

REFLEXÕES SOBRE PODER, PRÁXIS E HEGEMONIA NA EXPERIÊNCIA DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS - RBCE

Armando de Negri Filho¹
Av. João Pessoa, 325 - Cidade Baixa
CEP: 90.040-000 Porto Alegre/RS Brasil
Tel: (51) 3289-2899
E-mail : armandon@portoweb.com.br

¹ Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre – SMS/POA
Assessoria de Planejamento e Programação - ASSEPLA
CEP: 90.040-000 Porto Alegre/RS Brasil

Introdução

A complexidade da construção do Sistema Único de Saúde do Brasil, tem enfrentado diversas barreiras no âmbito da implantação do texto constitucional de 1988, das Leis Orgânicas de 1990 e Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 (Carvalho e Santos, 1992 e Ministério da Saúde 1993 e 1996). A razão principal das dificuldades reside nas contradições inerentes entre a política econômica neoliberal do Governo Federal e de boa parte dos Estados e os princípios do SUS, como política social de caráter universal e integral, a exigir recursos econômicos de uma sempre adiada reforma tributária e de uma estabilidade nas fontes de financiamento do Sistema, além dos desafios de implantar um modelo assistencial com caráter contra-hegemônico, capaz de responder às necessidades sociais em saúde, e de estruturar um modelo de gestão capaz de sustentar as exigências do novo modelo assistencial.

Uma das questões mais relevantes do processo de implantação do SUS, diz respeito à descentralização das políticas e das ações de saúde. No entanto, a forte tradição cartorial e centralizadora do estado Brasileiro e de sua máquina administrativa, geram permanentes conflitos com os novos gestores estaduais e, principalmente com os municipais.

Na busca de tornar a descentralização o caminho para a construção de políticas públicas sustentáveis e de ampla participação social, a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE, tem desenvolvido um trabalho em torno ao tema do atendimento das urgências médicas, tratando de constituir um processo de organização de sistemas regionais integrados, onde os

sistemas de urgência se integram ao esforço de construção da totalidade do Sistema Único de Saúde.

O modo encontrado para viabilizar tal esforço foi a constituição da Rede como uma sociedade civil sem fins lucrativos, constituída por indivíduos e instituições comprometidos com a construção de uma política pública nacional de atenção às emergências. A estratégia de constituição da Rede, foi a forma encontrada de superar a descontinuidade das políticas estatais e de estabelecer uma horizontalidade na articulação de políticas públicas, atingindo o nível municipal, sub-regional, regional e estadual, buscando constituir bases teóricas e de ação para uma política pública de alcance nacional..

Porém essa estratégia provoca uma série de reações por parte do *establishment*, porque gera a confrontação com a organização e o exercício tradicional do poder no setor governamental brasileiro. Nas reflexões deste trabalho, procurarei analisar o trabalho da RBCE a partir do enfoque crítico das organizações, abordando o tema do poder, da práxis e da hegemonia.

1. Poder, Práxis e Hegemonia - Categorias para uma Análise da Experiência da RBCE na Formulação de Políticas Públicas de Atenção às Emergências sob o enfoque da Teoria Crítica.

A **teoria crítica** (Alvesson e Deetz, 1999) , tem como meta central nos estudos de organização, a criação de sociedades e lugares de trabalho livres de dominação, em que todos os seus membros tem iguais oportunidades de contribuir para a construção de sistemas que respondam às necessidades humanas, considerando-as em sua integralidade e permitindo o desenvolvimento dos coletivos e indivíduos. Os pesquisadores críticos têm um conjunto de compromissos teóricos que os ajudam na análise das situações de domínio e distorsão. As organizações são amplamente vistas como espaços políticos, onde as teorias sociais e as teorias de tomada de decisão na esfera pública, são vistas como apropriadas. A crítica ideológica, se interessa pela dificuldade dos grupos desprivilegiados em entenderem o seu próprio interesse e agirem conforme esses interesses.

Quatro temas são recorrentes na abordagem crítico ideológica:

1-a naturalização da ordem social, com o mundo social assumindo um caráter de necessário, racional e auto-evidente. A crítica ideológica recupera as organizações como construções histórico-sociais e investiga a sua formação, manutenção e transformação por meio de processos internos e externos, demonstrando as relações de poder que sustentam as formas arbitrárias de organização e descobrindo os lugares restantes de escolhas possíveis.

2-a universalização de interesses administrativos e a supressão de interesses conflitantes, onde os interesses de particulares, seccionais, são tratados como o interesse de todos, suprimindo da agenda os elementos de autonomia, bem estar e satisfação, em prol da lucratividade, dos interesses políticos eleitorais...

3-o domínio pelo instrumental e o eclipse dos processos de racionalidade, pela competição. A primazia da racionalidade técnica, empurrou as demais racionalidades para o campo da irracionalidade. A racionalidade técnica, no enfoque de Habermas (apud Alvesson e Deetz, 1999), tende a ser governada pelo teórico e o hipotético, com enfoque no controle de cadeias de meios e fins. O oposto natural, segundo Habermas, seria o interesse prático, a racionalidade prática centrada no processo de compreensão e determinação mútuos, orientados para a ação.

4-a hegemonia, o modo como o consentimento é orquestrado, envolvendo a construção de um senso comum, envolvendo dominantes e dominados, favorecendo os primeiros, e operando através de uma rede complexa de arranjos conceituais e materiais, produzindo a estrutura mais profunda da vida cotidiana. A hegemonia expressa a idéia de diversidade do grupo dominante, com interesses diferentes, e a presença de poder e atividade mesmo nos grupos dominados, com suas interações gerando um consentimento produzido.

