assim, é possível observar que há reconhecimento da necessidade de conhecimentos específicos para o trabalho de atendimento a urgências. Mas, embora os trechos do discurso apontem para uma convergência explícita no que tange à responsabilização da instituição pela capacitação dos profissionais, não está excluída a importância da busca individual de qualificação justificada por motivações diversas.

Dentre essas várias motivações que levam os indivíduos a aprimorarem seu conhecimento, é importante ressaltar a possibilidade que isso gera de mudança na posição que se ocupa na rede de relações de poder estabelecidas, tendo em vista que poder e saber estão diretamente relacionados entre si. Nesse sentido, Deleuze (2005a, p. 81) afirma que “entre o poder e o saber, há diferença de natureza, heterogeneidade; mas há também pressuposição

recíproca e capturas mútuas e há, enfim, primado de um sobre o outro”. Apropriar-se de novos conhecimentos abre caminhos para a ocupação de posições privilegiadas nas práticas de poder exercidas cotidianamente, ainda que não signifique, necessariamente, ocupar posições de formalmente estabelecidas pela instituição, como é o caso dos cargos que envolvem o gerenciamento do Serviço.

Essas posições apontam para o funcionalismo das relações de poder proposto por Foucault, no qual, considera-se uma topografia moderna, a qual não assinala um lugar privilegiado como fonte de poder, de forma que não é possível localizá-lo pontualmente, mas sim, identificá-lo difusamente. Assim, o “poder é local porque nunca é global, mas ele não é local nem localizável porque é difuso”. Na verdade, as relações de poder são um conjunto de relações de forças, onde há dominantes e dominados, cujas localizações na estrutura são variáveis a cada momento (DELEUZE, 2005b, p.36-37).

Nesse sentido, ao atribuir a responsabilidade de treinamentos e qualificação à esfera institucional, representada pela figura de gerentes e supervisores, o profissional posiciona o poder sobre essas atividades fora de sua própria governabilidade. Essa atitude de submissão ao poder do outro faz com que o próprio sujeito da ação tenha como justificar situações em que seu trabalho não corresponde à expectativa institucional, uma vez que a instituição, detentora do poder de decisão sobre participação dos trabalhadores em treinamentos, não oferece condições satisfatórias para isso. Nesse contexto, abrir mão do exercício do poder torna-se conveniente.

Entretanto, se todo o poder de decisão sobre o profissional estivesse constantemente posicionado na instituição, a atitude de submissão completa reduziria o valor individual do profissional. Ele teria todo o seu desenvolvimento pessoal atrelado, exclusivamente, à esfera institucional, a qual gozaria de autonomia para posicioná-lo em determinado ponto da estrutura e, mesmo que essa posição divergisse das expectativas do profissional, ele teria que submeter a ela, inquestionavelmente. Por isso, a variação de conteúdo dos discursos, que transitam da responsabilização institucional total à responsabilidade compartilhada entre trabalhadores e instituição. Nessa segunda condição, a de compartilhamento, é que surge a possibilidade de transferência do *locus* de poder, de acordo com o investimento de cada profissional em sua qualificação. E é esse grau de investimento que vai definir a

condição de dominação de cada indivíduo, em cada momento. Entretanto, é importante ressaltar que não é intenção, aqui, considerar que as pessoas assumam essas posições sempre de forma premeditada com o intuito de usufruir de seus resultados, mas que elas fazem parte do cotidiano e das práticas sociais de forma natural.

Além da análise do *locus* do poder na rede social, há que se considerar, a forma como os sujeitos reagem às atividades institucionais propostas. A não participação de treinamentos oferecidos aos profissionais pode ser entendida como uma forma de resistência ao poder. Parece haver uma compreensão de que o contrato de trabalho está relacionado às atividades de trabalho propriamente ditas e que os treinamentos são uma exigência a mais, à qual cabe resistência, restringindo as perspectivas de poder por meio do acúmulo de informações.

Na perspectiva Foucaultiana, faz parte do estudo das relações de poder a investigação das resistências contra os dispositivos de poder, o que seria o único caminho para a compreensão da história do funcionamento do maquinário do poder. A análise das resistências ao poder é relevante, pois o que permite o entendimento, de forma adequada das estruturas sociais é o conhecimento do que está à margem, do que está interdito e que se coloca contra a ação do poder. Assim, para que se compreendam os dispositivos do poder, há se observar, anteriormente, estratégias antagônicas que, de uma forma ou de outra, se colocam contra os mesmos (ALVIM, 2010).

#### **4.3.2 O poder da vaga-zero**

Assim como o poder, os pontos de resistência aparecem em uma rede vasta e multiforme, como multiplicidade ou como focos. Embora representem o outro lado das relações de poder, isso não significa que estejam necessariamente fadados ao fracasso, mas as resistências, que se apresentam como pontos e nós irregulares, se distribuem no jogo das relações com o poder em uma proporção de maior ou menor intensidade. Embora mais comumente se configurem em pontos transitórios, móveis e precários, a resistência pode ocasionar rupturas profundas ou levantes radicais, além de serem capazes de suscitar reagrupamentos e introduzirem clivagem (FOUCAULT, 1988).



