

PRÁTICAS COTIDIANAS DOS PROFISSIONAIS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

EVERYDAY PRACTICES OF PROFESSIONAL IN THE MOBILE EMERGENCY SERVICE

PRÁCTICAS COTIDIANAS DE LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE MÓVIL DE URGENCIAS (SAMU)

Meiriele Tavares Araujo ¹
Isabela Silva Cândio Velloso ¹
Marília Alves ²

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem - EE, Departamento de Enfermagem Aplicada – ENA. Belo Horizonte, MG - Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular. UFMG, EE, ENA. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Meiriele Tavares Araujo. E-mail: meirieletavares@gmail.com
Submetido em: 15/02/2017 Aprovado em: 15/08/2017

RESUMO

Objetivo: analisar como se configuram as práticas cotidianas dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Método:** estudo de caso qualitativo, com referencial pós-estruturalista. Realizaram-se 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais de diferentes funções, sendo atendidos todos os quesitos éticos. **Resultados:** na cotidianidade, os discursos legitimam as relações de poder, fazendo a manutenção dos discursos de verdade, de controle e de vigilância. O discurso de utilidade e essencialidade mantém o imaginário sobre um SAMU, como um serviço que não pode parar nem falhar. **Conclusão:** essa análise do SAMU, numa vertente mais reflexiva e crítica, apresentou a necessidade de se superar as descrições dos serviços de saúde, reconhecendo a presença das relações de poder nos cotidianos e a perpetuação de discursos hegemônicos.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Dominação-Subordinação; Poder.

ABSTRACT

Objective: To analyze how to configure the daily practices of professionals in the Mobile Service (SAMU) of Belo Horizonte-Minas Gerais. **Method:** Qualitative Case Study and Post-structuralist framework. There were 13 semi-structured interviews with professionals from different functions, being served all ethical questions. **Results:** In everyday life, discourses legitimize relations of power, making the maintenance of truth, control and surveillance discourses. The discourse of utility and essentiality keeps the imagery about SAMU, as a service that cannot stop and fail. **Conclusion:** This analysis of the SAMU in a more reflective and critical stance, showed the need to overcome the descriptions of health services, recognizing the presence of relations of power and dominance in the every day and the perpetuation of hegemonic discourses.

Keywords: Health knowledge, Attitudes, Practice; Emergency Medical Services; Dominance-Subordination; Power.

RESUMEN

Objetivo: analizar cómo son las prácticas cotidianas de los profesionales de los servicios de atención móvil de urgencias (SAMU) de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Método:** Estudio de caso cualitativo, con referente post-estructuralista. Se realizaron 13 entrevistas semi-estructuradas con distintos profesionales. **Resultados:** en el día a día los discursos legitiman las relaciones de poder haciendo que se sostengan los discursos de verdad, control y vigilancia. El discurso de la utilidad y esencialidad mantiene el imaginario del SAMU como un servicio que no puede ni parar ni fallar. **Conclusión:** este análisis más reflexivo y crítico del SAMU muestra la necesidad de superar las descripciones de los servicios de salud, reconociendo la presencia cotidiana de las relaciones de poder y la perpetuación de los discursos hegemónicos.

Palabras clave: Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Dominación-Subordinación; Poder.

Como citar este artigo:

Araujo MT, Velloso ISC, Alves M. Práticas cotidianas dos profissionais no Serviço de Atendimento Móvel De Urgência (SAMU). REME – Rev Min Enferm. 2017[citado em ____ ____];21:e-1042. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20170052

INTRODUÇÃO

As práticas cotidianas se constituem de um conjunto de procedimentos organizados socialmente, em um determinado espaço e tempo.¹ O cenário no qual essas práticas se estabelecem é o local onde o discurso pode ser objetificado, ou seja, torna-se um objeto, e é compreendido.^{1,2} Pressupõe-se que um estudo que contemple o cotidiano deva ser realizado considerando-se o que há além daquilo que fixa as regularidades da vida social, da normalização e da rotinização incluindo aquilo que o perturba.¹ A prática cotidiana é, então, um cenário a ser analisado por meio dos discursos ali construídos, no qual certas práticas discursivas promovem rupturas na vida cotidiana, tornando-a instável e rompendo certas regularidades sociais, reais ou esperadas.²

No âmbito dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, a compreensão das práticas cotidianas vai além do entendimento das ações que se circunscrevem à normalização predominante na rotina dos atendimentos em saúde estabelecidas em protocolos e manuais do serviço. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um dos componentes móveis da atenção pré-hospitalar no Brasil. Seu surgimento e crescimento estão associados à necessidade de minimização de óbitos e sequelas secundários ao atendimento inadequado de situações de urgência, no ambiente extra-hospitalar.^{3,4} O SAMU dispõe de uma estrutura fixa, na qual está centrada a organização do serviço, e de uma estrutura móvel, que corresponde às ambulâncias que atendem às demandas *in loco*.⁴ O serviço funciona 24 horas por meio do funcionamento ininterrupto da Central de Regulação, tanto para o atendimento das urgências, quanto para o transporte sanitário inter e intra-hospitalar.⁴