Forester (1983), nos sintetiza a intenção do enfoque crítico: "Quando organizações ou sociedades estão estruturadas de forma que seus membros não têm recursos protegidos para verificar a verdade, a legitimidade, a sinceridade, ou a clareza das alegações feitas pelas estruturas estabelecidas de autoridade e produção, podemos achar condições de dogmatismo em vez de aprendizagem social, tirania em vez de autoridade, manipulação em vez de cooperação, e

desordem em vez de sensibilidade. Neste sentido a teoria crítica aponta para a importância de compreender, prática e normativamente, como o acesso e a participação em discursos, tanto teórico e prático, são sistematicamente estruturados." (Forester, 1983: 239-240).

O poder é uma categoria central no interesse do enfoque crítico.

Poder, em seu significado mais geral, designa a capacidade ou a possibilidade de agir, de produzir efeitos. Tanto pode ser referida a indivíduos ou a grupos, a objetos ou fenômenos naturais. Se o entendermos em seu sentido social, o poder torna-se mais preciso, e seu espaço conceitual pode ir desde a capacidade geral de agir, até à capacidade do homem em determinar o comportamento do homem: poder do homem sobre o homem. O homem sujeito e objeto do poder social. Não existe poder, se não existe, ao lado do indivíduo ou grupo que o exerce, outro indivíduo ou grupo que é induzido a comportar-se tal como aquele deseja. O poder pode ser exercido através de instrumentos ou coisas (dinheiro por exemplo), mas se o outro não está disposto a comportar-se de acordo comigo por valor algum, o meu poder se desvanece. O poder social não é uma coisa ou a sua posse, é uma relação entre pessoas. Como relação entre homens, é uma relação triádica, quem exerce o poder, aquele sobre quem é exercido e a esfera do poder (esfera de atividade à qual o poder se refere). A mesma pessoa ou grupo podem ser submetidos ao poder de diferentes esferas, portanto a diversos poderes. A esfera do poder que se funda sobre uma competência especial costuma ser confinada a ela, enquanto o poder político abrange uma esfera muito ampla. Isso não impede que um campo especial de poder se projete com força política sobre a sociedade. A esfera de poder de quem ocupa um cargo em uma organização formal, é definida de modo preciso e taxativo, enquanto a esfera de poder de um chefe carismático tende a ser ilimitada.

O poder nas organizações do Estado, segundo Weber, está fundado em um princípio de legitimidade, decorrente do cargo ocupado e que gravita entre o poder tradicional, com uma relação patriarcal entre patrão e empregados, não gerando uma burocracia, nem um corpo de funcionários, e o poder da burocracia que se autodetermina em seus critérios de realidade e operação (Bobbio, 1983).

Um enfoque interessante para os estudos sobre o poder se centra no processo decisional, onde se analisa quem de dentro ou de fora da organização mais influencia nas decisões (Bobbio, 1983). Nessa perspectiva podemos avaliar as estratégias e os potenciais de intervenção de distintas esferas de poder, utilizando diferentes potenciais de intervenção: dinheiro, mobilização

popular, capacidade técnica, etc.. O processo de decisão ocorre em um determinado contexto organizacional, carregado de valores políticos e ideológicos, onde barreiras serão erguidas para afastar os indesejados e impedir a sua influência. Os processos participativos, a formulação de políticas públicas busca justamente a pluralidade e o contraditório como expressão dos conflitos que, na perspectiva radical, movem os processos sociais, a partir do exercício de superação do conflito e a concertação possível.

Ao considerarmos o poder como soma não-zero nas organizações, reconhecemos a sua assimetria e obviamos a possibilidade de que haja resistência ao seu exercício. Resistências internas e externas. Na perspectiva do agenciamento, os indivíduos têm uma relativa liberdade de escolha no interior das organizações, uma relativa liberdade na relação com a estrutura. Tal posição se choca com a idéia de um determinismo estrutural, oriundo da natureza das organizações. Havendo a possibilidade de escolha, há a possibilidade de luta política e do contraditório no interior das organizações, o que viabiliza a influência de agentes externos no processo decisório (Clegg, 1989).

A maior realização do poder é a sua reificação, fixado em suas representações, sólidamente nas mãos de um agente. Porém o poder reificado não ocorre sem resistências. Portanto, não é a completa reificação que às vezes assume ser. Reificação raramente é assumida, como algo que sempre foi e sempre será assim. Em raras circunstâncias a resistência assumirá a condição de flaqueadora, com a resistência assumindo a condição de novo poder, constituindo um novo campo relacional de poder. Ou pode ser a contestação do exercício do poder, deixando as bases do mesmo intocadas, disputando só o espaço do poder, neste aspecto a resistência é compatível com a reificação e o exercício do poder. Implícito na concepção de agência episódica de poder, está a resistência, já que a política inclui tanto a luta pelo poder como a luta para limitar, resistir e escapar ao poder (Clegg, 1989).

O enfoque proposto por Hannah Arendt (1999), onde o poder se gera no espaço público, através do exercício da palavra e da palavra vivida - ação, capaz de convencer e mobilizar outros atores sociais para a reflexão e a ação, nos abre uma perspectiva de construção democrática de um poder simétrico, o empoderamento de indivíduos e coletivos dentro de um marco democrático, de liberdade, como marca do espaço público da expressão e da defesa dos interesses de cada quem, chegando à expressão de um interesse comum, éticamente pactuado.