Da mesma forma como são percebidos pontos de resistência na estrutura interna do Serviço, os profissionais do SAMU também trazem, em seus discursos, a percepção de outros níveis de assistência à saúde em relação a ele. A justificativa que mais se destaca, está pautada no fato de que o SAMU é responsabilizado pelo aumento de volume de trabalho daqueles Serviços, o que geraria sua insatisfação dos profissionais. Os trechos de entrevistas que se seguem, ilustram essa situação.

A relação (com os demais níveis assistenciais), geralmente, é ruim. Então, a gente é visto como aquela pessoa que tá levando serviço pro cara. [...] A gente vai passar o paciente da maca do SAMU prá maca do hospital, ninguém ajuda. (E1)

[...] ninguém gosta do SAMU, né? Porque o SAMU que leva os problemas pra ele. Então, geralmente tem muita má vontade desses profissionais de receberem, as USBs, as ambulâncias, de, às vezes uns dizem até que não tem maca, quando tem maca. (M1)

[...] às vezes, eles não gostam de receber o SAMU, não. Tem vários locais que não. Mas, é feito um contato direto da central com eles. Aí, assim que é feito esse contato, as porta se abrem. Fica mais tranqüilo para receber o SAMU. (C5)

[...] é difícil, porque o colega da UPA mente muito prá gente, prá tentar ilustrar mais um quadro, prá ele não aceitar. Aí, o colega dos hospitais de grande porte, dos hospitais terciários, sempre alegam que não tem vaga. Isso não é problema meu, isso é problema do paciente, coitado, e a gente tem que tentar resolver da melhor forma. (M5)

É interessante observar que, no que tange às relações entre o SAMU e os demais níveis assistenciais, os discursos dos diversos profissionais que mencionam um relacionamento ruim, em sua maioria, convergem para a mesma questão da dificuldade dessas relações estarem associadas à receptividade inadequada em UPA's e hospitais de pronto-socorro. Mas, sob outra análise, a fragilidade e hostilidade dessas relações pode ser percebida como uma forma de resistência ao poder do SAMU.

Esse poder pode ser explicado por uma série de fatores distintos, dentre os quais vale destacar a “vaga zero”, que coloca o SAMU em condição de superioridade em relação aos demais serviços de saúde na medida em que lhe dá autonomia para decidir o destino do paciente transportado, independente da disponibilidade de vagas. O SAMU tem autoridade para alocar os pacientes na rede de serviços do sistema regional, tendo como obrigação,

apenas, comunicar sua decisão aos médicos assistentes dos serviços de urgência (BRASIL, 2002).

A “vaga-zero” configura-se em uma forma de institucionalização do poder exercida na prática de trabalho cotidiana de todos os trabalhadores do SAMU. De forma geral, tem sua legitimidade reconhecida por todos os serviços de saúde de urgência que acatam a sua hegemonia. Entretanto, como a toda forma de poder que se coloca também se apresenta uma resistência a esse poder, profissionais de outros serviços, que não o SAMU, demonstram sinais de resistência ao poder da “vaga-zero” através de pequenas manifestações cotidianas de insatisfação com o seu exercício.

Percebe-se que a resistência não se apresenta, necessariamente, declarada ou assumida publicamente. Constituem-se em pontos transitórios da estrutura, surgem ao longo de toda a rede de relações, assumindo formas múltiplas que configuram, aparentemente, pequenas atitudes. Ainda assim, no caso do SAMU, elas geram, de fato, uma ruptura na estrutura única que se deseja para o sistema de saúde, à medida que cria vários sistemas, muitas vezes, antagônicos e não complementares, como previsto.

Como é dos profissionais do SAMU a prerrogativa de estabelecer o julgamento da urgência, há um sentimento de quebra de autonomia por parte dos profissionais de outros níveis assistenciais. O SAMU, ao invés de ter seu reconhecimento marcado pela parceria, é reconhecido por ser um “entregador de problemas”, já que já que os pacientes levados aos serviços de urgência deverão ser, obrigatoriamente, atendidos, independente das condições dessa unidade. Há, portanto, uma lacuna na integração entre os serviços que deveriam funcionar em rede e essa situação se reflete nas relações que se estabelecem entre os profissionais (ROCHA; VELLOSO; ALVES, 2009; ARAUJO, 2010).

