



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIA POLÍTICA

Gleissany Ribeiro Alves

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE COMO
UM CAMPO DE PODER SIMBÓLICO NO SUS: o caso da política de
transplante de órgãos no Distrito Federal**

BRASÍLIA / JUNHO / 2016

Gleissany Ribeiro Alves

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE COMO
UM CAMPO DE PODER SIMBÓLICO NO SUS: o caso da política de
transplante de órgãos no Distrito Federal**

Dissertação apresentada ao Centro Universitário Unieuro,
como requisito parcial do Curso de Mestrado em Ciência
Política, para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lídia de Oliveira Xavier

BRASÍLIA / JUNHO / 2016

Gleissany Ribeiro Alves

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE COMO
UM CAMPO DE PODER SIMBÓLICO NO SUS: o caso da política de
transplante de órgãos no Distrito Federal**

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Lídia de Oliveira Xavier
Orientadora

Prof. Dr. Renato Zerbini Ribeiro Leão
Membro interno

Prof. Dr^a Maria Liz Cunha de Oliveira
Membro externo
Universidade Católica de Brasília

BRASÍLIA / JUNHO / 2016

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Beatriz Nascimento CRB1/0648

A778l

ALVES, Gleissany Ribeiro

A Política Pública de Saúde de Alta Complexidade Como um Campo de Poder Simbólico no SUS: o caso da política de transplante de órgãos no Distrito Federal / Gleissany Ribeiro Alves – Brasília : Centro Universitário UNIEURO, 2016.

123f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Ciência Política.
Centro Universitário UNIEURO.

1. Ciência Política 2. Saúde Pública 3. Sistema Único de Saúde 4. Políticas Públicas 5. Doação de órgãos I. XAVIER, Lídia de Oliveira (Orientadora) II. Título.

CDU 32:616-089.843(817.4)(043)

Proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio eletrônico ou mecânico, inclusive através de processos xerográficos, sem permissão expressa do Autor. (Artigo 184 do Código Penal Brasileiro, com a nova redação dada pela Lei n.8.635, de 16-03-1993).

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Deus por manter minha fé e força interior, alicerçando meus objetivos.

À minha família, mãe, irmãos e cunhada pelo apoio e fortaleza vital nas minhas conquistas pessoais e profissionais.

Ao meu esposo Nivaldo Chagas pela compreensão, pelo companheirismo e motivação fundamentais nessa conquista.

Aos meus sobrinhos amados Ana Carolina e Enzo fonte inesgotável de alegria e energia.

In memoriam ao meu pai Gonçalo de Castro Alves, pela vida e as lembranças de perseverança nos sonhos.

In memoriam à amiga Ilza Leite Lopes pelos ensinamentos transmitidos com amor e paciência.

Aos professores, pelos aprendizados compartilhados, e em especial minha orientadora Prof^a Dr^a Lídia de Oliveira Xavier e ao Prof. Dr. Fernando Gaiger Silveira pelos conhecimentos transmitidos e por acreditar na viabilidade do meu estudo.

E por fim com todo amor e gratidão por sempre me apoiar e incentivar incondicionalmente em meus projetos, minha irmã e amiga Gleisse Ribeiro.

RESUMO

O presente estudo se propôs analisar o surgimento do Sistema Único de Saúde e mais particularmente, a criação da política pública de alta complexidade em transplantes, e as obrigações e omissões do Estado brasileiro em garantir o direito fundamental de acesso à saúde. A proposta do presente trabalho consiste em verificar de que forma a aplicação dessa política pública é capaz de contribuir ou não na promoção da cidadania, na medida em que promove saúde nos níveis de atenção prestada no SUS, a saber atenção primária, média e alta complexidade. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) durante o processo de redemocratização do Brasil possibilitou a realização dos direitos sociais e a concretização de políticas públicas em diversas áreas. A política pública de saúde de alta complexidade em transplantes no Brasil e no Distrito Federal está inserida nesse processo. Essa política pública requer grande investimento governamental, envolve diversas esferas com trabalho ininterrupto desde a captação até o término da implantação do órgão e tem servido como modelo para outros países por otimizar custos, ser gratuita e de livre acesso para qualquer cidadão que necessite, garantindo o preceito constitucional da cidadania. O presente trabalho teve por objetivo analisar essa Política de grande espectro e repercussão implementada pelo SUS. Como referencial teórico utilizou-se o pensamento de “Poder Simbólico”, descrito por Pierre Bourdieu, para se verificar como estão as relações de poder entre os membros que executam essa política, bem como, qual tem sido o papel exercido pelos gestores. Ou seja, analisou-se essa política como um nicho estratégico para o exercício de poder simbólico. O método escolhido para análise do objeto de pesquisa foi o qualitativo, o que permitiu avaliação diferenciada dos documentos, bibliografia específica e entrevistas realizadas, por meio de questionários, com profissionais e gestores que atuam nos serviços públicos de transplante do Distrito Federal. A pesquisa demonstrou que existe um poder de atuação dos profissionais que atuam na área da política pública de saúde de alta complexidade em transplantes, em comparação a outros setores da saúde, e isso pode ser considerado como um campo diferenciado de exercício de poder, pois percebe-se que os profissionais na área de transplantes, por exemplo, possuem uma atuação específica e privilegiada dentro do SUS.

Palavras-chave: Política Pública de saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Cidadania. Transplantes. Poder Simbólico.

ABSTRACT

The creation of the Unified Health System (SUS) during the democratization process in Brazil has enabled the realization of social rights and the implementation of public policies in various areas. The public policy of high complexity health transplants in Brazil and in the Federal District is part of this process. This public policy requires massive government investment, involves several levels with uninterrupted work from capture until the end of the agency's implementation and has served as a model for other countries to optimize costs, be free and open access to any citizen in need, ensuring constitutional principle of citizenship. This study aimed to analyze this wide spectrum policy and rebound implemented by SUS. As theoretical framework used the thought of "Symbolic Power", described by Pierre Bourdieu to see how are the power relations among the members running this policy and what has been the role played by managers. It analyzed the policy as a strategic niche for the exercise of symbolic power. The method chosen for analysis of the research object was the quality, enabling differentiated evaluation of the documents, research literature and interviews, using questionnaires with professionals and managers who work in public services transplant the Federal District. The research has shown that there is a power of work of professionals working in the field of public policy of high complexity health transplants, compared to other sectors of health, and this can be considered as a distinct field of exercising power, you realize If the professionals in transplantation area, for example, have a specific and privileged operations within the SUS.

Keywords: Public policy in health. Unified Health System (SUS). Citizenship. Transplants. Symbolic Power.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – O ESTADO DA ARTE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	16
1.1 Conceito de Política Pública	16
1.2 Ciclo de Políticas Públicas	23
1.3 Elementos das Políticas Públicas	28
1.4 Políticas Públicas em Saúde	32
CAPÍTULO 2 – A CIDADANIA E A POLÍTICA PÚBLICA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRANSPLANTE À LUZ DA TEORIA DE PODER SIMBÓLICO DE PIERRE BOURDIEU	57
2.1 Cidadania e o direito de acesso à saúde no nível da alta complexidade	57
2.2 A Política de transplantes como recurso de poder simbólico segundo Pierre Bourdieu	69
a) Habitus	69
b) Campo	72
c) Capital e Poder Simbólico: conceitos que se agregam	76
d) Estratégias de dominação: formas de exercício de poder	79
CAPÍTULO 3 – A POLÍTICA PÚBLICA DE TRANSPLANTE NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL COMO UM CAMPO DE PODER SIMBÓLICO	83
3.1 Histórico da Política Pública de Transplantes no Brasil	83
3.2 A Política Pública de Transplantes no Distrito Federal	88
CAPÍTULO 4 – O PERCURSO METODOLÓGICO	107
4.1 Tipo de Pesquisa	107
4.2 Locais de Pesquisa	107
4.2.1 Hospital Universitário de Brasília	108
4.2.2 Instituto de Cardiologia do Distrito Federal	109
4.2.3 Hospital de Base do Distrito Federal	110
4.3 Coleta de Dados	110
4.4 Amostra	111
4.5 Aspectos Éticos	112
4.6 Análises dos dados de discussão dos resultados	112

CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS	134

Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS –SES-DF

Anexo 2 - Questionário para Aplicação de Entrevista com profissionais no serviço público de transplante

Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

INTRODUÇÃO

O presente estudo se propôs analisar a política pública de alta complexidade em transplantes, no contexto do surgimento do Sistema Único de Saúde e mais particularmente, a atuação do Estado brasileiro para garantir o direito fundamental de acesso à saúde. O trabalho consiste em verificar de que forma a aplicação dessa política pública é capaz de contribuir ou não na promoção da cidadania, na medida em que promove saúde nos níveis de atenção prestada no SUS, a saber, atenção primária, média e alta complexidade.

No universo da alta complexidade, a política pública de transplante, embora tenha sido planejada e analisada criteriosamente por muitos anos, também tem obstáculos a superar, mas possui números consideráveis no país e tem relação com a ciência política.

Esta dissertação foi desenvolvida na linha de pesquisa “Estado, Políticas Públicas e Cidadania” do Curso de Mestrado em Ciência Política do Centro Universitário Euro-Americano - Unieuro. A pesquisa aborda o tema política pública, e dentro da Ciência Política, as políticas públicas são objeto de apreciação, pesquisa e estudo, na medida em que através desta é possível analisar a atuação do Estado, sendo possível avaliar como se dá a manutenção dos direitos fundamentais, como o acesso à saúde, um direito fundamental a ser garantido pelo Estado, e assim é possível falar também de cidadania, e dessa forma justifica-se a linha de pesquisa.

A política pública de transplante promove a melhora na qualidade de vida das pessoas, o retorno financeiro a gestores, e a promoção e qualificação da equipe, essa política pública carrega um poder de atuação diferenciada dos demais níveis de atenção de saúde presente no SUS. Diante disso, o referencial teórico da pesquisa consiste na teoria de poder simbólico de Pierre Bourdieu, para se verificar como estão as relações de poder entre os membros que executam essa política, bem como, qual tem sido o papel exercido pelos gestores. Ou seja, o tema da pesquisa consiste em analisar essa política como um nicho estratégico para o exercício de poder simbólico.

O método escolhido para análise do objeto de pesquisa é o qualitativo, o que permite uma avaliação profunda das informações contidas em documentos, bibliografia específica e entrevistas por meio de questionários, com profissionais e gestores que atuam nos serviços públicos de transplante do Distrito Federal.

A afirmação de que o SUS é um sistema de saúde único no mundo, por ser de acesso gratuito a qualquer cidadão, e totalmente público, ou seja, mantido pelo governo, conduz à reflexão de como esse sistema foi idealizado e implementado no Brasil, bem como qual a participação do Estado nesse processo, em garantir um direito fundamental inerente ao cidadão, o direito à saúde, um avanço do texto constitucional de 1988.

Os direitos fundamentais assumem posição de realce na sociedade quando se inverte a tradicional relação entre Estado e indivíduo, e se reconhece primeiramente os direitos e depois, deveres perante o Estado, e que os direitos do Estado em relação ao indivíduo se ordenam ao objetivo de melhor cuidar das necessidades dos cidadãos.

Assim se consolidou a criação do Sistema Único de Saúde durante o processo de redemocratização do Brasil, e possibilitou adquirir direitos sociais e a concretização de políticas públicas em diversas áreas.

Nestes termos, fica explícito a opção do Brasil por um sistema público e universal de saúde, onde deve-se garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não cabendo, em nenhuma hipótese, a limitação de seus atendimentos a um “pacote” mínimo e básico de serviços de saúde, destinado à parcela mais pobre da população.

Desta forma o conselho nacional de saúde define três níveis de assistência à saúde: atenção básica, média e alta complexidade. A atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade, ou seja, inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande profissionais de nível especializado e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento.

A alta complexidade consiste no conjunto de procedimentos, no contexto do SUS, envolvendo alta tecnologia e alto custo, cujo objetivo é propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). A política pública de saúde de alta complexidade em transplantes no Brasil e no Distrito Federal está inserida nesse processo. (CONASS, 2007, p: 42).

O Ministério da Saúde define a política de saúde de alta complexidade na portaria de número 204 de 29/01/2007, como, um conjunto de ações e serviços que visam atender

agravos à saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, transplante, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia.

A política pública de transplante é uma política de grande investimento governamental oriundos de um fundo chamado FAEC (Fundo de Ações estratégicas compensador), o qual garante pronto repasse financeiro em data prevista após realização do procedimento e garante acompanhamento após a cirurgia bem como toda a assistência farmacêutica para uso das medicações imunossupressoras de alto custo pelo resto da vida.

O transplante envolve diversas esferas desde a captação até o término da implantação do órgão. Os gastos com transplante são elevados tendo em vista a logística do transplante envolver equipe especializada e um trabalho ininterrupto. Essa política de transplante busca a melhora da qualidade de vida de doentes acometidos por doenças crônicas. Por fim, essa política tem servido como modelo para outros países por otimizar custos, ser gratuita e de livre acesso para qualquer cidadão que necessite, e também é uma política que promove a qualificação continuada dos profissionais envolvidos. Por atuar nessa área foi despertado o interesse de pesquisar e aprofundar conhecimentos acerca do tema.

O presente estudo teve por objetivo geral analisar a política pública de saúde de alta complexidade em Transplantes, implementada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Distrito Federal, nos hospitais que efetuam transplante pelo sistema público de saúde, que são: Hospital Universitário de Brasília, Hospital de Base do DF e por convênio com o SUS o Instituto de Cardiologia do DF, avaliar se os profissionais e gestores tem percepção de poder na sua prática e como está se promovendo cidadania nestes serviços.

Buscou-se, portanto, através da pesquisa de campo, analisar essa política de grande espectro e repercussão, com significativa intervenção do Estado para torná-la viável, o envolvimento dos profissionais, os enfrentamentos e dificuldades para implementação satisfatória, bem como as práticas de influência e saber próprio, os interesses empresariais, denotando o “poder simbólico” para sua efetiva implementação.

A pesquisa teve por objetivos específicos: a) demonstrar como ocorreu a elaboração e qual o estado da arte da implementação da política pública de saúde no Brasil e seu arcabouço histórico; b) verificar como a política pública de saúde de alta complexidade

em transplantes no DF pode ser considerada como um campo de poder simbólico segundo a teoria de Pierre Bourdieu e qual o papel do Estado nesse processo; c) identificar como a política pública de saúde de alta complexidade em transplante no DF pode ser considerada como um “campo de poder simbólico”, d) descrever o histórico da política de transplantes no Brasil bem como o percurso metodológico da pesquisa.

A pesquisa foi do tipo exploratória, com pesquisa bibliográfica e documental. A metodologia baseou-se na análise qualitativa de fontes documentais tais como relatórios institucionais, estatísticas, base de dados públicos, e coleta de dados, e entrevistas, por meio de questionários, com profissionais e gestores que atuam nos serviços de transplante público do Distrito Federal.

Essa política pública de saúde compreende um campo de saber próprio, grande investimento governamental, prioridade em agenda pública, alocação de recursos, diagnóstico especializado, procedimentos cirúrgicos, tratamento especializado de base tecnológica, treinamento profissional e ampla divulgação. Assim se insere nesse campo a política pública de saúde de alta complexidade em transplantes do Distrito Federal.

Por ser uma política brasileira com resultados expressivos e com grande disponibilidade de financiamento, tem sido amplamente discutida e avaliada, além disso, essa política é alvo de atenção de gestores, de profissionais e governantes, pois melhora a qualidade de vida de doentes acometidos por doenças crônicas, no caso do Distrito Federal especialmente a doença renal crônica, pois os serviços públicos realizam maior número de transplantes de rins. Essa política tem servido como modelo para outros países por ser gratuita e de livre acesso para qualquer cidadão que necessite.

Dessa forma, a política pública de transplantes angaria expressivo investimento financeiro, e prevê esse repasse ao serviço que executa, requer também conhecimento específico e atualizado por parte dos profissionais. Convém ressaltar que para a realização dessa política, os profissionais recebem um diferencial de bonificação por mérito, status, e uma qualificação diferenciada dos demais profissionais de saúde. Essa valoração diferenciada, por exemplo, aporta um dos elementos que podem ser analisados como elementos de exercício de poder segundo a teoria descrita por Pierre Bourdieu em “O poder simbólico”, utilizado como referencial teórico da pesquisa.

Essa teoria defende *capital simbólico* como qualquer tipo de capital seja ele econômico, cultural, escolar ou social. Ou seja, são as competências financeiras, intelectuais,

profissionais, habilidades práticas obtidas ao longo da vida e que dispendem investimentos em tempo, dinheiro e disposição pessoal.

Dessa forma, pode-se inferir pela pesquisa de campo, que existe um poder de atuação empírico dos profissionais que atuam na área da política pública de saúde de alta complexidade em transplantes, em comparação a outros setores da saúde, e isso pode ser considerado como um campo diferenciado de exercício de poder, pois se percebe os profissionais na área de transplantes, por exemplo, detentores de uma atuação específica e privilegiada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), além de formação qualificada.

Assim, eles possuem valor diferenciado no trabalho, ou seja, setor de transplantes dentro dos hospitais recebe mais verba que qualquer outro setor; na maior parte dos serviços é exigida formação específica, bem como a disponibilização de todos os recursos físicos e humanos para a realização dos transplantes, existe também toda uma logística de prioridade no tráfego aéreo para transporte do órgão até a chegada aos hospitais transplantadores.

Verificou-se a atuação do profissional de saúde, na área da política pública de saúde de alta complexidade em transplantes dos serviços públicos do Distrito Federal. Em outras palavras, buscou-se comprovar se o gestor tem a percepção da detenção do “poder simbólico” associado à sua rotina de trabalho e se eles usam esse poder para alcançar, por exemplo, o êxito de implementação, alocação de recursos para a boa realização da política pública.

O presente trabalho foi, portanto, organizado da seguinte forma: no capítulo 1 foi analisado o estado da arte da política pública de saúde de alta complexidade em transplantes no Brasil, a partir dos elementos norteadores das políticas públicas, e delineou-se o conceito e os elementos formadores dessa política bem como a estrutura e implementação de suas diretrizes.

No capítulo 2 foi demonstrado que a política pública de saúde de alta complexidade em transplante pode ser caracterizada como nicho de poder simbólico e para tanto se utilizou como referencial teórico a teoria de poder simbólico defendida por Pierre Bourdieu, onde são abordados também preceitos constitucionais de cidadania, extraídos dos autores Felipe de Melo Fonte, Soares, entre outros.

No capítulo 3 foram analisados os elementos que comprovam os nichos de *poder simbólico* na política pública de saúde de alta complexidade em transplante no DF, bem como o histórico da sua implantação.

No capítulo 4 foi descrito o percurso metodológico e os resultados.

Assim, verificou-se por meio de pesquisa de campo como os critérios de *poder simbólico* descritos no capítulo 2 estão presentes na política pública de transplantes no DF, por meio de questionário aberto. Dessa forma foram entrevistados gestores (chefes dos Hospitais) e profissionais que atuam na atividade. As entrevistas foram realizadas nos seguintes serviços públicos: Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Universitário de Brasília (HUB), Instituto de Cardiologia do DF, que hoje realiza transplantes em convênio com o SUS, Central Nacional de Captação e Distribuição de Órgãos, situada em Brasília no Hospital de Base do Distrito Federal (CNCDO-DF), Departamento de coordenação de transplantes do Ministério da Saúde. Para a realização da pesquisa de campo, o presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS-SES-DF, por meio da Plataforma Brasil aprovado em 25/11/2015, pelo parecer número 50077215.4.0000.5553.

CAPÍTULO 1

O ESTADO DA ARTE DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

O presente capítulo objetiva descrever o processo de elaboração de uma política pública, as fases de implementação, onde daí decorre, o êxito ou insucesso da política, descrição do momento histórico da redemocratização do Brasil, culminando com reestruturação das políticas em saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como trazer conceitos atuais para reflexão.

O processo de redemocratização brasileiro trouxe um maior movimento social em busca de políticas públicas capazes de promover a concretização dos direitos sociais, assegurando assim o cumprimento do dever do Estado em garantir a saúde. A política pública de transplantes no Brasil e no Distrito Federal está inserida nesse movimento. Para tratar do campo da assistência de alta complexidade, como transplantes, é importante recuperar alguns conceitos, primeiramente o conceito de política pública, como esta se estrutura para que o bom êxito de sua realização seja alcançado.

1.1 CONCEITO DE POLÍTICA PÚBLICA

Sendo a área de políticas públicas objeto de interesse da ciência política, foram abordados e discutidos os conceitos de políticas públicas e mais adiante como se dá o papel do Estado quanto à garantia do direito à saúde, nas políticas de saúde vigentes.

Do ponto de vista terminológico e de acordo com a polissemia inglesa, algo que tem muitos significados, usa-se *polity*, para designar esfera política em contraposição a uma esfera da sociedade civil, *politics* designa a atividade política e *policies* a ação pública. A utilização da expressão política pública serve para designar não a política do Estado, mas a política do público, de todos e para todos. Trata-se da política voltada a fazer avançar os objetivos coletivos de aprimoramento da comunidade e da coesão ou da interdependência social (DALLARI, 2006, p. 61).

Nesse conceito observa-se a necessidade do envolvimento do Estado e do público para o êxito de uma política, mesmo porque uma política deve ser traçada e pensada para o cidadão, para um grupo, para a coletividade.

Políticas Públicas são um conjunto de disposições, medidas e procedimentos com a finalidade de orientar a política do Estado e regular as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Podem ser entendidas como todas as ações de governo, atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado, ou atividades de regulação de outros agentes econômicos (VELLOSO, 2008, p.2).

O autor apresenta dificuldades para se conceituar política pública, por questões da própria linguagem, por se tratar de um tema relativamente novo no direito público brasileiro e por ser de interesse interdisciplinar.

Tem-se ainda o uso do termo política pública como linguagem coloquial designando ações estatais, em campanhas eleitorais, em discursos políticos. A definição do termo tem especial conotação política, quando se afirma que as políticas públicas estão a cargo da administração pública (FONTE, 2013, p.28).

Ou seja, a política pública requer participação de muitos entes gestores, mas principalmente precisa de vontade e envolvimento do poder público.

Pode-se inferir pois que a unidade da política é, portanto, a sua finalidade. Pode-se estabelecer então que uma só ação governamental não constitui política pública. Do mesmo modo um único programa não chega a caracterizar uma política pública, sendo preciso o conjunto articulado de programas operando para a realização de um objetivo, como partes de um todo (DALLARI, 2006, p: 62).

Frequentemente a concepção e implantação de políticas públicas constituem respostas a algum aspecto da vida social que passa a ser percebido como problemático, suficientemente forte para demandar uma intervenção por parte do Estado. Esta descoberta de um novo problema social usualmente relaciona-se a informações anteriormente não disponíveis ou não reconhecidas. Ao oferecer respostas institucionais ou, antes, caminhos para solucionar os problemas identificados, o direito das políticas públicas abre espaço para o aprimoramento das condições de vida e para a consecução do ideal de vida boa para as pessoas em dada sociedade. Esta nova faceta legitima o papel do direito enquanto instância mediadora de poder- quer do Estado, quer da sociedade- e de composição de conflitos em sociedade (DALLARI, 2006, p: 54).

Nota-se que uma política pública antes de ser estudada e avaliada precisa ser resposta a um problema social a ser enfrentando e defendido do ponto de vista jurídico.

Assim para Dallari, políticas públicas são programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados, ou ainda, definindo-as em outro trabalho, como programas de ação governamental voltados à concretização de direitos (DALLARI, 2006, p: 63).

Ou ainda, política pública seria o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados, tais como: processo eleitoral, processo de planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial (DALLARI, 2006, p: 76).

Dessa forma a autora enfatiza a atuação do Estado em prover tais políticas públicas, associando-as aos direitos e inclusão das minorias.

Um juízo positivo sobre as políticas públicas desempenhadas por um Estado legitima sua atividade de arrecadação de recursos através da tributação e também a própria existência da burocracia, de custo cada vez maior (FONTE, 2013, p. 30). Ou seja, existe política pública quando o Estado assim a assume, e para tratar desse poder do Estado e como se procedeu à sua reestruturação abordar-se-á nas linhas a seguir tópicos da obra de Bresser Pereira.

Segundo Bresser Pereira, a reconstrução do Estado, foi uma resposta ao processo de globalização iniciado nos anos de 1990, o qual reduziu a autonomia dos Estados na formulação e implementação de políticas, e principalmente à crise do Estado, que começou a se delinear em quase todo o mundo nos anos 1970, mas só assumiu plena definição nos anos 1980. Uma primeira geração de reformas, nesses anos 1980, promoveu o ajuste estrutural macroeconômico, por meio de medidas de ajuste fiscal, de liberalização comercial e de liberalização de preços. A causa fundamental por trás dessa primeira onda de reformas era a crise fiscal do Estado, o objetivo ilusório, caminhar em direção ao Estado mínimo desejado pelos ideólogos neoliberais. Já nos anos 1990, quando essa proposta se demonstrou ser irrealista do ponto de vista econômico e político, surge uma segunda geração de reformas, encabeçadas pela reforma da administração pública, que tem como objetivo principal reconstruir o Estado (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 31).

Essas medidas tiveram grande repercussão na economia à sua época, fato pelo qual Bresser Pereira ainda é citado na atualidade.

O autor ainda ressalta a reforma do Estado, além da reforma administrativa, envolveu também, no plano diretamente fiscal, a reconstituição da poupança pública e a reforma da previdência social, e no plano político, as reformas políticas visando dar mais governabilidade aos governos por meio de constituição de maiorias políticas mais sólidas. Tais reformas e particularmente a Reforma Gerencial, partiram do pressuposto do qual em um grande número de áreas, principalmente social e científica, o Estado pode ser eficiente, desde que use instituições e estratégias gerenciais, e utilize organizações públicas não estatais para executar os serviços por ele apoiados, recusando, assim, o pressuposto neoliberal da ineficiência intrínseca e generalizada do Estado (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 31).

De acordo com Bresser Pereira torna-se essencial dotar o Estado de condições para que seus governos enfrentem com êxito as falhas do mercado. Para isso, é necessário dotar o Estado de mais governabilidade e governança, é preciso além de garantir condições cada vez mais democráticas de governá-lo, torná-lo mais eficiente, de forma a atender as demandas dos cidadãos com melhor qualidade e a um custo menor. Em outras palavras, a reforma do Estado tem como objetivos tornar o Estado mais governável e com maior capacidade de governança, de forma a não apenas garantir a propriedade e os contratos, mas também complementar o mercado na tarefa de coordenar a economia e promover uma distribuição de renda mais justa. Se tais mudanças forem acompanhadas de reformas políticas de caráter democrático, onde aumentem a transparência dos atos de governo e o nível de informação dos eleitores, facilitando a formação de novas coalizões de classes modernizantes, o Estado estará ganhando governabilidade, ou seja, maior capacidade política de governar. Sua capacidade de intermediação de interesses e sua legitimidade perante a sociedade serão aumentadas. Assim governança é a capacidade financeira e administrativa, de um governo implementar políticas, e sem governabilidade é impossível governança (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 33).

Nota-se, pois, decorridos vinte anos do Sistema Único de Saúde e da reestruturação acima proposta, na atualidade ainda se busca essa governabilidade e principalmente a efetiva realização e implementação de políticas públicas capazes de garantir a concretização dos direitos sociais. Da mesma forma os gestores, profissionais, governantes e a própria sociedade se mobilizou para reivindicar políticas públicas melhores, é oportuno o momento para tais movimentos.

Contudo, Fonte (2013) chama a atenção para algo que é essencial sublinhar: No Brasil o estudo de políticas públicas ganha importância com o advento da Constituição

Federal de 1988, com inúmeras tarefas cometidas ao Estado e uma enorme carga tributária impingida à cidadania com o intuito de subsidiar a realização dos objetivos sociais (FONTE, 2013, p. 31).

No âmbito legislativo o termo política pública designa sistemas legais com pretensão de vasta amplitude, os quais definem competências administrativas, estabelecem princípios, diretrizes e regras, e em alguns casos impõem metas e preveem resultados específicos. É importante ressaltar que as leis produzidas com a tarefa de delinear competências inicialmente difusas, são extremamente importantes, na medida em que permitem correlacionar obrigações constitucionais e respectivos entes federativos (FONTE, 2013, p. 32).

Observa-se a existência de um arcabouço legal e jurídico na implementação de uma política pública que não deve ser descartado. No âmbito jurídico, os julgados os quais fazem referência às políticas públicas se limitam a nelas constatar o meio de efetivação das normas constitucionais, tais como: direito à saúde, direito à educação, direito dos presos, direito dos idosos, direito das crianças e dos adolescentes, direito à moradia. Esta definição é correta, porém insuficiente, pois por meio de políticas públicas se efetivam direitos de primeira geração, que exigem ação do Estado e gastos públicos para sua concretização. Para os órgãos julgadores, as políticas públicas estão diretamente vocacionadas à concretização de direitos sociais de cunho prestacional. (FONTE, 2013, p. 37).

Nas ciências políticas há diversas definições de políticas públicas, sendo o consenso existente o de que elas resultam de decisões governamentais e se referem a ações de governo. Tal definição peca pelo excesso e porque reduz o fenômeno das políticas públicas ao aspecto decisório, deixando de analisar a implementação e a avaliação da política adotada, pontos importantes para a ciência política (FONTE, 2013, p.38).

Ou ainda, tem-se as políticas públicas caracterizadas por um curso de ação intencional construído por um ator ou um conjunto de atores para lidar com um problema ou um motivo de preocupação. A novidade dessa definição é a percepção de que as políticas públicas são deflagradas em razão de problemas sociais, promovendo dignidade e cidadania (FONTE, 2013, p.39).