A estrutura do SAMU é constituída por ambulâncias da unidade de suporte básico (USB) e da unidade de suporte avançado (USA), motolâncias, bases descentralizadas para suporte das ambulâncias, Central de Regulação Médica (CRM) e a própria sede administrativa.^{5,6} Para que se compreenda as dimensões local e descentralizada, flexível e rígida do SAMU, é preciso que o mesmo seja analisado como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, criado em 1990, caracteriza-se pela organização das redes de atenção à saúde que buscam superar a fragmentação da assistência prestada pelos serviços de saúde voltados para a atuação nas condições agudas, em busca da consolidação da integralidade, equidade e universalidade.^{5,6}

A organização da rede de serviços de urgência e emergência iniciou-se com o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, de 2002, e da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), de 2003.^{7,8} A PNAU propunha a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do SUS.^{5,6} A regulamentação das urgências e emergência prevê, ainda, a organização de redes locais e regionais de atenção in-

tegral às urgências como peças interligadas da trama de manutenção da vida, organizadas nos componentes: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar.⁶

O SAMU foi implantado associado a serviços de salvamento e resgate em território nacional com as Centrais de Regulação Médica acessadas pelo número 192 e os Núcleos de Educação em Urgência.⁷ A defesa da implantação do SAMU como primeira etapa da PNAU fundamentou-se no argumento de que as centrais de regulação seriam importantes para a organização dos fluxos da atenção integral às urgências, pois poderiam exercer o papel de observatórios das redes de assistência no sistema de saúde.⁵

Em 2011, a Portaria GM/MS Nº 2.395/2011 determinou a organização do componente hospitalar da rede de atenção às urgências no SUS, com foco na humanização do atendimento, definição de leitos de retaguarda para as referências e as formas de contrarreferência a serem realizadas.⁹ Nesse mesmo ano, a Portaria nº 1.600/2011 reformulou a PNAU, instituindo a rede de atenção às urgências no SUS.¹⁰

Em Belo Horizonte, a organização do SAMU aconteceu de modo distinto de outros municípios, pois já havia, implantado na cidade, o Resgate, um Serviço de Atendimento às Emergências, de responsabilidade do Corpo de Bombeiros.¹¹ O SAMU foi organizado seguindo algumas das orientações nacionais, como equipe profissional treinada, Central de Regulação e unidades básicas e avançadas de assistência. Entretanto, havia também alguns rearranjos devido à estrutura instalada e funcionante do Resgate. Atualmente, na sede do SAMU Belo Horizonte está situada a CRM única para Belo Horizonte e região metropolitana, embora as ambulâncias fiquem alocadas em seus municípios de origem, na região metropolitana como Betim, Contagem, Nova Lima, entre outras. Tal modelo assemelha-se à proposta do SAMU regional, onde existem cidades-polo e cidades-sede, as quais são responsáveis pela regulação dos casos.¹¹⁻¹³

No Brasil, o SAMU foi criado a partir de um hibridismo dos modelos de Atenção Pré-Hospitalar (APH) norte-americano e francês, com arcabouço legal que estabelece normas gerais para sua implantação em todo o país, desconsiderando as diferenças contextuais existentes entre o Brasil, os Estados Unidos e a França. O modelo francês admite um início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, mas criticado na atenção ao trauma pela demora no transporte para o local definitivo de atendimento, enquanto o modelo americano, que tem influência internacional, propõe a remoção rápida do paciente do local de atendimento, sendo a intervenção feita por técnicos em emergências médicas e por paramédicos. Entretanto, o modelo brasileiro cria táticas de subversão dos dois modelos, sendo que, ao mesmo tempo, buscou superar esses modelos e adequá-los à realidade de um país com extensão continental e diversidade sociodemográfica importante.^{5,11,13}

Para prover o atendimento necessário, as unidades móveis de atendimento do SAMU dispõem de profissionais de diferentes categorias, como motorista-socorrista, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, que desenvolvem suas práticas cotidianas de trabalho em amplo território geográfico, estabelecendo relações com diversos outros serviços da rede de saúde.^{3,4} Por suas peculiaridades, pondera-se que o SAMU é um projeto arrojado, que exige competências específicas de seus gestores e trabalhadores capacitados pelo MS e órgãos parceiros, pois o atendimento às urgências não se encerra, necessariamente, em procedimentos e ações independentes e autolimitadas. Ao contrário, esse atendimento está fundamentado no vínculo com diversos outros serviços e profissionais da rede de saúde, o que é essencial para que se garanta sua efetividade.^{12,13}