Habermas (apud Alvesson e Deetz, 1999), segue na mesma perspectiva, ao compor uma racionalidade baseada na comunicação. Uma racionalidade comunicativa, onde as decisões estão baseadas na experiência central da força de uma fala argumentativa, desprovida de constrangimentos, unificadora, geradora de consenso, na qual diferentes participantes superam suas visões meramente subjetivas e, devido à mutualidade de convicção racionalmente motivada, asseguram-se ao mesmo tempo da unidade do mundo objetivo e da intersubjetividade do seu mundo vivido. Tal aproximação ao tema abre uma porta para processos decisórios centrados na mobilização do debate abrangente, ativador de uma racionalidade fundamentada na identificação das razões últimas dos atores, que tomam como referência o racional da realidade (o irredutível) e o tornam objeto de suas subjetividades e da sua ação.

No momento em que definimos poder como o uso de recursos, de qualquer natureza, para assegurar resultados, o poder se torna um elemento da ação e diz respeito à categoria de intervenções de que um agente é capaz. O poder, em sentido amplo, é decorrente da capacidade transformadora da ação humana - alterando o curso dos acontecimentos. Neste sentido o poder está profundamente ligado à noção de práxis, porquanto se relaciona com as condições historicamente constituídas e historicamente mutáveis da existência material (Giddens, 1998). Os enfoques de Arendt e Habermas, ao relacionarem teoria-palavra e prática-ação, nos remetem à riqueza do conceito de práxis.

A **práxis** (Bobbio, 1983), é definida por Marx, na primeira das teses sobre Feuerbach, como atividade humana perceptível, teórico-crítica, onde se resolve o real concebido subjetivamente. A terceira tese de Feuerbach afirma que é verdade que os homens são condicionados pelo ambiente e pela educação, mas também é verdade que são justamente eles que modificam as próprias condições ambientais. Para Gramsci, a práxis é história, ou melhor, o fazer-se da história, a sua realização por obra da vontade racional, suscitada por um pensamento historicamente baseado, acolhido pela maioria por responder às necessidades manifestadas em um contexto ambiental que é marcado pela intervenção do homem e é por isso transformado em móbil de ação. Está aqui sinteticamente expressa a identidade entre teoria e práxis, sendo esta uma prática racional e aquela um pensamento historicizado e realístico.

Lukács (apud Bobbio, 1983), apresenta uma noção extraordinariamente precisa: a práxis é a eliminação da indiferença da forma em relação ao conteúdo. Se estabelece uma nova lógica da totalidade, unidade do objeto como realidade natural e social, do objeto que é posto e do sujeito

que o põe. A práxis é o ato que realiza a unidade entre o sujeito e o objeto, que traduz em nova estrutura econômica a consciência das relações entre os homens,. A práxis é a consciência da realidade e sua realização. A consciência porém não precede a ação, ela funda-se no ato.

Habermas diz que a teoria é a tomada de consciência do sentido da práxis, e para realizar esta tomada de consciência, ela tem necessidade de uma práxis que seja suficientemente prática e não técnica. A práxis se define como interesse (pelo uso técnico do ambiente natural ou pela emancipação do domínio) reconhecível no processo cognoscitivo.

A escola althusseriana (Bobbio, 1983), reivindica a independência da prática teórica da prática real, admite a construção de um concreto de pensamento distinto do objeto real. Este concreto é o resultado de um processo teórico que parte dos dados, colhidos da análise da realidade social, numa perspectiva ideológica portanto, mas reelaborados, graças a um articulado aparato conceitual sem vinculação imediata com a prática, numa dimensão científica utilizada na interpretação da realidade histórica. Trata-se de um processo teórico que foge da relação de identidade com a práxis, já que, como adverte Marx e repetem os althusserianos, jamais será possível identificá-la com o movimento real da História.

A **hegemonia** como categoria, estrutura o poder em sua natureza e exercício e define a reflexão sobre a práxis. A hegemonia em nossa sociedade capitalista, conservadora na política e neoliberal na economia, pressupõe um constante exercício, tanto na articulação do bloco dominante, como no aliciamento dos dominados, intervindo na esfera da cultura e da política, dissociando a teoria e a prática, deprimindo a capacidade histórica dos indivíduos e coletividades, e anulando a práxis revolucionária, ao afastá-la da racionalidade histórica e aprisioná-la na racionalidade técnica. Os interessados, a partir de um enfoque crítico, em romper a dominação, e portanto a hegemonia atual na sociedade, pensam na construção de uma contra-hegemonia a partir da sociedade civil, única forma de fundar uma democracia centrada nas necessidades e interesses da sociedade em sua maioria dominada. Pensando em uma nova práxis orientada para uma reflexão crítica a partir dos atos, mas buscando a conceitualização como arma de transformação que orienta as ações (mais próximo aos althusserianos), mas sabendo que a sustentação do processo se dá pela reflexão sobre a ação.

Na luta por uma contra-hegemonia há que reconhecer-se as dificuldades em criar uma vontade coletiva, sobretudo afrontando a introjeção dos elementos hegemônicos da atualidade. Se trata de romper a fragmentação das práticas e a submissão dos pensamentos para compor uma

nova práxis. Não há como abrir mão de lideranças capazes de criar espaços de debate sustentados, onde , seguindo os conceitos de Arendt e Habermas , se resignifiquem as experiências e as possibilidades de transformação, consolidando uma visão emancipatória dos atores sociais e transformadora da realidade. Conforme Ferreira (1986), "...por que o forte dispôs-se a servir o fraco? Porque o fraco era estrategicamente mais forte do que ele, havia compreendido que, a essência do fato político sendo a dominação, esta só se mantém pela organização. Só os organizados podem dominar, e para organizar é preciso ter uma concepção do mundo que solde as experiências de vida num projeto voltado a transformar o mundo, ou conservá-lo aparentemente como tal."