Percebe-se o conceito inserido em aspectos jurídicos, políticos e cada vez mais as políticas públicas são elaboradas em prol das demandas sociais. Nota-se, contudo, que nem todos os anseios sociais e direitos prescritos na Constituição Federal Brasileira estão presentes ou prevalecem na consolidação de uma política pública.

De modo geral os estudiosos do direito tratam as políticas públicas como meios para a efetivação de direitos sociais de cunho prestacional, a serem implementadas pelo Estado, sem embargo de sua importância para a efetivação de direitos não fundamentais. Com relação à definição de política pública, trata-se na verdade, do surgimento de uma nova categoria de relevância para a ciência do Direito (FONTE, 2013, p. 41).

Políticas Públicas podem ainda ser colocadas, sempre sob o ângulo da atividade, como conjuntos de programas de ação governamental estáveis no tempo, racionalmente moldadas, implantadas e avaliadas, dirigidas à realização de direitos e redistribuição de bens e posições que concretizem oportunidades para cada pessoa viver com dignidade e exercer seus direitos, sua cidadania, assegurando-lhes recursos e condições para a ação, assim como a liberdade de escolha para fazerem uso desses recursos (DALLARI, 2006, p. 75).

Como salienta Souza:

A teoria geral da política pública implica a busca por sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. Políticas públicas repercutem na economia e na sociedade, daí porque qualquer conceito de política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (SOUZA, 2007, p.10).

No âmbito do Direito Ana Paula Barcellos, define assim políticas públicas:

Compete à Administração Pública efetivar os comandos gerais contidos na ordem jurídica e, para isso, cabe-lhe implementar ações e programas dos mais diferentes tipos, garantir a prestação de serviços, etc. Esse conjunto de atividades pode ser identificado como políticas públicas. (BARCELOS apud FONTE, 2013, p. 45).

Logo se entende que as políticas públicas compreendem ações e programas para dar efetividade aos comandos gerais impostos pela ordem jurídica que necessitam da ação estatal. São ações executadas pela Administração Pública as quais cabem nessa definição. Além de dar efetividade às normas de direitos sociais, as políticas públicas também servem aos direitos fundamentais de primeira geração, por exemplo, da política de segurança pública, de terceira geração, através da política pública para o meio ambiente e para direitos não fundamentais, como a política de tráfego urbano.

A correlação entre ação do Estado e política pública é algo a se remarcar, pois permite inferir, por regra geral, a execução de políticas públicas dependente de gastos públicos, logo é no processo político-jurídico de definição do dispêndio público onde se encontra a gênese das políticas públicas. É nas leis orçamentárias, nas diretrizes orçamentárias e nos planos plurianuais, todos de iniciativa exclusiva do Poder Executivo e aprovados pelo Poder Legislativo, o ponto de partida das políticas públicas. O resultado final do procedimento é a real prestação de serviços públicos à população e a edição de atos administrativos voltados a tal finalidade (FONTE, 2013, p. 46).

Outra ideia refere, o Estado assistencialista, ou do bem-estar social, ou protetor, como uma construção europeia desenvolvida após a II Guerra Mundial, representando uma tentativa explícita ou implícita de implantar os ideais da democracia social. O ponto central é a participação estatal na sua realização, envolve responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico dos cidadãos (DALLARI, 2006, p. 77).

O conceito de política pública pode ser sintetizado da seguinte maneira: políticas públicas compreendem o conjunto de atos e fatos jurídicos os quais têm por finalidade a concretização de objetivos estatais pela Administração Pública. Assim a política pública pode ser decomposta em normas abstratas de direito (Constituição, leis estabelecendo finalidades públicas), atos administrativos, a habilitação orçamentária para o exercício do dispêndio público e os fatos administrativos em si, como, o atendimento em hospitais públicos, professor num estabelecimento de ensino. O juízo de constitucionalidade pode recair sobre cada um deles, em particular, sou sobre o todo, em todos os casos haverá controle de políticas públicas (FONTE, 2013, p. 49).

Para reforçar o alicerce de uma política pública bem-sucedida, existem requisitos a serem verificados, tais como: cumprimento de orçamento previsto, obedecer às normas e decretos com finalidades públicas, ter aprovação de conselhos de saúde para reafirmar o controle social, ser adequada à realidade local, e não atender à interesses empresariais, coibir e punir a má gestão de recursos públicos.

Ainda no referido às políticas públicas cabe ressaltar a representatividade das políticas públicas frente à sociedade, como um todo ou a seus grupos constitutivos. Nesse aspecto é importante ampliar a noção de governo para incluir não apenas o Executivo, mas o Legislativo e o Judiciário, além de reconhecer, eventualmente, a presença e atuação de grupos de interesse. Assim a política pública é uma ocorrência organizacional, ou mais precisamente, interorganizacional, que é analiticamente mais rica do que a perspectiva individual, por

permitir a observação e o estudo do princípio da divisão do trabalho no processo decisório de governo (MONTEIRO, 2006, p. 251).

Convém ressaltar o quão dispendioso e obsoleto pode se tornar uma política pública quando não foi devidamente planejada, e não contou com estudo e participação dos envolvidos. Por esse motivo abordar-se-á, a seguir, o ciclo de elaboração de uma política pública, ou seja, as fases de implementação.

1.2 CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O Estado é o principal formulador das políticas de desenvolvimento, ao introduzir a dimensão política no cálculo econômico, em busca da constituição de um sistema econômico nacional.

O próprio fundamento das políticas públicas é a necessidade de concretização de direitos por meio de prestações positivas do Estado, sendo o desenvolvimento nacional a principal política pública, conformando e harmonizando todas as demais. O desenvolvimento econômico e social, com a eliminação das desigualdades, pode ser considerado como a síntese dos objetivos históricos nacionais. (DALLARI, 2006, p: 144).

A ideia de que políticas públicas englobam leis, diversos atos administrativos, e fatos tendentes à realização de determinada finalidade nos remete à ideia de procedimento. Daí o reconhecimento das etapas que dão ensejo à formação e execução das políticas públicas. Elas também são ditas cíclicas porque dificilmente as questões que demandaram sua concretização são solucionadas em curto prazo.

São identificadas basicamente quatro fases na concretização de uma política pública: a) identificação da agenda pública, b) formulação e escolha das políticas públicas, c) implementação pelo órgão competente, d) avaliação por mecanismos contidos na Constituição e nas leis. A seguir serão comentados todos esses tópicos e fases de elaboração da política pública.

a) Identificação da agenda pública

Essa fase é de grande importância na elaboração da política pública, pois é a partir dela que são definidas as prioridades e a forma de se alcançar determinado fim.

Decorre da percepção de um problema por parte do governo o qual demanda sua ação. Define-se também que agenda é o processo pelo qual os problemas e as soluções ganham ou perdem, a atenção do público e da elite. Esse processo de definição da agenda pública estende-se ao Executivo. Ainda se esclarece três tipos de agenda, a saber: agenda sistêmica, institucional e constitucional. A agenda sistêmica se refere a pensamentos difusos da comunidade política acerca dos problemas que precisam de intervenção do Estado, por exemplo, construção de escolas, hospitais, algum benefício a ser implementado para famílias carentes. A agenda institucional se reporta às prioridades dos agentes eleitos, geralmente obras com efeito concreto de visualização para as comunidades, por exemplo: construção de prédios, estradas, rodovias. E por fim a agenda constitucional que trata de prioridades públicas as quais encontram fundamento na Constituição e querem se fazer incluir na agenda institucional a cada momento, tais como políticas públicas em saúde, educação, saneamento (FONTE, 2013, p.50).

Nota-se que, para o êxito da política pública faz-se necessário, inicialmente, vontade política para se desencadear as ações, tanto a nível institucional como jurídico, envolvendo diversas esferas de poder, mas o grande causador do insucesso ou falta de continuidade das políticas públicas é a falta de bom senso com relação ao que é realmente fundamental para manutenção da cidadania, ou seja, a garantia dos direitos fundamentais e não políticas eleitoreiras ou com fins de promoção empresarial. Assim será abordado a seguir como se dá a formulação de uma política pública.

b) Formulação e escolha das políticas públicas

A definição das metas públicas, se faz por meio da agenda pública e deve ser efetuada pelas maiorias e valendo-se da Lei, assim a formulação de políticas públicas ocorre num campo de poucas escolhas e de acordo com os limites constitucionais. Cabe ainda ao legislador definir a quantidade de dinheiro que será retirada da sociedade para a realização das metas públicas, bem como da proporção disponível para cada tema de relevância social, o que se faz por meio do orçamento público. O poder Executivo tem papel relevante neste processo.

Na ciência política, existe distinção entre a formulação e a escolha de políticas públicas. A primeira corresponde a uma etapa prévia onde os atores sociais e agentes públicos apresentam diversas soluções para o problema onde o Estado se propôs a resolver e essa

coleta de informações pode ser aberta à participação popular ou restrita a setores particulares do governo. O mais comum hoje é o modelo incremental de análise das decisões em matéria de política pública, onde a ideia central é que os agentes públicos as tomam baseados em acordos entre as forças sociais e políticas envolvidas, normalmente focadas em interesses particulares, e não públicos (FONTE, 2013, p.53).

Como o próprio autor faz referência, nesse momento o agente público deve manter o compromisso com os critérios sociais e não individuais, ou de favorecimento de terceiros. No momento onde a agenda pública se abre para uma determinada proposta é preciso que todos estejam empenhados e comprometidos, pois todo o aparato legal estará disponível. Exemplo disso ocorreu com a política de urgência e emergência o SAMU, o qual só se tornou mais eficiente em 2007, quando teve prioridade na agenda pública no Governo do então presidente Lula, onde o governo federal canalizou recursos e demais insumos necessários para implementação da política a nível nacional. A seguir será descrita a etapa da implementação da política pública.

c) Implementação

Nessa fase os planos e programas normativos deixam o mundo das ideias e convertem-se em ação efetiva do Estado, transformam-se em atos concretos.

Constituem ações dessa fase: edição de atos administrativos para alocação de servidores públicos em determinada atividade, realização de licitações, publicação de editais, realização de empenho e liquidação de despesas, enfim, toda a atividade destinada à realização do planejamento, para realizar a finalidade pública. São considerados algumas limitações dessa etapa: falta de dinheiro, condições sociais, econômicas e tecnológicas adversas, desorganização da máquina administrativa, circunstâncias políticas desfavoráveis e poderes de grupos sociais especificamente afetados. Em todas as situações é necessário estudo dos dados em conformidade com a realidade (FONTE, 2013, p. 57).

Nota-se que esse é o fator mais comum de insucesso das políticas públicas, onde as despesas são mal planejadas e/ou destinadas indevidamente, e poderes e interesses de grupos acabam prevalecendo. Esse exemplo se aplica à atual realidade brasileira e do Distrito Federal. O SUS não teve em suas diretrizes critérios de acesso mais rígidos e menos

democráticos e assim todos têm livre acesso ao sistema inclusive estrangeiros, e nenhum sistema consegue se manter com tamanha magnitude de gastos.

Além disso, o modelo centrado no hospital, e dito hospitalocêntrico, não resolutivo e não preventivo, faz com que o interesse privado continue lucrando, e no caso do Distrito Federal, o arranjo neocorporativo privado se mostra bem atrativo. Existe um arranjo entre diversos atores: Estado com as elites políticas, a sociedade com as elites profissionais, especialmente a classe médica, e o mercado com os fornecedores e prestadores de serviço do SUS, todos querendo manter seus interesses e essas forças é que estão vencendo, pois política pública é a condensação material de forças.

No momento atual com toda a crise na gestão do serviço público de saúde, discute-se a terceirização como solução viável, com implantação de organizações sociais, o que não procede, tendo em vista a saúde ser uma área essencial e dita atividade fim, portanto tem de ser mantida pelo governo. Esse fato tem sido combatido por diversas entidades, principalmente pela precarização imposta ao trabalho, praticando baixos salários e sem garantias trabalhistas, necessitando pois maior discussão e análise. Comentar-se-á a seguir como se efetua a avaliação das políticas públicas.

d) Avaliação

Os mecanismos constitucionais e legais de avaliação de políticas públicas são diversos, são complexos e institucionalmente diversificados, tornando difícil estabelecer limites claros entre os papéis de um e outro órgão de poder, especialmente quanto ao papel do Poder Judiciário, principalmente porque pela ineficácia da gestão os serviços são alcançados mediante judicialização e dessa forma muitas das vezes não se prioriza por urgência, por viabilidade, não se avalia quais situações oferecem maiores chances de reabilitação, o familiar busca na verdade uma morte digna para seu ente.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, são quatro os mecanismos de avaliação de políticas públicas, cujos parâmetros de controle são distintos e envolvem diversas esferas, a saber: 1. Político-eleitoral, 2. Administrativo-interno, 3. Legislativo, 4. Judicial (FONTE, 2013, p. 59).

O primeiro método, o Político, é o mais importante, pois é comum às democracias contemporâneas, se concretiza por meio das eleições para as funções administrativa e legislativa, onde a Constituição permite que os cidadãos julguem, a partir da percepção dos

problemas sociais, os partidos políticos e seus planos de ação. O partido político transformará suas metas em material legislativo, sempre com intervenção das minorias representadas pela oposição e a partir daí a administração pública coloca as metas em prática. Dessa forma o voto é o primeiro e principal instrumento de controle social das políticas públicas.

Outra forma importante de avaliação popular das políticas públicas, é por meio da prestação de contas ao público, muito mais que um dever da Administração Pública o acesso à informação é uma garantia fundamental de cidadania, conforme os incisos XIV e XXXIII do artigo 5 da Constituição Federal de 1988. Atualmente esse controle social é exercido pela atuação dos Conselhos de Saúde, os quais tem reuniões periódicas, e é constituído por representantes da gestão, trabalhadores e usuários dos serviços.

Art. 5 . XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado (CF, 1988).

O segundo método administrativo-interno chama-se controle administrativo ou autotutela, tema abordado em direito administrativo. O autor menciona Medauar, 2004, p. 61, e fala quanto ao objeto de incidência o controle pode ser de legalidade, de mérito e de boa administração, este último compreendendo eficiência, produtividade e gestão. O arranjo institucional destes órgãos de controle e avaliação é confiado a cada ente federativo.

No âmbito federal, o papel de avaliação e controle interno da atividade administrativa é exercido pela controladoria geral da União. O controle interno é fundamental para garantir a observância às regras e aos princípios legais.

O terceiro mecanismo de avaliação e controle de política públicas é desempenhado pelo poder Legislativo e pelos Tribunais de Contas. O controle dos Tribunais de Contas compreende a análise de legalidade e economicidade das ações administrativas. A Constituição Federal de 1988 legou importante papel a tais cortes administrativas, ao determinar que elas deveriam, por iniciativa própria ou por provocação do Poder Legislativo, realizar inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial. (FONTE, 2013, p. 62).

Nota-se todo um protocolo a ser seguido com etapas de participação de várias competências, o qual deveria tornar os processos absolutamente seguros e eficientes, mas ocorre a falta de comprometimento com a causa pública e a impunidade com os gestores e essa realidade precisa ser modificada.

O planejamento também necessário, e previsto na Constituição, em seu artigo 174, é uma possibilidade de controlar a atuação do Estado, pois deve definir a direção e o ritmo que esta irá tomar (DALLARI, 2006, p. 155).

Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado. (CF,1988).

Percebe-se nitidamente o envolvimento necessário dos três poderes para efetivação com êxito de uma política pública, e como é burocrático e difícil o cumprimento de todas as etapas, é necessário maior envolvimento entre as diversas esferas e maior rigidez e seriedade ao cumprimento dos preceitos constitucionais. A seguir serão abordados os conceitos dos elementos formadores das políticas públicas.

1.3 ELEMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para todo e qualquer planejamento é necessário formalidade no cumprimento de etapas, bem como a seleção adequada dos elementos norteadores, no caso das políticas públicas existe legislação própria a ser seguida, bem como os elementos formadores. Esses elementos serão elencados a seguir.

O ciclo das políticas públicas demonstra que elas se radicam em algo inatingível, a agenda institucional, a partir daí ganham cunho jurídico com duas habilitações: as leis orçamentárias e outras leis dando sustentação à prática de atos e fatos administrativos, tendentes à consecução das finalidades públicas, enfim que cuidam do planejamento público (FONTE, 2013, p. 65). O orçamento da política pública depende do planejamento e elaboração da agenda institucional, onde serão traçadas as prioridades. A seguir será abordado o arcabouço jurídico que ampara o financiamento das políticas públicas.

a) Orçamento público

Pode ser visto como um mero instrumento contábil, por meio do qual o Estado organiza suas finanças, tal como o fazem as pessoas jurídicas e os indivíduos de modo geral. São lançadas estimativas de receitas e despesas e durante o exercício efetuam-se os ajustes necessários. Assim o orçamento revela-se essencial à organização do poder público, gerando previsibilidade e estabilidade, elementos desejáveis na vida comum, e crucial ao adequado funcionamento do Estado.

A realização do plano depende da sua previsão orçamentária, ainda de forma parcial. A implementação dos planos dá-se por meio da realização dos investimentos públicos os quais devem estar explicitados nos orçamentos, executando de modo imediato ou em curto prazo os objetivos de médios e longos prazos contidos nos planos.

A Constituição de 1988 buscou a integração entre planejamento e orçamento a média e longos prazos, onde prevê três leis orçamentárias, o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual, que devem estar integradas entre si e compatibilizado com o planejamento global. (DALLARI, 2006, p: 156).

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

I - o plano plurianual;

II - as diretrizes orçamentárias;

III - os orçamentos anuais.

§ 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

§ 2º A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

§ 4º Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional. (CF,1988).

O momento da definição do orçamento é por excelência, a ocasião em que as forças sociais se encontram para decidir quanto de recursos será retirado da sociedade em favor do Estado, e como serão revertidos na atuação deste (FONTE, 2013, p. 71).

Apesar de ser um item previsível tornou-se rotina na cultura de elaboração das políticas públicas o uso inadequado dos recursos públicos, e esse fato precisa ser encarado com maior seriedade e compromisso. As leis existentes coíbem o emprego ilícito dos recursos públicos, o que precisa é aplicabilidade. A seguir será abordado conceito da fase de planejamento, uma das mais importantes para o êxito da política pública.

b) Planejamento público

Essa fase tem tamanha importância podendo ser entendida como sinônimo de políticas públicas. O plano público é entendido como um elemento que se encaixa nas engrenagens e movem a ação pública estatal, pois sem a complementação do orçamento público e a discricionariedade administrativa na ação do Estado, os planos perdem seu interesse e relevância ao menos enquanto determinantes para a execução de políticas públicas.

O planejamento coordena, racionaliza e dá uma unidade de fins à atuação do Estado, diferenciando-se de uma intervenção conjuntural ou casuística. O plano é a expressão da política geral do Estado. É mais do que um programa, é um ato de direção política, pois determina a vontade estatal por meio de um conjunto de medidas coordenadas, não podendo limitar-se à mera enumeração de reivindicações, assim deve estar em conformidade com a ideologia constitucional adotada. (DALLARI, 2006, p: 145).

O planejamento público exige um Estado forte, capaz de direção e coordenação e atende a duas funções essenciais: transparência e racionalização. Ao definir objetivos os quais serão perseguidos pela ação governamental, o planejamento público permite aos indivíduos se prepararem adequadamente para ela (FONTE, 2013, p: 73).

Entende-se o Estado, através do planejamento, como o principal promotor do desenvolvimento. Para desempenhar a função de condutor do desenvolvimento, o Estado deve ter autonomia frente aos grupos sociais, ampliar suas funções e readequar seus órgãos e estruturas. (DALLARI, 2006, p: 158).

Esse planejamento hoje descrito pelas instituições, prevê organização, correto destino dos recursos públicos, e traz ideia de idoneidade por tornar-se público e transparente. Assim tem-se ainda que, não existe planejamento neutro, pois se trata de uma escolha entre várias possibilidades, escolha guiada por valores políticos e ideológicos. A seguir são comentados os fatores que levam à discricionariedade administrativa.

c) Discricionariedade administrativa

O significado desse termo deixa as decisões à mercê do administrador, e este nem sempre atua para o bem da administração pública. A discricionariedade existe em razão das vantagens institucionais da administração pública em relação aos demais poderes na perquirição do interesse público.

Consagrou-se no direito brasileiro o entendimento da realização do gasto público como uma opção discricionária do administrador, tudo em decorrência da natureza autorizativa do orçamento público. Assim a administração pública encontra-se limitada pelos créditos orçamentários, mas não está obrigada a utilizá-los nos programas relacionados, e sequer tem que justificar eventuais contingenciamentos (FONTE, 2013, p. 79).

A questão da distribuição de recursos envolve poder e é a chave que impulsiona a política pública, ou seja, a quais interesses o Estado é sensível, ou quais interesses controlam o Estado, no que tange à direitos sociais e liberais.

São exatamente as vicissitudes da luta política relacionada à distribuição social de poder os determinantes da atuação do Estado em ambas as direções. Assim, a discussão do problema do Estado enquanto agente da promoção eficaz de fins dados, está condicionada em ambas as áreas, pelo problema da distribuição de poder, o que significa precisamente que os fins não são dados, mas surgem da confrontação e do embate políticos. (DALLARI, 2006, p: 93).

É por meio de processos de decisão onde permitam o diálogo entre a sociedade e a administração pública que esta aumenta o grau de eficiência de sua atuação. No Brasil, o Direito Constitucional e o Administrativo consagram o princípio da participação e um grande número de institutos voltados a sua concretização. (DALLARI, 2006, p: 163).

Nota-se a ideia de decisões do poder público ficarem a cargo do administrador como ponto de conflito entre autores, estão mais na dependência de fatores externos e políticos, onde se prevê um certo excesso de liberdade para destinação dos recursos públicos, pois deixa bem a mercê do interesse do administrador e pouco se refere à necessidade pública.

Assim, o interesse coletivo deve sempre prevalecer, com respaldo da própria legislação, considerando também a participação cada vez maior da sociedade nas políticas públicas, respeitando os limites de atuação de cada um, Estado e a população. Por meio dessa

participação e do controle social é que as Políticas Públicas têm logrado êxito, especialmente em atender ao preconizado pela Constituição.

A seguir abordar-se-á conceitos acerca de políticas públicas em saúde, onde a política de transplante está inserida nesse âmbito, e também atendendo a um dos direitos fundamentais, estabelecido na Constituição, que é o direito à saúde.

1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Convém evidenciar nesse tópico os conceitos de Políticas Públicas em Saúde e primeiramente os ciclos de sua elaboração e os critérios necessários para efetivação de políticas públicas na área de saúde. Em seguida, analisar-se-á o contexto histórico da consolidação e da redemocratização da política pública de saúde no Brasil. Finalmente, abordar-se-á a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com a política nacional de transplantes no Brasil.

Segundo Rezende, para se falar de Política Pública em Saúde faz-se necessário abordar o conceito de Saúde, e dessa forma melhorar alguns conceitos produzidos ao longo da história das políticas de saúde brasileiras, e ainda se fazem presentes no discurso dos profissionais da saúde e dos usuários dos serviços de saúde. Todos esses conceitos foram elaborados em cada momento histórico a partir do seu contexto econômico, político, social e cultural e dos conhecimentos científicos vigentes (REZENDE, 2009, p.67).

O atual conceito de saúde pública começa a se delinear no Renascimento, correspondendo praticamente ao desenvolvimento do Estado Moderno, embora possam ser encontradas normas jurídicas dispendo sobre matéria sanitária desde os primórdios da história dos povos. Nesse período um fato importante para a compreensão do conceito de saúde pública foi a preocupação das cidades em prestar cuidados aos doentes pobres em seus domicílios ou em hospitais. Outras medidas também são mencionadas como: manutenção da higiene, uso de medicamentos, eliminação dos resíduos, exercícios físicos. Todos objetivando alcançar e manter saúde. (DALLARI, 2006, p: 247).

É comum ouvir ainda hoje o conceito de Saúde como sendo a ausência de doença e de fato a estrutura da política de saúde tem relação com esse conceito. A organização dos

serviços era centrada no adoecimento do indivíduo. Esse fato pode ser evidenciado nas ações campanhistas, implementadas pela saúde pública, como na assistência médica previdenciária prestada pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas em 1923 e posteriormente pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), criados em 1933.

Essa dicotomia entre saúde pública e saúde curativa, tornou o sistema de saúde marcado por medidas pontuais, fragmentadas e imediatistas. Tal conceito foi melhor definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, definindo Saúde da seguinte forma: Estado de completo bem-estar físico, mental e social, numa compreensão biopsicossocial, e não somente ausência de afecções e enfermidades, configurando importante avanço no entendimento das necessidades dos indivíduos. (REZENDE, 2009, p.68).

Antes de se mencionar uma política pública é necessário reafirmar sua dimensão social, pois a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois o pleno exercício desta se dá com a participação dos indivíduos na sociedade política.

A Constituição promulgada em 1988 afirma explicitamente o direito de todos à saúde. Com efeito, a saúde é reconhecida como direito social de todos os brasileiros e estrangeiros residente no País e, para sua garantia, imposta literalmente como “dever do Estado”. Assim a Constituição define obrigações para todos os níveis de governo da Federação.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF,1988).

As políticas sociais se estruturam em diversos formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Dependendo da política a ser adotada no país, diferentes condições políticas são utilizadas. Em alguns casos, o acesso à saúde pode ser por caridade, benefício adquirido mediante pagamento prévio ou usufruto de um direito de cidadania.

Assim temos que cidadania, pressupõe existência de uma política nacional, onde os indivíduos são incluídos compartilhando crenças em relação ao poder público, à sociedade,

e ao conjunto de direitos e deveres dos cidadãos. Cidadania implica também vínculo jurídico e político, o que requer a participação ativa dos indivíduos (GIOVANELLA, 2008, p.24).

Conceitos como liberdade, igualdade e solidariedade estão na raiz da evolução da cidadania, e na gênese do Estado moderno. Outro importante conceito a ser mencionado é o de Estado. O surgimento do Estado Moderno como poder centralizado, que possui monopólio da força, está vinculado à capacidade de atender às demandas dos cidadãos e legitimar-se como poder que se exerce em nome do povo.

Um exame rápido das Constituições republicanas revela: a Primeira República ignorou completamente qualquer direito social e evitou, referir-se à saúde. Os demais textos constitucionais, até o advento da Constituição promulgada em 1988, limitaram-se a atribuir competência à União para planejar sistemas nacionais de saúde, conferindo-lhe a exclusividade da legislação sobre normas de proteção e defesa da saúde e mantiveram a necessidade de obediência ao princípio que garantia aos trabalhadores assistência médica e sanitária (DALLARI, 2006, p: 253).

Observa-se um caminho árduo trilhado para as conquistas à saúde, atualmente vigentes. A afirmação constitucional do direito à saúde foi fruto da grande participação popular no processo constituinte.

Para o alcance da dita igualdade perante uma comunidade nacional, faz-se necessário adotar padrões de inclusão e para isso mobilização em torno da institucionalização dos direitos universais, que o Estado consegue inserir por meio de políticas públicas, concretizando o status de cidadania. Surgem então os movimentos sociais na segunda metade do século XIX, trazendo transformações importantes para o processo de integração social. A conquista dos direitos civis, políticos e sociais foi responsável pela transformação do Estado, ampliando instituições e políticas públicas relativas à justiça, sistema eleitoral e benefícios sociais, na saúde, educação e assistência social.

A Constituição Federal de 1988, incluiu a saúde como parte da seguridade social em seu artigo 6. Isso constituiu grande avanço por garantir um conjunto de direitos sociais, inovando com um modelo de iniciativa do poder público e da sociedade, destinados a assegurar saúde, previdência e assistência social. Incluir a previdência, saúde e assistência como seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais, como parte da condição de cidadania descrita anteriormente.

Art. 6º: São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (CF, 1988).

A Constituição de 1988 trouxe novo padrão de política social, caracterizada pela universalidade na cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do Estado, subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, ou seja, um arranjo organizacional descentralizado.

Dessa forma, com a descentralização e o novo modelo houve mudança no conceito de política social e nas ações que a fundamentam. Cabe então, discernir entre política social e política de Estado. Quando a política pública tiver por objetivos a consolidação institucional da organização política do Estado, a consolidação do Estado Democrático de Direito e a garantia da soberania nacional e da ordem pública, ela poderá ser considerada política de Estado, ou seja, quando está voltada a estruturar o Estado para que este tenha as condições mínimas para a execução de políticas de promoção e proteção dos direitos humanos. Por outro lado, quando o objetivo das políticas públicas for o de promover ações pontuais de proteção e promoção aos direitos humanos específicos expressos em nossa Constituição, pode-se falar em política de governo. (DALLARI, 2006, p: 235).

Assim temos como exemplo de políticas de Estado: a política de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), onde o Estado deve segundo a Constituição Federal, organizar uma rede de serviços públicos de saúde, capaz de oferecer para a população o acesso integral, universal e gratuito à saúde, dever organizar também uma rede de saneamento, com fins de distribuir água potável, política de segurança pública entre outros. Já as políticas de governo que atuam com ações pontuais, têm-se, por exemplo: Programa Saúde da Família, Bolsa Escola, Bolsa família, Minha Casa Minha Vida, entre outros. Nota-se que essas políticas são dotadas de uma maior flexibilização e servem para aumentar a eficácia e a efetividade de ações, usando a estrutura estatal e mecanismos democráticos já existentes e estabelecidos.

Assim Política Social, segundo (GIOVANELLA, 2008, p.37), é um termo empregado para se referir a todas as políticas permanentes ou temporárias, que os governos desenvolvem voltadas para o bem-estar e a proteção social, está voltada para a coletividade.