Nas práticas cotidianas se estabelecem também relações de poder e dominação, bem como táticas e estratégias de resistência. Cabe salientar que as relações de poder são o somatório entre poder e resistência, sendo essa composição condição primordial de existência dessas relações. Entretanto, tanto o poder quanto a resistência trabalham de forma oposta à dominação, a qual pressupõe a ausência de liberdade para sua existência.¹⁴

Na perspectiva relacional, o poder é entendido como uma força produtiva, nem boa nem ruim, que torna possível traçar seus efeitos e seus arranjos particulares, que produz subjetividades e resultados, sejam eles esperados ou não.¹⁴ Assim, o estudo desse poder produtivo depende de uma análise de como as coisas acontecem na prática local, por meio das relações discursivas, que permitem que muitos discursos hegemônicos sejam propagados e modelem ações cotidianas.^{2,14}

As práticas cotidianas do SAMU refletem a singularidade e os conflitos inerentes ao trabalho de uma equipe heterogênea, articulada a outros profissionais alocados em diferentes níveis da rede assistencial de saúde. Diante disso, optou-se, para a compreensão dessas práticas, por se utilizar o referencial pós-estruturalista, partindo-se do pressuposto de que os discursos dos trabalhadores são socialmente construídos, de forma que criam e influenciam essas práticas. O pós-estruturalismo permite questionar a própria realidade, como ela é constituída, quem são os indivíduos que a constituem, como esses indivíduos têm suas subjetividades construídas e que relações sociais são estabelecidas no cenário em questão.¹⁵

Este estudo teve como objetivo analisar como se configuram as práticas cotidianas dos profissionais do SAMU de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de caso qualitativo, de referencial teórico-filosófico pós-estruturalista. Na perspectiva pós-estrutu-

ralista, considera-se que as realidades e verdades de cada momento são construções sociais produzidas a partir da tensão entre discursos dominantes e emergentes, que visam à manutenção ou à modificação das práticas sociais estabelecidas.^{14,15}

O cenário da pesquisa foi o SAMU da cidade de Belo Horizonte (SAMU-BH), capital do estado de Minas Gerais, a qual é o quarto município mais populoso do Brasil, com população de 2.238.526 habitantes. A população da Região Metropolitana de Belo Horizonte é de 4.819.288.¹⁶ O município é dividido administrativamente em nove regionais e 81 unidades de planejamento com vistas a facilitar sua gestão de forma mais descentralizada.¹⁷

O SAMU-BH funciona em uma sede administrativa própria, na região noroeste da cidade, onde dispõe de uma base para a ambulância, almoxarifado, setores administrativos e de recursos humanos e a Central de Regulação. O SAMU possui, também, 23 bases estrategicamente distribuídas pela cidade, sendo 21 com ambulâncias e equipes de unidades de suporte básico e seis com unidades de suporte avançado, em 2016.¹⁷ A Central de Regulação de Urgências e Emergências do SAMU é acessada pela população por via telefônica, em sistema gratuito, pelo número 192, amplamente divulgado à comunidade. Na Central de Regulação são feitos a triagem e o atendimento de todas as solicitações de atendimento.⁸

Depois de atendidos pelo SAMU, os pacientes são encaminhados prioritariamente às unidades com as quais trabalha em parceria. São oito unidades de pronto-atendimento (UPAs), seis hospitais e sete Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) localizados nas diferentes regionais de Belo Horizonte.¹⁷ Segundo Relatório Detalhado do 2º quadrimestre de 2016 de Belo Horizonte-MG, em 2015, o número de atendimentos telefônicos recebidos foram de 640.076 e o número de atendimentos realizados com deslocamento de ambulância foi de 96.937, com a média diária de 265,6 atendimentos com deslocamento de ambulância.¹⁶

Os participantes deste estudo foram 13 profissionais do SAMU de Belo Horizonte, entre despachantes, teledigifonistas, médicos reguladores, coordenadores médicos e de enfermagem, gerente administrativo do prédio, auxiliares administrativos, gerente do almoxarifado, auxiliares de almoxarifado, condutor, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico. A escolha dos participantes se deu por conveniência, sendo incluídos aqueles que estivessem há mais de um ano no serviço.

A coleta dos dados foi feita pelas enfermeiras pesquisadoras do projeto, por meio de entrevista semiestruturada, no período de dezembro 2011 a fevereiro de 2012. O roteiro contemplava as seguintes questões: fale para mim como é o seu cotidiano, dia a dia, de trabalho; o que você acha da estrutura organizacional do SAMU?; o que você entende sobre a gestão e a estrutura hierárquica do SAMU?; e como você vê a relação entre os superiores e os subordinados?