2. A Trajetória da RBCE - Ideário, Atividades e Perspectivas

Criada em novembro de 1995, durante o I Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar às Urgências e Traumas, realizado em Porto Alegre, a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências se propõe a ser um espaço de articulação entre técnicos e instituições vinculados ao esforço de constituir políticas públicas de atenção às emergências. A Rede nasceu como uma articulação voltada para a atenção pré-hospitalar e que, já em 1997, com a consolidação dos sistemas pré-hospitalares propostos, sentiu a necessidade de abarcar o conjunto dos elementos constitutivos de uma política integral, o que terminou projetando o debate da Rede para o conjunto do sistema de saúde, rompendo a particularidade do debate inicial, concretizando o que a sua ata fundacional já almejava. Desde o início recebemos o apoio da Cooperação Técnica da França, através da qual aprendemos o conceito e a operação do sistema de regulação médica e da gestão hospitalar voltada para as necessidades sociais.

Como entendemos uma Rede? Entendemos conforme o sanitaria argentino Mário Rovere (1998), as descreve: "...trabalhar o conceito de redes como um dispositivo de ação, um instituinte, e ao mesmo tempo como produto - um instituído. Na dimensão instituinte (gestão de redes), elejemos trabalhar sobre as perspectivas que enfatizam o caráter vincular das redes, conectando com noções da psicologia social, da sociologia e da antropologia, postergando nesta etapa os mecanismos de formalização, mais contratuais, provenientes do campo da administração. Em sua dimensão de instituídas (estrutura em redes), as redes operam como um

referencial de alto valor político, operando como alternativa frente a duas imagens polares e altamente paralisantes: a da pirâmide, própria dos modelos hierárquicos burocráticos com um certo sustento autoritário, e a do arquipélago, que privilegia a autonomia e a liberdade, mas paga o preço da eficácia de conjunto, criando pré-condições de crise. As duas imagens tendem a alternar-se na história institucional de forma pendular, até o ponto de supor que uma encerra a outra de forma potencial. Especulamos que podemos chegar às redes por desestruturação de pirâmides ou articulação de arquipélagos, que as redes podem conceitualizar-se como heterogeneidades articuladas, que não procuram homogeneizar, que é justamente a heterogeneidade que as faz circular, e se esta estrutura flexível pode estabilizar o pêndulo, entende-se que se pode depositar nas redes uma forte expectativa democratizadora, tanto dos espaços sociais como das instituições.

No espaço social, redes podem ser um dispositivo de contenção terapêutica, podem ser suporte de mecanismos solidários, pode ser uma base da organização popular que permita baixas cotas de delegação, pode ser uma base para os problemas que requerem auto-ajuda, pode ser uma memória que se transforma em dispositivo para enfrentar emergências e situações críticas.

No mundo institucional, redes podem ser um mecanismo para gerar formas alternativas de organização, na medida em que excedamos os imaginários mais tradicionais de nível de resolução, ou níveis de complexidade, afastados do trânsito dos pacientes, expandindo a reciprocidade, a complementaridade, a confiança entre trabalhadores de saúde de diferentes espaços, mas operando de forma conjunta. Assim imaginamos redes multicêntricas, fluxos múltiplos, serviços nômades, comportamentos solidários, etc..

A distinção é sómente operativa, porque não podemos ter conceitualizações diferentes para os espaços sociais e institucionais, e neste sentido poderíamos especular que, se os serviços de saúde são serviços de pessoas para pessoas e o núcleo das redes são os vínculos, esta noção nos deveria servir também para articular o social e o institucional, os trabalhadores de saúde e os cidadãos em redes que, inclusive, nos ajudem a apagar os limites entre o social e o institucional.

Neste último sentido, se abre a noção de redes em movimento, desterritorializadas e nômades, que organizam um novo ator social (combinando a força cidadã com a dos trabalhadores em saúde) e que permite resgatar a dimensão de causa social da saúde pública, gerando iniciativas que permitem organizar uma ampla conjunção de vontades e na lógica dos

novos movimentos sociais, para gerar condições de efetivo exercício do direito à saúde e uma radicalização da democracia.

É neste sentido que queremos inscrever o mecanismo de redes."

Na **experiência organizativa da RBCE**, foi assumida uma estrutura bastante aberta e flexível, com um grupo executivo de sete pessoas, um núcleo de apoio geral como secretaria executiva e núcleos temáticos e de desenvolvimento regional, procurando apoiar o desenvolvimento das regiões mais defasadas no debate, através de apoio técnico e político direto. As parcerias com gestores municipais e estaduais foi a forma de viabilizar os trabalhos. Só recentemente foi assumida a forma jurídica de sociedade civil, até agora existimos como um movimento amalgamado por suas intenções, idéias comuns e uma prática de democracia direta e participativa, com baixa delegação e um planejamento estratégico em torno às idéias-força pactuadas.