A política de saúde em especial envolve diversos aspectos, tais como: sociais, políticos, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais. Envolve gestores, atores políticos, indivíduos e grupos sociais, cidadãos, poderes públicos. Portanto a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado. A sociedade financia pagando seus impostos, o Estado define normas e obrigações, recolhe os recursos e os aloca em programas e ações. O mercado produz insumos e participa da oferta de serviços (GIOVANELLA, 2008, p. 39).

Nota-se na fala dos autores uma dinâmica de mercado organizada a qual deveria ser muito efetiva e trazer plena satisfação do usuário, porém ocorrem falhas nesse processo e o maior prejudicado é o usuário que não consegue acesso aos serviços de saúde quando necessita. Seria omissão do Estado ou dos outros envolvidos ou de ambos?

Entende-se o Estado, através do planejamento, como o principal promotor do desenvolvimento. O Estado deve ter autonomia frente aos grupos sociais, ampliar suas funções e readequar seus órgãos e estrutura. O poder estatal de coordenação dá a consciência da dimensão política da superação do subdesenvolvimento, dimensão esta, explicitada pelos objetivos nacionais e prioridades sociais (DALLARI, 2006, p. 158).

Ou seja, é necessário esse engajamento e compromisso entre Estado e sociedade para o sucesso da política pública, seja ela de saúde ou outro tipo.

Para se consolidar uma política de saúde devem ainda ser considerados os seguintes critérios, segundo (GIOVANELLA, 2008, p. 40)

1. Definição de objetivos
2. Utilização de instrumentos, estratégias
3. Desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes
4. Construção oficial de rotinas, canais para orientar processos decisórios
5. Compatibilização de diferentes projetos sociais
6. Transformação de marcos institucionais
7. Formação de referenciais éticos e valorativos da vida social

Para melhor conhecimento, a seguir será mais bem descrita cada uma dessas fases. Com relação à definição dos objetivos, no item 1, essa pode ser considerada a principal etapa na construção de uma política, uma vez que é a partir daí que se determina a alocação de recursos e o tipo de estratégia a ser adotada.

O conceito mais difundido de política de saúde, e internacionalmente adotado, enfatiza sua característica de estratégia social organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população.

Esta forma de entendimento sobre a natureza da política de saúde está presente na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), assim apresentada: Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, onde definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização as quais definem as regras e incentivos norteadores da provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses.

Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis.

Assim quando se elabora uma política pública é preciso definir quais são seus objetivos e quais os valores norteadores dessa política, isso possui dois efeitos importantes: Primeiro a visibilidade política, permitindo aos chefes de governo divulgar com mais facilidade suas realizações em conformidade com os anseios da população. O segundo é o conceito, que permite ter uma visão totalizante da política, possibilitando avaliar seus rumos (GIOVANELLA, 2008, p. 41).

Existe, porém, um fator limitante ao se ater somente aos objetivos da política, que é a incapacidade de fornecer um instrumental para analisar as realidades concretas da política, daí surge a reflexão, por uma política não estar reduzindo as desigualdades ou melhorando as condições de vida, significaria que não existe política. De forma nenhuma, pois compreender uma realidade implica em interferir em seu curso. Outro fator de relevância é a continuidade.

Uma política de Estado exige uma continuidade, deve ser perene e não pode ser quebrada ao sabor da troca de governantes, devem ser desenvolvidas na sua integralidade. Pode-se até admitir a participação da sociedade civil na implementação de políticas de Estado,

mas sempre de maneira complementar, subsidiária e totalmente subordinada ao Estado. (DALLARI, 2006, p: 238).

Com relação ao item 2, planos, instrumentos e o emprego de estratégias, temos que apenas definir objetivos, não é suficiente para construir políticas efetivas, é preciso compreender os problemas setoriais e desenvolver ferramentas concretas de ação, assim, no caso de políticas de saúde, são necessárias decisões, estratégias, instrumentos, ações (programas e projetos) os quais se orientam no cumprimento de metas.

Dessa maneira quando se enfatiza o aspecto instrumental da política de saúde, pode se visualizar a estratégia de política adotada, seus princípios, núcleos temáticos, ações que serão realizadas, resultados almejados, os responsáveis pela execução, o volume de recursos disponíveis, a origem deles, os indicadores a ser utilizados, a forma de avaliação, ou seja, isso fornece maior concretude e objetividade às ações. Quando se fala desse plano estratégico podem-se visualizar três elementos fundamentais na construção concreta de uma política: o diagnóstico da realidade (a situação atual), os objetivos pretendidos (o que se almeja) e a estratégia a ser adotada (como iremos atingir o que pretendemos), havendo, pois, uma coerência entre as partes do plano, segundo cita (GIOVANELLA, 2008, p. 43).

Quando se percebe a política de saúde pela dimensão estratégica ou instrumental, enfatizamos seu caráter legítimo e organizado, em torno de um programa de ações onde se busca o alcance de objetivos estabelecidos como prioridade pela sociedade, por meio do controle social. Quando focamos apenas as finalidades da política, somente dizemos que a política de saúde está cumprindo seu propósito ou não, mas não o porquê desse comportamento, nem o que fazer de concreto para mudar a situação.

Ainda nesse contexto, quando se pensa nos objetivos almejados para uma política pública, as realidades setoriais, estratégias e instrumentos para modificá-las, é preciso lembrar que as políticas podem afetar e ser afetadas por outras áreas e por outras relações, como as relações econômicas, políticas ou culturais, afetando a dinâmica social e cumprir outros papéis e funções as quais vão além de resolver problemas de saúde, num contexto mais amplo.

No que diz respeito ao desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes, no item 3, é importante saber ao se elaborar uma política de saúde, pensar que seus planos e ações podem produzir efeitos políticos e econômicos, por exemplo efeitos e

transformações na sociedade, produção e distribuição de medicamentos e equipamentos, remuneração de profissionais, ou seja um complexo mercado de produção de bens e serviços que movimentam a economia do país (GIOVANELLA, 2008, p. 46).

Essa análise é importante para diferenciar e mostrar o real objetivo de uma política pública e porque umas não se consolidam. É necessário mencionar a relação de economia entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais, pois os governos costumam ver as políticas sociais, como gasto e não produção, investimento. As forças de trabalho da saúde e educação, por exemplo, geram emprego, contribuem para o desenvolvimento econômico ao impedir mortalidade precoce e ajuda a formar uma força de trabalho mais educada e com melhores condições sanitárias.

Ao se mencionar as arenas, canais e rotinas do processo decisório da política de saúde, no item 4, implica compreender as relações de poder estabelecidas em torno da política de saúde e que afetam o processo decisório onde são definidos os planos, programas, estratégias e alocação de recursos.

A estrutura decisória da política de saúde no Brasil é fundamentada nos seguintes instrumentos, processos e arenas: mecanismos de participação e controle social (Conselhos de Saúde), mecanismos de formação da vontade política (conferências de saúde onde participam gestores e atores da sociedade civil), mecanismos de negociação e pactuação entre os entes governamentais (consórcios de saúde, comissões intergestores bipartite (estados e municípios), comissão intergestora tripartite (representante nacional, estaduais e municipais)). Como se percebe há arenas específicas para cada tipo de decisão há atores que participam de algumas decisões e outras não, há canais de mediação de conflitos e estabelecimento de consenso (GIOVANELLA, 2008, p.52).

Assim também descreve Dallari, conformam-se, portanto, as políticas públicas como atividade primordial da Administração Pública, atividades ademais, típicas de bem-estar, e é consequência direta a necessidade de participação social para sua efetivação (DALLARI, 2006, p. 170).

A Constituição Federal brasileira foi muito além da mera enunciação dos princípios juspolíticos da Democracia e do Estado de Direito e estabeleceu uma série de normas e instrumentos concretos voltados a respaldar a participação de outros entes na administração pública, afirmando o controle social, tais como: Conselhos, Comissões,

Comitês participativos, audiência pública, consulta pública, orçamento participativo. (DALLARI, 2006, p: 165).

Art. 10. É assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação (CF,1988).

Assim se concretiza se exerce e se reafirma a democracia, ratificando o controle social nas políticas públicas. Nesse processo de construção da política é preciso dar ênfase aos interesses de diversos atores e esse processo de lutas e conflitos se desenvolve num espaço legítimo de exercício do poder político.

Nessa luta de poderes o que concerne à assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais, retoma-se ao exposto no item 5, onde entende-se que na construção da política de saúde estabelecem-se relações de poder, de um lado o Estado, como um ator privilegiado e de outro os interesses constituídos e organizados de outras esferas, assim ao definir uma política de saúde, estamos definindo um padrão civilizatório e um modelo de sociedade a ser construído.

Quanto ao desenvolvimento, reprodução e transformação de marcos institucionais, no item 6, entende-se que essas instituições são ditas reguladoras, e são necessárias para regular ou delimitar ação dos atores acima descritos. Assim as estratégias, planos e programas se orientam a partir do desenvolvimento, da reprodução e da transformação de marcos reguladores e estes por sua vez representam sustentáculos compostos por referenciais políticos, econômicos e organizacionais que permeiam e sustentam a política de saúde (GIOVANELLA, 2008, p.56).

Assim a materialização das políticas de saúde, requer instituições e organizações concretas, e nesse cenário o Poder Judiciário assume importante papel para garantir os direitos sociais na medida em que o Estado tem um papel fundamental na garantia dos direitos, como provedor, regulador e financiador dos serviços.

Essa nova forma de gestão e regulação nas políticas públicas, Ferreira, demonstra que as diretrizes principais da administração gerencial podem ser resumidas da seguinte forma: descentralização política, transferindo recursos e atribuições para os níveis

regionais e locais; descentralização administrativa, por meio da delegação de autoridade aos administradores públicos, transformados em gerentes crescentemente autônomos; adoção de formatos organizacionais com poucos níveis hierárquicos, ao invés das estruturas piramidais; flexibilidade organizacional, em lugar de estruturas unitárias e monolíticas, compatível com a multiplicidade, a competição administrada e o conflito; adoção do pressuposto da confiança limitada em substituição à desconfiança total em relação aos funcionários e dirigentes; controle por resultados, a posteriori, ao invés do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos; e administração voltada para o atendimento do cidadão e aberta ao controle social. (FERREIRA, 2009, p:2).

Esta abordagem renovou os paradigmas da administração pública brasileira e exigiu, portanto, a busca de novos métodos e práticas de gestão. Passou-se a construir Programas de Qualidade no serviço público que estivessem alinhados com as novas propostas, onde as organizações públicas tivessem foco em resultados e no cidadão, porém essa realidade ainda não se aplica a todos os serviços.

No que se refere à formação de referenciais éticos e valorativos da vida social, no item 7, consiste na ideia de como as políticas públicas, vistas como ação coletiva e movidas por interesse público, devem ser portadoras de um ideal e um projeto civilizatório, no sentido de que elas não são motivadas apenas pela necessidade de resolver problemas sociais, mas também pela vontade de construir uma nação (GIOVANELLA, 2008, p.62).

Essa definição traz o cunho social o qual a Constituição se refere, e a que deve se destinar uma Política Pública, bem como a quais resultados deve chegar.

Ferreira acrescenta, acerca dos resultados, entenda-se por resultado para o setor público o atendimento total ou parcial das demandas da sociedade traduzidas pelos governos em políticas públicas. Neste sentido, a eficiência e a eficácia serão tão positivas quanto a capacidade a ser produzida mais e melhores resultados para o cidadão, ou seja, impacto na melhoria da qualidade de vida e na geração do bem comum. (FERREIRA, 2009, p: 4).

Para um melhor entendimento das Políticas Públicas faz-se necessária ainda uma análise da historicidade das políticas de saúde, o contexto social, político e econômico, enfim os principais acontecimentos ocorridos em cada período e sua relevância para as políticas de saúde.

Serão abordados alguns acontecimentos históricos, que influenciaram a criação das Políticas Públicas, o surgimento do Sistema Único de Saúde e a promulgação da Constituição de 1988, segregados por períodos, a saber, entre o golpe militar de 1964 e a Lei Orgânica de Saúde em 1990 dividido em 4 momentos a seguir explanados: **De 1964 a 1974** (autoritarismo e privatização), **de 1974 a 1979** (distensão do regime autoritário e articulação do movimento sanitário), **de 1979 a 1984** (o fim do regime militar e a crise da previdência social), e por fim **de 1985 a 1990** (transição democrática e constituição do Sistema Único de Saúde, o SUS).

Período do autoritarismo e privatização: Compreende o período de 1964 a 1974, onde o país teve vários presidentes, a saber: marechal Castelo Branco de 1964 a 1967, general Costa e Silva de 1967 a 1969, Junta Militar em 1969, general Médici de 1969 a 1974.

Nesse período de regime ditatorial o país foi governado por meio de atos do Executivo que suprimiram direitos políticos e civis, foi instaurado o bipartidarismo com o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), da oposição e a Aliança de Renovação Nacional (Arena), partido do governo. Esse período foi marcado por protestos, manifestações, greves, assaltos a bancos, sequestros de diplomatas estrangeiros, suspensão de *habeas corpus* para crimes políticos (GIOVANELLA, 2008, p. 386).

Houve grande reestruturação do Estado por meio de reformas financeira e fiscal de 1964, previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1967, causando diminuição de gastos em políticas sociais. Foi realizada centralização financeira na União, diminuindo poder dos estados e municípios e com isso favorecer acumulação capitalista e fortalecimento do capital privado, segundo (TEIXEIRA et al, 1988).

No período de agosto a outubro de 1969 o Brasil foi governado por uma Junta Militar, composta por ministros do Exército, Marinha e Aeronáutica, devido ao adoecimento do presidente Costa e Silva. Ocorreram sequestros que levaram a libertação de presos políticos, e em setembro de 1969 o governo decretou a Lei de Segurança Nacional, que instituiu o exílio e a pena de morte (GIOVANELLA, 2008, p.387).

Paralelamente, começavam a se desenvolver as primeiras experiências de municipalização da Saúde. O general Médici escolhido pela Junta Militar assumiu a presidência em 1969 e comandou o período dito “anos de chumbo”, onde houve intensa

repressão política associada ao milagre econômico. Houve grande crescimento na economia em detrimento da falta de liberdade.

Nos anos 1970, surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, realizados por instituições acadêmicas e Secretarias de Saúde, que desaguaram, em 1979, num programa de atenção primária seletiva, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). Nesses espaços de construção da medicina comunitária é que se gestou e difundiu-se o movimento sanitário. Coordenado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, o movimento sanitário constituiu-se na base político-ideológica da reforma sanitária brasileira e começava a ganhar magnitude. (CONASS, 2006, p: 23).

O processo de modernização autoritária promoveu grande reestruturação do Estado por meio das reformas financeira e fiscal de 1964 e 1965, previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1967. As reformas administrativa e tributária diminuíram a participação dos gastos públicos no Produto Interno Bruto (PIB). Os investimentos na infraestrutura econômica aumentaram enquanto diminuíram os gastos com as políticas sociais. Houve então uma centralização financeira no governo federal, reduzindo os papéis dos estados e municípios, modelo oposto do atual que preconiza descentralização.

Nesse referido período de milagre econômico, em que o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu, aumentou também o endividamento externo. Em 1974 os efeitos da primeira crise do petróleo indicaram que a estratégia de “crescer para fora” estava esgotada assim o resultado de dez anos de ditadura foi a concentração de renda, arrocho salarial, perda do poder aquisitivo do salário mínimo, aumento dos preços, diminuição da oferta de alimentos, colapso dos serviços públicos de transporte e saúde (GIOVANELLA, 2008, p.389).

Ainda em 1975 houve uma crise econômica internacional que desestruturou a economia brasileira, levando o pobre a ficar mais pobre e rico a ficar mais rico, tendo como pano de fundo o aumento do desemprego, violência, mortes infantis e graves problemas sociais. Uma das consequências deste cenário foi o processo de decadência do modelo previdenciário que valorizava a medicina curativa centrada na atenção hospitalar. A crise econômica trouxe uma queda na arrecadação previdenciária. Com o desemprego aumentou o número de excluídos do sistema de saúde que não conseguia atender a demanda. Verbas da saúde foram desviadas para outros setores e não existia repasse dos recursos da união. Diante

da crise, em uma tentativa de minimizar os danos na saúde e na previdência, em 1981 o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), órgão interligado ao INAMPS, em que técnicos do movimento sanitário foram inseridos para fiscalizar as contas do governo e dos prestadores de serviços no intuito de combater as fraudes no sistema, além de buscar uma mudança e valorização da medicina preventiva ao invés da curativa. Com esta decisão o governo recebeu críticas por parte dos empresários “donos de hospitais” e também de muitos parlamentares que boicotaram o CONASP, deixando este projeto enfraquecido. Um novo modelo que incorporava a saúde, educação e previdência foi lançado em 1983 para amenizar este quadro e beneficiar o setor público e privado; este novo plano consistia em integrar a medicina curativa e preventiva, além da educação nas ações no campo da saúde, denominado Ações Integradas de Saúde (SOARES, 2012, p: 37).

Nesse período no que tange às políticas sociais as principais medidas implementadas foram: Fundo de Garantia por tempo de serviço (FGTS), Programa de Integração social (PIS), Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (Pasep). Outra mudança importante foi no sistema de atenção estatal à saúde, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que significou a centralização administrativa e financeira e uma padronização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados.

A previdência passou a ter função assistencial e redistributivista, apesar de limitada aos trabalhadores com carteira assinada. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde, estimulando um modelo de organização voltado para o lucro, pois os serviços inventavam pacientes ou procedimentos que não existiam ou optavam por procedimentos que eram melhor remunerados, modelo semelhante ao de hoje onde o sistema público de saúde está refém da rede privada e seu corporativismo.

Surge então um cenário onde a saúde pública tornou-se ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população (GIOVANELLA apud ESCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005, p: 392).

No período de 1974 a 1979, no governo do Presidente Geisel, houve distensão do regime autoritário e articulação do movimento sanitário, essa fase foi chamada de “nostalgia das mediações” e considerou-se uma restauração da democracia, só que com exclusão das classes populares e controle militar e alta burguesia. O país precisava restaurar a participação popular e a democracia. (GIOVANELLA, 2008, p. 397).

Uma das primeiras medidas tomadas pelo Governo Geisel foi o abrandamento da censura, porém a abolição completa da censura veio a ocorrer após 1985. Outra importante medida foi a “missão portela”, onde o então ministro da justiça Petrônio Portela, promoveu a reforma da Lei de Segurança Nacional. Ocorreram também eleições, que foram o mecanismo mais importante de reativação da política, com renovação de parte do Senado, para a Câmara Federal e para as Assembleias Legislativas, e o mais importante, com liberdade de propaganda eleitoral (GIOVANELLA, 2008, p. 398).

Em 1974 no começo do Governo Geisel houve alteração no vínculo do Sistema de Planejamento Federal na organização de formulação da política econômica, que visou eliminar o divórcio que até então se observava entre as atividades formais de planejamento e a formulação e coordenação de políticas. Nessa conjuntura o MDB (Movimento Democrático Brasileiro), tornou-se partido de oposição real e significou possibilidade de atuação parlamentar. (MONTEIRO, 2006, p. 257).

A transformação do MDB foi parte de um processo de organização e crescimento da sociedade brasileira e também da sociedade civil, fortalecendo outros movimentos importantes como da Igreja Católica, (CNBB- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e CEBs – Comunidades Eclesiais de Base) movimento estudantil universitário através da UNE (União Nacional Estudantil), da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), ABI (Associação Brasileira de Imprensa), movimento sindical do setor metalúrgico, conhecido como novo sindicalismo, entre outros.

Ao final do governo de Geisel, havia uma crise por ano e os estrategistas lançaram um pacote de reformas constitucionais, tais como: restabelecimento do *habeas corpus* para crimes políticos, fim das cassações, fim do direito presidencial de fechar o congresso. Outro aspecto importante foi a elaboração do II Plano Nacional de Desenvolvimento, que objetivava manter o ritmo de crescimento, apesar das adversidades internacionais, visando ao Brasil tornar-se uma grande potência. A partir de 1977 utilizavam as estatais como instrumento de

captação de recursos externos para manter a atividade econômica privada, período este chamado “estatização” (GIOVANELLA, 2008, p. 400).

No entanto a crise econômica se agravou com o aumento da inflação, o crescimento da dívida externa, diminuição do poder aquisitivo dos salários, diminuição da atividade produtiva e também o crescimento da especulação financeira. No campo social o II PND (Plano Nacional de Desenvolvimento), foi inédito no regime militar, ao reconhecer que a política social tem objetivos próprios e que o desenvolvimento social deveria ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico. Suas prioridades no campo social eram a educação, e a saúde, em particular a assistência médica da previdência social. O II Plano Nacional de Desenvolvimento estabelecia dois grandes campos institucionais – o do Ministério da Saúde, de caráter normativo, com ação executiva voltada para medidas de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária, e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, atuação voltado principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado (GIOVANELLA, 2008, p. 401).

Ao se organizar em junho de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passou a ser o segundo maior orçamento da União, apenas superado pelo da própria União. No comando desta Instituição estava a aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal que preparavam as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos. Outra importante mudança foi a institucionalização do complexo previdenciário por meio da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977 (GIOVANELLA, 2008, p. 403).

A criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, visou tornar mais ágil e menos onerosa a política de previdência social, desmembrando-se a organização – até então centrada no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – em três novas organizações: o novo INPS, o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Trata-se de uma reforma de toda a organização econômica, na direção de promover os processos de mercado e com o intuito de ampliar as possibilidades do crescimento econômico, ou seja, a partir do reconhecimento de que a organização econômica, os controles governamentais, o tipo de planejamento, e a falta de motivação tornavam-se determinantes da inoperância da política econômica (MONTEIRO, 2006, p. 257).

Durante os anos Geisel, o Ministério da Saúde limitou-se a um papel secundário, legalizado e institucionalizado pela divisão de campos institucionais, anunciada na Lei 6.229 que criou o Sistema Nacional de Saúde. Embora a conjuntura fosse desfavorável devido a hegemonia dos interesses empresariais e mercantis, existiam dois fatores favoráveis: a renovação de quadros e o aumento de recursos financeiros. Com um grupo de técnicos com visão racionalizadora houve um resgate do papel condutor da política de saúde do Ministério da Saúde.

A Lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), foi criada no período autoritário, aprovada em regime de urgência, sem emendas, sancionada sem vetos pelo presidente da República Ernesto Geisel. Essa Lei foi apresentada na V Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1975, e foi um marco para a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. A Lei procurou harmonizar e conciliar diferentes interesses, sob uma ótica sistêmica, pluriinstitucional, não monopolista e destinou ações da saúde coletiva ao Ministério da Saúde e a saúde individual ao Ministério da Previdência (GIOVANELLA, 2008, p. 405).

Com essas medidas instituem-se as primeiras medidas que culminariam no surgimento do SUS e o início de uma grande transformação para a saúde pública naquela época.

Em 1977 realizou-se a VI Conferência Nacional de Saúde, que discutiu a situação das grandes endemias, a operacionalização das novas leis federais para a saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional de saúde. A tentativa de regulamentar o Sistema Nacional de Saúde de maneira neutra pelo Ministério da Saúde trouxe intensos conflitos com técnicos defensores do setor público.

Durante o governo Geisel não houve uma substituição do modelo de atenção à saúde, mas uma grande mudança na arena política da saúde. Foi introduzido o conceito de Consciência Sanitária, que segundo Berlinguer (1978) é a ação individual e coletiva para alcançar a saúde enquanto um direito da pessoa e um interesse da comunidade (GIOVANELLA, 2008, p. 407).

Durante os anos Geisel o movimento sanitário começou a ter destaque como pensamento contra-hegemônico, com baixa capacidade de interferência nas decisões institucionais, porém a participação serviu para acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de saúde ou definidoras da política de saúde. Essa experiência

acumulada traduziu-se no governo Figueiredo, desde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsáude), até as Ações Integradas de Saúde (AIS) (GIOVANELLA, 2008, p. 416).

No período de 1979 a 1984 (o fim do regime militar e a crise da previdência social). A partir de dezembro de 1978 começou uma nova etapa do regime autoritário-burocrático no Brasil: a extinção do AI-5, o fim dos poderes discriminatórios e a institucionalização do poder discricionário. O general Figueiredo comprometeu-se com a continuidade da política de seu antecessor para a democratização do país. No primeiro ano de governo foi decretada a anistia política e a reforma partidária. Ocorreram crises no âmbito econômico (altas taxas de juros, dívida externa crescente), social e moral que provocaram o questionamento da legitimidade do regime militar em seu sexto governo após o golpe de 1964 (GIOVANELLA, 2008, p. 416).

A recessão teve repercussões, fragilizando a aliança do regime militar com os empresários, assim como na previdência social que teve suas receitas reduzidas. No entanto no último ano de governo militar, o país havia conseguido recuperar-se economicamente, as contas externas encontraram relativo equilíbrio com aumento das exportações especialmente na área do petróleo.

Entre os grandes projetos desenvolvidos no governo Figueiredo, encontram-se o programa habitacional e o programa de incentivo à agricultura. No entanto a concentração de renda causou crise social e tinha como características o arrocho salarial, o desemprego, e as profundas desigualdades sociais. Nesse período ocorreram quebra-quebra de ônibus e saques a supermercados. Houve ainda crise moral decorrente de denúncias de corrupção e crimes de colarinho branco, provocando perda da legitimidade no regime (GIOVANELLA, 2008, p. 417).

Após a reforma partidária de 1979, que tinha por objetivo dividir a oposição, o governo manteve o controle da transição democrática e evitou a vitória eleitoral dos partidos de oposição. Em novembro de 1982, quatro dias antes das primeiras eleições diretas para governadores, o governo proibiu as coligações partidárias e estabeleceu a vinculação do voto, ou seja, o eleitor só poderia votar em candidatos do mesmo partido e na cédula não apareciam os nomes dos partidos. Ainda assim as oposições obtiveram número significativo de votos,

porém o regime manteve o controle do processo de democratização e articulou a sucessão de Figueiredo, o que ocorreria em novembro de 1984 (GIOVANELLA, 2008, p. 417).

Estava se formando o cenário para o fim da ditadura e toda uma mudança no sistema de saúde estava por vir. Ao final do regime militar, a política de saúde no Brasil exibia acentuadas deficiências e tinha como características: 1) Um duplo comando, fragmentado entre o Ministério da Previdência, que se encarregava da dimensão médico-curativa, e o Ministério da Saúde, que se responsabilizava pela dimensão preventiva. 2) A priorização ao atendimento individualizado e curativo, e não coletivo e preventivo. 3) Uma orientação excludente nos serviços de atendimento público de saúde, que se restringiam aos segurados da previdência, não contemplando a totalidade dos cidadãos. 4) O alto grau de centralização no governo federal e elevada burocratização na condução da política, destacando-se o enorme volume de recursos financeiros e políticos controlados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). 5) Acentuada superposição de atribuições entre os níveis federais, estaduais e municipais no atendimento público. 6) Baixa capacidade de regulação do Estado (RUA, 1998, p. 253).

Nesse ambiente, cresceu o movimento pela reforma sanitária brasileira que, entre 1985 e 1988, se dividiu em duas estratégias. A primeira delas propunha a unificação do setor saúde, no âmbito federal, em um único organismo que se encarregasse tanto do atendimento médico individual como das ações de saúde coletiva, esse órgão seria o Ministério da Saúde. Os defensores dessa estratégia propunham ainda, a universalização do atendimento, independentemente de contribuição previdenciária, a atribuição de papel subsidiário aos agentes privados de saúde, a criação de fundos nacional, estaduais e municipais em que qualquer recurso seria destinado às respectivas esferas.

A outra estratégia defendia a modernização do sistema previdenciário, para tornar o INAMPS mais ágil e eficaz, sem alterar suas funções de prestador de atendimento médico, de financiador das ações de saúde, de controlador e avaliador dos recursos utilizados. Todavia, dados os objetivos de eficiência, eficácia, transparência e agilidade, propunha-se a descentralização da administração e dos serviços públicos de saúde. Vale observar que, embora ambas as estratégias contemplassem a descentralização, não havia uma interpretação consensual do que significaria descentralizar a saúde. Em geral predominava uma concepção operacional, de desconcentração, que não correspondia a um sistema de poder decisório

descentralizado, envolvendo a participação ativa dos governos subnacionais (RUA, 1998, p. 255).

Os avanços políticos para a liberdade democrática provocaram a reação da extrema-direita, com atos violentos, como sequestros, atos com bombas. A crise política foi marcada pelo esgotamento da aliança que sustentava o regime autoritário em conjunto com pressões das reivindicações populares, sindicais e de entidades de oposição liberal, como a OAB (Ordem dos Advogados do Brasil). Iniciando o movimento sanitário, nos anos do governo Figueiredo ocorreram dois importantes eventos: I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, que deu origem às Ações Integradas de Saúde, e a 7 Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.

No final do governo Figueiredo, em 1984 foram realizadas as maiores manifestações de massa da história do país no movimento “Diretas Já”, exigindo eleições livres e diretas para a presidência da República. Assim a eleição de Tancredo Neves, em janeiro de 1985, encerraria um ciclo de vinte anos de governos militares, mas dando continuidade ao processo iniciado pelo General Geisel de transição democrática, sem rupturas e pactuada entre as elites. (GIOVANELLA, 2008, p. 418).

Era o nascimento da democracia que traria um país melhor, com mais transparência e avanços das políticas públicas.