Mas, embora seja marcante nos discursos dos profissionais do SAMU a responsabilização dos demais profissionais no que tange às dificuldades das relações cotidianas, há, em algumas ocasiões, o reconhecimento da parcela de responsabilidade do próprio SAMU, como se observa nas seguintes falas:

Aconteceu de eu chegar, por exemplo, em UPA, você vê que, às vezes, exemplo, a enfermeira, mesmo, trata com maior desrespeito a outra colega que tá na UPA. (M4)

[...] o médico do SAMU ainda não percebeu o que as pessoas tão passando na UPA [...]eu acho que o médico do SAMU tem muito, ainda, de arrogância, de prepotência, que ele precisa de perder, né? (M2)

O que se vê é o reconhecimento da postura impositiva que os profissionais do SAMU assumem nas relações com profissionais de outros níveis assistenciais e, mais especificamente, nesse caso, com as UPA's. Essas posturas reafirmam a posição de superioridade assumida pelos profissionais do SAMU diante de outros profissionais do desempenho de atividades cotidianas. É importante observar que a relação não está diretamente associada a uma classe profissional, mas ganha representação por parte de vários profissionais da equipe de saúde.

#### **4.3.3 Corpos uniformes e imagens de poder no SAMU**

Além de fatores formais e objetivos, como é o caso da Resolução 2.048, há outros fatores, talvez menos objetivos, mas não menos relevantes, que favorecem a postura de dominação assumida pelos profissionais do SAMU, em muitos momentos. Dentre esses fatores, há que se considerar o uniforme usado pela equipe em suas atividades laborais. A uniformização, em todos os sentidos, inclusive a da vestimenta, constitui-se em um importante dispositivo de poder, à medida que padroniza os indivíduos (FOUCAULT, 2008). No caso do SAMU, o uso do uniforme tem, ainda, outro componente, o fato de todos os profissionais usarem o mesmo uniforme, o que faz com que eles não sejam reconhecidos por sua profissão, mas como trabalhadores do SAMU, o que acentua, ainda mais a padronização. Além disso, poucos deles utilizam dispositivos de identificação pessoal, como crachás, o que contribui para que todos tenham sua imagem associada ao SAMU, independente de formação profissional e de sua individualidade.

Eu acho assim... eu vejo que como o SAMU, ele é uniformizado, o macacão, bota, é uma coisa, assim, igual militar, acaba que impõe, como se fosse policial... eu sei porque eu trabalho em UPA, eu vejo funcionários falando 'ah, vocês chegam com macacão, vocês acham que são dono do mundo' [...]tem profissional que, sim, veste o macacão e se acha, mesmo. (E9)

[...] eu acho que a questão do macacão ele pesa muito, porque geralmente as pessoas têm em mente, porque eu falo assim, isso não

é nada, “ah, são heróis, são não sei o que”. Não é nada. A pessoa é treinada, é condicionada pra fazer, tem mais que fazer certo mesmo, eu acho que aparece muito o serviço pré-hospitalar. Eu acho que isso incha demais, isso pesa demais, então muitas pessoas acham assim, que são os melhores, e isso influencia sim, é complicado, é um local complicado prá gente trabalhar. (E3)

O corpo e os julgamentos que se faz sobre ele estão em constante imbricação (DANIEL, 2010) e, certamente, o uniforme é, em alguns momentos, decisivo para a na constituição de valor que é atribuído à pessoa que o veste e para sua configuração identitária. Considerando-se que sua presença está diretamente ligada ao próprio corpo, ele pode ser considerado, até mesmo, uma extensão do corpo do profissional do SAMU. Nesse sentido, é importante ressaltar que o corpo não se constitui em materialidade vazia, em simples objeto, mas ele representa o sujeito de uma cultura. É através da sua experiência corporal, que os atores percebem o mundo e agem dentro dele, ou seja, a expressividade humana que se dá através da linguagem tem o corpo como base, de modo que a construção dos significados passa, necessariamente, por ele e o constitui como campo de percepção e prática (CSORDAS, 2008).

Nesse sentido a percepção do macacão como dispositivo de poder se justifica já que o corpo não está posto, de forma pronta e definitiva, mas ele é construído na relação entre os atores, constituindo-se socialmente, nas relações (DANIEL, 2010). Assim, uma variedade de aparatos pode ser adicionada ao próprio corpo e modificar sua estrutura social inicial, e é a partir dos encontros e das interações que se consolidam através do corpo, que os indivíduos constroem sua identidade, tendo como referência os outros atores.

Goffman (1996) afirma que o indivíduo precisa de um ‘estojo de identidade’ para o controle de sua aparência pessoal, o que seria todo o aparato – roupa, maquiagem, acessórios – envolvido no controle de sua aparência pessoal e que estão relacionados à formação de sua individualidade. No SAMU, todos os profissionais devem vestir o uniforme, cuja principal peça é o macacão azul, de mangas compridas. O uso do uniforme gera uma limitação em relação ao ‘estojo de identidade’ dos indivíduos, ou seja, da sua capacidade de controlar a aparência e, por consequência sua própria identidade. Isso que leva a uma transferência da identidade pessoal para a identidade institucional, o que se torna, de fato, necessário à medida que lhe garante sua diferenciação em relação ao outro, uma vez que sua capacidade

de identidade própria está minimizada já que vestem roupas iguais, são transportados por ambulâncias semelhantes, não são chamados pelos nomes e nem sempre diferenciados por sua formação profissional.