Os resultados e a discussão foram construídos a partir da análise do discurso extraído das entrevistas realizadas. A análise do discurso foi utilizada devido à sua capacidade de propiciar uma análise de dados mais adequadamente interligada com a noção de discurso e linguagem do pós-estruturalismo. A prática discursiva é aqui compreendida como uma prática social cotidiana, cujos fatores podem ser ressonantes para a mudança social¹⁰ e têm concordância tanto epistemológica quanto ontológica com o âmbito desta pesquisa. Para Foucault¹⁸, esse tipo de análise põe em prática o princípio da inversão nos discursos, ou seja, com ela procura-se cercar as formas de exclusão, de limitação e de apropriação. Busca-se, também, mostrar como os discursos se formaram e para responder a quais necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que forças exerceram efetivamente e em que medida foram contornados.

Todos os entrevistados do estudo assinaram, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo atendeu aos pressupostos da Resolução nº 466/2012¹⁹ do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (COEP/UFMG), sob o Parecer nº CAAE-01470.203.410-11.

RESULTADOS

Dos 13 entrevistados, foram oito homens e cinco mulheres, variando a idade de 25 a 51 anos, com média de 39 anos, sendo dois no intervalo de 25 a 34 anos, oito entre 35 e 44 anos e três entre 45 e 50 anos. Em relação ao tempo médio de trabalho em urgência, foi de aproximadamente 11 anos, com intervalo de um a 35 anos. Quanto ao tempo de trabalho no SAMU, identificou-se média de aproximadamente cinco anos. Quanto à forma de admissão, seis sujeitos eram contratados por processo administrativo, quatro concursados e três foram contratados por processo seletivo. A formação acadêmica variou de nível médio completo à especialização; entretanto, alguns sujeitos fizeram curso técnico e graduação, não necessariamente na mesma área; a maioria dos sujeitos que tem graduação também cursou especialização e apenas um deles possuía somente o nível médio. Em termos de categoria profissional, não necessariamente o cargo assumido no SAMU, têm-se dois motoristas, três técnicos de enfermagem, três enfermeiras, dois médicos, dois técnicos administrativos e um administrador.

Os dados foram organizados e analisados tendo como foco práticas cotidianas cujos discursos identificaram a existência das relações de poder no SAMU. Essas relações foram encontradas tanto nos discursos referentes às práticas internas do serviço, como naqueles com outros serviços da rede. No contexto externo, as relações de poder são expressas no discurso da resistência:

... não tem resistência, eles sabem que têm que cumprir o dever. (...) a Secretaria de Saúde nos dá apoio em tudo, em todos os sentidos, apenas a entrada [na rede de serviços de saúde] tem um pouco de resistência com o SAMU [...] se não houver vaga, a entrada, já sabem que têm de aceitar (E20).

Em relação ao contexto interno, observa-se o discurso relacionado à hierarquia institucional:

[...] então, nós temos que obedecer esta hierarquia interna, certo? Eu acho que, aqui, todo mundo tenta se colocar em seus próprios sapatos (E12). Mas tudo isso não deve ser questionado, estamos aqui para trabalhar, então eles têm de ir para onde são solicitados (E21).

Exercer o poder pela produção da verdade é exercê-lo menos pela confrontação e mais pela resistência.

Observa-se a negação do conhecimento local advindo da prática, em detrimento de um conhecimento institucionalizado e legitimado pelo sistema. Isso faz com que os interesses da população e dos diversos profissionais sejam, muitas vezes, divergentes.

As pessoas têm vontade, mas não estão interessadas em colocar em prática o que o SAMU sabe, temos que fazer o que a população quer (E4). Ficamos com a sensação de que a política de saúde pesa um pouco mais, favorecendo alguns pontos, algumas vezes em detrimento de outros pontos que julgamos que são mais importantes (E6). [...] a central virar para mim e dizer leve eles lá para a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), outra coisa é isso, porque se eu estou ali, estou sendo os olhos do sistema naquela hora, eu virar e falar que o paciente não tem nada e a central mandar eu pegar o paciente e levar a UPA, entendeu, então é porque a central não está acreditando em mim. De eu falar: "o paciente não tem nada, dá para ir por meios próprios". Não, você vai pegar e vai levar (E14).

A falta de conhecimento da população é considerada, pelos profissionais, como uma das barreiras para se organizar o serviço e para garantir atendimento qualificado. Percebe-se uma transferência da responsabilidade dos problemas do serviço para os usuários, argumentando-se que eles não sabem usá-lo, desconsiderando-se problemas da própria estrutura institucional:

[...] a gente trabalha dentro de uma lógica de urgência, de prioridades, de encaminhamento dos pacientes, mas eu acho que a forma como o SAMU trabalha não é muito divulgada, então a população, principalmente, não entende que o SAMU não é táxi, necessariamente [...]

(E17) Uma das coisas que o SAMU precisa hoje é de educar a população sobre como utilizar o SAMU e construir uma estrutura com o todo, com a UPA e hospital e todos [outros serviços de saúde] (E4).