No período de 1985 a 1990 (transição democrática e constituição do Sistema Único de Saúde, o SUS). Nesse período de governo do Presidente José Sarney foi encerrada a censura à imprensa e aos demais meios de comunicação, os partidos clandestinos como PCB e PCdoB, assim como as grandes centrais sindicais puderam organizar-se livremente. Novos partidos foram estruturados. Foi criada uma comissão presidida pelo jurista Afonso Arinos, para elaborar o anteprojeto da nova Constituição. Foi lançado o Plano Cruzado em 1986 que mudou a moeda do país (a primeira de quatro vezes naquela década) e foi adotado o congelamento geral de preços por 12 meses e o gatilho salarial que instituiu o reajuste automático de salários sempre que a inflação atingia ou ultrapassava os 20%. O congelamento de preços até as eleições de novembro de 1986 favoreceu a vitória do PMDB em 22 dos 23 governos estaduais, mas não conseguiu conter a inflação e foi lançado o Plano Cruzado II e a moeda mudou para cruzado novo, porém a economia não apresentou sinais de melhora. Em

janeiro de 1987 foi decretada a suspensão unilateral do pagamento da dívida externa, que não conseguiu equacionar a crise econômica. A seguir foram implantados o Plano Bresser em junho de 1987 e o Plano Verão em janeiro de 1989, que não obtiveram sucesso no combate à inflação. Ao final do governo Sarney entre fevereiro de 1989 e março de 1990, a inflação chegou a 2,751% (GIOVANELLA, 2008, p. 426).

Para Bresser Pereira (1998), a crise brasileira foi um caso paradigmático da grande crise dos anos 80 que ocorreu em quase todo o mundo. Entre 1979 e 1994, o Brasil viveu um período de estagnação da renda *per capita* e de alta inflação sem precedentes em sua história. Só a partir de 1994 com o Plano Real, estabilizaram-se os preços, criando-se as condições para a retomada do crescimento. A causa fundamental dessa grande crise econômica foi a crise do Estado, que vinha ocorrendo mundialmente, mas que no Brasil foi particularmente acentuada (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 40).

Apesar da crise econômica, o processo de redemocratização foi bem-sucedido. Em 1985 foram eleitos os prefeitos das capitais, em 1986 elegeram-se governadores, deputados estaduais, deputados federais e senadores constituintes. A nova Constituição do país, “Constituição cidadã”, definida por Ulysses Guimarães, foi aprovada em outubro de 1988 e as primeiras eleições diretas para a presidência da República ocorreram em outubro de 1989.

Ao final do governo Sarney, a política econômica, conhecida como “feijão com arroz”, em nada alterara a situação de crise, a inflação estourava, não havia negociação favorável à dívida externa, e os investimentos produtivos eram escassos. Nesse contexto foi eleito Fernando Collor de Mello, denunciando a corrupção do governo Sarney e denominando-se o “caçador de marajás”, derrotou o candidato do Partido dos Trabalhadores para dois anos após, ter de renunciar ao mandato antes de sofrer um *impeachment*.

Assim no apagar das luzes, o presidente da República José Sarney assinou decreto transferindo o Inamps para o Ministério da Saúde, estabelecendo, uma nova configuração setorial que seria colocada em ação pelo governo Collor (1990-1992): a unificação da assistência médica previdenciária ao Ministério da Saúde, constituindo o Sistema Único de Saúde, o SUS (GIOVANELLA, 2008, p. 432).

Com essa instabilidade e também a crise aguda da Previdência Social no início dos anos 1980 surgiu, no plano político-institucional, o Conselho Consultivo da

Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) que teve nas Ações Integradas de Saúde (AIS) um de seus pilares.

As Ações Integradas de Saúde foram implantadas em 1983 como um programa de atenção médica para áreas urbanas, numa co-gestão entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e as Secretarias Estaduais de Saúde. Os Secretários Estaduais de Saúde criaram em fevereiro de 1982 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

No final daquele ano, elegeram-se, em pleitos diretos, vários governadores de oposição ao regime militar e, com eles, passaram a ocupar espaços políticos e técnicos importantes nas Secretarias Estaduais de Saúde, participantes do movimento sanitário. Da mesma forma, em 1983, foram eleitos vários prefeitos municipais que deram alento ao movimento de municipalização da Saúde e aos encontros nacionais de secretários municipais de saúde.

Em 1988, criou-se o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Em março de 1986 ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século passado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde. Essa conferência teve desdobramentos imediatos num conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 (CONASS, 2006, p: 24).

Nesta Conferência diferente das anteriores, participaram pela primeira vez os usuários do sistema de saúde, além dos profissionais e prestadores de serviços de saúde, e quadros técnicos e burocráticos. Assim foi discutida e aprovada a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado. Foram elaboradas as bases financeiras do sistema e também criadas instâncias institucionais de participação social. A partir dessa Conferência, se modificaram as bases da organização, deliberação e representação das Conferências Nacionais de Saúde, configurando o modelo que perdura até hoje (GIOVANELLA, 2008, p. 428).

Através desse fórum de discussão de trabalhadores, gestores e usuários, foram traçadas as diretrizes e princípios do SUS, que norteiam ainda hoje as práticas de saúde no país.

Com a criação do SUS o país declarou que todos os indivíduos são cidadãos e possuem direitos fundamentais, valorizando a saúde como um bem intangível. Este modelo de assistência à saúde prioriza a atenção e o bem-estar de toda a população, diferente do modelo anterior mantido pelo regime militar. Houve um resgate da cidadania, o cidadão passou a ter direito a voz, e os excluídos foram incluídos como cidadãos que podiam utilizar o sistema de saúde, como os trabalhadores rurais e os demais negligenciados até então pelo Estado, considerados em tempos anteriores cidadãos de segunda classe que dependiam de hospitais filantrópicos (SOARES, 2012, p: 38).

Os principais desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde foram a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e a conformação da Plenária Nacional de Saúde. A saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado (art. 196), adotando-se o conceito ampliado de saúde formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde. E foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde), sistema universal de atenção à saúde, regido pelos princípios de descentralização, integralidade e participação da comunidade (GIOVANELLA, 2008, p. 430).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (CF,1988).

Essa medida trouxe importantes avanços ao SUS, mas não foi suficiente para o pleno desenvolvimento do sistema de saúde no país, como se observa ao longo desses vinte anos, hoje o sistema não consegue prover acesso e atendimento em plenitude aos cidadãos. Pode-se apontar como uma das causas o próprio provimento de recursos, onde é importante criar uma consciência interna no SUS de que se deverá melhorar também a qualidade do gasto. Portanto, o desafio do financiamento na saúde tem de ser enfrentado em duas vertentes: da quantidade e da qualidade do gasto, e a qualidade dos gastos está diretamente relacionada à melhoria da capacidade e da eficiência da gestão.

A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores da “carteirinha” do Inamps; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes. O SUS pôs fim, em pouco tempo, a essa figura iníqua dos indigentes sanitários, promovendo a integração do Inamps ao sistema público único de saúde. (CONASS, 2006, p: 26).

No entanto a inclusão social não se deu de forma plena como relata Soares, para que todos sejam iguais independentes da classe social, devem-se respeitar dois princípios essenciais: o princípio da Igualdade, pelo qual todos os cidadãos possuem os mesmos direitos e podem invocá-los a qualquer momento, representado no SUS pelo acesso universal e igualitário aos serviços oferecidos, livres de preconceitos e privilégios, de forma gratuita; e o princípio da Equidade, entendida como respeito às diferenças, oferta e acesso iguais de serviços para iguais necessidades, o que significa uma discriminação positiva. Mesmo diante da existência destes princípios, ainda existe um abismo entre o legal e o real no quesito acesso à saúde pública no Brasil, pelo não cumprimento destes preceitos (SOARES, 2012, p: 39).

No que se refere à reforma administrativa, entretanto, só se tornou um tema central no Brasil em 1995, após a eleição e a posse de Fernando Henrique Cardoso. Nesse ano, ficou claro para a sociedade brasileira que essa reforma se tornara condição, de um lado, da consolidação do ajuste fiscal do Estado brasileiro, e, de outro, da existência no país de um serviço público moderno, profissional e eficiente, voltado para o atendimento das necessidades dos cidadãos (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 43).

É necessário ainda atentar para o pensamento de Bresser Pereira, (1998) de que, a previsão para o Estado do século vinte e um será um Estado Social-Liberal: social porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico, e liberal, porque o fará usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, porque realizará seus serviços sociais e científicos principalmente por intermédio de organizações públicas não estatais competitivas, porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, porque promoverá a capacitação dos seus recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 40).

Percebe-se quão pertinente tornou-se essa definição para nossa sociedade, o problema é que o mercado se tornou extremamente competitivo, com tecnologia avançada, mas não existe preocupação em capacitação de recursos humanos nem tampouco preservação dos recursos naturais. Esse fator é de extrema importância envolve questões de sustentabilidade e preservação das riquezas naturais, e tornou-se alvo de interesse internacional.

Convém ressaltar que dentre as muitas lições aprendidas no movimento de reforma sanitária, uma merece ser destacada: a mudança foi alcançada por um longo e duro movimento de politização da Saúde que articulou movimentos sociais, profissionais de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, especialmente parlamentares. Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se, no período de 1989 a 1990, a Lei n. 8.080 de setembro de 1990, que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. (CONASS, 2006, p: 25).

Em 2006, deu-se o Pacto pela Saúde – um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo inter-federativo, que articula o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estende a discussão da Saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para Estados e municípios de forma compartilhada. Assim, o SUS, que foi criado pela Constituição Federal de 1988, teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 70 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). É uma política pública jovem, mas com capacidade de renovar-se continuamente. (CONASS, 2006, p: 28).

O presente capítulo objetivou descrever o processo de elaboração de uma política pública, as fases de implementação, que daí decorre, o êxito ou insucesso da política, descrição do momento histórico da redemocratização do Brasil, que culminou com reestruturação das políticas em saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Depois de um retrospecto acerca das políticas públicas e políticas públicas em saúde, está preparado o âmbito onde é descrita a reconstrução do SUS, da redemocratização com a aprovação da nova Constituição Federal, dita cidadã, onde o Estado assume o dever de garantir saúde, promovendo e articulando políticas públicas. Assim desenvolvem-se políticas que buscam promover cidadania e nesse contexto algumas políticas são mais expressivas que outras umas disponibilizam e agregam mais recursos e tecnologias, assim identifica-se mais poder em algumas políticas. Esse poder simbólico será tratado no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 2

A CIDADANIA E A POLÍTICA PÚBLICA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRANSPLANTE À LUZ DA TEORIA DE PODER SIMBÓLICO DE PIERRE BOURDIEU

Apresentar-se-ão no presente capítulo os conceitos dos termos cidadania, assistência em alta complexidade e como o texto constitucional traz esses conceitos buscando analisar como se dá o acesso à política pública de transplantes e o poder associado à prática da sua implementação.

O presente capítulo objetiva ainda analisar os serviços fornecidos no âmbito do SUS e verificar os nichos de poder existentes dentro desse Sistema. Na realização dessa análise, utilizar-se-á a teoria de “Poder Simbólico” descrito por Pierre Bourdieu, com o intuito de demonstrar o poder associado à política pública de alta complexidade em transplantes. Para elucidar melhor a teoria de Pierre Bourdieu, serão abordados alguns critérios de poder descritos nas suas principais obras, tais como: *Habitus, Campo, Capital e Poder Simbólico, Estratégias de dominação*.

2.1 CIDADANIA E O DIREITO DE ACESSO À SAÚDE NO NÍVEL DA ALTA COMPLEXIDADE

Com a promulgação da constituição de 1988, dita cidadã, a cidadania adquire destaque nas discussões e políticas implementadas a partir de então, com o Estado sendo provedor e garantindo esse preceito constitucional dessa forma serão abordados alguns conceitos.

Assim os conceitos de cidadão e cidadania vêm adquirindo particularidades que não se esgotam na compreensão de serem apenas aqueles que participam dos negócios da cidade. O emprego do termo cidadão veio associado à democracia e assim os homens passam da condição de sujeitos a cidadãos. (LONGHI, 2011, p: 14).

Desde o seu início na Grécia antiga até os dias atuais, utiliza-se o termo cidadania, em benefício de determinados setores das sociedades. Com isso torna-se importante compreender a construção histórica desse conceito correntemente usado na atualidade. A origem do termo vem da Grécia antiga, onde tinha o significado daquele “pertencente à

Pólis”. Na constituição de Atenas, o cidadão traz como direito ou prerrogativa a participação nas práticas deliberativas ou judiciárias da comunidade a que pertence. (LONGHI, 2011, p: 16).

No final do século XVII, os teóricos da burguesia inglesa, a primeira que ascendeu ao poder, formularam com muita clareza os conceitos de liberdade e de indivíduo para desenhar os alicerces da sociedade burguesa em construção. Essa concepção, que tinha em sua raiz a luta contra os privilégios feudais e a defesa da propriedade burguesa contra os ataques arbitrários dos reis e da nobreza (significava o fim das instituições de “sangue” e títulos), também delimitava os parâmetros de cidadania para a nova sociedade: liberdade é, em última palavra, o direito à propriedade (LONGHI, 2011, p: 18).

Fica demonstrado que os preceitos de cidadania estavam ligados aos direitos de liberdade e expressão e estes estão diretamente relacionados aos laços de sangue e as posses de propriedades, ou seja, apenas a burguesia gozava de direitos.

Outro autor menciona conceito similar, quando diz que as pessoas adquiriram progressivamente componentes de certo estatuto que limitava o poder, através do diálogo, participação, proteção contra o arbítrio, delineando processos concretos através dos quais o cidadão participava do poder. Através da gênese do modelo democrático, o indivíduo é o centro da sociedade. Cada homem tem uma identidade e o direito, deve reconhecê-la e protegê-la. (BARACHO, 1995, p: 1).

Nota-se que os conceitos de cidadania foram sendo construídos e alicerçados à medida que o Estado passa a garantir esse direito e quando o cidadão passa a ter direitos de posse e lutar pela manutenção destes e esses direitos estavam diretamente relacionados à posse de propriedades.

Para o filósofo grego Aristóteles, para que exista a cidadania e o cidadão, obrigatoriamente deve existir uma cidade, pois não existem cidades sem cidadãos, assim como não existem cidadãos sem cidades. Neste sentido, as *pólis* deveriam conceber seus cidadãos e permitir condições de bem-estar, pois este é o estágio final e natural do agrupamento humano, desde os mais primitivos até os mais complexos, que por questões de segurança e sobrevivência adotaram medidas administrativas, políticas e econômicas com o intuito de preservar o interesse coletivo. (ARISTÓTELES, 2008, p.34).

Assim o que constitui um cidadão é sua participação ativa no exercício do poder público, isto é, ter o direito de voto nas Assembleias em sua pátria. Não bastava apenas ter

nascido no território, pois não era a residência que definia um cidadão, mas deveria ter função cívica (SOARES, 2012, p: 21).

No entanto a versão moderna de cidadania teve início no mundo pós-Segunda Guerra Mundial. Saído da guerra como potência dominante, os Estados Unidos da América tiveram de pensar numa política que permitisse canalizar o descontentamento social e desse respiro para que o capitalismo voltasse a se estabilizar na Europa.

Surge assim o Plano Marshall, uma política de financiamento dos novos governos europeus para que pudessem reconstruir suas economias e implantar reformas sociais e isto significava estender os direitos sociais aos setores operários atingidos pelas consequências da Segunda Guerra como melhoria dos serviços públicos e a intervenção estatal na economia. (LONGHI, 2011, p: 19).

A disseminação dessa concepção de cidadania foi expressiva, e ela orientou não só as práticas políticas de movimentos sociais de vários tipos, mas também mudanças institucionais, como as incluídas na Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL. Constituição Federal, 1988).

Mais do que um preceito constitucional o direito à saúde se configura como primordial na concepção de cidadania, e evidencia o papel do Estado enquanto provedor desse direito.

Essa concepção de cidadania reivindica o acesso, inclusão, participação e pertencimento a um sistema político já dado. O reconhecimento dos direitos de cidadania aponta para transformações radicais em nossa sociedade e em sua estrutura de relações de poder. Tornar-se cidadão passa a significar a integração individual ao mercado, como consumidor e como produtor. E essa identidade de cada homem vem associada à liberdade e garantia de direitos, vinculados diretamente à democracia (LONGHI, 2011, p: 20).

A liberdade é natural ao homem segundo a Declaração de 1789, que proclama que os homens nascem livres e decorre daí diversos direitos tais como: liberdade política, liberdade individual, liberdade de ir e vir, liberdade de pensamento, liberdade de se reunir.

Outros documentos também vieram contribuir para o ideal de cidadania, como refere Soares, após o término da Segunda Guerra Mundial, a recém-criada Organização das Nações Unidas (ONU), com representação dos países fundadores, criou e homologou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948, documento tido até hoje como referencial para o campo aqui em estudo. Posteriormente, outros documentos foram elaborados, como o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos adotados 1966 na XXI da Assembleia Geral das Nações Unidas, além do Estatuto de Roma de 1998, que criou o Tribunal Penal Internacional, órgão responsável por julgar indivíduos que cometeram crimes contra a humanidade. É quase impossível não associar cidadania a direitos humanos e justiça social, em que os direitos e deveres de cada pessoa devem ser respeitados, privilegiando a autonomia individual e coletiva (SOARES, 2012, p: 25).

Para se garantir o efetivo exercício dessa liberdade optou-se por uma sociedade pluralista e o liberalismo político, cujos alicerces estão no liberalismo econômico com economia centrada no capital privado, empresa privada com jogo de mercado, onde o ideal capitalista promoveu prosperidade e expansão individual. (SOARES, 2012, p: 28).

A partir daí nota-se que a igualdade de direitos passou a ser teórica, a concorrência favoreceu os fortes e surgiu uma sociedade desequilibrada e com desigualdades, evidenciando a ausência ou não de poder.

Apresentam-se então transformações na democracia liberal, consolidando-se a substituição da abstenção do Estado por um intervencionismo diversificado, destinado a respeitar a democracia, reduzir as desigualdades e proteger os fracos contra os fortes. Ocorre enriquecimento dos direitos e liberdades, os que os constituintes e legisladores denominaram liberdades omitidas ou desconhecidas. Formulações abstratas e vagas são abandonadas e dão lugar ao reconhecimento de direitos concretos dos indivíduos, situados em seu contexto social e econômico (BARACHO, 1995, p.2).

Assim surgem os primeiros direitos de grupos, como associações, sindicatos, e direitos econômicos e sociais ampliam os direitos civis já existentes como: direito ao seguro social, ao trabalho, ao lazer, à educação, à cultura, à greve, configurando-se então, a

participação do cidadão no poder, com a finalidade de garantir esses direitos e conquistar ainda mais.

Na fase de elaboração da teoria geral da cidadania, ficaram definidos os meios diretos ou não de participação dos cidadãos no exercício do poder: democracia direta, democracia representativa, democracia semidireta, mandato imperativo, veto popular. Assim foi sendo lapidado o modelo constitucional vigente, e nota-se que, as Constituições que antecederam a de 1988, traziam o termo cidadão para se referir apenas àquele nascido na nação brasileira (BARACHO, 1995, p.3).

Como evidencia o autor os preceitos de cidadania nas primeiras constituições eram muito elementares, tratavam apenas de nacionalidade, a partir da Constituição de 1988 esse conceito foi ampliado e melhorado, quando passou a tratar de direitos e deveres, do Estado e do cidadão.

A cidadania é exercida quando o Estado, a sociedade e a família participam em conjunto, onde cada participante cumpra seu papel de forma a valorizar os direitos e deveres de cada um. Na visão de Marshall a cidadania no século XIX pouco evoluiu para minimizar as desigualdades sociais, porém, criou condições para uma discussão e criação de políticas que exigissem direitos iguais a todos os participantes de uma sociedade no século XX (SOARES, 2012, p: 28).

Assim os direitos fundamentais passam a ter um conteúdo social, através da introdução dos direitos sociais, referentes ao trabalho, assistência e atividade econômica, ao lado dos tradicionais direitos fundamentais individualistas. Surge assim uma nova interpretação dos direitos fundamentais, mas somente por meio do processo de redemocratização do Brasil, decorrente de manifestações da sociedade sobre a real função do Estado, é que em outubro de 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil.

A Constituição de 1988 retomou o pleno Estado de Direito Democrático pós-regime militar, restabelecendo e fortalecendo os direitos individuais e coletivos, bem como as liberdades públicas. À época o então deputado Ulisses Guimarães batizou-a de Constituição Cidadã, por abordar e garantir direitos fundamentais individuais e coletivos, protegendo a família, a criança, o adolescente, o idoso, a mulher, o índio, o meio ambiente com sua diversidade e recursos naturais, o patrimônio genético do bioma brasileiro, além de abranger temas de cunho econômico como política urbana, agrícola, reforma agrária e outros (SOARES, 2012, p: 32).

Nesse contexto ampliado dos direitos fundamentais é que surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil na década de 1980 e que demonstra a construção de um processo democrático também na área da saúde. A Constituição brasileira de 1988 afirmou a obrigação do Estado brasileiro de conceder a todos os cidadãos o direito fundamental de acesso à saúde. Assim a articulação entre saúde e desenvolvimento, no atual estágio capitalista, vem ganhando espaço, no campo científico e em investimentos.

Nesse âmbito temos que, a definição de Estado é um conjunto de forças que ocupa o poder em vários níveis (municipal estadual e federal). No entanto, sua estrutura é estatal, e seu desenho autoritário continua intocado e resistente aos impulsos democráticos.

Percebe-se, ao longo da história das Conferências Nacionais de Saúde, por exemplo, o surgimento de um conjunto crescente de demandas por saúde, fruto de movimentos sociais organizados que reivindicam a inclusão, na agenda política, de novas prioridades, cada vez mais específicas e complexas. Um dos efeitos dessa inclusão é a recorrente reivindicação de mais espaços públicos de participação da sociedade civil na tomada de decisão e controle sobre as políticas de saúde, forjando diferentes rearranjos institucionais de vocalização das demandas por saúde, tais como colegiado de gestão, fóruns e ouvidorias públicas. (PINHEIRO, 2004, p: 10).

Assim torna-se evidente a necessidade de convivência entre práticas fundadas na democracia participativa e na democracia representativa, como nexos constituintes de garantia dos direitos de cidadania, o que exige maior envolvimento das instituições aos valores democráticos inerentes ao processo de consolidação da saúde como direito e como serviço. Ou seja, é preciso envolvimento, participação popular, controle social, no fortalecimento da democracia.

Por ser a cidadania algo construído e conquistado diariamente, o objetivo primordial é alcançá-la por meio da liberdade de consciência, da vontade de participar do processo de construção de uma nação. Para isto é necessária uma mudança de postura e ter conhecimento dos direitos à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade de direitos, enfim, direitos civis, políticos e sociais, e ter responsabilidades em prol do bem comum. (PINHEIRO, 2004, p: 11).

Nesse sentido, o direito à saúde, como um direito de cidadania, assume caráter de estratégia política, que se baseia numa abordagem afirmativa dos problemas apresentados pela

população, com participação da sociedade civil. Os efeitos dessa abordagem têm sido o surgimento de respostas governamentais caracterizadas por práticas que associam o exercício da democracia à participação política em diferentes espaços públicos, estatais ou não, a institucionalização do controle social na fiscalização das ações do Estado e a garantia de acesso a bens e serviços de saúde. (PINHEIRO, 2004, p: 12).

Ou seja, é preciso consolidar a ideia de pensar as relações sobre a democracia e a saúde, a partir da análise crítica das práticas de participação e controle social da sociedade civil em diferentes espaços públicos das políticas de saúde, entendendo que seu efetivo exercício possa configurar novos arranjos institucionais, capazes de repercutir na cultura política do país e ajudar na construção de políticas mais justas e solidárias.

O texto constitucional de 1988 define o direito à saúde de forma ampla, envolvendo várias dimensões da vida social e da atuação da esfera pública. Saúde representa não só atenção à saúde, mas também sua promoção e prevenção, além de educação, trabalho, habitação, condições dignas de vida, entre outros fatores. Dessa maneira começou a ser implementado o Sistema Único de Saúde. (COHN, 2013, p. 222).

Nesse momento tem início os avanços na área da saúde, mas também os problemas que marcam hoje o setor e que tendem a distanciá-lo de um projeto de desenvolvimento, ou dito de outra forma, da saúde como direito de todos como um fator de desenvolvimento do País, pois com a má gestão e o constante crescimento populacional desordenado e sem planejamento, o cidadão fica à margem desse acesso à saúde.

Pensar a articulação entre saúde e desenvolvimento implica enfrentar a questão crucial de se retirar das forças do mercado a determinação exclusiva da expansão econômica e da gestão da força de trabalho, objetivando acima de tudo o lucro. Implica que se retomem os princípios da seguridade social inscritos na Constituição de 1988, a qual tem, como proposta para a área da saúde, o SUS, com os princípios da equidade, da universalidade, e da integralidade da atenção à saúde para todos os cidadãos, independente da sua condição no mercado. (COHN, 2013, p. 223)

Isso significa que é preciso restaurar os princípios do SUS adotando novas práticas de gestão e financiamento, bem como reorganizar o acesso, pois o modelo de vinte anos não atende à demanda atual e principalmente maior respeito e comprometimento com os recursos públicos.

Os bens e serviços de saúde são necessários ao desenvolvimento dos indivíduos e de suas potencialidades e também o preparo para o exercício da cidadania, como previsto na Constituição de 1988. No Brasil assim como nos países em desenvolvimento, a saúde é parte integrante das políticas sociais, por garantir proteção social.

Para Nitão, o ideal da Reforma Sanitária Brasileira, teve por principais pontos, ainda que balizados pela concepção de que a saúde vinculava-se obrigatoriamente a questão da democracia, os seguintes: a saúde é um direito universal e inalienável do homem; são as condições de caráter socioeconômicas as que viabilizam a preservação da saúde; as ações médicas detêm responsabilidade parcial, porém intransferível na promoção da saúde; diante do caráter social desse direito cabe à coletividade e ao Estado a sua efetiva implementação (NITÃO, 2009, p: 90).

O ideário da Reforma Sanitária consistia ainda na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público, e descentralizado. O que estava em questão era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde.

O que se buscava, com a descentralização, era não só maior racionalidade do sistema de saúde, mas fundamentalmente a valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se, assim, uma estratégia de ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder (NITÃO, 2009, p: 92).

A ampliação da atuação da sociedade civil estendendo sua participação nas escolhas das políticas públicas, nos processos decisórios definidores da agenda do país, constituía o norte político do movimento sanitário. Sem a participação direta e permanente da sociedade civil, qualquer modelo de atenção à saúde nasceria com grave distorção em sua concepção inovadora.

Assim ratifica-se a responsabilidade do Estado em fornecer essas condições e a importância do controle social. A saúde adquire o significado de elevação da consciência social e sanitária a respeito de seus condicionantes e determinantes, além do reconhecimento do direito inalienável da cidadania, garantindo-se pelo acesso universal, gratuito e igualitário ao SUS e a participação da comunidade na definição e prioridades das políticas e da gestão.

Os serviços fornecidos pelos SUS são de caráter universal e de acesso igualitário a todos os cidadãos. Esses serviços públicos primam também pela integralidade, que quer dizer atender o indivíduo em todas as suas necessidades, e não como hoje incentivam as faculdades na formação de especialistas e de subespecialistas, que fracionam o corpo humano em partes isoladas e estanques, desconsiderando a complexidade da vida e da constituição orgânica do ser humano em sua plenitude.

O SUS é um sistema de saúde organizado e estruturado em níveis de complexidade crescentes, desde ações e serviços simplificados disponibilizados por unidades do programa saúde da família, passando pelas unidades de média capacidade de resolução como os centros e postos de saúde, até atingir as unidades hospitalares, por sua vez também hierarquizados por níveis de complexidade organizados em níveis de atenção de acordo com a especificidade (NITÃO, 2009, p: 177).

Assim diversos são os serviços fornecidos no âmbito do SUS dentro de suas especificidades como, por exemplo: serviços de atenção básica; serviços de média e de alta complexidade.

Os serviços de atenção básica possuem enfoque preventivo e são, por exemplo, as atividades exercidas no “programa saúde da família”, e centros de saúde, tais como: vacinação, pré-natal, atendimento aos programas de diabetes, hipertensão arterial, atendimento a jovens, crianças e idosos entre outros.

Os serviços de média complexidade englobam as atividades hospitalares com o apoio diagnóstico de raios-X, exames laboratoriais e/ou internação. E por fim, os serviços de alta complexidade envolvem aqueles tratamentos com custo mais elevado. Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise e transplante); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota

craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida. (CONASS, 2007, p: 18).

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia.

Ou seja, são os serviços de tratamento clínico, cirúrgico, reabilitação, acompanhamento pré e pós-operatório UTI (Unidades de Terapia Intensiva). Fazem parte desse tratamento as neurocirurgias, os transplantes, as cirurgias cardiovasculares, ortopédicas entre outros¹.

Ocorre ainda que os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando verdadeiramente necessários), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS, ocasionando filas de esperas e demandas não assistidas.

É preciso mencionar também que decorridas duas décadas da criação do SUS algumas metas foram atingidas e outras ainda são promessas. Como refere o autor, há um conjunto de importantes vitórias a serem consideradas como êxito do movimento sanitário. São elas: o reconhecimento formal da saúde como um direito do cidadão; o direito universal e gratuito ao acesso aos serviços e ações; a direção única em cada esfera de governo, respeitando-se a federação; a descentralização e desconcentração do poder; a cidadania como necessidade e possibilidade extensiva a todos para ter-se “saúde”; a ampliação da permeabilidade do Estado às demandas da sociedade civil; a criação e expansão de programas como o PACS/PSF; o crescimento exponencial do atendimento médico-sanitário e de sua

¹ Conforme portal do Ministério da Saúde: <http://portalsaude.gov.br> “política de Média e Alta complexidade.

produtividade (mais de 1,5 bilhão de consultas ambulatoriais em 2004; 200 milhões de exames laboratoriais; 12 milhões de internações; 1 milhão de tomografias, etc.), disciplinamento, regulação e realização de 23.400 transplantes, desenvolvimento, implantação e ampliação de sistemas de informatização e informação em saúde, entre outros avanços. (NITÃO, 2009, p: 111).