Por um lado, ao assumirem o SAMU como identidade, o profissional assume uma identidade de uma instituição reconhecida tanto pela população, em geral, como pelos serviços de atenção à saúde que tem sua imagem associada a atendimento qualificado, ágil e envolvido em elevado grau de tecnologia. Por outro lado, em situações em que aconteçam falhas no processo de trabalho, elas também não serão associadas, de forma geral, pelos outros, a quem a cometeu, mas ao Serviço como um todo.

# Considerações Finais

---

---

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas considerações devem ser feitas à conclusão deste estudo. Inicialmente, é importante ressaltar que desenvolver esse trabalho possibilitou uma percepção mais ampla sobre a complexidade da rede de relações de poder que se constitui no SAMU, bem como as dimensões práticas alcançadas por essas relações ao longo da estrutura do Serviço. Entretanto, há que se considerar que, tendo sido utilizada a metodologia de estudo de caso, as discussões ora apresentadas são aplicáveis, especificamente, ao SAMU de Belo Horizonte, não sendo passíveis de generalização ou aplicabilidade a outros contextos, apesar das similaridades que guardam entre si os SAMU's de forma geral, já que se trata de um projeto nacional.

Considerando-se a ubiquidade das relações de poder, sua análise no contexto do SAMU constituiu-se em elemento fundamental para a compreensão de seu papel nas relações estabelecidas. Além disso, sua análise também foi útil para o entendimento das estratégias empregadas na contenção dos seus efeitos e da forma como os profissionais se posicionam em suas práticas cotidianas na tentativa de se colocarem de forma mais confortável na rede de relações.

Durante o estudo, foi possível perceber, na prática, o movimento circular que o poder assume nas práticas dos profissionais do SAMU. Embora exista uma estrutura formal bem definida e reconhecida pelos trabalhadores do Serviço, as relações assumem amplitude e complexidade que extrapolam esses limites formalmente estabelecidos, o que evidencia tensões que emergem nas práticas cotidianas.

A compreensão das tensões próprias das práticas no SAMU implica na busca de respostas a questionamentos que possam esclarecer como essas práticas são organizadas em determinado contexto. Para isso, há que se considerar que o conhecimento é inseparável das práticas, assim como também é inseparável dos elementos que as constituem: normas, fazeres e discursos. Assim, a inserção no campo de estudo permitiu uma aproximação de sua realidade, o que não seria possível para um sujeito externo a esse cenário, mesmo que a partir de outro ponto da rede de serviços de saúde de Belo Horizonte.

Considerando-se a perspectiva da relação poder/saber, a forma de organização atual do Serviço favorece um redimensionamento significativo das relações de poder, uma vez que sua gestão é feita por profissionais que o conhecem melhor do que os gestores anteriores. Conhecem-no melhor não apenas por sua experiência profissional e sua vivência no manejo do SAMU, mas também porque à medida que o Serviço se consolida, sua identidade é criada, o que permite que ele seja conhecido. Mas é importante reconsiderar que o redimensionamento das relações de poder que se coloca como possível, não é, por si só, bom ou ruim, mas estará sempre atrelado às circunstâncias de cada situação e às posições assumidas pelos atores nela envolvidos, como considera a perspectiva pós-estruturalista.

Assim, a análise que precisa ser feita é como os saberes são constituídos, qual a dinâmica das relações de poder que se desenvolvem, uma vez que nos cenários da atenção à saúde, devido à complexidade própria de suas relações, as relações de poder e saber, bem como seus efeitos, constituem as próprias situações de trabalho e quando geridas inadequadamente, podem se fonte fértil de preocupações. Não necessariamente evitáveis, mas sobre as quais é importante refletir na perspectiva de melhor enfrentamento.

Nesse sentido, a busca pela valorização das práticas do SAMU, no vasto cenário da atenção à saúde, requer que os profissionais invistam na busca de conhecimentos que subsidiem a prestação de uma assistência qualificada para o usuário e que, além disso, se disponham a discutir o significado dessa assistência qualificada, de acordo com a realidade sócio-cultural da população atendida. É a atitude crítica diante das práticas que deve mover os profissionais na direção de uma reflexão sobre seu entendimento acerca do significado dessas práticas, bem como das consequências dos posicionamentos e das posturas assumidas em seu exercício profissional.

É nas relações estabelecidas a partir do binômio poder/saber que se estrutura um desconforto percebido em muitos momentos da pesquisa: a assimetria das relações profissionais. Essa assimetria aparece fortemente marcada pela diferenciação por classe profissional, de modo que quanto maior o grau de formação acadêmica do profissional, maior a sua possibilidade de ocupar posições de superioridade nas relações. Aparece, também, em relação à posição ocupada na estrutura pelo médico que assume ora a posição de médico regulador, ora a de médico socorrista, explicitando o desconforto na posição



assistencial em que julga ter menos poder. Nessas relações, estabelecem-se, naturalmente, relações de dominantes e dominados. Embora gere incômodo tanto no ponto mais forte quanto no mais fraco da relação, essa forma de estabelecimento posições em uma estrutura vertical e pouco flexível, ainda se mostra muito presente nas relações profissionais do SAMU.