O ideário da RBCE , construído de forma participativa com seus integrantes e com todos os atores sociais que se propõem ao debate, é desenvolvido através dos Simpósios, Reuniões de Trabalho, Oficinas Temáticas e Encontros Estaduais, e possui as seguintes idéias-força e proposta de processo de formulação de políticas e ação (documento de autoria de Armando De Negri Filho (De Negri Filho, 1998), revisado e aprovado pela III Reunião de Trabalho da RBCE , em Curitiba - PR, nos dias 2 e 3 de abril de 1998):

I - Pressupostos:

- o constituir políticas públicas que tenham como premissa o seu caráter participativo, entendendo-se por participativo o estabelecimento de processos em que se busca a concertação em torno às necessidades, conceitos e projetos de intervenção e se criam novos poderes distribuídos em todos os níveis de elaboração e operação do SUS e das áreas afins, visando o esforço continuado que torne viáveis e dinâmicas as políticas públicas estabelecidas;
- o considerar as prioridades das políticas públicas a partir das necessidades sociais e não a partir das ofertas pré-estabelecidas no âmbito dos serviços ou do financiamento;
- o buscar o estabelecimento de uma política pública que aponte para um esforço sustentado de 10 anos, com um conjunto de metas intermediárias quadrimestrais para os próximos cinco anos, como forma de podermos estabelecer impactos e resultados em termos de

indicadores populacionais (indicadores de morbimortalidade) e de serviços (reequipamento e padrões de qualidade assistencial);

- o nos primeiros cinco anos apostar na aplicação das políticas públicas e projetos delineados no âmbito dos pólos regionais de atenção, das regiões metropolitanas e de capitais do País, apostando que o efeito de organização e operação dessas áreas possa viabilizar uma segunda etapa de interiorização dos sistemas e serviços, coerentes com a hierarquia e a organização estabelecidas a partir dos pólos metropolitanos;

- o garantir o envolvimento de todos os atores sociais envolvidos com a questão, através da definição de macroprojetos e subprojetos correspondentes e sua operação e coordenação articuladas (para tanto criar uma cultura e uma gerência de projetos como parte do aporte de gestão dessas políticas públicas);

- o considerar as responsabilidades de coordenação do processo em cada nível de gestão do SUS, envolvendo ativamente os gestores através do CONASEMS, CONASS e Bipartites;

- o envolver os organismos de controle social - Conselhos de Saúde, para fins de mobilização social e criação de um entorno social favorável e de sustentação das políticas e projetos propostos;

- o estabelecer indicadores de avaliação que sejam de domínio do conjunto dos atores sociais envolvidos e permitam a retroalimentação dinâmica do processo;

- o considerar este processo como parte de um macro-projeto de afirmação do SUS e reordenamento do sistema de saúde a partir de um tema sensível e com potencial de mobilização de todos as classes sociais.

II - Diagnóstico de situação:

- o estabelecer quadro das necessidades sociais em e nas emergências, considerando o perfil sócio-econômico das populações em seus respectivos territórios, os perfis demográficos e os perfis de morbimortalidade;

- o identificar o perfil das demandas reconhecidas nos serviços de urgência e emergência , considerando o fluxo dos pacientes (origem , volume e natureza das demandas). Especificar os contingentes de pacientes que não são urgentes ou emergentes e que acorrem às emergências (pacientes de atenção primária ou crônicos agudizados), as emergências sociais

associadas e os pacientes realmente graves ou de emergência (urgências reais, com risco de perder a vida ou perder uma função de forma permanente) .

- o estabelecer o quadro de ofertas de atenção às emergências, considerando as ofertas disponíveis por territórios ou divisões sanitárias, por grupos humanos (crianças, mulheres, idosos, etc.) e por problemas emergentes em saúde pública (SIDA, HAS, saúde mental, trauma, etc.), identificando a hierarquia dos serviços segundo a plataforma tecnológica disponível, a habilitação e qualificação dos recursos humanos, o número de atendimentos realizados e o percentual dos pacientes atendidos que resultam em internações ou transferências;

- o considerar na análise das ofertas o conjunto do complexo de atenção - ações promocionais e preventivas, ações do complexo de atenção primária, os postos de pronto-atendimento de distintas hierarquias, os serviços de atenção pré-hospitalar móveis, os diferentes níveis de complexidade hospitalar por grandes especialidades com protagonismo na área de emergências, capacidade de investigação diagnóstica complementar, capacidade cirúrgica, capacidade em terapia intensiva e em reabilitação integral;

- o analisar as áreas de maior déficit de oferta em relação às necessidades sociais identificadas, visando orientar a construção de matrizes de decisão orientadas para a resolução das prioridades identificadas. As matrizes de decisão deverão considerar os elementos de viabilidade social, política, técnica e econômica e os potenciais de superação das dificuldades identificadas;

- o estabelecer standards resolutivos consensuados em relação à qualidade técnica exigida em cada área de atenção, visando dar concretude aos elementos definidores de hierarquia assistencial, permitindo avaliar o que está hoje disponível e reconhecendo eventuais déficits técnico-assistenciais;

- o avaliar os custos e preços pagos pelo atendimento de emergência, identificando a lógica e as eventuais áreas críticas. Identificar as fontes de financiamento para o custeio e investimento das emergências;

- o identificar as relações com o setor privado conveniado ou não com o SUS. Analisar a capacidade reguladora do setor público (como regula a operação do sistema, o acesso, qualidade assistencial e fluxo financeiro);

- o identificar quais são as políticas de outros setores que podem ter impacto nas emergências - ex.: novo código de trânsito, desarmamento, preços de cigarros e álcool, etc..

Conclusão desta etapa:

-elaboração concertada de um quadro diagnóstico com o conjunto das necessidades sociais, ofertas atuais e prioridades de intervenção orientadas pela natureza e dimensão das necessidades e déficits relacionados em cada realidade loco-regional e por ende em quadros consolidados por Estado e para o País).