Decorrido todo esse tempo o SUS ainda enfrenta um conjunto de obstáculos não superados, tais como: o financiamento aquém das necessidades do sistema; o conceito de seguridade social permanecendo sem a devida integração das áreas afins sem ações intersetoriais; a carência de bases sociais que explica, em grande parte, a precariedade do ambiente político que atualmente sustenta o SUS; o corporativismo, notadamente dos médicos, em decorrência da baixa valorização profissional traduzida em remunerações baixas e discrepantes entre os profissionais com atuação em setores e instâncias governamentais diferentes como consequência da não criação de um piso nacional; os fóruns e instâncias consultivas e deliberativas com pequena capacidade de intervenção real nas definições de prioridades; supremacia da esfera federal na decisão de políticas para o setor; a persistência de políticas clientelísticas e partidarismos na gestão do sistema; ausência da carreira de gestor; a integralidade e igualdade que continuam apenas como retórica; entre outros. (NITÃO, 2009, p: 112).

Por esses motivos os princípios e diretrizes do SUS têm caído em descrédito e passam a alimentar as críticas de setores de serviços privados e segmentos populacionais que visam minar os esforços de construção e consolidação de um modelo de atenção à saúde que, mais amplo do que um setor, passa a contribuir para reformas estruturantes e modernizantes do estado e da sociedade civil com vista à justiça social.

Apesar das dificuldades o financiamento para cada área dos serviços de saúde do SUS, segue os dispositivos presentes na Constituição brasileira. De acordo com o sistema federativo brasileiro o tema saúde possui uma descentralização e gerenciamento dos recursos. Todos os entes da federação são obrigados a fornecer os três níveis de serviços (básico, média e alta complexidade) e para tanto contam com financiamento federal, estadual e municipal em um regime de responsabilidade compartilhada. Ressalta-se que quanto maior a complexidade do serviço fornecido na proporção serão as tecnologias e recursos humanos e financeiros utilizados.

Os procedimentos de média e de alta complexidade são financiados com recursos do teto MAC (média e alta complexidade) e também pelo FAEC (Fundo de ações estratégicas e compensação), conforme o atributo de nível de complexidade e forma de financiamento definido para cada procedimento da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), de acordo com a Portaria MS/SAS nº 224/2003 e pela tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Na Portaria GM/MS nº 204/2007, está previsto que os recursos atualmente destinados ao custeio de procedimentos financiados por meio do FAEC (exceto transplantes, procedimentos realizados por Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário e novos procedimentos até a definição de sua série histórica para sua incorporação ao MAC), serão incorporados ao limite financeiro da média e alta complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios, em ato normativo específico, observando as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). (CONASS, 2007, p: 46).

Dessa forma configura-se a atuação efetiva do Estado na questão de aporte de recursos para o desenvolvimento de políticas públicas com êxito, e garantir o acesso da população à saúde, princípio da cidadania.

Percebe-se que os procedimentos e sistemas criados para garantir o acesso a saúde no Brasil ainda não são suficientes para se garantir a plena realização da cidadania. Como ressalta um autor², a democracia política não resolveu os problemas econômicos mais sérios, como a desigualdade e o desemprego. Problemas da área social como o acesso aos serviços de saúde, saneamento e educação ainda são os desafios a serem alcançados.

Nota-se que o financiamento para transplante não é incorporado ao limite financeiro da média e alta complexidade, o repasse é por produtividade, então traz lucro e isso desperta o interesse dos gestores e serviços. Esse lucro que vem acrescido de valor financeiro desperta ganância e promove status, acresce títulos e empoderamento e isso remete à Teoria de Poder Simbólico de Pierre Bourdieu, a qual se tratará a seguir.

2.2 A POLÍTICA DE TRANSPLANTES COMO RECURSO DE PODER SIMBÓLICO SEGUNDO PIERRE BOURDIEU

Para elucidar melhor a teoria de “Poder Simbólico” de Pierre Bourdieu, faz-se necessário abordar alguns critérios de poder descritos nas suas principais obras, tais como: *Habitus, Campo, Capital e Poder Simbólico, Estratégias de dominação* e como esses conceitos estão presentes na política de transplantes. Abordar-se-á também alguns conceitos de poder.

a) HABITUS: uma forma de conhecimento

Habitus, como indica a palavra, é um conhecimento adquirido e também um haver, um capital adquirido por um agente em ação. (BOURDIEU, 1983, p. 67). Observa-se que o conceito de *habitus* comporta não um produto matemático, mas sim uma espécie de sentido do jogo que não tem necessidade de raciocinar para se orientar e se situar de maneira racional num espaço. (BOURDIEU, 2007, p. 62).

O termo *habitus*, representa estruturas que ultrapassam o nível da consciência e promovem a mediação entre as estruturas sociais e práticas de cada indivíduo, ao longo da vida, por meio de condicionamento, sempre atualizada de acordo com a prática. (BOURDIEU, 1998, p. 61).

A partir do exposto acima, observa-se a ideia de um conceito dinâmico, adquirido por meio de práticas sociais, acúmulo de saber e experiência, e que é elaborado e atualizado conforme conhecimento e vivências. Uma das inúmeras razões da particular dificuldade das práticas em ciências sociais está no fato de existir nas relações sociais aspectos ligados a uma grande ambição e também necessidade de atitudes de humildade. Ou seja, ambição para se buscar novos conhecimentos, realizações pessoais e por outro lado, humildade para aprender e dominar o conjunto de conhecimentos necessários para a realização de um feito. O *habitus* engloba esses dois aspectos formalizando-os e incorporando-os como atitude indispensável para se totalizar a prática e o conjunto de saberes e de saber-fazer acumulados em todos os atos de conhecimento. (BOURDIEU, 2007, p. 64).

Habitus consiste num sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas (BOURDIEU, 1983, p. 65).

O termo *habitus* é caracterizado como sendo um sistema de disposições duráveis e socialmente constituídas que, incorporadas por um agente ou um conjunto de agentes orienta e possibilita o indivíduo a agir em suas práticas sociais e assim dão significado às suas ações e representações. É um conhecimento adquirido e também um capital adquirido por um agente em ação, frisando assim o primado da razão prática (BOURDIEU, 2007, p. 191).

O termo *habitus*, para Bourdieu (2007, p. 194), representa estruturas que ultrapassam o nível da consciência e promovem a mediação entre as estruturas sociais e as práticas individuais. É importante salientar que o *habitus*, sendo constituído ao longo da vida do indivíduo e sendo produto de um trabalho de imposição e condicionamento, é uma estrutura sempre atualizada diante das novas situações e das ações práticas dos indivíduos. Assim, o *habitus* é constituído por um conjunto de habilidades que são adaptadas a um determinado campo ou situação.

Para Setton (2002b, p. 62) o conceito de *habitus*, leva ao rompimento com as interpretações deterministas e unidimensionais das práticas, pois a experiência acumulada no curso de uma trajetória individual é produto da socialização do indivíduo em diferentes momentos, com condicionamentos, caminhos e espaços distintos vivenciados na família, na escola, no trabalho, em grupos de amigos e com a influência direta da cultura de massa agindo em cada pessoa.

Por meio das múltiplas interações, Setton (2002b, p. 69), menciona que é possível identificar a tendência de forjar outro *habitus*, e de pensar na construção de um novo agente social portador de um *habitus* alinhado às pressões modernas. Para Bourdieu (1983, p. 89) a maior parte das ações dos agentes sociais pode ser considerada como o produto de um encontro entre um *habitus* e um determinado campo ou conjuntura onde esse *habitus* poderá ser aplicado e onde haja objetos de disputas e pessoas prontas a realizar o jogo.

Nota-se que os conceitos de *habitus* e *campo* estão num mesmo âmbito e coexistem, uma vez que se identificam por meio de convívio social. Dizem respeito às habilidades adquiridas para se manter num determinado *campo*, ou seja, num meio.

Trazendo o conceito de *habitus* para a área da Saúde, esse seria expresso pela linguagem, pelos termos técnicos próprios da área de saúde, pelas habilidades desenvolvidas pelos profissionais ao longo da sua formação e prática profissional. Ou seja, é o conhecimento que permite, por exemplo, a um enfermeiro administrar uma medicação por via endovenosa, ou a um habilidoso cirurgião realizar cirurgias especializadas. *Habitus* na saúde seria também protocolos de procedimento, manuais de normas e rotinas que permitem aos profissionais da área agir em conformidade para cada situação e de maneira padronizada.

Na área dos transplantes, de forma mais específica, o *habitus*, a ser adquirido consiste em observar:

- os protocolos de assistência ao paciente transplantado;
- a preparação de medicações de uso específico desses pacientes como imunossupressores ou como medicações para aumento da imunidade como ganciclovir;
- o cuidado e avaliação contínua da função renal, com controle do débito urinário a cada doze horas;
- os exames laboratoriais diários;
- o rigor na ingestão hídrica;
- a orientação acerca dos tipos de alimentos que os pacientes transplantados poderão fazer uso;
- as normas, rotinas de segurança nacional e internacional, que visam coibir o tráfico de órgãos.
- a indicação de instruções claras e muitas vezes realizadas com recursos didáticos ou desenhos indicando que medicações o paciente deverá ou não fazer uso e em que período. Ou seja, separar medicações em caixas com desenho do sol representando que medicação deverá ser consumida durante o dia ou com símbolo da lua, para indicar que o medicamento deverá ser ingerido no período da noite.

De modo geral, o *habitus* na área da política de transplantes, consiste em um conjunto de normas, protocolos e procedimentos a serem aplicados e assimilados pelos profissionais da área e que deverão ser cumpridos desde a chegada do paciente no centro de transplante, até a busca e resgate do órgão a ser transplantado.

Cabe salientar que há toda uma logística a ser observada para a captação do órgão a ser transplantado, desde a sua temperatura de conservação, local de saída do órgão, se vem de outro Estado tem prioridade no transporte aéreo. No caso, por exemplo, do transplante de rins este não pode ultrapassar 24 horas em conservação sob pena de comprometer o transplante, ocasionando rejeição³.

b) CAMPO: um conceito social

Todo poder é exercido em determinado meio ou ambiente social, ou entre os membros de um determinado grupo ou profissão. A seguir serão abordados alguns conceitos de campo.

“Para se compreender um campo é necessário apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram” (BOURDIEU, 2007, p. 197).

A mesma atitude do *habitus* esteve na origem do emprego do conceito de *campo*. A dificuldade que é particular à aplicação deste modo de pensamento às coisas do mundo social provém da ruptura com a percepção comum do mundo social por este exigida. Assim, para construir a noção de *campo*, foi preciso passar para além da primeira tentativa de análise do campo intelectual, como universo relativamente autônomo de relações específicas: com efeito, as relações imediatamente visíveis entre os agentes envolvidos na vida intelectual, sobretudo as interações entre os autores ou entre os autores e os editores, tinham disfarçado as relações objetivas entre as posições ocupadas por esses agentes, que determinam a forma de tais interações (BOURDIEU, 2007, p. 195).

³ Os gastos com o transplante são, inegavelmente, elevados. Porém é necessário ponderar o fato de que a logística do transplante tem de trabalhar ininterruptamente. Os custos, portanto, incluem muito mais que medicamentos e terapias de suporte; assim, não se pode esperar que tais custos sejam baixos. Cf. Site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular:
http://www.sbccc.org.br/residentes/downloads/area_cientifica/logistica_captacao_multiplos_orgaos.pdf

A teoria geral dos campos, que pouco a pouco, se foi assim elaborando, nada deve, ao contrário do que possa parecer, à transferência, mais ou menos repensada, do modo de pensamento econômico. Em vez de ser a transferência que está na origem da construção do objeto, é a construção do objeto que exige a transferência e a fundamenta: assim, tratando de analisar os usos sociais da língua, a ruptura com a noção vaga e vazia de situação, que introduzia, ela própria, uma ruptura com outros modelos, obriga a que se pensem as relações de permuta linguística como outros tantos mercados que se especificam segundo a estrutura das relações entre os capitais linguísticos ou culturais dos interlocutores ou dos seus grupos (BOURDIEU, 2007, p. 150).

Pode-se descrever o *campo social* como um espaço multidimensional de posições tal que qualquer posição atual pode ser definida em função de um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes: os agentes distribuem-se assim nele, na primeira dimensão, de acordo com o volume global do capital que possuem, e na segunda dimensão, segundo a composição do seu capital, quer dizer, segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto das suas posses (BOURDIEU, 2007, p. 135).

A teoria geral da economia dos campos permite descrever e definir a forma específica de que se revestem, em cada *campo*, os mecanismos e os conceitos mais gerais (capital, investimento, ganho), evitando assim todas as espécies de reducionismo, a começar pelo economismo, que nada mais conhece além do interesse material e a busca da maximização do lucro monetário. Compreender a gênese social de um *campo*, e apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram, é explicar, tornar necessário, subtrair ao absurdo do arbitrário e do não-motivado os atos dos produtores e as obras por eles produzidas e não, como geralmente se julga, reduzir ou destruir (BOURDIEU, 2007, p. 69).

As propriedades atuantes, tidas em consideração como princípios de construção do espaço social, são as diferentes espécies de poder ou de capital que ocorrem nos diferentes *campos*. O *capital*, que pode existir no estado objetivado, em forma de propriedades materiais, ou, no caso do capital cultural, no estado incorporado, e que pode ser juridicamente garantido, representa um poder sobre um *campo* (num dado momento) e, mais precisamente, sobre o produto acumulado do trabalho passado (em particular sobre o conjunto dos

instrumentos de produção), logo sobre os mecanismos que contribuem para assegurar a produção de uma categoria de bens e, deste modo, sobre um conjunto de rendimentos e de ganhos. As espécies de capital, à maneira dos trunfos num jogo, são os poderes que definem as probabilidades de ganho num campo determinado.

Convém evidenciar, por exemplo, que o volume do capital cultural determina as probabilidades agregadas de ganho em todos os jogos em que o capital cultural é eficiente, contribuindo deste modo para determinar a posição no espaço social (na medida em que esta posição é determinada pelo sucesso no campo cultural). Ou seja, a posição de um determinado agente no espaço social pode assim ser definida pela posição que ele ocupa nos diferentes campos, quer dizer, na distribuição dos poderes que atuam em cada um deles, seja, sobretudo, o capital econômico, nas suas diferentes espécies, o capital cultural e o capital social e também o capital simbólico, objeto do nosso estudo, geralmente chamado: prestígio, reputação, fama, etc. Esta é a forma percebida e reconhecida como legítima das diferentes espécies de capital. Pode-se assim construir um modelo simplificado do campo social no seu conjunto que permite pensar a posição de cada agente em todos os espaços de jogo possíveis (BOURDIEU, 2007, p. 135).

Percebe-se do exposto acima, que o conceito de *campo* é o que vai delimitando e segregando os grupos, conforme suas posses, seu capital agregado que veremos mais adiante. Em outras palavras, dependendo do capital acumulado seja econômico, cultural ou social, o indivíduo muda de um campo a outro.

Todo *campo* é lugar de uma luta mais ou menos declarada pela definição dos princípios legítimos de divisão do *campo* (BOURDIEU, 2007, p. 150).

Na área da saúde esse *campo* descreve o ambiente no qual o indivíduo está inserido que lhe permite utilizar suas habilidades e adquirir capital seja ele econômico, científico, social. Por exemplo, existem diversos campos dentro da área da Saúde:

- campo de cirurgias cardíacas;
- campo de tratamento clínico, com uso de aparelhos de última geração para imagens;

- campo dos transplantes, com médicos urologistas, nefrologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, todos com experiência, treinamento e saber próprios.

Todos fazem uso de rotinas e procedimentos próprios do transplante usando siglas e termos comuns àqueles do meio, a grande maioria possui especializações, e outros cursos e títulos específicos para atuação na área.

Cada *campo* possui suas *classes*. No conceito de *Classes*, no sentido lógico do termo, quer dizer, conjuntos de agentes que ocupam posições semelhantes e que, colocados em condições semelhantes e sujeitos a condicionamentos semelhantes, tem com toda a probabilidade, atitudes e interesses semelhantes, logo, práticas e tomadas de posição semelhantes. É preciso afirmar que as classes que podemos recortar no espaço social não existem como grupos reais embora expliquem a probabilidade de se constituírem em grupos práticos como famílias, clubes, associações e mesmo movimentos sindicais ou políticos.

As *classes* na saúde seriam as áreas de atuação num mesmo setor, por exemplo uma equipe por turno de serviço. Os profissionais segregados por especialidades, que compõe uma instituição hospitalar.

O que existe é um espaço de relações o qual é tão real como um espaço geográfico, no qual as mudanças de lugar se pagam em trabalho, em esforços e, sobretudo em tempo. Também as distâncias se medem nele em tempo e a probabilidade da mobilização em movimentos organizados, dotados de um aparelho e de porta-voz será inversamente proporcional ao afastamento nesse espaço. (BOURDIEU, 2007, p. 137).

Como bem descreve Bourdieu, a organização por *classes* permite ao indivíduo se organizar socialmente em busca de objetivos comuns.

Falar de um espaço social é dizer que se não pode juntar uma pessoa qualquer com outra pessoa qualquer, descurando as diferenças fundamentais, sobretudo econômicas e culturais, mas isso não exclui nunca completamente que se possam organizar esses agentes segundo outros princípios de divisão.

A teoria mais objetivista, tem de integrar não só a representação que os agentes têm do mundo social, mas também, de modo mais preciso, a contribuição que eles dão para a construção da visão desse mundo, e assim, para a própria construção desse mundo, por meio

do trabalho de representação, que continuamente realizam para imporem a sua visão do mundo, a visão da sua identidade social. (BOURDIEU, 2007, p. 139).

A capacidade de fazer existir em estado explícito, de publicar, de tornar público, quer dizer, visível, dizível e até mesmo oficial, aquilo que por não ter acedido à existência objetiva e coletiva, permanecia em estado de experiência individual ou serial, mal-estar, ansiedade, expectativa, inquietação, representa um considerável poder social, o de constituir grupos, constituindo o *sensu comum*, o consenso explícito de qualquer grupo. (BOURDIEU, 2007, p. 142).

A produção do *sensu comum* consiste, essencialmente, em reinterpretar ininterruptamente o tesouro comum de discursos sagrados, em dar um sentido mais puro às palavras da tribo. Apropriar-se das palavras em que se acha sedimentado tudo o que o grupo reconhece é ter a garantia de uma vantagem considerável nas lutas pelo poder. (BOURDIEU, 2007, p. 143).

Têm-se, pois, que o *sensu comum* provém da organização e conquistas em *classes*, por meio de apropriação de poder em um grupo. O *sensu comum* na saúde seria o comum acordo, por exemplo, para o melhor tratamento a ser adotado para um paciente, com sua família, no seu contexto de vida. Ou ainda em outro âmbito uma mudança de rotina do serviço após discussão com equipe.

c) CAPITAL E PODER SIMBÓLICO: conceitos que se agregam

O capital simbólico tem por definição segundo Bourdieu, qualquer que seja a sua espécie, algo quando percebido por um agente dotado de categorias de percepção resultantes da incorporação da estrutura da sua distribuição, quer dizer, quando conhecido e reconhecido como algo óbvio.

As relações de força objetivas tendem a reproduzir-se nas relações de força simbólicas, nas visões do mundo social que contribuem para garantir a permanência dessas relações de força. Na luta pela imposição da visão legítima do mundo social, em que a própria ciência está inevitavelmente envolvida, os agentes detêm um poder à proporção do seu capital, quer dizer, em proporção ao reconhecimento que recebem de um grupo.

O poder simbólico é o poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem (BOURDIEU, 2007, p: 08).

Esse poder empírico de conhecimento e status, em determinadas áreas se faz presente em um determinado grupo que adota determinados padrões, linguagem, protocolo.

A autoridade que fundamenta a eficácia performativa do discurso sobre o mundo social, a força simbólica das visões e das previsões, têm em vista impor princípios da visão e de divisão desse mundo. Os mais visíveis do ponto de vista das categorias de percepção em vigor são os que estão mais bem colocados para mudar a visão mudando as categorias de percepção, mas salvo exceção, são os menos inclinados a fazê-lo. (BOURDIEU, 2007, p. 145).

A lógica da nomeação oficial nunca se vê tão bem como no caso do título, capital simbólico, social e até mesmo juridicamente garantido. O nobre não é somente aquele que é reconhecido, célebre, e mesmo conhecido como bem, prestigioso. Ele é também aquele que é reconhecido por uma instância oficial, universal, quer dizer, conhecido e reconhecido por todos. O título profissional ou escolar é uma espécie de regra jurídica de percepção social, um ser-percebido que é garantido como um direito. É um capital simbólico institucionalizado, legal e não apenas legítimo. Cada vez mais indissociável do título escolar, ele tem em si mesmo um valor e, funciona à maneira de um grande nome, conferindo todas as espécies de ganhos simbólicos. (BOURDIEU, 2007, p. 148).

As relações de comunicação também são relações de poder que dependem na forma e no conteúdo, do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes envolvidos nessas relações e que, como o dom, pode permitir acumular poder simbólico.

Bourdieu define o *capital simbólico* como qualquer espécie de capital seja ele econômico, cultural, escolar ou social desde que tenha categorias próprias de percepção, de visão e divisão, modelos classificatórios que possam possibilitar a estrutura da distribuição do capital em um determinado campo (BOURDIEU, 2007, p.161).

Capital simbólico é definido como formas pelas quais se revestem as diferentes espécies de capital quando percebidas e reconhecidas como legítimas. Esse capital simbólico designa o poder simbólico de um grupo ou de um indivíduo, com autoridade, conhecimento, prestígio, reputação, formação acadêmica (Bourdieu, 2007, p. 10).

A conquista do capital simbólico é obtida por meio de muito investimento, tempo, dinheiro e disposição pessoal. Para Bourdieu, entretanto, cada indivíduo é capaz de acumular em diferentes níveis um determinado tipo de *capital simbólico* que o possibilitará interagir melhor em um determinado *campo* e, quanto mais bens simbólicos esse indivíduo venha a acumular mais ele estará apto para atuar no *campo* e estabelecer as suas relações de poder.

A produção de bens simbólicos, ou seja, o capital que move as lutas no interior do campo, é a luta pelo *capital simbólico* expresso não somente em bens materiais, mas, principalmente, em formas de reconhecimento, legitimidade e consagração, institucionalizadas ou não, que os diversos agentes ou instituições conseguiram conquistar no decorrer das disputas no interior do campo (BOURDIEU, 2007, p. 8).

Os sistemas simbólicos devem a sua força ao fato de as relações que neles se exprimem só se manifestarem neles em forma irreconhecível de relações de sentido. O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e desta forma a ação sobre o mundo. Isto significa que o poder simbólico não reside nos sistemas simbólicos, mas que se define numa relação determinada, e por meio desta entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença. O que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de subvertê-la, é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras (BOURDIEU, 2007, p. 15).

Convém destacar que o *capital simbólico* acima descrito, traz consigo o *poder simbólico*. Por exemplo, evidenciam-se habilidades aprimoradas nos profissionais que atuam nas políticas de alta complexidade da saúde bem como nos transplantes. Esses profissionais possuem treinamentos frequentes que os especializam e os permitem possuir reconhecimento diferenciado no ambiente da Saúde. Com essas especialidades, esses profissionais acabam por possuir maior poder *simbólico* na obtenção de insumos e recursos financeiros que os permitem trabalhar com mais segurança e eficiência.

Frisa-se que ocorrem frequentes eventos que reúnem os profissionais de saúde da área de transplantes e pacientes onde são realizadas constantes atualizações das equipes por meio de educação continuada. Além disso, esses eventos formalizam as parcerias com a indústria farmacêutica que comercializam medicações de alta eficácia e custo elevado.

É a raridade de determinadas competências que levam o agente a exercer maior ou menor poder simbólico. Desse modo, pode-se citar o poder simbólico existente nos títulos/diplomas de determinadas profissões. Assim a retribuição do título tende a tornar-se autônoma em relação à retribuição do trabalho, então o mesmo trabalho pode ter remunerações diferentes, conforme os títulos daquele que o exerce. Não é o valor relativo do trabalho que determina o valor do nome, mas o valor institucionalizado do título que serve de instrumento o qual permite que se defenda e se mantenha o valor do trabalho (BOURDIEU, 2007, p. 149).

Percebe-se, portanto, que o *poder simbólico* na área de Saúde está expresso em diversas atribuições e conhecimentos sejam eles adquiridos pela prática ou formação educacional. É esse valor atribuído ao trabalho e ao êxito de uma prática, de uma técnica desempenhada por um profissional de Saúde que o leva a exercer *poder simbólico* sobre os demais agentes do campo.

e) **ESTRATÉGIAS DE DOMINAÇÃO: formas de exercício de poder**

O conceito de estratégia segundo Bourdieu (1983, p. 33) é estreitamente ligado aos conceitos de *campo* e *habitus* e pode ser entendido como “sequências de práticas estruturadas” ou “série de ações ordenadas e orientadas” que os agentes desenvolvem em função de um *habitus* adquirido, e das possibilidades que um determinado *campo* oferece para a obtenção e maximização dos lucros específicos em jogo no *campo* em questão.

As *estratégias de dominação* são ações que visam determinadas finalidades sem serem necessariamente concebidas para tal. São acima de tudo, o resultado do “senso prático”, do conhecimento das regras e do sentido do “jogo social” que se adquire pela experiência e pela participação nas atividades sociais. São, enfim, o resultado da detenção e aplicação de um *habitus* em um determinado *campo* (BOURDIEU 2007, p. 33).

Um autor especifica que:

Nas estratégias de dominação os agentes, ou grupos de agentes concorrentes entre si, desenvolvem estratégias de conservação e de exclusão ou então, estratégias de subversão, de acordo com as posições no campo. As estratégias de conservação ou de exclusão são exercidas por aqueles que ocupam as posições dominantes no interior do campo e as estratégias de

subversão são implementadas por aqueles que ocupam posições dominadas no campo ou que são dele excluídos. Essas estratégias visam, em última análise defender ou conquistar uma determinada posição dominante nas hierarquias constitutivas do campo, essa posição dominante se expressa no poder de definir os critérios e no monopólio do exercício legítimo de uma determinada atividade cultural ou científica (RIBEIRO, 2015, p. 245)

Os bens simbólicos derivam, portanto, não somente das riquezas materiais, mas, sobretudo da capacidade que seus detentores têm em transformá-lo em *capital simbólico* e instrumento de poder. Os detentores do *capital simbólico* possuem legitimidade para impor aos demais suas ideias, sua visão de mundo e dessa forma exercem formas e estratégias de dominação para a manutenção do poder (SETTON, 2002a, p. 10).

Os graus diferenciados de detenção desse capital simbólico dentro de um determinado campo possibilitarão aos agentes do campo, a reprodução da dominação e da violência simbólica que tendem a construir e normatizar a estrutura do campo/espço social.

É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e conhecimento que os “sistemas simbólicos” cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra, dando o reforço da sua própria força às relações de força que fundamentam, e contribuindo assim para a domesticação dos dominados. Assim as diferentes classes estão envolvidas numa luta propriamente simbólica para imporem a definição do mundo social mais conforme aos seus interesses, e imporem o campo das tomadas ideológicas reproduzindo o campo das posições sociais (BOURDIEU, 2007, p: 11).

As posições dominantes são ocupadas pelos agentes produtores de bens culturais e simbólicos, tais como: o artista, o intelectual, o cientista e o jurista, o médico, pois constituem as frações da classe dominante porque são oriundos dessas classes e/ou possuem um capital cultural específico que lhes confere determinadas formas de poder e privilégios.

E assim, o que determina a posição de um agente ou grupo de agentes em um ou outro pólo da relação “dominantes-dominados” é tanto sua posição relativa no interior do *campo*, dada pela posse de um determinado capital específico, pela posição conquistada como fruto das lutas anteriores no *campo*, quanto pela própria posição do *campo* considerado em relação aos demais campos de produção e circulação de bens culturais e

simbólicos e, ainda, pela posição do campo em relação ao campo de poder (social, político, econômico, jurídico, etc.) (BOURDIEU, 1999, p. 187).

No âmbito da saúde, as *estratégias de dominação* são também culturais. No caso do Brasil a formação médica é bem mais politizada e bem relacionada, o que lhes permite assumir postos estratégicos de gestão governamental: políticos, gestores, lideranças e chefias, dentre outros. Na área de saúde, por exemplo, as entidades de classe médicas são em maior número e mais expressivas em postos de liderança/chefias. Dessa forma, nota-se que o capital simbólico está presente na prática destes profissionais.

Para elucidar melhor a questão do Poder, serão abordados a seguir alguns conceitos de diversos autores, acerca do tema.

A etimologia da palavra “poder” aponta sua origem do latim “potere” que significa deliberar, mandar, autoridade, soberania, influência ou força. O conceito de poder vai muito além do poder político imposto pelo Estado, pois em cada esfera da organização estatal e social o poder está presente de forma complexa e de maneira interpessoal. (SOARES, 2012, p: 46).

Somente existe a relação de poder, com a presença de dois sujeitos: o dominador e o dominado. E tal relação se consolida quando estes personagens aceitam seus papéis e reproduzem a situação ao longo do tempo para seus descendentes, não permitindo o rompimento da supremacia do dominador e permitindo a subalternidade do dominado. Cada autor define o poder de uma forma geral como o exercício da influência de uma pessoa sobre a outra. O que diferencia a prática do poder é apenas o processo pelo qual se mantém o influenciado subjugado.