Também constituída no binômio poder/saber, percebe-se neste estudo que a disciplinarização está bastante presente da estrutura do SAMU, bem como estão presentes seus principais instrumentos disciplinadores: vigilância hierárquica, sanção normalizadora e exame. Esses instrumentos são utilizados de diversas formas e em situações variadas, de forma que aparecem diluídos no Serviço, mas estão muito presentes, se constituindo em importante elemento de condução das práticas de trabalho, ao induzirem nos profissionais a necessidade de se enquadrarem em padrões considerados como satisfatórios para o perfil do atendimento prestado.

Entretanto, torna-se importante considerar que não seria pertinente acreditar que todas as respostas e soluções possam ser encontradas a partir de um único trabalho, ou mesmo exclusivamente na perspectiva Foucaultiana, mas muito do que esse filósofo discute pode nos oferecer subsídios para uma prática de trabalho intelectual que conduza a alternativas possíveis, estruturadas em estimulantes debates acadêmicos. Além disso, considerando a complexidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte, ainda se faz necessário o desenvolvimento de outros estudos que possam ampliar a compreensão desse fenômeno, e que venham a complementar as discussões até o momento apresentadas.

Além da compreensão da dinâmica do próprio SAMU, é clara a necessidade da compreensão de sua posição no cenário da atenção à saúde do município, de forma que estudos sobre as relações do SAMU com os demais níveis assistências da rede são eminentes na construção de um sistema de saúde integral. Esse fato é colocado pelos próprios profissionais do Serviço, que reconhecem a necessidade de reflexões que conduzam a ações mais efetivas para o seu crescimento e integração à rede de saúde. Também são necessários mais estudos epidemiológicos, principalmente que abordem os motivos de acionamento do SAMU e como as solicitações são atendidas ou encaminhadas, ou seja, o perfil de morbidade, pois

constituem foco de tensão entre SAMU/usuários e outros profissionais da rede de serviços de saúde.

Assim, não houve a pretensão, com esse estudo, de se considerar que, a partir dessa nova compreensão, mudanças nas práticas dos profissionais do SAMU possam ser facilmente modificadas na busca de um Serviço melhor qualificado e que abrigue relações mais satisfatórias. Ao contrário disso, um estudo dessa natureza pode, em parte, se constituir em um dos pontos de apoio que se fazem necessários quando se pretende começar a pensar sobre escolhas que fazemos para nós mesmos, em criar imagens mais substanciais sobre nós, o que permitirá o reconhecimento de nossas posições, o que é necessário para vislumbrarmos novas possibilidades individuais e coletivas.

# Referências

---

---

## REFERÊNCIAS

- ALLEN, D. Doing occupational demarcation: the “boundary-work” of nurse managers in a district general hospital. *Journal of Contemporary Ethnography*. v. 29, n. 3, p. 326-356, Jun. 2000.
- ALLEN, D.; PILNICK, A. Making connections: healthcare as a case study in the social organization of work. *Sociology and Health & Illness*. v. 27, n. 6, p. 683-700, 2005.
- 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.
- ALVIM, D. M. Pensamento indomado: história, poder e resistência em Michel Foucault e Gilles Deleuze. *Dimensões*, v. 24, p. 193-207, 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.
- 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.
- BECKER, H. S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. Tradução Marco Estevão e Renato Aguiar. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. *Resgate: SAMU 192*. 2004. Disponível em <[www.pbh.gov.br/smsa](http://www.pbh.gov.br/smsa)>. Acesso em: 16 jun. 2007.
- 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](http://www.pbh.gov.br/saudedigital)>. Acesso em: 19 jun. 2007.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Urgência e Emergência. *Proposta de regulação da porta de entrada das unidades de urgência e emergência de Belo Horizonte*, 2002.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2005-2008*. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento, 2005.
- BRANDÃO, H. H. N. *Introdução à análise do discurso*. Campinas: UNICAMP, 2004.
- BRASIL, Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. *Portaria GM/MS 1.864*, de 29 de setembro de 2003, Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2003b.

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

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

BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. M. (Eds.) *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991.

CARMAGNANI, A. M. G. Técnicas de vigilância e punição: o discurso da mídia sobre o professor e a escola. *Verso & Reverso*, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 39, p. 1-13, 2004.

CARPENTIER, N.; CAMMAERTS, B. C. Bringing hegemony, democracy, agonism and the political in the journalism and media studies: an interview with Chantal Mouffe. *Journalism Studies*, London, v.7, n.6, p. 964-75, 2006.

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.

CAPELLE, M. C.; GOSLING, M. Análise de conteúdo e análise de discurso em ciências sociais, *mimeo*. 2004.

CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

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

CECI, C. Not innocent: relationships between knowers and knowledge. *Canadian Journal of Nursing Research*, v. 32, n. 2, p. 57-73, 2000.

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

CHARMAZ, K. Amostragem teórica, saturação e classificação. In: \_\_\_\_\_. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 134-168.