III - Conceitualização:

- o afirmação das diretrizes do modelo assistencial do SUS no âmbito das emergências: universalidade-acesso, integralidade (como atributo do Sistema de Saúde) e equidade (com a alocação de recursos complementares conforme a necessidade dos grupos humanos a serem atendidos) , orientadas pela leitura das necessidades sociais em saúde;
- o afirmação das diretrizes do modelo de gestão do SUS de acordo com as prioridades do modelo assistencial (descentralização, regionalização, hierarquização, participação social);
- o considerar os serviços de emergência como portas de entrada do Sistema de Saúde, as quais deverão funcionar como captadoras de pacientes para a atenção continuada - seja nas políticas de promoção/prevenção, nas equipes do Programa de Saúde da Família/ PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS, nos ambulatórios e hospitais especializados ou nos programas de reabilitação;
- o considerar as emergências como estruturas de vigilância à saúde, constituindo-se como observatórios de saúde;
- o entender as emergências como um setor inserido na estratégia global de promoção da saúde, procurando intervir nas causas dos atendimentos de emergências. Entendendo a abrangência das políticas sociais voltadas para a promoção - envolvendo por exemplo o consumo de álcool e drogas, o controle da produção e comércio de explosivos e combustíveis líquidos, as leis de trânsito, etc.;
- o afirmar a necessidade de regulação pública do setor saúde e o potencial das emergências neste contexto, através das centrais de regulação de atendimento e fluxo das emergências, da necessidade de regular o acesso aos leitos hospitalares, aos serviços ambulatoriais especializados e aos transportes sanitários. Exercício da macroregulação do mercado de saúde e da incorporação tecnológica;

- o entender as emergências como um sistema de atenção integrado e subordinado a um macro sistema de saúde;
- o considerar a necessidade de uma formação e capacitação de recursos humanos de acordo com as necessidades percebidas e seu enfrentamento, promovendo a profissionalização do atendimento das emergências;
- o enfrentar o debate em torno ao modelo de atenção às emergências com um caráter global e não focado apenas em um aspecto do fenômeno - como o trauma, definindo modelos adequados à realidade do País e de cada uma das regiões.

Conclusão desta etapa:

-elaborar um conjunto de conceitos orientadores do debate das propostas de intervenção na realidade, tensionando e revisando o diagnóstico inicial feito na etapa anterior e tornando possível o debate na etapa seguinte.

IV - Fase propositiva:

Elementos preliminares de proposição (preliminares pois os definitivos devem emergir das etapas anteriores e serem igualmente gerados de forma participativa - concertada):

- o construir uma estratégia de intervenção que permita construir sistemas efetivos e integrais metropolitanos de emergência nos próximos cinco anos e alcançar a realização de pólos regionais no interior dentro de dez anos, respondendo às necessidades dos diferentes grupos humanos e aos diferentes problemas de saúde pública de forma integral e equitativa;
- o regionalizar e hierarquizar os serviços considerando os equipamentos e recursos humanos necessários (conceito de carta sanitária - criando padrões obrigatórios);
- o considerar a necessidade e constituir o imperativo da regulação médica das emergências;
- o constituir sistema operativo de informações e telecomunicações;
- o promover o trabalho intersetorial no combate às emergências.

V - Avaliação e Feedback do Projeto:

- o detalhamento dos elementos de avaliação e feedback será realizado na medida em que se definam os elementos propositivos, ficando definidas metas e indicadores para a avaliação processual e de resultados por quadrimestre. Deverão ser definidas matrizes de acompanhamento das várias dimensões do projetos, com a comunicação social da progressão alcançada em cada etapa.

Em síntese podemos afirmar o ideário da Rede nos seguintes eixos:

1-ter como cardinalidade a resposta às necessidades sociais em saúde, as quais definem os parâmetros do modelo assistencial, respeitadas as diretrizes do SUS, o modelo de gestão deve viabilizar o modelo assistencial pactuado. Tal enfoque propõe o oposto do modelo hegemônico, em que a burocracia e os grupos de interesse que lhe são próximos se utilizam de normas administrativas para gerar imposições de modelo assistencial e criam filtros muito próprios para as necessidades da população. As necessidades sociais criam um objeto potente e externo às organizações da saúde para forçar sua reorientação, gerando movimento e articulação para as respostas. Inverte-se a lógica de planos eventuais para fontes de recursos eventuais, verticais e com racionalidades próprias. Buscamos estruturar os planos a partir das necessidades e traçamos planos sustentáveis para o seu desenvolvimento, incluindo na planejamento a criação de governabilidade através da busca dos recursos necessários;

2-o modelo assistencial deve ter abrangência regional, intermunicipal, com uma racionalidade focada no custo benefício socialmente orientado, com universalidade, integralidade sistêmica e equidade; isso obriga a composição de espaços de gestão integrados entre todos os atores sociais, comitês gestores regionais do sistema de urgências, submetidos à hierarquia decisora do SUS - os conselhos municipais e regionais de saúde, com planejamento e financiamento integrados, mediados por contratos de gestão pública regionalizados;

3-a estratégia da promoção da saúde busca dar uma dimensão de políticas públicas saudáveis, capazes de enfrentar a complexidade da determinação das condições que geram as urgências. Neste contexto, os serviços de urgência se transformam em observatórios de saúde, retroalimentando as ações intersetoriais necessárias;

4-a regulação pública do setor saúde, com a regulação médica das urgências, torna-se o ordenador dinâmico do sistema regional proposto, servindo como ferramenta de gestão e de ação assistencial, estabelecendo a primazia da necessidade do usuário/cidadão sobre as contingências burocráticas dos serviços e da gestão hegemônica. O imperativo é buscar a melhor resposta possível para a necessidade do usuário, no menor tempo possível, preservando o interesse da coletividade;

5-formar e capacitar recursos humanos para operarem em sistema, com a orientação para as necessidades dos usuários, com uma identidade de sistema, conectados em redes intercomplementares bidirecionais.