No estudo sobre o poder simbólico o autor chama a atenção para as relações sociais em que o poder está presente de maneira imaterial, estrutural e interrelacional. Defende ainda que as classes dominantes, que possuem uma posição social favorável que permite o exercício do poder, não dominam completamente os dominados e em alguns momentos devem usar de estratégias simbólicas de construção do consenso; este ato representa a legitimidade do poder do dominador por parte do dominado (SOARES, 2012, p: 48).

O presente capítulo objetivou descrever o processo de elaboração de uma política pública, as fases de implementação, que daí decorre, o êxito ou insucesso da política,

descrição do momento histórico da redemocratização do Brasil, que culminou com reestruturação das políticas em saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO 3

A POLÍTICA PÚBLICA DE TRANSPLANTE BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL COMO UM CAMPO DE PODER SIMBÓLICO

O presente capítulo objetiva descrever a implementação da política de transplantes no Brasil e no Distrito Federal, com comentários da legislação que a regulamenta. Busca também demonstrar os elementos que comprovam os nichos de poder simbólico presentes na política de Transplante no DF. Ou seja, será verificado por meio de pesquisa de campo como os critérios de poder simbólico, já descritos no capítulo 2 (*habitus, campo, capital e poder simbólico, estratégias de dominação*) estão presentes na implementação da política de alta complexidade em transplantes no Distrito Federal.

Dessa forma, o capítulo traz considerações acerca da política de transplante no Brasil, números e a legislação que a fundamenta, e a seguir descrição dos métodos utilizados para desenvolvimento da pesquisa. No primeiro tópico são descritos os serviços que realizam transplante, e os sujeitos envolvidos. No segundo tópico são fornecidos e analisados dados referentes às entrevistas realizadas com gestores, (chefes dos Hospitais), coordenadores e profissionais que atuam na atividade. Os serviços públicos onde foram realizadas entrevistas são: Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Universitário de Brasília (HUB), Centrais Nacionais e do DF de Captação e Doação de Órgãos, situadas em Brasília no Hospital de Base do Distrito Federal (CNCDO-DF).

3.1 HISTÓRICO DA POLÍTICA PÚBLICA DE TRANSPLANTES NO BRASIL

Nesse tópico da pesquisa foram trazidos conceitos de transplantes, o histórico da legislação que formalizou a política de transplantes no país, como se dá o financiamento e a escolha de profissionais para atuar na política, o que refere à Teoria de Poder Simbólico de Pierre Bourdieu, e também como se mantém o quadro atual.

Transplante de órgãos é um procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente, chamada receptor, por outro órgão normal, de um doador, morto ou vivo. É um tratamento complexo que visa a prolongar e a melhorar a

qualidade de vida do receptor, e excepcional, pois se deve recorrer a ele somente quando esgotadas todas as outras vias terapêuticas (BANDEIRA, 2001, p. 155).

Verifica-se que, para o planejamento e o êxito desse procedimento, vários serão os atores envolvidos bem como o investimento necessário.

No que diz respeito ao histórico dos transplantes, em 1905, Alexis Carrel e Charles Guthrie, em Chicago, relataram a primeira experiência com o transplante do coração. O coração de um cão foi transplantado com sucesso para o pescoço de outro cão. Richard Lower e Norman Shumway estabeleceram, em 1960, a técnica usada até os dias de hoje. A primeira tentativa em humanos foi relatada em 1964, por Hardy, na Universidade do Mississippi. Como não havia doadores humanos, um coração de chimpanzé foi usado, sem sucesso. A primeira operação de transplante humano para humano foi realizada por Christiaan Barnard em Capetown, África do Sul, em 3 de dezembro de 1967. Vladimir Demikhov fez severos transplantes nos anos de 1930 e 1950, como a transplantação de um coração dentro de um animal e uma substituição de pulmão e coração em um animal (PRATES, 1999, p.182).

Apesar do pouco êxito pelos poucos recursos disponíveis à época, essas experiências foram de suma importância para o advento da cirurgia, anestesia, indústria farmacológica entre outros.

A característica principal do transplante, que o distingue de outras cirurgias, é a necessidade de utilização de um órgão ou tecido, proveniente de um doador vivo ou falecido. Na grande maioria dos transplantes, os órgãos são obtidos a partir de doadores falecidos, com exceção para transplantes renais, alguns transplantes hepáticos e casos excepcionais de transplantes pancreáticos e pulmonares. A remoção de órgãos se dá mediante morte encefálica, ou seja, com destruição do cérebro e tronco cerebral, mas que mantém temporária e artificialmente os batimentos cardíacos e a circulação sanguínea (GARCIA, 2006, p. 313).

O advento de drogas imunossupressoras, como a ciclosporina trouxe avanços aos transplantes, no entanto, as situações de utilização não acompanharam as condições estruturais adequadas, como recursos humanos e materiais especializados, pois para o desempenho pleno dessa política, faz-se necessária capacitação de profissionais, insumos, recursos financeiros. Os transplantes de órgãos foram um dos maiores avanços obtidos pela medicina no século XX, com índice de sucesso acima de 80% segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. (ABTO).

Os transplantes de órgãos no Brasil tiveram início em 1960, com o desenvolvimento progressivo do transplante renal e a suspensão de outros tipos de transplantes mal sucedidos, tendo sido retomados em 1980 (GARCIA, 2006, p. 314).

No Brasil, o primeiro transplante renal com doador vivo e com doador cadáver foram realizados em São Paulo, respectivamente, em 1965, no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, e em 1967, no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Dessas iniciativas pioneiras até os dias atuais transcorreu um período de mais de trinta anos, quando a partir de 1997, com a publicação da Lei n. 9.434 2, que regulamenta a remoção de órgãos e tecidos do corpo humano para transplante – que o mesmo teve um crescimento significativo no Brasil. (RIBEIRO, 2006, p: 1945).

Nesse momento, travou-se, na sociedade brasileira, um amplo debate sobre o transplante, iniciando um período bastante significativo para a incorporação desta técnica médica no Sistema Único de Saúde (SUS), com uma maior regulamentação de sua prática, a criação de uma estrutura institucional nacional para a sua realização e um aumento da atividade de transplantes, como veremos mais adiante.

Desde o início da década de 1990, o progresso brasileiro na realização de transplantes tem sido notável, foram realizados 8.554 transplantes de órgãos em 2003 (aproximadamente 24 transplantes por dia). Existiriam, em novembro de 2003, em torno de 56 mil pessoas aguardando transplantes no país, de acordo com o Ministério da Saúde. No ano de 2003 foram realizadas as seguintes quantidades de transplantes: córnea (3.683), rim (2.719), medula óssea (972), fígado (609), esclera (168), coração (143), rim e pâncreas (139), pulmão (28), pâncreas (36), pâncreas após rim (7). O Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes, sendo superado somente pelos Estados Unidos, onde 300 pessoas são adicionadas nas listas de transplantes diariamente, e 70 transplantes são realizados por dia. Em termos de dispêndios públicos, o Brasil tem o maior programa do mundo, pois financia 92% dos procedimentos feitos no país, com gastos totais (incluindo transplantes, procedimentos associados e medicamentos). (MARINHO, 2006, p: 2230). A seguir serão exemplificados melhor os números de transplantes realizados no país, segundo dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, de 2007 a 2013.

Nota-se nítida progressão dos números de transplante no país e no Distrito Federal, segundo a Associação Brasileira de Transplantes, conforme os gráficos que seguem:

Gráfico 1: Número de transplantes no Brasil de 2007 à 2013

Estadística de Transplantes de Órgãos no Brasil- 2007/2013

	Coração	Fígado	Pâncreas	Rim	Pulmão	Córnea
2007	136	997	35	3397	46	9940
2008	200	1175	166	3789	53	13341
2009	200	1322	158	4259	59	12723
2010	166	1413	133	4630	60	12788
2011	160	1492	129	4957	49	14696
2012	227	1595	119	5385	69	15281
2013	271	1723	142	5433	80	13744

Fonte: www.abto.org.br

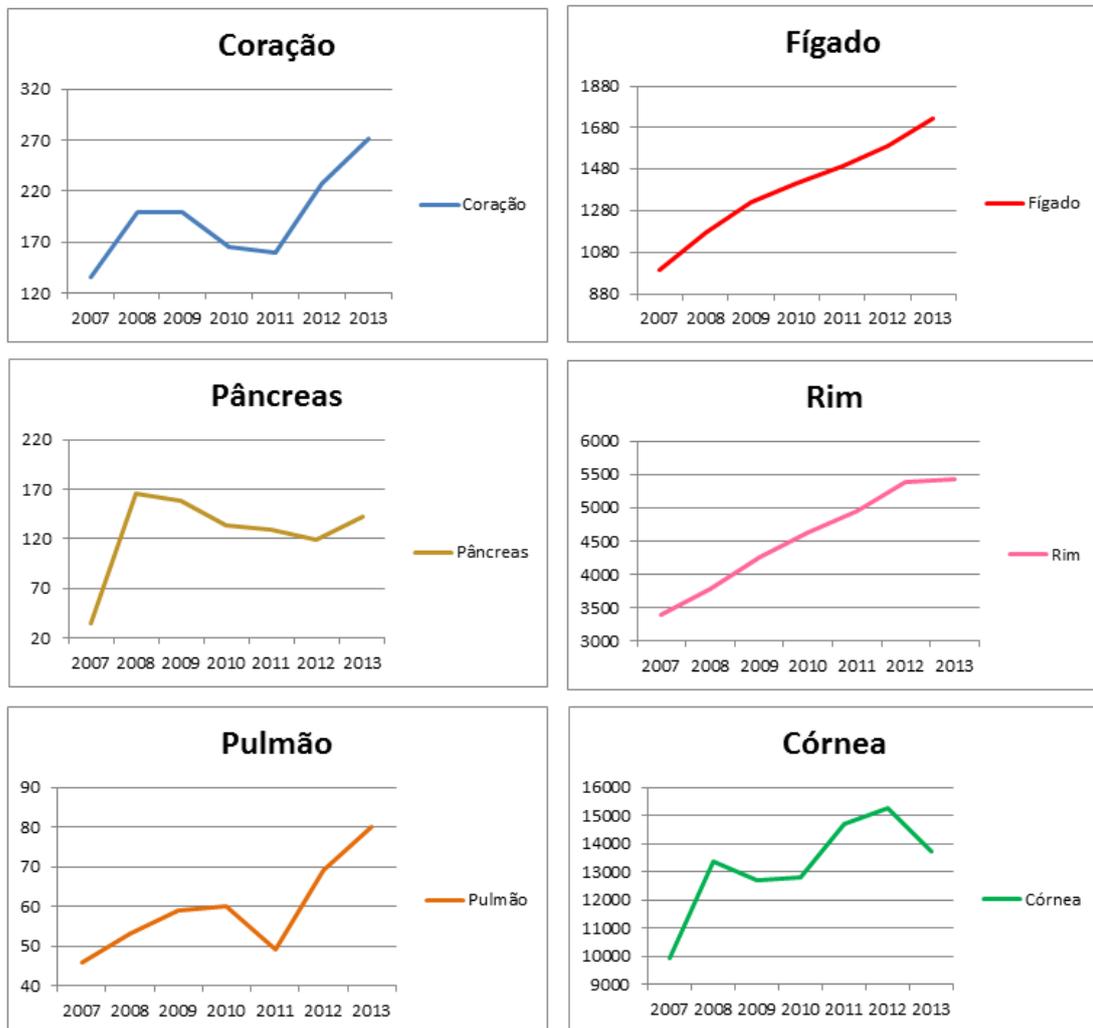
Os números de transplante realizados no Brasil de 2007 a 2013 demonstram franca ascensão, e isso foi devido a intensas campanhas educativas acerca da doação de órgãos, bem como incentivos e incrementos financeiros garantidos pelo Ministério da Saúde às equipes que assim se adequassem e propusessem a fazê-lo.

Vale ressaltar que os números referentes a transplante de córnea são bem superiores em relação a órgãos sólidos, e isso se deve ao fato da logística bem diferente por ser eletiva e programada, a validade e conservação da córnea é bem maior e o próprio processo de captação, que é mais simples. Os índices de rejeição são menores, requer menos tempo de internação, a cirurgia é mais rápida, bem como a recuperação do paciente.

Os números de transplantes de órgãos sólidos no país aumentaram significativamente de 2007 a 2013, período de grande divulgação, com campanhas de orientação voltadas às famílias doadoras, incentivos para realização, com credenciamento de novas equipes.

Esse aumento do número de transplantes foi bem significativo para o país, tanto do ponto de vista de qualidade de vida para os pacientes, como visibilidade positiva para a política de transplante, servindo de modelo para outros países.

Gráfico 2: Curvas ascendentes de transplantes no Brasil de 2007 à 2013



Como demonstrado por meio dos gráficos, os números de transplantes de coração realizados no Brasil em 2007 foi 136 e em 2013 esse número chega a 271 transplantes. Essa ascensão se aplica aos demais transplantes: de fígado em 2007 foram 997 e em 2013 foram 1.723. Pâncreas foram 35 transplantes em 2007 e 142 em 2013. Transplantes de rim foram 3.397 em 2007 e 5.433 em 2013. Transplantes de pulmão foram 46 em 2007 e 80 em 2013, e por fim de córnea foram 9.940 em 2007 e 13.744 em 2013.

3.2 A POLÍTICA PÚBLICA DE TRANSPLANTES NO DISTRITO FEDERAL

No Distrito Federal os serviços públicos de saúde que realizam transplantes de rins e córnea, são o Hospital Universitário de Brasília, e o Hospital de Base do DF. O Instituto de Cardiologia realiza outras modalidades de transplante em convênio com o SUS, com modelo de contratualização de serviços desde 2010, obedecendo aos critérios estabelecidos e conforme lista do Sistema Nacional de Transplantes.

Gráfico 3: Número de transplantes no DF de 2007 à 2013

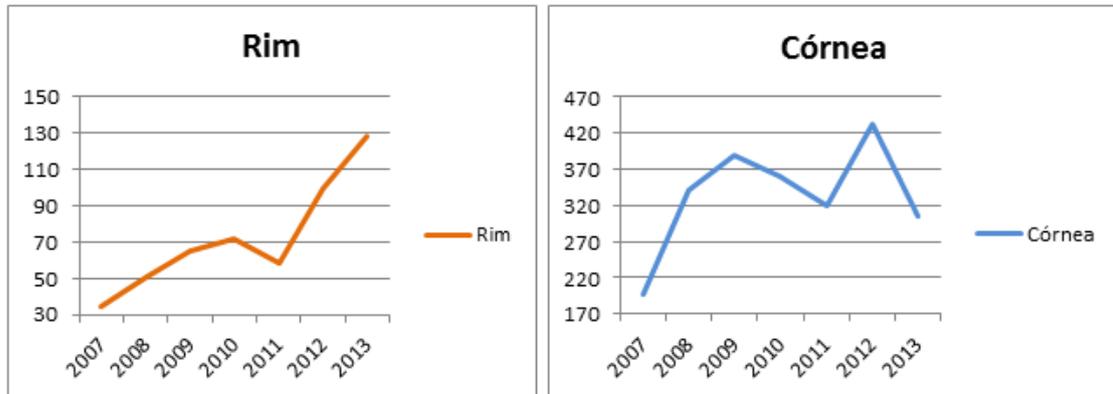
Estatística de Transplantes de Órgãos no Distrito Federal - 2007/2013

	Rim	Córnea
2007	35	197
2008	51	342
2009	65	390
2010	72	360
2011	58	319
2012	100	432
2013	128	306

Fonte: www.abto.org.br

Nota-se números absolutos maiores nos transplantes de córnea, isso se dá principalmente pela logística desse tipo de transplante diferente das de órgãos sólidos. A validade da córnea é maior, a cirurgia de transplante de córnea é eletiva, ou seja, agendada e programada. A cirurgia é mais simples, requer menor tempo de anestesia e traz menos riscos e complicações. O tempo de internação também é mais curto. Isso promove zerar as filas de transplante de córnea com mais rapidez.

Gráfico 4: Curvas demonstrativas do número de transplantes de rins e córnea no DF de 2007 à 2013



Assim tem-se um número de 35 transplantes de rim no DF em 2007 e 128 transplantes em 2013. No que se refere a transplantes de córnea foram 197 em 2007 e 306 em 2013.

Apesar da logística mais facilitada e por isso apresentar maiores números, os transplantes de córnea também precisam de campanhas de incentivo, treinamento e investimento para seguir com êxito, que é o que se pretende com a consolidação plena da política, em todos os Estados do país.

No que tange à legislação a primeira Lei que tratou dessa questão foi a Lei 4.280 de 06/11/1963 promulgada na gestão do Senador Auro Moura Andrade, na ocasião presidente da Casa. A Lei foi procedente do Executivo, ou seja, da Presidência da República e destinava-se a transplante de órgãos de cadáveres para homens defeituosos, cegos e enfermos. Ainda de forma pouco abrangente a Lei estabeleceu princípios para realização de transplantes alguns dos quais se mantém até hoje⁴.

O Projeto de Lei de redação final, 1.309/68 tinha por assunto: “Dispõe sobre a extirpação e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica.” Esse projeto foi inicialmente foi submetido às Comissões de Constituição e Justiça e de Saúde

⁴ Essa descrição do trâmite do Projeto de Lei sobre transplantes no Brasil realizada a partir da análise das notas taquigráficas a seguir: CÂMARA DOS DEPUTADOS. Tramitação Projeto de Lei - PL 1309/1968. Inteiro teor. Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1191197&filename=Dossie+-PL+1309/1968>. Acesso em 27 maio 2015.

e em linhas gerais estabeleceram que para a extirpação de órgãos e tecidos, faz-se necessário comprovar a morte, através do atestado de óbito.

A seguir, o Projeto versa sobre o consentimento para doação, que deveria partir da própria pessoa em vida, ou cônjuge e descendentes e ascendentes. Na falta dos familiares a autorização era efetuada por diretor de a instituição onde ocorrer o óbito. Acerca das instituições aptas, seriam as tecnicamente capacitadas e autorizadas por órgão federal competente, no caso o Ministério da Saúde, ou Secretário de Saúde, estas instituições aptas na época seriam Hospitais Universitários⁵.

Cabe salientar que a normativa prevê ainda que no tocante à compatibilidade esta seria avaliada e não havendo poderia ser destinado a outro receptor, conforme critério médico. É importante ressaltar que as despesas do transplante nessa época eram custeadas pelo interessado ou pelo Ministério da Saúde se comprovada pobreza.

Conforme parecer do relator Arruda Câmara de junho de 1960, “o projeto é constitucional, pois a extirpação é só de órgãos ou partes de cadáver e com o consentimento do cônjuge ou de parentes até segundo grau.” O relator refere ainda que procurou orientar-se pela legislação da Itália, tendo em vista o rigoroso exame e as prolongadas discussões que a tese sofreu ali. (Lei n. 235 de 03 de abril de 1957)⁶.

Reiterando a importância da política, informa-se na exposição de motivos do então Ministro da Saúde Leonel Miranda, ao Presidente da República em 13/05/68, para sancionar a Lei de extirpação de órgãos. Os avanços científicos aprimoraram as cirurgias, o uso de tecidos e órgãos com finalidade terapêutica traziam bons resultados em pacientes em condições crônicas. Inicialmente era limitado a córnea e ossos, depois com o advento dos recursos extracorpóreos de manutenção da vida, coração e rim passaram a ser incluídos. A aprovação da Lei seria uma iniciativa necessária no sentido de disciplinar a extirpação de órgãos e tecidos.

Apesar de todo o envolvimento político com o projeto de Lei a redação final só ocorreu em 1968 por meio do projeto de lei 1.309/68. As alterações/emendas relevantes foram: disposição gratuita do corpo no todo ou em parte, depois da morte para fins terapêuticos, estabeleceu exames para comprovar morte, eletroencefalograma e ausência de

⁵ Idem.

⁶ Cf. <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-3689-3-outubro-1941-322206-norma-pe.html>

batimentos cardíacos por mais de cinco minutos, bem como equipe de três médicos para atestar o óbito. Estabeleceu critério formal de permissão para doação, do próprio doador por manifestação expressa da vontade, manifestação da vontade por instrumento legal quando o doador for incapaz ou analfabeto, manifestação do cônjuge ou parentes descendentes, ascendentes ou ainda das corporações religiosas ou civis responsáveis pelo destino dos despojos⁷.

É permitida remoção de mais de uma parte do cadáver, e após este deve ser cuidadosa e condignamente recomposto, realizada necrópsia com consentimento, se necessário, e entregue à família ou responsáveis para o sepultamento.

A extirpação e o transplante de tecidos e órgãos somente poderão ser realizados por médico de notória capacidade técnica, em instituições públicas ou privadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Critério este bem subjetivo e ainda abre oportunidade para a iniciativa privada especular, fragilizando a política.

O Ministério da Saúde e o Departamento Nacional de Saúde Pública seriam os órgãos fiscalizadores dos estabelecimentos. Em caso de guerra ou calamidade pública, compete ao Poder Executivo autorizar a remoção de órgãos, este artigo foi revogado em maio de 1968, após a revisão.

Se o doador não falecer na instituição, fica sob a responsabilidade do diretor o traslado e a extirpação de órgãos ou tecidos. Foram acrescentados à lei, os testes destinados a determinar compatibilidade ou não dos transplantes. Não havendo compatibilidade, a destinação à determinada pessoa poderá, a critério médico, ser transferida para outro receptor, em que se verifique aquela condição.

Foi estabelecido também que os diretores das instituições hospitalares ou institutos universitários onde se realizem as extirpações de órgãos ou tecidos de cadáver, com finalidade terapêutica, remeterão ao fim de cada ano, ao Conselho Federal de Medicina, os relatórios dos atos cirúrgicos relativos a essas extirpações, bem como os resultados dessas operações. Com o passar do tempo foi sendo perdido esse rigor e hoje os relatórios contemplam mais números⁸.

⁷ Idem.

⁸ Idem.

Com relação aos custos, as despesas passam a ser custeadas pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) se o receptor for segurado da Previdência Social, passando a elaborar tabelas de custos. Percebe-se que desde o princípio da lei já havia preocupação com previsão orçamentária. Passando pela Comissão de Saúde em maio de 1968, pelo relator deputado Justino Alves, ressaltou-se que “um poder e outro se empenham no mesmo sentido, e é natural que assim ocorra, eis que o alvo a atingir é a preservação do maior bem jurídico existente, a vida.”

Faz-se necessário ressaltar que, foram previstas penalidades para infrações ao disposto nesta referida Lei, previstos no Código Penal, nos artigos 121 (crimes contra a vida) e 211 (sobre ocultação ou subtração de cadáver ou parte dele). Outro artigo importante da Lei diz que “o transplante somente será realizado se o paciente não tiver possibilidade alguma de melhorar através de tratamento médico ou outra ação cirúrgica”.

Outro fator imprescindível em uma das emendas, é o fato de que preliminarmente, terá que ser implantada a mentalidade no povo brasileiro e em todos os povos do mundo, de que doar o corpo ou alguns de seus órgãos ou tecidos após a morte, para fins terapêuticos ou científicos, é além de uma forma de sobrevivência física, um dever humanitário.

Apesar de tantos debates e controvérsias na aprovação da Lei dos transplantes, muitos fatores estavam impedindo sua realização, inclusive a própria opinião pública que ainda não se sensibilizara com a questão da doação de órgãos. Com tantos fatores desfavoráveis, na legislação em vigor, era necessário modificar a situação. Foi então que, em fevereiro de 1997 foi publicada a nova lei dos transplantes (Lei n 9.434), com iniciativa do legislativo, sem participação do Ministério da Saúde e Associações médicas afins. Houve grande repercussão, pois a lei tornava a doação presumida o Estado passou a ter poder sobre o paciente em morte encefálica e não a família.

A retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos foi objeto da Lei Federal n. 8.489/1992, regulamentada pelo Decreto Federal n. 879/1993, sendo um dos instrumentos iniciais de regramento da captação e da distribuição de órgãos no país. Posteriormente, o assunto foi objeto da Lei Federal n. 9.434/1997, que revogou a legislação anterior e dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano em vida ou post mortem para fins de transplante e tratamento,

regulamentados pelo Decreto Federal n. 2.268/1997, que organizou o Sistema Nacional de Transplante (SNT). (CONASS, 2007, p: 183).

A partir daí em junho de 1997 o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), por meio do Decreto-Lei 2.268, e também as Centrais estaduais de Notificação, Captação e distribuição de órgãos (CNCDO), estabelecendo um fluxo através de lista de espera regionalizada, o que tornou o sistema mais organizado e transparente. Foram necessárias adoção de medidas legais, financeiras e organizacionais.

O Sistema Nacional de Transplantes é integrado pelo Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, as Secretarias Municipais de Saúde, os estabelecimentos hospitalares autorizados e a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes e estabelece funções para cada um dos seus integrantes.

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem instituir em sua estrutura organizacional unidade com o perfil e as funções que lhe são conferidas e devem se cadastrar junto ao Sistema Nacional de Transplante, assumindo os encargos que lhe são próprios, após deferimento desse cadastro. O Decreto número 2.268/97 estabelece, ainda, que as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), devem ser unidades executivas das atividades do Sistema Nacional de Transplante, afetas ao Poder Público, e relaciona as atribuições de coordenação das atividades de transplante no âmbito estadual. Determina que os municípios possam instituir CNCDO, mas estas estarão vinculadas a CNCDO estadual. Atualmente o Sistema Nacional de Transplante é composto por 24 CNCDO estaduais e oito CNCDO regionais (nos estados do Paraná e Minas Gerais) e por dez Organizações de Procura de Órgãos (Opos), forma de organização própria de São Paulo. Os estados Tocantins, Rondônia e Roraima não possuem CNCDO cadastradas, segundo dados do Sistema Nacional de Transplante.

São competências das CNCDO (Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos):

- Coordenar as atividades de transplantes;
- Promover a inscrição dos potenciais receptores de órgãos, tecidos e partes;
- Classificar os receptores e agrupá-los segundo critérios específicos;

- Informar ao órgão central do SNT as inscrições para a organização da lista nacional de receptores;
- Receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de órgão, tecidos e partes para transplante;
- Prover o transporte de órgão, tecido ou partes para o local onde o receptor ideal se encontrar;
- Informar o órgão central do SNT da existência de órgãos, tecidos ou partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seu registro, para a utilização dentre os relacionados na listagem nacional;
- Encaminhar relatórios anuais sobre o desenvolvimento das atividades, exercer o controle, a fiscalização e aplicar as penalidades cabíveis;
- Suspender, cautelarmente, estabelecimentos ou equipes que por indícios de irregularidades coloquem em risco os usuários;
- Comunicar o órgão central do SNT das penalidades aplicadas e acionar o Ministério Público ou outras entidades para reprimir ilícitos. (CONASS, 2007, p: 185).

No que se refere à legislação, a nova Lei de Transplantes, embora omissa em alguns pontos, contém avanços em relação às leis anteriores. A adoção do consentimento informado tanto para o transplante Inter vivos quanto para o transplante *post mortem*, vem atender ao apelo da comunidade, em ter respeitados os seus direitos de personalidade, conseqüentemente, possibilitando que haja um aumento no número de doadores (BANDEIRA, 2001, p: 155).

Tanto a Lei 9.434 de 04/02/1997, quanto o Decreto 2.268 de 30/01/1997, que a regulamenta, tratam em seus artigos do transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, porém excluem da conceituação de tecido o sangue, o esperma e o óvulo (BANDEIRA, 2001, p. 155).

Como a Lei de Transplante não mencionou uma ordem excludente de pessoas que poderão autorizar ou não a doação, deve-se buscar alicerce no Direito de Família e Sucessório para saber qual a opinião que irá prevalecer para o consentimento “*post mortem*”, em primeiro

lugar prevalece a autorização do cônjuge sobrevivente e na falta deste, o familiar mais próximo, ou seja, o descendente capaz ou o ascendente (BANDEIRA, 2001, p. 156).

Assim cabe mencionar conceitos que estão relacionados à morte. No mundo ocidental, para BANDEIRA, o conceito tradicional de morte, que se encontra profundamente enraizado em cada um de nós, baseia-se principalmente em duas fortes influências históricas culturais: a influência da filosofia grega da antiguidade, que estabelece o coração como órgão sede da alma e, portanto, de todas as emoções humanas (como a coragem e o amor) e a influência religiosa judaico-cristã, muito forte durante a Idade Média, que estabelece a respiração como processo vital fundamental.

Considera-se a respiração como sendo a melhor prova do nascimento com vida, daí sua importância na medicina legal. O diagnóstico tradicional de morte baseia-se nos sinais abióticos, ou tanatognósticos. O estudo sistematizado desses sinais classifica-os como: imediatos, aqueles que se seguem imediatamente após a morte (entre outros a imobilidade, a ausência da consciência, parada cardiocirculatória e respiratória, relaxamento dos esfíncteres, inclusive a midríase, entre outros); consecutivos, que se seguem após horas ou dias (manchas hipostáticas, mancha verde abdominal, hipotermia, rigidez, entre outros); e os sinais abióticos tardios, que aparecem dias ou semanas após a morte (sinais transformativos do cadáver, como a putrefação). (DANTAS, 1996, p: 705).

O estudo da cronologia do aparecimento dos sinais abióticos tem importância médico-legal relevante e levou ao estabelecimento de sinais especiais, que compreendem uma série de técnicas para a constatação da morte muito recente, como o uso do eletrocardiograma, cardiopuntura, arteriotomia, entre outras.