Os profissionais são chamados a se sacrificarem em nome de um serviço que não pode parar, que é essencial. Eles se veem inscritos no interesse do outro, sendo suas preocupações traduzidas em ações para a realização e manutenção das práticas cotidianas, sem que haja clara consciência dos interesses dominantes.²⁰

Quando precisam de alguma coisa me ligam qualquer hora do dia ou da noite. Final de semana também. Se precisar, eu tenho que vir [...] não necessariamente eu estou aqui todos os dias, mas é que estou sempre envolvido com SAMU, né (E20). Porque o SAMU ele fica de suporte, porque o SAMU está na rua, está na cara do [...] problema, entendeu, ele não é a UPA, que está lá pronta, esperando, que pode fechar a porta. SAMU não tem jeito. SAMU tem que ir lá e recolher e ir lá abrir aquela porta de novo. Você entendeu? (E4)

Outro discurso que se apresenta é o da vigilância dos pares entre si, mas também da população para com o serviço, que pela sua essencialidade e utilidade não pode parar:

[...] então, igual, se a gente parar ali para comprar uma água o povo já olha a gente de maneira esquisita. Acha que a gente não bebe água, que a gente não vai ao banheiro, que a gente não come, né?! (E12). A gente vê, vê não, a gente escuta no rádio algumas situações que você percebe que a USB tá fazendo uma solicitação e nem sempre a regulação está escutando ou indo de acordo com o que eles estão pensando, e vice-versa (E17).

DISCUSSÃO

Tradicionalmente, o poder é estudado como um objeto, coisificado, negativo, que pode ser usado por alguém para manter o controle e os níveis de hierarquia, que pode ser passado de uma pessoa para outra, em função de sua posição social ou cargo, sendo exercido por meio de ordens e regras, ou seja, comando e controle. Neste estudo, utilizou-se a compreensão do poder como algo mais complexo, que tem sua origem nas relações.²

Além do poder, a dominação também é uma forma de relação presente na sociedade, que acontece na ausência da liberdade, mas na resistência.^{14,20,21} Os discursos analisados revelam que as práticas cotidianas do SAMU não se estruturam, necessariamente, a partir da estrutura organizacional formalmente estabelecida, mas de discursos criados empiricamente, a partir

das vivências e experiências do dia a dia das práticas profissionais. O SAMU é um lugar privilegiado de relações de poder que refletem a singularidade e os conflitos inerentes ao trabalho de uma equipe que desenvolve suas práticas em um ambiente de estreitas relações com diversos membros da equipe multiprofissional alocada em vários pontos da rede de atenção à saúde.¹³

O exercício do poder não é simplesmente uma relação entre indivíduos ou coletividades, mas sim uma maneira pela qual as ações de uns podem modificar as de outros. Dessa forma, na perspectiva de que o paciente não mais precisa ir ao serviço de urgência e emergência por seus próprios meios, o SAMU modifica o caminho tradicional do atendimento à saúde. Ao subverter a ordem estabelecida, indo ao encontro do usuário para atender às suas necessidades e levando-o a um serviço fixo, cria outro tipo de relação com o próprio usuário e com os profissionais, que não podem se recusar a recebê-lo. Essa lógica de atendimento leva os profissionais de outros serviços a terem uma representação negativa sobre o trabalho do SAMU. Em geral, esses serviços trabalham com sobrecarga de demanda e o SAMU contribui para aumentá-la ainda mais, com respaldo legal para exigir que o paciente trazido em sua ambulância seja recebido, independentemente das condições do serviço para tal.¹³ Essa situação é causa de conflito nas relações entre o SAMU e os demais serviços de saúde da rede.

Nas relações externas, os profissionais do SAMU acreditam que têm importante papel nas práticas de saúde do município e que, por isso, devem ser reconhecidos pelos demais serviços da rede. Entendem que, sempre que chegarem com o paciente, o mesmo deve ser atendido sem questionamentos. Ao afirmar que os outros serviços não criam resistência para receber seus pacientes, o SAMU reafirma sua autoridade, sob o apoio da Secretaria de Saúde. Essa autoridade está pautada na "vaga zero", que foi determinada pela Portaria 2.048/2002 e refere-se à autonomia ao SAMU para decidir o destino do paciente transportado, mesmo em situações em que não existam leitos disponíveis para a internação de pacientes na instituição do encaminhamento. Ao entenderem essa situação como natural, os profissionais do SAMU assumem a postura de estarem diante de uma ausência de resistência, diante da não recusa do atendimento.²² Entretanto, há de se considerar, nesse caso, que o atendimento irá ocorrer por força da normalização. Isso não implica dizer que não haja resistência, pois esta pode se manifestar a partir de outras expressões,²³ tais como demora na recepção do paciente, retenção de materiais como macas e colares cervicais, entre outras táticas dos serviços que recebem o usuário.