No conjunto desses eixos, temos tomado como abre alas o conceito de regulação das urgências, pois tem a capacidade de articular uma ampla gama de elementos necessários para seu pleno exercício e que estão presentes nos demais eixos, o que permite instituir a complexidade da resposta desejada. Conseguimos transformar o conceito de regulação em uma Regulamentação do Conselho Federal de Medicina (1529/98) e em uma Portaria Ministerial (824/99), o que introduziu uma nova lógica para a organização da atenção pré-hospitalar no País e por ende para todo o sistema de urgências.

Em eventos abertos, com a participação de gestores da saúde, conselhos de saúde, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde, área da segurança e transportes, e demais setores interessados, tratamos de expor as idéias-força da Rede e aproximá-las do cotidiano dos envolvidos, o que não é difícil, pois são idéias extraídas de uma reflexão profunda sobre essa mesma realidade. O nível de identidade com inúmeros atores sociais, e de polêmica com os grupos hegemônicos, revela a efetividade dos debates e ações em curso.

Redes estaduais e sub-regionais se constituem, com o desenvolvimento autônomo de alternativas e estratégias focadas nas necessidades loco-regionais e nas possibilidades de cada realidade, mas sem perder a referência das idéias-força propostas. Em 1999, foram realizados seminários e se geraram processos no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Sergipe, Alagoas, Ceará, Amapá e Pará, estando

previstos até o final do ano em Goiás, Tocantins, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia, Paraná e Rio de Janeiro.

3. Discussão e Considerações Finais

A experiência em curso através da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, permite uma reflexão, ainda que incompleta, devido à contemporaneidade de muitos processos, que gravitam no espaço da relação entre o Estado (Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais) e a sociedade civil em um sentido amplo (técnicos, usuários, gestores e prestadores, baixo a identidade maior de cidadãos).

Essa identidade de cidadãos, explora um potencial de agentes da organização capazes de decisão independente na estrutura do Estado, reforçando a possibilidade de explorar as contradições das políticas estatais através do poder gerado no debate direto com a sociedade *lato sensu*, ou através da análise das representações das suas necessidades, quando se analisam e se discutem os indicadores de necessidades sociais. Ao mesmo tempo, empodera os usuários com uma perspectiva sistemática de suas necessidades e de suas possíveis e sustentáveis soluções, o que cria um poder de consciência que pode encontrar expressão de poder político quando utiliza os espaços formais, e ainda pouco potencializados, dos conselhos municipais de saúde. Cria-se assim uma teia no entorno social, onde vários atores sociais e agências podem intervir sobre o direcionamento do debate e a construção de alternativas. Esse poder emergente, potencialmente transformador, é resultante de uma apropriação da práxis como teoria e ação, justamente quando se rompe a indiferença da forma em relação ao conteúdo, e portanto já não se aceita uma prática organizativa que não tenha claramente expressa a sua intenção.

Ao longo dos seminários, debates, oficinas e cursos desenvolvidos, chama a atenção a identidade gerada pelos fatos e ações vividos, que ganham vida nova nas palavras e nos debates, e que são confrontados com as teorias propostas, gerando as bases para uma práxis de transformação. É no debate exaustivo, nas idas e vindas dos debates buscando a apropriação das teorias e das experiências coletivas, que se constitui um agir ou um planejamento comunicativo do tipo habermasiano e que ganha sentido a idéia de poder que emana do coletivo de Arendt. Nesse contexto, a idéia de uma simetria de poder e a constituição de espaços horizontais de

discussão e pactuação ganham concretude. Em cada Seminário se constitui um passo mais na criação de espaços e coletivos que geram poder, porque são coletivos articulados de forma efetiva em torno a subjetividades e racionalidades tornadas comuns pelo debate sustentado e esclarecedor, gerador de práxis transformadoras.

Os conflitos decorrem justamente da forma como o Estado apreende as necessidades, ou não as apreende. Como disse Carlos Matus (Huertas, 1995), as elites dirigentes e os ocupantes de cargos na burocracia do Estado latino-americano são extremamente irresponsáveis, se relacionam de um forma circunstancial com a realidade, com horizontes limitados pelos períodos eleitorais e conseqüentemente não são demandantes de planejamento, com a improvisação transformando-se em rotina e gerando as condições estruturais e operacionais que privilegiam o clientelismo e o paternalismo. Assim, a proposta de planejamentos integrados e sustentados é recebida com escárnio e desprezo pelas estruturas de governo, desprezando a idéia de um plano estratégico com dimensões de curto, médio e longo prazos. A forma hegemônica das organizações da saúde no interior do Estado, se nutre de uma dinâmica de apagar incêndios e lamentar-se de sua sorte, tentando adaptar-se aos recursos disponíveis a cada momento, não estabelecendo a leitura das necessidades sociais como norte para a luta por recursos. Com uma proposta que combate esse estado de coisas, a RBCE encontra o apoio entusiasmado dos indivíduos e coletivos comprometidos com a construção do SUS e extremamente desgastados com a inexistência de políticas públicas sustentadas e de domínio do nível local. O processo gerado pela Rede, provoca a ruptura do monopólio da racionalidade técnica e a adoção de uma racionalidade prática, comprometida com uma leitura consistente das necessidades sociais e a resposta qualificada às mesmas.