A análise da sistematização tradicional dos sinais abióticos nos leva a três importantes conclusões: primeiramente, notamos que não há sinal patognômico de morte (pelo menos morte recente); em segundo lugar fica claro que há muito se sabia que a morte não é evento único e sim uma sequência de eventos; e, por último, esse diagnóstico é tanto mais difícil quanto mais recente é a morte, o que sempre causou insegurança e medo do diagnóstico de morte real em um estado de morte apenas aparente. O próprio Código do Processo Penal Brasileiro só autoriza a realização de autópsias após 6 horas da constatação da morte para diminuir o risco desse tipo de erro (Art. 162 CPP). Podemos concluir, portanto, que a morte sempre foi tradicionalmente entendida como uma sequência inexorável de

eventos, que vão progressivamente se instalando, tornando cada vez mais claro seu diagnóstico. Assim, o conceito de "morte de todo o corpo" foi sendo substituído pelo conceito de "morte do corpo como um todo" e os tradicionais critérios cardiorrespiratórios foram dando lugar aos critérios neurológicos para o diagnóstico de morte, já que o sistema nervoso central, (SNC), é o responsável pelo funcionamento dos demais sistemas do corpo como um todo. (DANTAS, 1996, p: 705).

O diagnóstico de morte encefálica no Brasil é atualmente baseado na Resolução 1346 de 1991 do Conselho Federal de Medicina. Essa resolução orienta inclusive a elaboração de protocolos, aprovados pelas Comissões de Ética de cada instituição, para esse fim. Assim o legislador pátrio deixou para a Medicina a definição dos sinais que caracterizam a morte e atualmente, se aceita a encefálica como determinante do fim da pessoa natural. O Conselho Federal de Medicina editou a Resolução 1.480, de 09/08/1997, sobre o Termo de Declaração Encefálica, onde dispõe sobre todos os exames clínicos e complementares a serem realizados no paciente com suspeita de morte encefálica. Esse diagnóstico deve ser confirmado por, no mínimo, dois médicos, não integrantes da equipe de transplante sendo um dos quais especialistas em neurologia (BANDEIRA, 2001, p. 157).

Definindo-se a morte encefálica, procede-se à autorização da família para doação de órgãos e a seguir ao trâmite para o transplante. Para que se obtenha êxito na transplantação, uma série de cuidados deve ser tomada, a começar pelo diagnóstico exato e no momento certo de morte encefálica.

Posteriormente, a comunicação à família, por meio do pedido de autorização para doação de partes do cadáver, procede-se a realização de exames de histocompatibilidade, compatibilidade sanguínea, testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação, peso e tamanho do órgão a ser transplantado, procura do receptor na lista de espera com condições médicas ideais e compatíveis com o doador, cuidados na manutenção do órgão a ser transplantado, além de todos os atos que envolvem uma cirurgia (BANDEIRA, 2001, p. 158).

No Brasil, como na maioria dos países, há uma legislação rigorosa controlando o transplante de órgãos e tecidos, os principais tópicos dessa Lei contemplam os requisitos mínimos para o credenciamento de hospitais e equipes, a permissão para o uso de doador falecido, os critérios diagnósticos de morte, a forma de consentimento, a permissão para o uso

de órgão de doador vivo parente, a restrição ao uso de órgãos de doador vivo não parente, a proibição do comércio de órgãos e as penalidades para as infrações (GARCIA, 2006, p. 315).

O êxito da política pública de transplante no país se deu a partir de 1988, com a adoção de importantes medidas legais e políticas que serão abordadas a seguir.

As principais medidas legais foram implementadas a partir de 1988 e a partir de então a situação do ponto de vista de legislação dos transplantes está adequada e não há barreiras legais que possam interferir com a realização dos transplantes no país, no entanto estão sendo propostas medidas nessa área, tais como: 1. Resolução do Conselho Federal de Medicina, com maiores detalhes das condições que impedem a realização dos testes para o diagnóstico de morte encefálica, como quais alterações metabólicas e que níveis e quais drogas depressoras do sistema nervoso central e por quanto tempo. 2. Cumprimento de todas as normas e decretos pelos centros de transplante, com relação à documentação dos doadores falecidos (diagnóstico de morte encefálica, autorização familiar e testes sorológicos), consentimento informado dos doadores vivos e dos receptores, documentação para as centrais nacionais de captação e doação de órgãos (CNCDOs) e ao Ministério Público. 3. Avaliação criteriosa e rigorosa pelo Judiciário de todas as solicitações de transplante com doador vivo não parente, para evitar qualquer possibilidade de comercialização de órgão no país (GARCIA, 2006, p. 317).

Nota-se a partir de então, maior rigor na legislação que ampara a realização de transplantes de órgãos pelo sistema público de saúde, o que vem a assegurar a transparência e ética na execução da mesma.

Entre 1965 e 1993 houve aumento progressivo dos transplantes renais, e de 1993 a 1997 estabilizou em torno de 1.500 a 1.800 por ano. No final de 1995 foi encaminhada uma proposta de organização dos transplantes no país baseada no modelo espanhol. Aconteceram várias discussões e reuniões, mas não houve normatização. Somente em fevereiro de 1997, por iniciativa do legislativo, foi publicada a Lei 9.434, Lei dos Transplantes. Essa Lei teve grande repercussão pois modificou a forma de doação voluntária para doação presumida, e não teve a participação do Ministério da Saúde nem de associações médicas (GARCIA, 2006, p. 315).

Daí decorre o insucesso dessa Lei nesse momento, onde o Estado se tornava responsável pela oferta de órgãos e não o familiar como é atualmente. Uma vez diagnosticada

a morte encefálica, o Estado tornava-se dono daquele corpo e seus órgãos. Essa medida não aumentou o número de transplantes no país, pois os serviços não estavam devidamente preparados, com logística e equipes preparadas, e pela imposição do Estado na decisão de doação.

Somente em junho de 1997 através do Decreto Lei 2.268, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), conhecidas como Centrais Estaduais de Transplante e estabeleceu a forma de distribuição dos órgãos e tecidos através das listas de espera regionalizadas (GARCIA, 2006, p. 315).

Assim passou a vigorar um maior controle e normatização na política de transplantes onde todas as equipes estão subordinadas ao Sistema Nacional de Transplantes e os pacientes são inscritos em uma lista nacional, processo totalmente ético e transparente com critérios bem rigorosos.

No Brasil, o órgão responsável pela coordenação de transplantes no SUS é o Sistema Nacional de Transplantes, cujo órgão administrativo e gerencial é a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). A CNCDO conta com o auxílio de 22 Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos estaduais e oito centrais regionais, cobrindo praticamente todo o território nacional. Em 2003 estavam credenciados 449 estabelecimentos de saúde e 1.033 equipes especializadas para a realização de transplantes. O SNT não administra os casos de doações entre pessoas vivas (por exemplo, a doação de um rim entre irmãos), mas apenas as doações feitas pelas famílias ao Estado. (MARINHO, 2006, p: 2230).

Nos anos de 1997 e 1998, ocorreram grandes avanços⁹ na área de transplantes, com participação de vários segmentos da sociedade, com destaque para a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos que delineou a proposta de política de transplante para o país. Em agosto de 1998 foi nomeado o coordenador do Sistema Nacional de Transplantes, foi criado também o grupo técnico de assessoramento e a partir de então foram implementadas

⁹ A criação do Sistema Nacional de Transplantes fez o Brasil despontar como um dos maiores países em número de transplantes no mundo. Em 1996 (antes da criação da SNT) foram realizados 3.979 transplantes. No ano de 2002 este número chegou a 7.981 transplantes pagos pelo SUS, representando um crescimento de mais de 100%. Isto fez aumentar o valor gasto total em transplantes de 75,4 milhões de reais em 1996 para 280,5 milhões de reais em 2001. Cf. site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular http://www.sbccv.org.br/residentes/downloads/area_cientifica/logistica_captacao_multiplos_orgaos.pdf.

muitas das medidas consideradas indispensáveis para a efetivação da política de transplantes (GARCIA, 2006, p. 315).

Nota-se nítida preocupação de gestores e políticos para consolidação da política de transplantes e comprova-se quando se observa a sequência de etapas da elaboração da política pública, tais como prioridade em agenda pública, financiamento, avaliação entre outros. Foi criado um fundo específico para financiamento dos transplantes, onde foi contemplado o ressarcimento em todas as etapas do processo, e sem limite/ teto financeiro, incluindo desde a procura de doadores até o acompanhamento pós-transplante. Essa medida foi decisiva para o êxito da política de transplante no país.

Pela primeira vez na história do transplante no país se passou a trabalhar com dados reais de financiamento público para todos os transplantes, e com possibilidade de atualizar estes valores de acordo com o número de transplantes, de potenciais doadores identificados ou de novas medicações imunossupressoras mais efetivas que ingressem no mercado. Esse fundo se mantido, e reajustado de forma adequada, praticamente elimina a falta de financiamento como uma barreira ao desenvolvimento dos transplantes no país (GARCIA, 2006, p. 317).

Outro importante fator a ser mencionado sobre o crescimento dos transplantes é o âmbito organizacional. Uma medida fundamental foi a implementação de um modelo organizacional descentralizado em três níveis: nacional, estadual e hospitalar, cada qual com suas competências. Com a definição do Sistema Nacional de Transplante (SNT)¹⁰ e do grupo técnico de assessoramento (GTA), como normatizadores a nível nacional da política.

Foi criada também uma Central Nacional de Captação, e Distribuição de Órgãos em Brasília, (CNCDO-DF) que atua na alocação e intercâmbio de órgãos por todo o país, criação de centrais estaduais de captação e doação de órgãos, responsáveis por alocação de

¹⁰ Em 4 de fevereiro de 1997, pela Lei nº 9.434, era criado e organizado o Sistema Nacional de Transplante, o qual atuaria no conhecimento de morte encefálica em qualquer ponto do território nacional, assim como seria responsável pelo destino dos tecidos e órgãos doados. Este sistema passa a compreender as seguintes esferas de representação:

- Ministério da Saúde - Secretaria de Saúde do Estado
- Secretaria de Saúde do Município - Hospitais Autorizados
- Rede de Serviços auxiliares necessários à realização dos transplantes.

Ao SNT cabe o papel de gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca de órgãos; assim como é de sua responsabilidade conceder a autorização aos estabelecimentos de saúde e equipes especializadas para realizarem a captação, transporte e transplantação do enxerto.

Mais detalhes ver site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular

http://www.sbccv.org.br/residentes/downloads/area_cientifica/logistica_captacao_multiplos_orgaos.pdf

órgãos no seu âmbito, conforme lista criação do cargo de coordenador de transplantes em hospitais com UTI (Unidade de Terapia Intensiva), com a finalidade de captar possíveis doadores, recredenciamento de todos os centros de transplantes do país (GARCIA, 2006, p. 318).

Embora os transplantes estivessem sendo realizados há 25 anos, nunca houve uma política responsável pelo planejamento, coordenação e regulamentação desta atividade, a qual dependeu inicialmente, dos centros de transplante e, posteriormente, das centrais de transplante de alguns Estados. Após as reformulações implementadas discutidas com gestores, associações de classe, profissionais, e o incremento financeiro, os transplantes despontaram em números em todo o país.

A retirada e o transplante de órgãos, tecidos ou partes só poderão ser realizados por estabelecimentos e equipes prévias e expressamente autorizadas pelo Ministério da Saúde, independentemente de possuir vínculo contratual de prestação de serviços ao SUS. A autorização poderá ser formulada para uma ou mais atividades de retirada e de transplante ou de enxerto. Os membros de uma equipe poderão integrar outra equipe, desde que estejam nominalmente identificados na relação de ambas, e poderão atuar em qualquer estabelecimento autorizado, para as atividades relacionadas ao transplante e retirada de órgão. Esta norma não é válida para equipes de transplante de medula óssea, em que os membros podem atuar no máximo em duas equipes e ocupando somente a responsabilidade técnica de uma equipe, conforme preconiza a Portaria MS/GM n. 931/2006. (CONASS, 2007, p: 186).

São exigidos também alguns documentos e critérios para os membros das equipes que realizam transplantes, tais como:

- Requerimento de autorização, específico para cada tipo de transplante, com nome da equipe, do responsável técnico e de cada um dos membros da equipe, com a informação da especialidade de cada um e o respectivo número do Conselho Regional de Medicina.
- Cópia de título de especialista ou da residência médica de cada um dos profissionais, anexada.
- Cópia do Conselho Regional de Medicina de cada um dos membros da equipe, anexada.

- Cópia da Certidão Negativa de Infrações Éticas (expedida pelo CRM), anexada.
- Identificação de todos os estabelecimentos de saúde onde a equipe irá atuar contendo a Razão Social e o CNPJ de cada um deles.
- Declaração da disponibilidade da equipe para realizar os procedimentos, em tempo integral, de todos os membros da equipe.
- Declaração da capacidade da equipe de realizar, concomitantemente, os procedimentos de retirada e de transplante de órgãos quando o caso assim o exigir. (CONASS, 2007, p: 187).

Observa-se rigor e bastante critério na estruturação e uma unidade de transplante, tanto pelo critério técnico como ético, no entanto observa-se na prática inúmeras deficiências nos serviços, no que tange à recursos humanos insuficientes, terceirização em algumas áreas, falta ou substituição de alguns itens materiais e médico-hospitalares tudo fruto da má gestão que assola o Sistema Único de Saúde.

As principais medidas organizacionais que possibilitaram avanços foram: Criação do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e das Centrais Estaduais (CNCDO), onde nesse modelo o SNT é o responsável pela política de transplante no país assessorado por um Grupo Técnico (GTA), com funções normativas a nível nacional e o Estado fica com as funções de normatização, distribuição e fiscalização em seu âmbito. A procura de doadores é função do hospital através dos seus coordenadores.

Do ponto de vista organizacional a medida mais importante é a continuidade da formação e a utilização efetiva dos coordenadores hospitalares na grande maioria dos hospitais com UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou emergência, outras medidas seriam: adequação do número de centros de transplante e do número de transplantes realizados, a maioria dos centros realiza menos de dez transplantes por ano.

Além disso, são necessários esforços para que a política continue logrando êxito, tais como: adequação do número de centros de transplantes no país, pois os padrões aceitáveis preconizam a existência de um centro de transplante renal para 1,5 milhão de população.

É preciso considerar as desigualdades geográficas na distribuição destes centros e das taxas de transplantes, prevalecendo maiores números nas regiões sul e sudeste. A situação mais grave e que merece intervenção urgente é na região norte, com uma população de 12

milhões de habitantes, em torno de 45% da extensão territorial do país e que possui somente um programa de transplante de doador falecido, em Belém (GARCIA, 2006, p. 318).

Além dessas Marinho elenca outras dificuldades, tais como: Em muitos hospitais falta infraestrutura, recursos ou pessoal disponível para manter vivos, por 48 ou 72 horas, os pacientes com morte cerebral, dado que entre a confirmação da doação e a localização de um doador compatível, não decorrem, provavelmente, menos do que 24 horas, inclusive em virtude das exigências legais. Os médicos podem se deparar com o dilema de ter de escolher entre a manutenção de um doador com morte cerebral ou atender um paciente vivo na UTI. Adicionalmente, vai contra a formação de nossos médicos, e dos demais profissionais de saúde, admitir a possibilidade de perda de pacientes por diversas razões, inclusive religiosas, as pessoas resistem a doar os seus órgãos. Outro fator negativo é o medo de ter o tratamento negligenciado ao ser identificado como doador. (MARINHO, 2006, p: 2231).

Para minimizar essas dificuldades faz-se necessário a criação de um sistema de informações padronizado onde se tenha informações online de todos os pacientes transplantados, bem como possíveis doadores. Outra importante medida seria aprovação de protocolos mais flexíveis do uso de imunossupressores, que permita adequar-se as características do doador ou do receptor, com objetivo de manter eficácia e reduzir custos, pois atualmente atende-se mais aos interesses das indústrias farmacêuticas.

Com todas as medidas adotadas houve um importante incremento nas taxas de transplantes. Em 2005 foram realizados 3.362 transplantes renais, segundo a Associação Brasileira de Transplantes, tornando o país o terceiro do mundo em números absolutos, atrás apenas dos Estados Unidos e China. Atualmente há no país uma lista de espera de 31.531 pessoas para transplante renal. O objetivo é reduzir esta lista de espera e impedir que o paciente morra antes do transplante, para isso trabalha-se no aprimoramento da política em todo o país (GARCIA, 2006, p. 317).

Outra medida de suma importância é a educação continuada e informação, tanto dos usuários como dos profissionais, pois nessa área mais do que em qualquer outra da medicina, a participação dos profissionais de saúde e da sociedade é um dos fatores determinantes do sucesso ou do fracasso dos programas de transplante.

Dentre as medidas adotadas a partir de 1997, destacam-se: encontros regionais com médicos e outros profissionais intensivistas realizados no Rio Grande do Sul, encontros

periódicos da diretoria da ABTO (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos), com jornalistas em São Paulo e Brasília, formação de Organizações da Sociedade Civil, como a ADOTE e Pró-via (GARCIA, 2006, p. 319).

As medidas educacionais com as organizacionais, são as que necessitam de maior investimento nos próximos anos, tais como educação para estudantes da área de saúde, especialmente nos cursos de medicina e enfermagem que precisam incluir a área de transplante em seus currículos.

Treinamento para os profissionais de saúde que são o elo mais crítico do processo de doação- transplante são eles que identificam os potenciais doadores e desencadeiam o processo de doação, diagnosticando a morte encefálica, comunicando a morte aos familiares e notificando os coordenadores de transplante e que precisam, portanto, estar aptos a abordar os familiares e a atuar diante das complicações.

Outro fator importante é a educação para a Mídia, há a necessidade do suporte profissional de especialistas em comunicação no planejamento das mensagens, com relação ao conteúdo e a melhor forma de transmiti-las. É necessário informar seriamente e educar a mídia e através dela, discutir com a população o significado da doação de órgãos, a legislação com relação aos transplantes, o conceito de morte encefálica, os aspectos positivos da doação, e os problemas gerais desta área (GARCIA, 2006, p. 319).

A seguir serão apontados pontos positivos e pontos negativos da política de transplantes até 1997, segundo Garcia em 2006. São eles: adequada legislação de transplantes, estabelecer critérios de morte encefálica preconizada pelo Conselho Federal de Medicina, atuação de algumas centrais Estaduais e Fundações envolvidas na captação e distribuição de órgãos, repasse pelo SUS (Sistema Único de Saúde), aos serviços que realizassem transplantes e remoção/captação de rins, fornecimento gratuito de medicação imunossupressora para os pacientes, em todo o pós-transplante, atuação de organizações científicas como a ABTO (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos), para a melhoria do sistema.

Os centros de transplante atuavam na busca ativa de pacientes e no pós-transplante mesmo sem remuneração específica e hoje contam com repasse específico. A mídia noticiava em favor dos transplantes, incentivando doação, familiares de pessoas em morte encefálica autorizando em 60 a 75% a doação de órgãos.

Como pontos negativos da política de transplantes têm: a ausência de uma política de transplantes até 1997, ausência de uma organização e de um fundo específico para o transplante, ausência de controle da alocação de órgãos e tecidos pelo Ministério da Saúde, grandes desigualdades nas atividades de transplantes nas regiões, ausência de organizações estaduais de transplante com doador falecido, comunicação deficiente entre as regiões impedindo o intercâmbio de órgãos, não pagamento de transplante pelos planos de saúde, não ressarcimento aos hospitais pela busca ativa de potenciais doadores, ressarcimento irrisório pelo acompanhamento ambulatorial pós-transplante, interrupção temporária em alguns estados do fornecimento da medicação imunossupressora, desconhecimento da população e de alguns profissionais de saúde da definição adequada de morte encefálica, veiculação frequente da imprensa sobre rapto de crianças para tráfico de órgãos, ausência de organizações não governamentais atuando na área de doação e de transplantes.

Para minimizar essas dificuldades deveria haver um maior compromisso dos gestores com um sistema de saúde com ações preventivas no âmbito da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a prevenção e o controle de doenças crônicas prevalentes na população (por exemplo, hipertensão e diabetes) poderia ter efeitos redutores significativos na demanda por transplantes. (MARINHO, 2006, p: 2237).

Essas dificuldades ainda persistem nos dias atuais especialmente no que diz respeito à saúde pública, muitos dos gestores não são responsabilizados pelas suas omissões e falta de zelo com o orçamento público. Felizmente a área de transplante tem um fluxo bem definido e controlado e minimiza esses efeitos.

Ainda como medidas legais que vieram a melhorar os trâmites da política têm-se: modificação da forma de consentimento, retornando ao consentimento informado, com decisão da família após a morte, foi tornado sem efeito legal a manifestação doador ou não doador na carteira de identidade ou habilitação, exigência de autorização judicial prévia para a realização de transplante renal, com doador vivo não parente. Agilização de necropsia ainda em centro cirúrgico, na remoção dos órgãos, quando a situação assim o exigir.

Atualmente existe toda uma logística de transplantes coordenada a nível nacional e estadual, com equipes credenciadas pelo ministério da saúde e organizada por meio do sistema nacional de transplantes o SNT.

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é a instância responsável pelo controle e pelo monitoramento dos transplantes de órgãos, de tecidos e de partes do corpo humano realizados no Brasil (Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997).

As atribuições do SNT incluem ações de gestão política, promoção da doação, logística, credenciamento das equipes e hospitais para a realização de transplantes, definição do financiamento e elaboração de portarias que regulamentam todo o processo, desde a captação de órgãos até o acompanhamento dos pacientes transplantados.

A atuação do SNT tem-se concentrado, sobretudo, na redução do tempo de espera dos pacientes na lista de transplantes e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes que hoje aguardam pelo procedimento. O Brasil tem hoje o maior sistema público de transplantes do mundo, no qual cerca de 95% dos procedimentos e cirurgias são feitos com recursos públicos. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece assistência integral ao paciente transplantado. São instâncias que integram o SNT: a Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT); as Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos e Tecidos (CNCDOs); a Central Nacional de Transplantes; as Organizações de Procura de Órgãos (OPOs); as Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs). São instâncias de natureza consultiva de assessoramento da CGSNT: as Câmaras Técnicas Nacionais (CTN) e o Grupo de Assessoramento Estratégico (GAE).

Como o intuito de desenvolver e aprimorar o gerenciamento das atividades de transplante no País surgiu a necessidade da criação de uma estrutura que articulasse as ações relacionadas a transplante de órgãos e tecidos entre os diferentes estados da federação e com os demais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes. Assim, foi instituída, pela Portaria Ministerial nº 901, de 16 de agosto de 2000, a Central Nacional de Transplantes (CNT).

Dentre os motivos que levaram à criação da CNT figura a premente necessidade de aperfeiçoar o processo de gerenciamento e controle das listas de receptores estaduais, regionais e nacional, e de garantir a equidade e transparência na distribuição de órgãos e tecidos para transplantes e enxertos. Outro motivo foi o reconhecimento da necessidade de estabelecer mecanismos e critérios que permitissem a adequada captação de órgãos e sua

consequente distribuição, sempre respeitando critérios de compatibilidade, urgência e tempo de espera, para que os órgãos e tecidos sejam destinados aos receptores ideais.

Desde janeiro de 2001, o Ministério da Saúde celebra um Termo de Acordo de Cooperação Técnica entre Comando da Aeronáutica, Infraero, empresas aéreas e as concessionárias dos principais aeroportos. Esta parceria é de extrema importância para o Sistema Nacional de Transplantes, uma vez que permite o transporte gratuito dos órgãos e tecidos entre os estados, bem como das equipes médicas de retirada. A CNT funciona 24 horas por dia, sete dias por semana. Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/>.

Tendo sido abordada a legislação que ampara e resguarda a Política de Transplante, bem como os avanços técnicos, logísticos e de divulgação que ocasionaram seu êxito desde então, em relação a outras políticas, serão descritos a seguir os locais onde se procedeu à pesquisa de campo, a metodologia utilizada bem como os resultados obtidos.

CAPÍTULO 4

O PERCURSO METODOLÓGICO

O presente capítulo objetiva descrever a metodologia, os locais de pesquisa, caracterizar os sujeitos pesquisados, bem como os resultados alcançados. A política pública de transplantes do DF é executada por três serviços, Hospital Universitário de Brasília, Hospital de Base do Distrito Federal e Instituto de Cardiologia do DF, este último por convênio com o Sistema Único de Saúde em caráter de complementação de serviços.

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa realizada foi do tipo exploratória, com análise qualitativa, analisando base de dados públicas, documentos institucionais, relatórios e também por meio de questionário aberto aplicado in loco com os profissionais que atuam nos serviços que realizam transplante. Esses profissionais foram em sua maioria enfermeiros e técnicos de enfermagem, mas também responderam ao questionário alguns médicos e gestores.

4.2 LOCAIS DE PESQUISA

Os locais de pesquisa foram os serviços do Distrito Federal que hoje tem credenciamento e habilitação para realizar transplantes pelo SUS. Assim a seguir são descritos os ambientes onde foi realizada a pesquisa, contextualizando as informações, os hospitais públicos do DF que realizam transplante, que são: Hospital Universitário de Brasília atualmente sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), Hospital de Base do Distrito Federal de gestão estadual, e o Instituto de Cardiologia do DF que realiza transplantes por convênio com o SUS, por meio da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

4.2.1 Hospital Universitário de Brasília

O HUB foi inaugurado durante o regime militar em 1972 como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado – IPASE (Decreto Nº 70.178 de 21 de fevereiro de 1972), recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici – HDFPM. A instituição dedicou-se, inicialmente, a atenção exclusiva dos servidores públicos federais e ficou conhecido como Hospital dos Servidores da União – HSU. Nessa época, o hospital atendia à política vigente de atenção à saúde seguindo o modelo de seguro social que caracterizou o modelo previdenciário no Brasil e na América Latina, sendo, portanto, excludente, de ideologia corporativa e com cobertura de caráter ocupacional. Em dezembro de 1979, o HDFPM passou a ser administrado pela Universidade de Brasília, por meio de convênio assinado com o Inamps.

Em 1987 foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal por meio de novo convênio assinado pela Universidade de Brasília com quatro ministérios, passando a chamar-se Hospital Docente Assistencial – HDA e sendo reconhecido como o 38º Hospital Universitário brasileiro. Após um processo conturbado, com manifestações públicas de professores e estudantes que exigiam a cessão definitiva do hospital para que pudesse ser administrado plenamente pela universidade, em 3 de abril de 1990 o hospital foi cedido pelo Inamps à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília – HUB.

De 1990 até 2004, o HUB sobreviveu a um processo de perda progressiva do quadro de funcionários do antigo Inamps, sofrendo paralelamente a falta de reposição dos postos de trabalho por aposentadorias ou por abandono relacionado aos baixos salários, vivenciando um financiamento oscilante que dependia das relações estabelecidas frequentemente de maneira informal com o gestor local do Sistema Único de Saúde – SUS. A partir de 2005, o HUB passou a ser administrado e financiado dentro das diretrizes da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, por meio de Termo de Compromisso assinado com o gestor local do SUS, definindo o teto financeiro para o desenvolvimento das suas atividades. Paralelamente, o HUB foi certificado como Hospital de Ensino de acordo com os critérios estabelecidos nessa portaria e até hoje permanece certificado conforme as disposições da Portaria Interministerial MEC/MS no. 2400 de 2 de outubro de 2007. Atualmente, o HUB enfrenta o desafio de implementar elevados padrões de qualidade nas atividades de ensino, serviço e pesquisa e para tanto, está envolvido no processo de Acreditação pela Qualidade pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA. É

administrado por meio de parceria público privada com a empresa brasileira de serviços hospitalares (Ebserh). Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/nossa-historia>.

A unidade de transplantes conta com 36 servidores, entre enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, dos quais 15 responderam à pesquisa. Outros profissionais tais como nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, não são exclusivos do transplante atendem às demandas de todo o hospital.

4.2.2 Instituto de Cardiologia do Distrito Federal

O ICDF é administrado pela Fundação Universitária de Cardiologia (FUC) e possui foco na excelência do atendimento médico a toda a comunidade incluindo SUS e convênios, realizando ainda pesquisa e ensino. Inaugurado há cinco anos, o Instituto está localizado junto ao Hospital das Forças Armadas. Destaca-se como referência nacional em alta complexidade e transplantes de coração, fígado, pulmão, rim, córnea e medula óssea. Sua estrutura dispõe de mais de 106 leitos, quatro salas cirúrgicas, duas salas de hemodinâmica, ambulatório e emergência. São realizadas em média 84 cirurgias por mês.

Atualmente, o Instituto conta com um quadro de mais de 700 funcionários prestando todos os tipos de serviços relacionados à cardiologia, tais como: consultas médicas, atendimentos de emergência 24 horas, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, assistência social, exames ecocardiográficos, radiológicos, laboratoriais, mapa, holter, tilt-test, procedimentos de hemodinâmica e eletrofisiologia, implante de marcapasso, cirurgias cardíacas em adultos e crianças, inclusive recém-nascidos. A instituição conta ainda com especialistas nas áreas de neuroradiologia intervencionista, vascular e nefrologia. O público alvo da instituição é a população do Distrito Federal e das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, portadoras de coronariopatias (infarto, angina etc.), cardiopatias congênitas, valvulopatias, arritmias cardíacas, entre outras doenças cardiológicas, além de pacientes com indicações de transplantes. Fonte: <http://www.icdf.org.br/>.

As unidades que atendem ao paciente transplantado são comuns a outros pacientes, que são UTI, centro cirúrgico e internação. É composta médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Como acontece em outros serviços os profissionais não são exclusivos do transplante. Existe uma equipe de coordenação exclusiva de transplantes, que

foi entrevistada, e é composta em sua maioria por enfermeiros que coordenam a logística de transplantes por órgão, totalizando 08 pessoas, das quais 06 responderam à pesquisa.