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.

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. *El actor y el sistema*. Las restricciones de la acción coletiva. México: Alianza Editorial Mexicana, 1990.

CSORDAS, T. J. A corporeidade como um paradigma para a antropologia. In: \_\_\_\_\_. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: UFRGS, 2008. p. 101-146.

DANIEL, C. Mulher até 'debaixo d'água': a produção do corpo e o cotidiano feminino nas plataformas de petróleo. In: *II Seminário Nacional Sociologia e Política: Tendências e Desafios Contemporâneos*, 2010, Curitiba. Anais do evento, UFPR, 2010.

DAY, R. Ethics, affinity and the coming communities. *Philosophy & Social Criticism*, v. 27, n. 1, p. 21-38, Jan. 2001.

DEAN, M. Basic concepts and themes. In: \_\_\_\_\_. *Governmentality: Power and rule in modern society*. London: Sage Publication, 1999. p. 9-39.

DEAN, M. Foucault, Government and the Enfolding of Authority. In: BARRY, A. OSBOURNE, T.; ROSE, N. (Eds) *Foucault and Political Reason*. London: Routledge, 1996. p. 209-229.

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

DELEUZE, G. Um novo cartógrafo (vigiar e punir). In: \_\_\_\_\_. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2005b. p. 33-53.

DEMETRESCO, S. Teias tecidas: janela – criação de um espaço. In: \_\_\_\_\_. *Vitrina: construção de encenações*. São Paulo: Editora Senac, 2000. p. 60-67.

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, 1978. p. 278-294.

DRAPER, A. K. The principles and application of qualitative research. *Proceedings of the Nutrition Society*, v. 63. n. 4, p. 641-646, Nov. 2004.

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

DURKHEIM, E. *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

FOUCAULT, M. Afterword: The subject and the power. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press, 1983. p. 208-226.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. 19. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

FOUCAULT, M. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage, 1979a.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

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

FOUCAULT, M. Sobre a prisão. In: MACHADO, R. (Ed.) *Microfísica do poder*. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979b. p. 129-143.

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, 1980a. p. 194-228.

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

FOUCAULT, M. Soberania e disciplina. In: MACHADO, R. (Ed.), *Microfísica do poder*. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979c. p. 179-191.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a historia. In: MACHADO, R. (Ed.), *Microfísica do poder*. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979d. p. 15-37.

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, 1991a. p. 53-72.

FOUCAULT, M. Questions of method. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. M. (Eds.) *The Foucault effect: studies in governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf, 1991b. p. 73-86.

- FOUCAULT, M. Os recursos para o bom adestramento. In: \_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008a.
- FOUCAULT, M. Os corpos dóceis. In: \_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008b.
- FOUCAULT, M. O panoptismo. In: \_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008c.
- FRASER, N. Foucault on modern power: empirical insights and normative confusions. *Praxis International*. v. 1, n. 3, p. 272-287, 1981.
- FREIDSON, E. The division of labor as social interaction. *Social Problems*. n. 23, p. 304-313, 1976 *apud* ALLEN, D. Doing occupational demarcation: the "boundary-work" of nurse managers in a district general hospital. *Journal of Contemporary Ethnography*. v. 29, n. 3, p. 326-356, Jun. 2000.
- GADOTTI, M. (Org.) *Concepção dialética da educação: um estudo introdutório*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- GASTALDO, D.; HOLMES, D. Foucault and Nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry*. v. 6, n. 1, p. 231-240, 1999.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GILBERT, T. Nursing: empowerment and the problema of power. *Journal of Advanced Nursing*. v. 21, p. 865-871, 1995.
- GLASER, B. G. *The grounded theory perspective: conceptualization contrasted with description*. Mill Valley: The Sociology Press, 2001.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1996.
- GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Revista Paidéia. Cadernos de Psicologia e Educação*. v.12, n.24, p.149-161, 2002.
- HOY, D. C. Foucault: Modern or postmodern? In: ARAC, J. (Ed.) *After Foucault: humanistic knowledge, postmodern challenges*. New Brunswick: Rutgers University Press.1988. p. 12-41.
- ISENBERG, B. Habermas on Foucault critical remarks. *Acta Sociologica*. v. 34, n. 4, p. 299-308, Out. 1991.
- KLAGES, M. Structuralism/Poststructuralism. Set. 2008. Disponível em: <[www.colorado.edu/English/courses/ENGL2012Klages/1derrida.html](http://www.colorado.edu/English/courses/ENGL2012Klages/1derrida.html)>. Acesso em: 15 abr. 2009.



KURCGANT, P., CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 351-355, Set. 2006.

LAW, J. (Ed.). *A Sociology of Monsters: essays on Power, Technology and Domination*. Sociological Review Monograph. London, Routledge, 1991.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R. Por uma arqueologia do poder. In: MACHADO, R. (Ed.) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. SAMU 192: um novo tempo de atenção às urgências. *Revista Saúde Digital*. Fev. 2004. Disponível em <[www.pbh.gov.br/sausedigital](http://www.pbh.gov.br/sausedigital)>. Acesso em: 19 jun. 2007.

MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Tradução Freda Indursky. 3. ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997.

MARQUES, A. A. M. O conceito de poder em Foucault: algumas implicações para a teoria das organizações. *III COMVIBRA: 24 a 26 de novembro de 2006*. Disponível em: [http://www.comvibra.com.br/2006/artigos/74\\_pdf.pdf](http://www.comvibra.com.br/2006/artigos/74_pdf.pdf). Acesso em: 20/08/10.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In: MARX, K. *O capital*. 8. ed. São Paulo: Difel, 1982. Livro 1, v. 1. p. 201-223.

MAY, T. *The Philosophy of Foucault*. Montreal: McGill-Queen's Univ. Press, 2006.

McKEE, M.; DUBOIS, C. A.; SIBBALD, B. Changing professional boundaries. In: DUBOIS, C. A.; McKEE, M.; NOLTE, E. (Eds.) *Human resources for health in Europe*. Open University Press, 2006. Cap. 4, p. 63-78.

MELOSSI, D. Institutions of social control and capitalist organization of work. In: FINE, B. et al (Ed) *Capitalism and the rule of law*. Londres: Hutchinson 1979, p. 90-93.

MELOSSI, D.; PAVARINI, M. *Carcel y fabrica: Los orígenes del sistema penitenciario (Siglos XVI-XIX)*. Tradución de Xavier Massimi. 3. ed. Madrid: Siglo Veintiuno, 1987, 237 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.; MALTA, D.; REIS, A. (Org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998.

MILES, M.; HUBERMAN, M. *Qualitative data analysis*. London: Sage Publications, 1994.

MINAYO, M. C. S. *et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 2004.

NITSCHKE, C. A. S. *et al. SAMU Minas Gerais*. Coordenação de Urgência e Emergência. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. 2008.233p.

OLIVEIRA, M. G. M.; QUINTANEIRO, T. Karl Marx. In: QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. L. O.; OLIVEIRA, M. G. M. *Um toque de clássicos*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

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

PARK, R. E. A cidade: sugestões para a investigação do comportamento humano no meio urbano. In: VELHO, O. (Org). *O Fenômeno Urbano*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

PATTON, P. Foucault's subject of power. *Political Theory Newsletter*. v. 6, n. 1, p.60-71, 1994.

PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. 3. ed. Sage: Thousand Oaks, 2002.

PÊCHEUX, M. *Les vérités de La Palice*. Tradução Eni Orlandi *et al.* Semântica e discurso: uma crítica a confirmação do óbvio. Campinas: Edunicamp, 1995. 317 p. Edição original: 1975 *apud* ORLANDI, E. P. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.

PETERS, M. (Posts-) modernism and structuralism: affinities and theoretical innovations. *Sociological Research Online*, v. 4, n. 3, 1999. Disponível em: <[www.socresonline.org.uk](http://www.socresonline.org.uk)>. Acesso em: 21 mai. 2009.

PINHEIRO, N. N. B. Confinamento e visibilidade: reflexões sobre o trabalho de profissionais psi no ambiente hospitalar. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 2006, Belém, *Anais do II congresso internacional em Psicopatologia Fundamental*, 2006b. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

PIRES, D. Normas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 13, n. 12, p.83-92, 2000.

POLIT, D. F., BECK, C. T., HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. v. 29, n. 5, p. 489-497, Out. 2006.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009a. Cap.1, p. 11-21.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos observacionais. In: \_\_\_\_\_. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009b. Cap.4, p. 45-55.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: \_\_\_\_\_. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009b. Cap.7, p. 77-95.

PORTOCARRERO, V. Instituição escolar e normalização em Foucault e Canguilhem: dossiê Michel Foucault. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, Jan./Jun. 2004.

QUIGLEY, T. R. Structuralism and post-structuralism. Maio 2009. Disponível em: <<http://homepage.newschool.edu/~quigley/vcs/structuralism>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

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, 1986. p. 234-261.

RAJCHMAN, J. *Philosophical events: essays of the 80's*. New York: Columbia Press, 1991 *apud* CECI, C. What she says she needs doesn't make a lot of sense: seeing and knowing in a field study of home-care. *Nursing Philosophy*, v. 7, p.90-99, 2006.

RAWLINSON, M. C. Foucault's strategy: knowledge, power and the specificity of truth. *Journal of Medicine and Philosophy*. v. 12, n. 4, p. 371-395, 1987.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 438-446, Mar./Abr. 2004.

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.

ROSE, N. Authority and the genealogy of subjectivity. In: HEELAS, P.; LASH, S.; MORRIS, P. (Eds.) *Detraditionalization: critical reflections on authority and identity*. Oxford: Blackwell, 1996, p. 294-327.

SCHIRAIKER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação: identificando problemas. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação e Sociedade*, v.19, n. 65, Dez. 1998.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e saber. *Trabalho e Educação*, v.12, n.1, Jan./Jun. 2003.