Especialmente, no processo mediado pelo Estado em sua fração local - o município, deve-se garantir a possibilidade de todos expressarem suas opiniões e necessidades, definindo suas contribuições para o processo maior de desenvolvimento social do setor - tal premissa é fundamental para a elaboração de políticas públicas alicerçadas no interesse dos cidadãos. Gerschman (1995), nos lembra da viabilidade de um regime de democratização parcial, como aquele experimentado pelo setor saúde a partir do movimento pela reforma sanitária, mas destaca justamente a parcialidade desse processo na medida em que, servindo-se de Claus Offe, aponta o sistema de filtros de que se utiliza o Estado capitalista, fazendo com que determinadas questões sejam excluídas por suas instituições, enquanto outras são transformadas de substanciais em

menos relevantes e outras ainda, são favorecidas. Hirsch (1977: 42-43), destaca que "...as exigências que penetram no aparelho de Estado são tratadas de maneira funcional por burocratas que atuam autonomamente, e que têm suas competências, clientela e percepções próprias dos problemas." O que nos faz perceber o caráter imprescindível da democratização do processo de formulação das políticas de saúde, como um processo de expressão das necessidades da população.

Não tenho dúvida que se trata de um processo contra-hegemônico, nas suas formas de construção e de conteúdo, e que portanto denuncia em sua práxis a prática tradicional do Estado. O que é curioso é que este processo seja liderado por técnicos de saúde que atuam no aparato estatal e que atuam na Rede, inclusive em conflito com seus superiores. A Rede foi a forma encontrada para gerar poder através do debate e da articulação de ações coletivas, já que esse tipo de espaço inexistia dentro do Estado como espaço livre, onde as diferenças possam ser expostas livremente e pactuadas em torno da leitura consequente da realidade. Mas diferente do que possam pensar os dirigentes do Estado, o objetivo da RBCE não é assumir o espaço formal do governo. O que se quer é influir nos fundamentos e no exercício do poder, acedendo aos espaços de decisão que se deseja sejam democráticos e participativos. A resposta do Estado, tem sido a obstaculização da participação da Rede nos fóruns decisórios, acusando-a de monopolizar o debate nacional. Mas quando age, mesmo apropriando-se de idéias da Rede, o Estado não consegue dar as respostas esperadas, criando atritos cada vez mais intensos. A idéia de que as necessidades sociais definam o modelo assistencial e este o modelo de gestão, se choca frontalmente com a política de gestão por portarias não pactuadas com a sociedade (são as medidas provisórias da saúde), fazendo com que cada evento da Rede gere críticas contundentes à forma de agir do governo federal e de muitos estados e municípios. Ao longo desses processos, mais se esclarece a diferença entre estatal, privado e público, e mais se agudiza a necessidade da defesa intransigente do espaço público como espaço de liberdade, diferenciando-o do espaço estatal e do espaço privado. Há que se esclarecer que muitos gestores, em especial os municipais, são aliados de primeira hora da Rede e trabalham com afinco no desenvolvimento do seu ideário.

Os choques tem sido inevitáveis, os atritos são expressão da divergência primária de métodos mais do que de conteúdos, ainda que estes também sejam importantes. Aos poucos se rompe o cartorialismo que estava introjetado nos subordinados através da ordem da lógica burocrática do Estado, onde as prioridades se estabelecem entre os interesses dos grupos no

governo e a lógica da burocracia que utiliza os seus filtros para estabelecer as prioridades, não auscultando as reais necessidades da sociedade.

A RBCE, ao propor a primazia da realidade (necessidades sociais x ofertas = lacunas ou déficits = prioridades de intervenção social), na orientação do debate, criou um processo de denúncia política, de consciência social e de reestruturação da prática. Ao tomar como ponto de partida uma análise acurada da realidade com o intuito de transformá-la, deu cardinalidade e consistência ao debate. Afinal estamos ou não respondendo às necessidades em saúde? Esta orientação tem potencial para quebrar o clientelismo e preencher o vácuo de formulação de verdadeiras políticas públicas, apontando no caminho da democratização radical da sociedade.

Bibliografia:

Alvesson, M. ; Deetz S. (1999) **Teoria Crítica e Teorias Pós-Modernas para Estudos Organizacionais**. In: Clegg, S. ; Hardy, C. ; Nord, W. Handbook de Estudos Organizacionais. Volume 1, São Paulo, Atlas.

Arendt, H. (1999) **A Condição Humana**. Forense Universitária, São Paulo.

Bobbio, N , Mateucci, N, Pasquino, G. (1983) **Dicionário de Política** Editora da UNB, Brasília.

Carvalho, G.I. & Santos, L. (1992). **Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde**. São Paulo: HUCITEC.

Clegg, SR . (1989) **Frameworks of Power**. Sage Publications, London.

De Negri Filho, A (1998) **Bases para uma Política Pública Nacional de Atenção às Urgências e Emergências**. RBCE - Mimeo. Porto Alegre - RS.

Forester, J. (1983) **Critical Theory and Organizational Analysis**. In: Morgan, G (Ed.). Beyond Method. Beverly Hills, CA: Sage .

Gerschman, S. (1995). **A Democracia Inconclusa - Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Giddens, A (1997) **Política, Sociologia e Teoria Social**. Editora da UNESP, São Paulo.

Hirsch, J. (1977). **Observações Teóricas sobre o Estado Burguês e sua Crise**. In: Poulantzas, N. (org.). O Estado em Crise. Rio de Janeiro: Graal.

Huertas, F. (1995) **Entrevista com Carlos Matus - O Método PES**. Edições FUNDAP, São Paulo.

Ministério da Saúde do Brasil. **Norma Operacional Básica do SUS - NOB 1/93**. Diário Oficial da União de 13/05/93.

Ministério da Saúde do Brasil. **Norma Operacional Básica do SUS - NOB 1/96**. Diário Oficial da União de 02/09/96.

Oliveiros, S Fliveiros, SF. (1986) **Os 45 Cavaleiros Húngaros - Uma Leitura dos Cadernos de Gramsci**. HUCITEC, São Paulo.

Rovere, M (1998). **Acerca de Redes**. Boletín de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Buenos Aires, Boletín 24, Año 11.