No que se refere às relações internas, também se observa uma referência à necessidade de obediência às regras e à hierarquia como forma de evitar os conflitos, que são vistos de forma negativa, e manter o serviço funcionando. Isso pode ser interpretado como um consenso que mantém a relação do binômi-

mo dominação-resistência, embora a resistência não seja algo claramente perceptível.

A partir dos dados coletados, infere-se que as relações de poder organizam o trabalho, interferem no desempenho dos profissionais e são propagadas em seus discursos cotidianos. Os profissionais referem ter que obedecer à hierarquia, às normas e às rotinas para manterem o funcionamento do serviço, negando a existência de resistência no serviço. Diante da hegemonia do discurso da norma e da utilidade do SAMU, fica limitada a possibilidade de luta pela defesa de interesses dos profissionais, cujos discursos assumem menos importância no cenário das práticas cotidianas.

Para Foucault³, são concomitantes as existências do poder e da resistência. Relações de poder produzem condições de resistência, uma vez que as formas de governabilidade externa não podem puramente se impor sobre os sujeitos, pois há sempre a possibilidade de que essa relação seja rompida. Os sujeitos sempre têm a possibilidade de reagir ao poder, refutando a lógica prescritiva e determinista de discursos e práticas dominantes de um dado período histórico.^{14,15} Algumas das formas de se reconhecer essa resistência no SAMU são as críticas e os questionamentos mencionados pelos profissionais sobre as formas como o serviço se estrutura na rede de saúde e como é utilizado pelos usuários.

Na construção de sua subjetividade, quando o profissional questiona e critica suas práticas, o mesmo é chamado a modificar sua relação com quem o governa. Além disso, é convidado a mudar sua relação consigo próprio e isso, então, o torna mais consciente das formas que o poder incide sobre sua vida. As mudanças palpáveis nos ambientes de trabalho são resultado de uma relação construída com o outro, do exercício das relações de poder e resistência do ponto de vista ético, isto é, da junção de possibilidades coletivas que promovem relações interpessoais e da manutenção dos valores profissionais no enfrentamento das dificuldades cotidianas.²³

Entretanto, a política brasileira de saúde atribui ao profissional do SAMU a responsabilidade de trabalhar em um serviço de utilidade reconhecida pela população que dele faz uso.²² Ao mesmo tempo, nega o conhecimento local e coloca em evidência o conhecimento do sistema para mantê-lo funcionando, em sua lógica universal e integral de assistência à saúde. O conhecimento local dos profissionais do SAMU, aquele construído nas práticas cotidianas, por vezes é colocado de lado diante da necessidade de obedecer às regras do sistema e de trabalharem alinhados com o que está prescrito. Nesse sentido, Foucault³ defende a união (em vez de uma oposição) do conhecimento histórico-acadêmico e o conhecimento local específico. E dessa união acredita-se que eventos históricos particulares e formas de contestação de poder produzam certas formas de conhecimento, discursos e sujeitos.

O conhecimento universal e igual para todos é aquele definido como verdade. Entretanto, o conhecimento localizado, situado e fugaz pode responder, de acordo com os interesses em jogo, pela diversidade de verdades existentes, ligadas ao contexto, ao tempo, ao lugar e à linguagem.²³ Nessa compreensão, configura-se um espaço em branco entre o conhecimento formado pelos trabalhadores do SAMU, que participaram na construção dos saberes, de funcionamento e organização desse serviço peculiar, e aquele colocado como saber técnico-científico e legal para o serviço. Os saberes desses profissionais estão entre as várias questões relegadas pelo saber chancelado institucionalmente, como os instituídos pelo Ministério da Saúde e/ou pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde para o funcionamento e organização dos serviços.

Para Foucault²⁴, as práticas sociais podem engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos e de sujeitos de conhecimento. O próprio sujeito de conhecimento é histórico e sua relação com o objeto ou, mais precisamente, com a própria verdade, tem uma história. Assim, atrás de todo saber, o que está em jogo é a disputa pelo poder.

Ainda sobre a importância do conhecimento, cabe considerar como o mesmo pode ser entendido de diferentes formas. Alguns profissionais alegam ser preciso educar a população para saber como usar o serviço de forma correta. Existe, então, o discurso de que uma população educada poderia ajudá-los a organizar sua demanda. Embora essa possível organização da demanda não seja questionável pela própria natureza do trabalho do SAMU e seu cenário de demanda de atendimento pouco previsível.

Na perspectiva dos profissionais, se a população entendesse e utilizasse o serviço de forma adequada, emergiriam preenchimento de várias lacunas do sistema, ou seja, resolveria o problema de organização da demanda e os conflitos de sobrecarga da rede. Assim, os profissionais entendem que se o SAMU não funciona como deveria devido à falta de compreensão dos usuários, ignora-se o fato de que, ao se constituir como rede, o sistema de saúde precisa ser analisado em uma perspectiva mais ampliada, considerando-se os vários pontos micro e macropolíticos dessa rede.