SILVA, J. C. S. Foucault e as relações de poder: o cotidiano da sociedade disciplinar tomado

como uma categoria histórica. In: RAGO, M.; MARTINS, A. L. (Orgs.). Dossiê Foucault. *Revista Aulas*, n.3. dez 2006 -mar 2007.

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, R. A. As disciplinas. In: \_\_\_\_\_. *Michel Foucault: poder e análise das organizações*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005a. cap.3, p. 61-86.

SILVEIRA, R. A. A biopolítica e a governamentalidade. In: \_\_\_\_\_. *Michel Foucault: poder e análise das organizações*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005b. cap.4, p. 87-110.

SOUZA, E. M.; JUNQUILHO, G. S.; MACHADO, L. D.; BIANCO, M. F. A Analítica de Foucault e suas implicações nos Estudos organizacionais. *Organizações e Sociedade*. v. 13, n. 36, p. 13-25, 2006

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

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1.ed. São Paulo: Atlas, 1987.

TURCI, M.A. (org.) *Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008.

VAHABI, M.; GASTALDO, D. Rational choice(s)? Rethinking decision making on breast cancer risk and screening mammography. *Nursing Inquiry*, v.10, n.2, p.245-246, 2003.

VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. *Revista da FAE*, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-70, Jan./Abr. 2002.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

# Apêndices

---

---

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de urgência de Belo Horizonte** desenvolvida por professores da UFMG, coordenado pela Dra. Marília Alves. Sua participação na pesquisa será respondendo a algumas perguntas sobre o SAMU e, se não quiser, não é obrigado a responder. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e o material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que será desenvolvida por meio das falas das pessoas sobre o SAMU, chamada Estudo de Caso, pois vamos escrever sobre o SAMU como o caso de um serviço de saúde. O objetivo é Analisar as relações de poder vivenciadas por profissionais do SAMU no processo de trabalho cotidiano, considerando as relações no próprio serviço e com profissionais dos demais níveis assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Vamos ouvir os profissionais de saúde do SAMU, pensando na necessidade dos serviços de saúde trabalharem juntos na solução dos problemas de saúde dos usuários. Queremos saber como você percebe o trabalho do SAMU e as relações que são estabelecidas no trabalho cotidiano. Várias pessoas serão entrevistadas e parte das falas serão utilizadas juntas para escrever os trabalhos científicos.

Sua participação consiste em responder algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação e do roteiro de entrevista. O local, data e horário da entrevista serão agendados de acordo com a sua disponibilidade. 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 e tese de doutorado de estudante orientada por mim. Você poderá sair do estudo a qualquer momento se quiser sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho, bem como solicitar todas as informações que desejar à pessoa que o entrevistar ou por telefone com a pesquisadora. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. O uso dos dados e informações é somente para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita através de artigos publicados em revistas, apresentações de trabalhos em Congressos e tese de doutorado da escola de Enfermagem da UFMG. Seu nome não será conhecido nas publicações somente as falas serão utilizadas sem identificação.

Eu, \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_, **declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e concordo em conceder a entrevista solicitada, sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados para publicação de artigos em revistas e na tese de doutorado .**

Assinatura entrevistado \_\_\_\_\_ assinatura pesquisador \_\_\_\_\_

### Telefones de contato

**Prof. Marília Alves – [marilix@enf.ufmg.br](mailto:marilix@enf.ufmg.br)**

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

### Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFMG – COEP/UFMG

Av presidente Antonio Carlos 6627 – Unidade administrativa II, sala 2005.

E-mail [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

Fone 34094592

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

### IDENTIFICAÇÃO

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ENTREVISTA Nº \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

Estado civil: \_\_\_\_\_

Cargo/função no SAMU: \_\_\_\_\_

#### Formação acadêmica

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

Tempo de trabalho em urgência: \_\_\_\_\_ Tempo de trabalho no SAMU: \_\_\_\_\_

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

Jornada de trabalho semanal: \_\_\_\_\_

### QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) O que te levou a fazer a opção por trabalhar no SAMU?
- 2) Na sua opinião, o que leva à satisfação em trabalhar no SAMU? E o que lhe causa insatisfação?
- 3) Você considera a formação ou capacitação da equipe adequada e suficiente para os atendimentos de urgência prestados?
- 4) Me fale um pouco sobre a sua percepção sobre às relações entre os profissionais da equipe do SAMU.
- 5) Que fatores você considera como os principais facilitadores e dificultadores das relações entre os trabalhadores do SAMU?
- 6) E as relações entre a equipe do SAMU e os profissionais de outras Unidades da rede de saúde, onde se leva ou busca pacientes, como você as percebe?
- 7) Como é a relação do SAMU com a população?
- 8) O que você acha da estrutura organizacional do SAMU? Formas de gestão e estrutura hierárquica.

Anexo





## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



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

Parecer nº. ETIC 105/09

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 20 de maio de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Configurações das relações de poder 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 'M. T. Marques Amaral', is written over the typed name.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

---