Nesse sentido, o poder disciplinar, que circunscreve a vida cotidiana no SAMU, procura trabalhar a normalização e individualização das responsabilidades, ou seja, incute nos sujeitos, profissionais e usuários a ideia da corresponsabilidade pela fluidez do sistema, deslocando a responsabilidade dos poucos investimentos na saúde para a grande população usuária do serviço. A disciplina é uma técnica específica de poder que se refere a indivíduos tanto como objetos quanto como instrumentos de seu exercício, com a finalidade de formar indivíduos.^{24,25} Para

isso, utiliza três instrumentos – a vigilância hierárquica, a normalização e o exame – que estão presentes no cotidiano de trabalho do SAMU.

A estrutura espacial e arquitetônica, a legislação e a organização do trabalho no SAMU permitem um nível distinto de observação e de controle sobre as ações profissionais. Os profissionais são submetidos a intensos processos de trabalho em nome de um discurso de manutenção de um serviço que não pode parar. Esses profissionais ressaltam o empenho para manter o serviço, mas, ao mesmo tempo, mostram que seus limites são, na maioria das vezes, subjugados. O trabalho é realizado em um quadro que desconsidera os interesses individuais de seus trabalhadores, pois se sentem tão envolvidos no processo de manutenção do serviço que não conseguem separar-se do todo. É o discurso da engrenagem que mantém o funcionamento das organizações, sendo cada indivíduo uma peça-chave. Eles se veem inscritos no interesse do outro (usuário e serviço), sendo suas preocupações traduzidas em ações para a realização e manutenção, de forma inconsciente, dos interesses dominantes.²⁰

Por prestarem atendimento em vias públicas e nos domicílios das pessoas, os profissionais sofrem uma carga de pressão da sociedade, pelo fato de estarem mais visíveis e por atuarem sem a delimitação de um espaço específico para o atendimento. Ao trabalharem na rua, transeuntes param para observar o que acontece e, por vezes, tentam intervir, de alguma forma, no atendimento prestado.

Embora os profissionais que prestam atendimento nas vias públicas sejam considerados os olhos do sistema⁴, esse olhar muitas vezes é desconsiderado por quem está na Central de Regulação, estabelecendo-se, assim, um paradoxo entre o que é visto e experienciado por quem está na rua e aqueles que estão trabalhando, com base em protocolos e procedimentos operacionais. Novamente, o conhecimento local é desacreditado em prol do conhecimento estabelecido em protocolos, ou seja, do conhecimento científico. Tal fato pode acarretar conflitos entre as equipes e desmotivação.

Essas duas perspectivas – do local do atendimento e da Central de Regulação – estão ligadas por questões que perpassam por uma relação de confiança entre profissionais constituída no cotidiano do trabalho, o que é um desafio para a equipe. É interessante observar que os médicos do SAMU intercalam seus plantões entre a assistência na ambulância e o atendimento na Central de Regulação. No entanto, o que deveria garantir melhor compreensão dessas situações paradoxais, de forma a fortalecer a parceria entre a central e a equipe das ambulâncias, na realidade parece contribuir negativamente, deixando os profissionais da central mais críticos e questionadores sobre o que, de fato, se passa no local do atendimento.

Na percepção idealizada pela sociedade, o SAMU é visto como um serviço de cunho heroico, o que lhe confere a impos-

sibilidade do erro e do desvio de conduta, sendo isso também alvo de vigilância da sociedade. Os entrevistados destacam sua visibilidade diante da população, devido ao uso do uniforme e à ambulância padronizada. O uso de vestimentas uniformizadas se constitui em um dispositivo de poder, à medida que estabelece um padrão de normalização.^{24,25} No caso do SAMU, esse padrão torna-se ainda mais acentuado, pois todos os tripulantes das ambulâncias, independentemente de sua função, formação ou atuação, usam o mesmo uniforme.²² A equipe uniformizada é fator que os impede, muitas vezes, de passarem despercebidos em atividades cotidianas, tais como ir a algum lugar para fazer uma refeição, tomar água ou usar o banheiro. A visibilidade à qual estão sujeitos favorece com que sejam, constantemente, vigiados pela população e por seus próprios pares.

Essa vigilância da sociedade leva a questionamentos sobre, por exemplo, a demora da ambulância para realizar atendimentos, pois consideram que a ambulância não está sendo utilizada para o fim ao qual se destina. É cobrado, mesmo que indevidamente, desses profissionais agilidade no atendimento que, na realidade, depende de outros fatores, como a classificação de risco e o tipo de empenho feito pela Central de Regulação, bem como do trânsito nas vias de circulação da ambulância.

Assim, a visibilidade torna-se um dispositivo de vigilância constante, que nada mais é do que um mecanismo de controle que não estava previsto no trabalho prescrito, mas que faz parte do trabalho cotidiano. O olhar da população está condicionado a visualizar o SAMU como um serviço que não para e que está em constante atendimento, esquecendo que o mesmo é constituído por seres humanos.

CONCLUSÃO

As práticas cotidianas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte foram analisadas para além dos formatos tradicionais sobre os discursos presentes no cotidiano de trabalho desse serviço, bem como se buscou avançar em relação aos julgamentos de dualidades avaliativas desse serviço que o classificam como bom ou ruim, importante ou não, útil ou inútil.

O SAMU é parte de um projeto arrojado de atendimento de urgências e emergências, cujos profissionais se deslocam até os usuários para atendê-los em suas necessidades, em diferentes áreas do município, sendo o tempo de chegada ao local e transporte para um local com nível de assistência necessário para o atendimento do usuário um critério de qualidade para os usuários e profissionais. Suas especificidades exigem múltiplas competências de seus gestores e trabalhadores da saúde, pois o atendimento às urgências não termina pontualmente naquele procedimento com ações independentes e autolimitadas, mas deve ser ancorado e ter prosseguimento para a deter-

minação da horizontalidade do cuidado e a criação de vínculo para que seja efetivo.

Na análise das práticas cotidianas, foi possível encontrar a predominância de um discurso hegemônico, com manutenção de relações de poder, externa e interna ao serviço. Esse discurso versa sobre a utilidade e essencialidade do serviço que ao mesmo tempo mobiliza os profissionais do SAMU, não os deixando parar mediante as dificuldades, mas também gera conflitos externos com outros serviços.

Esta pesquisa identificou pontos que devem ser mais profundamente analisados e discutidos, tais como a vigilância no cotidiano de trabalho e o reconhecimento do serviço pela sociedade. Espera-se que esses caminhos possam servir de inspiração para outras pesquisas não apenas sobre o SAMU, mas também sobre outros serviços presentes na rede de serviços de saúde no Brasil. Este estudo teve como fator limitante o fato de ter sido realizado em apenas um serviço, o que torna difíceis quaisquer generalizações.

REFERÊNCIAS

- De Certeau M. A invenção do cotidiano: artes de fazer. 15ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008.
- Dreyfus HL, Rabinow P, Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics. 2ª ed. Chicago: University of Chicago Press; 1983.
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Serviço agiliza o atendimento ao cidadão; 2008. [citado em 2017 fev. 12]. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=20745&chPlc=20745&pIdPlc=&app=salanoticias>
- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Machado CV, Salvador FGF, O'dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev Saúde Pública. 2011[citado em 2017 maio 10];45(3):519-28. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº1600/2011, Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 2.395, de 11 de Outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Alves M, Neiva LC, Silva AF. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. REME - Rev Min Enferm. 2010[citado em 10 maio 2017];14(6):181-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v14n2a06.pdf>
- Araújo MT, Alves M, Gazzinelli MFC, Rocha TB. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. Texto Contexto Enferm. 2011[citado em 2014 nov. 03];20(spe):156-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07022011000500020&lng=en.
- Velloso ISC, Ceci C, Alves M. Configurations of power relations in the Brazilian emergency care system: analyzing a context of visible practices. Nursing Inq. 2013[citado em 2014 nov. 06];20(3):256-64. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22591246>
- Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). 2ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.
- Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciênc Saúde Coletiva. 2008[citado em 2014 nov. 03];13(Suppl 2):2029-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en.
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Estatística e Indicadores. [citado em 2017 maio 10]. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=estatisticaseindicadores&lang=pt_br&pg=7742&tax=20040.
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Resgate: SAMU 192. 2004. [citado em 2017 maio 10]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/busca.do?busca=SAMU&evento=Ok>
- Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 dezembro de 1970. 21ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2011.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012. [citado em 2014 jan. 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Purkis ME. Embracing technology: an exploration of the effects of writing nursing. Nursing Inqu. 1999[citado em 2014 nov. 06];6(3):147-56. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10795268>
- Mumby DK, Stohl C. Power and discourse in organization studies: absence and the dialectic of control. Discourse Society. 1991[citado em 2014 nov. 06];2(3):313-32. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0957926591002003004>
- Velloso ISC, Araujo, MT, Alves M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. Rev Gaúcha Enferm. 2012[citado em 2017 maio. 10];33(4):126-32. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/26549>
- Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. Rev Latino-Am Enferm. 2013[citado em 2014 nov. 06];21(1):293-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100002
- Hamilton B, Manias E. Foucault's Concept of "Local Knowledges" for Researching Nursing Practice. Aporia. 2009[citado em 2014 nov. 06];1(3):7-17. Disponível em: http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/articles/2009_06/June%202009%20-%20Hamilton%20and%20Manias.pdf
- Foucault M. Power/knowledge: selected interviews and other writings, 1972-1977. New York: Pantheon; 1980.
- Foucault M. Microfísica do poder. In: Machado R, organizador. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.