4.2.3 Hospital de Base do Distrito Federal

O Hospital de Base do Distrito Federal é um hospital público brasileiro, da região administrativa de Brasília, no Distrito Federal e faz parte do Sistema Único de Saúde. É o segundo maior hospital em número de leitos da Região Centro-Oeste do país.

Inaugurado em 12 de setembro de 1960, data de aniversário do então presidente da república Juscelino Kubitschek, conta atualmente com aproximadamente 3500 servidores, e realiza mais de 600 mil atendimentos no pronto-socorro e no ambulatório por ano. Destas, são realizadas em torno de 12 mil cirurgias. Conta com 200 banheiros, 14 elevadores, 52 mil metros quadrados de área construída. É referência em Oncologia, medicina nuclear, transplantes, tratamento de epilepsia e de esclerose múltipla. Fonte: www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/271-hospital-de-base-do-df.html.

A unidade de transplantes conta com 62 servidores, entre enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, dos quais 12 responderam à pesquisa, incluindo gestores. Outros profissionais tais como nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, não são exclusivos do transplante atendem às demandas de todo o hospital.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu nos meses de janeiro, fevereiro de março de 2016, com agendamento prévio com os gestores das respectivas unidades de transplantes. Vale ressaltar que os gestores do Hospital Universitário não aceitaram participar da pesquisa, mesmo depois de várias visitas e telefonemas. No Hospital de Base gestores médicos contribuíram com informações relevantes e no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal os enfermeiros gestores do serviço, participaram e contribuíram efetivamente da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário (APENDICE A), que se constitui em um instrumento de investigação que visa a recolher

informações acerca da política de transplantes no Distrito Federal. Para essa pesquisa foi selecionado o modelo de questionário aberto pois proporciona respostas de maior profundidade e reflexão, dando ao sujeito pesquisado maior liberdade para sua resposta.

Na presente pesquisa foram aplicados dois modelos de questionários: o primeiro, para equipe que assiste diretamente os pacientes transplantados (Chefes dos centros de Transplantes – médicos e enfermeiros). O segundo modelo de questionário foi aplicado aos gestores que coordenam a política.

As ações foram definidas segundo o cronograma que incluiu primeiramente a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pesquisa/FEPECS-SES-DF, por meio da Plataforma Brasil. Após aprovação foram realizadas visitas prévias ao Gestor da unidade para explicação do projeto e obtenção de autorização para aplicação dos questionários.

Os questionários foram aplicados aos profissionais e gestores no seu local de trabalho em sala privativa. O (a) entrevistado (a) recebeu todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e foi assegurado aos mesmos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Todos receberam e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e essa etapa foi realizada no período compreendido entre os meses de janeiro a fevereiro de 2016. (Após recebimento do Parecer consubstanciado do CEP dia 25 novembro 2015).

4.4 AMOSTRA

Nas instituições pesquisadas, Hospital Universitário de Brasília, Hospital de Base do DF e Instituto de Cardiologia, foram entrevistados chefe médico e chefe de enfermagem das unidades de transplante. Participaram da pesquisa sendo entrevistados também, o gestor local da política de transplante no Distrito Federal, bem como o gestor central da política no Ministério da Saúde, todos com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram entrevistados ainda profissionais de diversas especialidades que trabalham nas unidades e concordaram em contribuir, entre eles, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiros, coordenadores, em média 10 pessoas por hospital.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando os aspectos éticos da pesquisa, conforme regulamenta o Ministério da Saúde através da resolução 196/96, a presente proposta de pesquisa, bem como o instrumento metodológico, foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/FEPECS/SES/DF), sob o parecer de número 50077215.4.0000.5553, em 06/11/2015. Foi utilizado também o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que traz informações referentes aos termos da pesquisa, objetivos e métodos. O termo deixa clara a liberdade de decisão em participar da pesquisa, a opção de interromper sua participação em qualquer etapa do processo e a confidencialidade dos participantes.

O foco principal da coleta de dados não foi o quantitativo, e sim qualitativo, mesmo que tenha atingido um percentual adequado de participação para a análise dos dados no foco de poder, da Política de Transplantes e promoção da cidadania com a inclusão de qualidade que a política pública propicia.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a leitura das respostas, procedeu-se ao ordenamento dos dados, procurando em linhas gerais identificar e comprovar se os profissionais têm a percepção da detenção do “poder simbólico” associado à sua rotina de trabalho e se eles usam esse poder para alcançar, por exemplo, o êxito de implementação, alocação de recursos para a boa realização de política pública.

Nesse tópico foram fornecidos e analisados dados referentes às entrevistas realizadas com gestores, (chefes dos Hospitais), coordenadores e profissionais que atuam na atividade. A amostra da pesquisa constitui de 106 profissionais, pertencentes ao: Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Universitário de Brasília (HUB), Central Nacional de Captação e Doação de Órgãos, situada em Brasília no Hospital de Base do Distrito Federal (CNCDO-DF). Destes 33 responderam aos questionários, totalizando 31% dos profissionais.

Para realização da análise dos resultados agrupou-se as discussões em categorias, e essas tiveram como parâmetro os conceitos descritos no *Capítulo 2*. A análise será, portanto, realizada segundo as seguintes categorias:

- Categoria 1 – Acesso à saúde no nível da alta complexidade: direito do cidadão
- Categoria 2 – Profissionais de saúde e exercício do *habitus* presente na Política de transplantes
- Categoria 3 – Profissionais de saúde e atuação no *campo* da Política de transplantes
- Categoria 4 – Profissionais de saúde e uso do *capital, do poder simbólico e das estratégias de dominação*, dentro da Política de transplantes.

Categoria 1 – Acesso à saúde no nível da alta complexidade: direito do cidadão

Através da análise das questões abaixo, do questionário aplicado ao grupo que atende e cuida efetivamente dos pacientes, temos que no HUB dez profissionais, dos quinze respondentes, se referiram a política de transplante de forma positiva, mencionando que a política é idônea, que o acesso é universal e apenas cinco informaram considerar a política atrasada, com pouca divulgação e que precisa melhorar. Destes respondentes, cinco ocupam função de enfermeiros, nove de técnicos de enfermagem e um de médico. No HBDF nove profissionais, dos doze respondentes, se manifestaram de forma favorável à política, em detrimento de três que informaram que a política precisa de mais investimentos e divulgação. Destes respondentes quatro ocupam função de enfermeiros, sete técnicos de enfermagem e um médico. No ICDF os seis pesquisados e respondentes relataram que a política é séria, adequada, bem planejada, os seis respondentes ocupam função enfermeiros.

Seguem as questões aplicadas aos profissionais.

Questões 03 e 11 do questionário aplicado à (médicos, enfermeiros e técnicos)

Como você avalia a política de transplante no Brasil?

Qual o nível socioeconômico dos pacientes atendidos no serviço de transplantes?

Há algum custo que é repassado ao paciente?

Nota-se pela maioria das respostas a manutenção do direito à saúde, quando da acessibilidade gratuita do paciente ao serviço. Como se observa no discurso de profissionais dos serviços pesquisados, tais como:

“ A política de transplantes do Brasil é uma das mais justas do mundo” – enfermeiro

“ Nenhum custo é repassado ao paciente” – médico

“Política organizada de maneira geral”- enfermeiro

“Um sucesso” - técnico

“Política com proposta bem colocada, adequada, e bastante organizada”- enfermeiro

“ A Política de Transplantes brasileira é excelente, o sistema é totalmente gratuito, e não há como ocorrer privilégios, é bastante seguro” - enfermeiro

“ Trata-se de uma política idônea, universal, sem discriminação” - técnico

“ Política positiva por oferecer assistência integral ao transplantado, de forma ética e legal” - médico

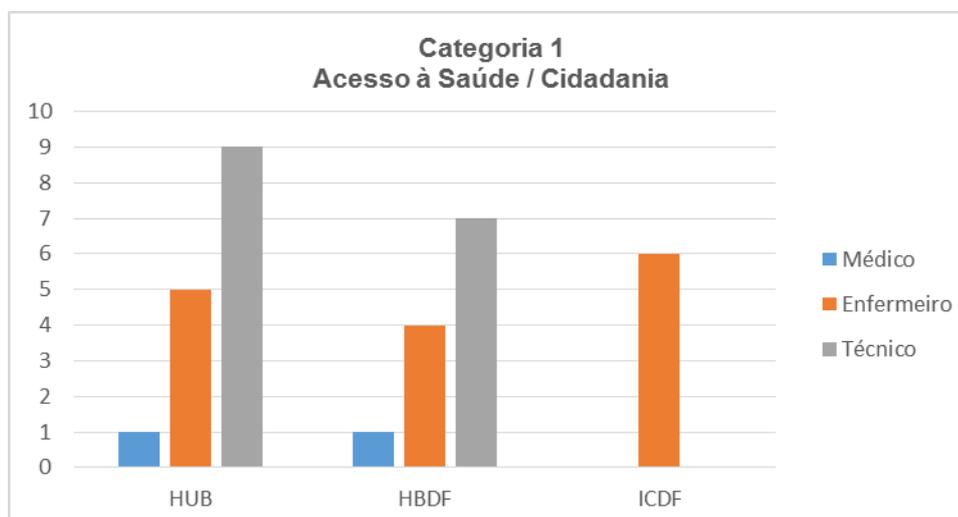
Percebe-se, portanto a aplicação do conceito de cidadania, como refere (SOARES, 2016, p: 61) ao analisar os preceitos constitucionais da Constituição Cidadã de 1988, que fortalece os direitos individuais e coletivos, especialmente o direito fundamental de acesso à saúde, bem como aborda a função do Estado em garantir esse direito.

Essa concepção de cidadania reivindica o acesso, a inclusão, participação e pertencimento a um sistema político. O reconhecimento dos direitos de cidadania aponta para transformações radicais em nossa sociedade e em sua estrutura de relações de poder. Essa identidade de cidadão de cada homem vem associada à liberdade e garantia de direitos, vinculados diretamente à democracia, como refere (LONGUI, 2011, p: 20), no capítulo 2.

A cidadania mencionada e preconizada na Constituição de 1988 está mantida e presente na política de transplantes, pelo relato dos profissionais e pela forma idônea e transparente que permite acesso e resolutividade de tratamento a qualquer cidadão.

Categoria 1 - Acesso à Saúde / Cidadania			
Hospital \ Profissional	HUB	HBDF	ICDF
Médico	1	1	0
Enfermeiro	5	4	6
Técnico	9	7	0

Elucidando melhor os dados tem-se com relação às respostas desta categoria, que diz respeito ao acesso gratuito aos serviços fazendo jus ao princípio da cidadania, no HUB, um médico respondeu positivamente, cinco enfermeiros e nove técnicos. No Hospital de Base do DF, um médico, quatro enfermeiros e sete técnicos de enfermagem também responderam afirmativamente à essas questões. No ICDF os seis enfermeiros responderam aos questionamentos.



Categoria 2 – Profissionais de saúde e exercício do *Habitus* presente na Política de transplantes

Por meio destas questões, aplicadas aos profissionais que atuam na assistência, identifica-se o interesse do profissional por essa área, por adquirir experiência, aprimorar seus

conhecimentos, identifica-se qualificação prévia dos profissionais e interesse em aperfeiçoamento pela própria exigência da atividade.

Seguem as questões aplicadas aos profissionais nos três serviços.

Questões 01e 02 do questionário aplicado à (médicos, enfermeiros e técnicos)

O que o levou a trabalhar com transplantes?

Você recebeu treinamento ou tem formação específica para realizar esse trabalho?

Nesse tópico no HUB, dos quinze respondentes, apenas seis profissionais referiram ter recebido treinamento ou qualificação para ser lotado no setor de transplante, os nove restantes foram lotados aleatoriamente, sem experiência ou afinidade quaisquer. Dos seis respondentes, três ocupam função de enfermeiros, um de médico e dois de técnicos de enfermagem. No HBDF, dos doze respondentes, nove profissionais informaram ter recebido treinamento e ter cursos de formação em transplantes, o que os motivou a atuar na área, em detrimento de três que informaram não ter recebido treinamento. Destes respondentes que receberam treinamento quatro ocupam função de enfermeiros, um de médico e quatro de técnicos de enfermagem. No ICDF dos seis respondentes, todos seis enfermeiros receberam treinamento e isso despertou interesse e motivação pela área, como se observa pelos relatos.

“ Oportunidade de crescimento profissional” - enfermeiro

“ Ter novas experiências e adquirir mais conhecimento” - técnico

“Recebi treinamento e tenho especialização” - enfermeiro

“Fiz residência em nefrologia por dois anos com grande parte da carga horária em transplante” - médico

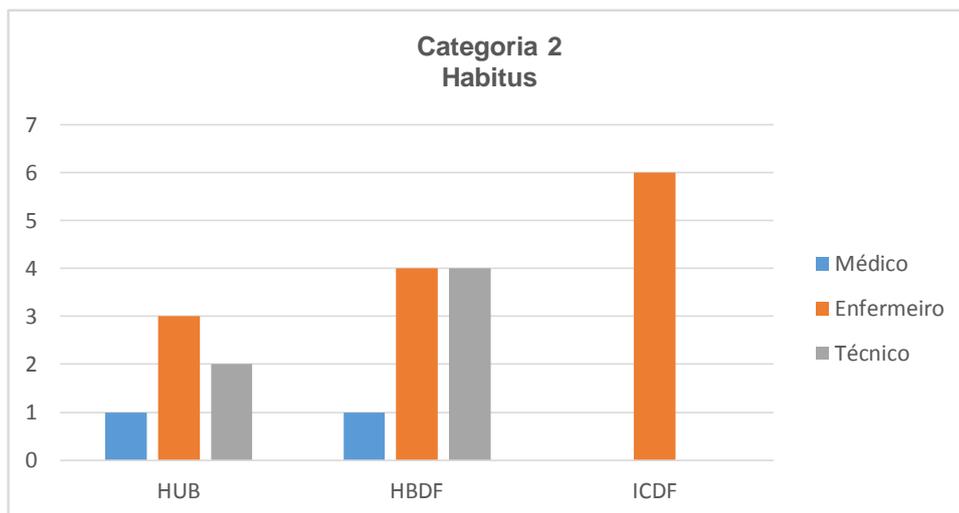
Verifica-se assim que existe nessa prática de atuação a necessidade de um conhecimento prévio, uma habilidade técnica específica, o *habitus*, como descrita por Bourdieu.

Habitus como indica a palavra, é um conhecimento adquirido e também um haver, um capital adquirido por um agente em ação. (BOURDIEU, 1983, p.67). Ou ainda, o termo *habitus*, representa estruturas que ultrapassam o nível da consciência e promovem a mediação entre as estruturas sociais e práticas de cada indivíduo, ao longo da vida, por meio de condicionamento, sempre atualizada de acordo com a prática. (BOURDIEU, 1988, p. 61).

O termo *habitus* consiste num sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações, e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas. (BOURDIEU, 1983, p. 65).

Ou ainda para a área da Saúde, o *habitus* seria expresso pela linguagem, pelos termos técnicos próprios da área da saúde, pelas habilidades desenvolvidas pelos profissionais ao longo da sua formação e prática profissional. Esse *habitus* seria também toda a rotina aplicada nesse trabalho, os manuais de normas e protocolos, bem como os procedimentos operacionais padrão que são individualizados por áreas e setores de atuação.

Categoria 2 - Habitus			
Hospital / Profissional	HUB	HBDF	ICDF
Médico	1	1	0
Enfermeiro	3	4	6
Técnico	2	4	0



Nessa categoria que faz referência ao *habitus*, obteve-se no HUB, resposta de um médico que referiu receber treinamento e ter formação na área, assim como três enfermeiros e dois técnicos de enfermagem. No HBDF da mesma forma um médico, quatro enfermeiros e

quatro técnicos de enfermagem. No ICDF seis enfermeiros informaram receber treinamento e/ou ter especialização para atuar na área de transplantes.

Categoria 3 – Profissionais de saúde e atuação no *Campo* da Política de transplantes

Através destas questões é possível analisar o cenário institucional e político no qual a política se insere, as questões governamentais e de financiamento que envolvem o êxito da política. Nessas questões destinadas aos gestores, os cinco do HBDF responderam aos questionamentos e enfatizaram detalhes que robustecem a política de transplantes, principalmente no que se refere à recursos financeiros. Nas demais instituições não houve respondentes. Seguem as questões aplicadas aos profissionais.

Questões 1, 3, 4, do questionário (gestores)

Como você avalia a política de transplantes no Brasil?

Quais os critérios de credenciamento de um hospital para realizar transplante?

Como você percebe o envolvimento da gestão governamental na questão de garantir insumos e recursos humanos para o desenvolvimento da política de transplantes no Brasil?

A seguir são transcritos relatos obtidos dos profissionais que apontam poder.

“Houve excelente evolução devido ter uma legislação apropriada”- médico

“Para haver credenciamento é necessário parecer favorável do município e região, alvará sanitário, check list e vistoria do Ministério da Saúde, com publicação em portaria”- enfermeiro

“O repasse se dá por meio de um fundo de ações estratégicas compensador chamado Faec e o hospital recebe por produtividade e não tem teto” - enfermeiro

Ainda para ratificar o conceito de *campo* segue a análise desse tópico aplicada a outro grupo de entrevistados, os assistenciais médicos, enfermeiros e técnicos.

Questões 1, 3, 4, 6, 8, 9 do questionário aplicado à (médicos, enfermeiros e técnicos)

O que o levou a trabalhar com transplantes?

Como você avalia a política de transplantes no Brasil?

O senhor chefe do setor poderia dizer como foi selecionado o perfil da equipe que hoje compõe o setor de alta complexidade em transplantes? Há a necessidade desses profissionais possuírem cursos, formação ou títulos específicos para atuação na área?

Em que o tratamento/protocolos, as rotinas e as técnicas de assistência ao paciente transplantado se diferenciam das demais?

Sabe-se que há a necessidade de equipamentos/aparelhos de última geração para o tratamento de pessoas transplantadas. Como está a manutenção desses aparelhos no setor? Há aparelhos e leitos específicos para os transplantados?

Como ocorre o sequenciamento de ações no setor de transplantes quando tem uma oferta de órgão? Há procedimentos que a equipe precisa pedir autorização à chefia do hospital? Eles são autônomos para lidar com toda a logística do setor de transplantes?

Analisando os relatos observa-se um grupo de denominações que caracterizam e apontam as diferenças da atuação na área de transplantes.

“Há um tratamento específico e diferenciado” - médico

“A equipe tem que ser diferenciada das demais, os pacientes transplantados requerem mais atenção da equipe” - técnico

“A chefia tem autonomia com a logística” - enfermeiro

“A unidade de transplante é autônoma” - técnico

“Devido à especificidade do transplante é necessário que suas rotinas sejam diferenciadas de outros setores” – enfermeiro

Analisando esse grupo de respostas, no HUB dos quinze respondentes, onze profissionais referiram que o setor dispõe de protocolos e rotinas de assistência diferenciados e que os pacientes recebem acompanhamento com acesso facilitado. Destes respondentes, cinco ocupam função de enfermeiro, um de médico, e cinco de técnicos de enfermagem. No HBDF, cinco profissionais dentre os doze respondentes, informaram que o cuidado ao paciente transplantado é diferenciado e que este recebe

acompanhamento da equipe transplantadora. Destes respondentes, quatro ocupam função de enfermeiros, um de médico. No ICDF cinco dos seis enfermeiros que responderam à pesquisa, mencionaram que o setor de transplantes atua em conformidade com protocolos e rotinas específicas e que o paciente recebe acompanhamento.

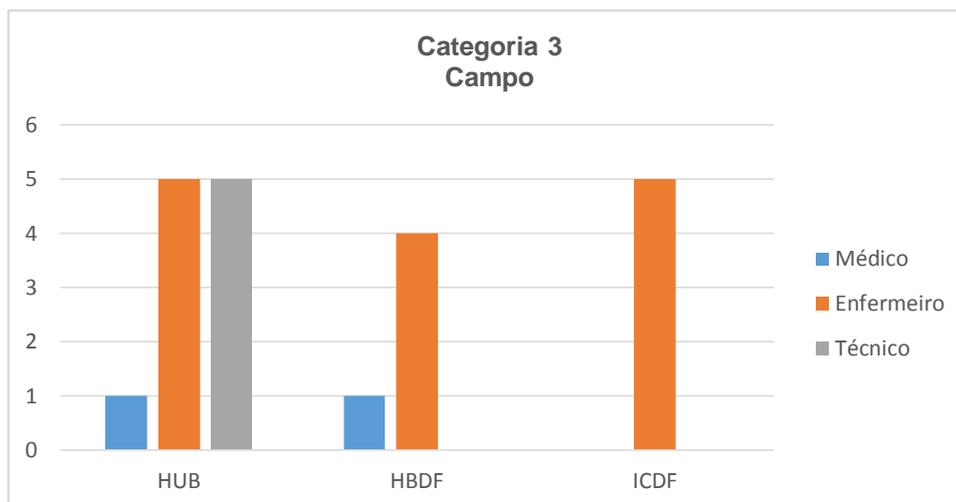
Constata-se a presença do conceito de *campo*, descrito por Bourdieu no capítulo 2. Para se compreender um *campo* é necessário apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram. (BOURDIEU, 2007, p.197).

Pode se descrever o *campo* social como um espaço multidimensional de posições tal que qualquer posição atual pode ser definida em função de um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes: os agentes distribuem-se assim nele, na primeira dimensão, de acordo com o volume global do capital que possuem, e na segunda dimensão, conforme a composição do seu capital, quer dizer, segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto das suas posses. (BOURDIEU, 2007, p. 135.)

Assim o *campo* é o ambiente ou espaço onde um poder é exercido por membros de um determinado grupo ou profissão. O *campo* aqui descrito é bem presente na área de transplantes, pela especificidade e tecnologia cirúrgica, logística da captação e transporte do órgão, bem como o pós-operatório do paciente, com equipe treinada e aparelhos específicos e tratamento com imunossuppressores de elevado custo.

Categoria 3 - Campo

Hospital Profissional	HUB	HBDF	ICDF
Médico	1	1	0
Enfermeiro	5	4	5
Técnico	5	0	0



Nesse item responderam acerca de reconhecer que existe um campo de saber próprio, no HUB um médico, cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem. No HBDF da mesma maneira, um médico e quatro enfermeiros. No ICDF cinco, dos seis enfermeiros gestores responderam e reconheceram a existência de um campo de saber próprio.

Categoria 4 – Profissionais de saúde e uso do Capital, do Poder simbólico e Estratégias de dominação da Política de transplantes

Através destas questões constatou-se que os gestores detêm o conhecimento de *poder simbólico* de que trata este estudo, e procuram utilizar, exigir e argumentar na prática.

Com relação a essas questões, onde os cinco gestores do HBDF responderam, todos informaram que a política angaria recursos, tem critérios bem rígidos de credenciamento e o repasse financeiro é diferenciado, exatamente para incentivar as equipes e garantir recursos humanos, materiais e equipamentos. Os gestores dos demais serviços não atenderam aos pedidos de entrevista e participação na pesquisa. A seguir seguem as questões.

Questões 1, 3, 4 do questionário aplicado aos gestores.

Como você avalia a política de transplante no Brasil?

Quais os critérios de credenciamento de um hospital para realizar transplante?

Como você percebe o envolvimento da gestão governamental na questão de garantir insumos e recursos humanos para o desenvolvimento da política de transplantes no Brasil?

Foram obtidas por respostas assim extraídos dos questionários.

“Política em excelente evolução, onde o SUS é responsável por 95% dos transplantes” - enfermeiro

“A criação do Sistema Nacional de Transplante foi um importante avanço, porém é necessário mais investimento, contratação de profissionais com qualificação específica na área de transplantes” - enfermeiro

“O Brasil detém o maior sistema público de transplante no mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos em números absolutos.” - médico

“A política de transplante está em excelente evolução devido ter uma legislação apropriada” - enfermeiro

“Os valores pagos pelos transplantes são bem favoráveis” - enfermeiro

“O hospital credenciado após realizar o transplante emite a AIH (autorização de internação hospitalar), ela é enviada à central nacional de captação, que confere no sistema e após libera o número autorizador, de posse desse número o hospital através do SIH (sistema de internação hospitalar), fatura os procedimentos recebendo os valores via gestor local” - enfermeiro

Ainda para ratificar os conceitos de *capital*, *poder simbólico* e *estratégias de dominação*, analisou-se também as respostas dos profissionais que atendem diretamente o paciente, nos três serviços (HUB, ICDF e HBDF).

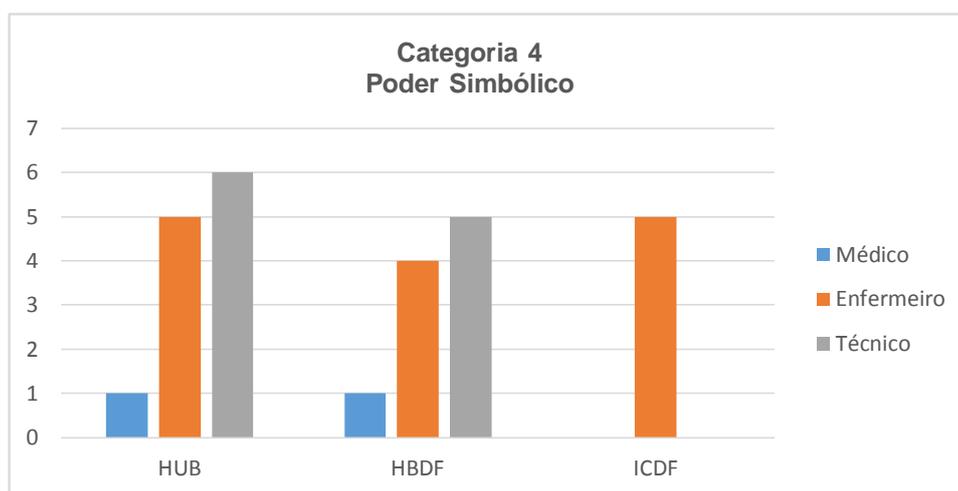
Questões 3, 5, 7, do questionário aplicado à (médicos, enfermeiros e técnicos)

Como você avalia a política de transplantes no Brasil?

Esses profissionais que atuam no setor de alta complexidade em transplantes possuem treinamentos frequentes que os especializam e os permitem possuir reconhecimento diferenciado no ambiente da Saúde? Dentro do hospital há setores que possuem maiores demandas de formação que outros?

Os pacientes transplantados possuem algum acompanhamento? Como ocorre esse acompanhamento? Em caso de complicações e intercorrências fora do hospital como esse paciente é atendido?

Categoria 4 - Poder Simbólico			
Hospital Profissional	HUB	HBDF	ICDF
Médico	1	1	0
Enfermeiro	5	4	5
Técnico	6	5	0



Com relação à existência do Poder Simbólico para os profissionais, no HUB um médico, cinco enfermeiros, e seis técnicos de enfermagem emitiram respostas que permitem identificar esse Poder. No HBDF, um médico, quatro enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem e no ICDF cinco dos seis enfermeiros responderam positivamente.

Analisando as respostas temos que:

“Os pacientes fazem acompanhamento no ambulatório de pós transplante e são orientados a procurar a emergência em caso de intercorrência” - médico

“Faz-se necessário investimento também na contratação de profissionais com qualificação específica na área de transplante bem como sua capacitação.” - enfermeiro

“É necessária melhoria na estrutura física hospitalar pública, para além das adequações necessárias exigidas pelo Ministério da Saúde” - enfermeiro

Nesse grupo de questões dos seis respondentes no ICDF, cinco informaram receber treinamentos periódicos e dispor de equipamentos apropriados e com manutenção periódica, da mesma maneira responderam com relação ao acompanhamento dos pacientes transplantados. No HBDF dos doze respondentes, dez informaram que os pacientes recebem acompanhamento quando necessitam e no HUB dos quinze respondentes, doze afirmam que os pacientes recebem acompanhamento periódico ambulatorial. Três informam que os equipamentos precisam ser substituídos e a quantidade estar insuficiente.

Por meio das declarações é possível identificar especificamente um poder na prática de atuação desses profissionais que atuam em transplante, defendido pelo estudo como *poder simbólico*, aliado ao uso de *capital e estratégias de dominação* que um campo exerce sobre outro como descreve Bourdieu no capítulo 2.

O *poder simbólico* é o poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. (BOURDIEU, 2007, p: 08).

Ou seja, esse poder sequer é percebido pelos que atuam nessa prática, porém aqui foi identificado pelos gestores que executam e implementam a política de transplante, quando informam acerca da legislação bem redigida e apropriada, quando informam acerca do credenciamento dos serviços, financiamento, quando informam como é a avaliação da política pública em relação às outras no mundo.

O *capital simbólico* é definido como formas pelas quais se revestem as diferentes espécies de capital quando percebidas e reconhecidas como legítimas. Esse *capital simbólico* designa o *poder simbólico* de um grupo ou de um indivíduo, com autoridade, conhecimento, prestígio, reputação, formação acadêmica. (BOURDIEU, 2007, p. 10).

A conquista desse *capital simbólico* é obtida por meio de investimento, tempo, dinheiro e disposição pessoal. Para Bourdieu, entretanto, cada indivíduo é capaz de acumular determinado tipo de capital, em diferentes níveis, que o possibilitará interagir melhor em um determinado *campo*, e quanto mais bens simbólicos esse indivíduo venha a acumular mais ele estará apto para atuar no *campo* e estabelecer suas relações de poder.

Com relação às *estratégias de dominação* temos que, são ações que visam determinadas finalidades sem serem necessariamente concebidas para tal, são o resultado do senso prático, do conhecimento das regras e do sentido do jogo social que se adquire pela experiência e pela participação nas atividades sociais. São enfim, o resultado da detenção e aplicação de um *habitus* em um determinado *campo*. (BOURDIEU, 2007, p: 33).

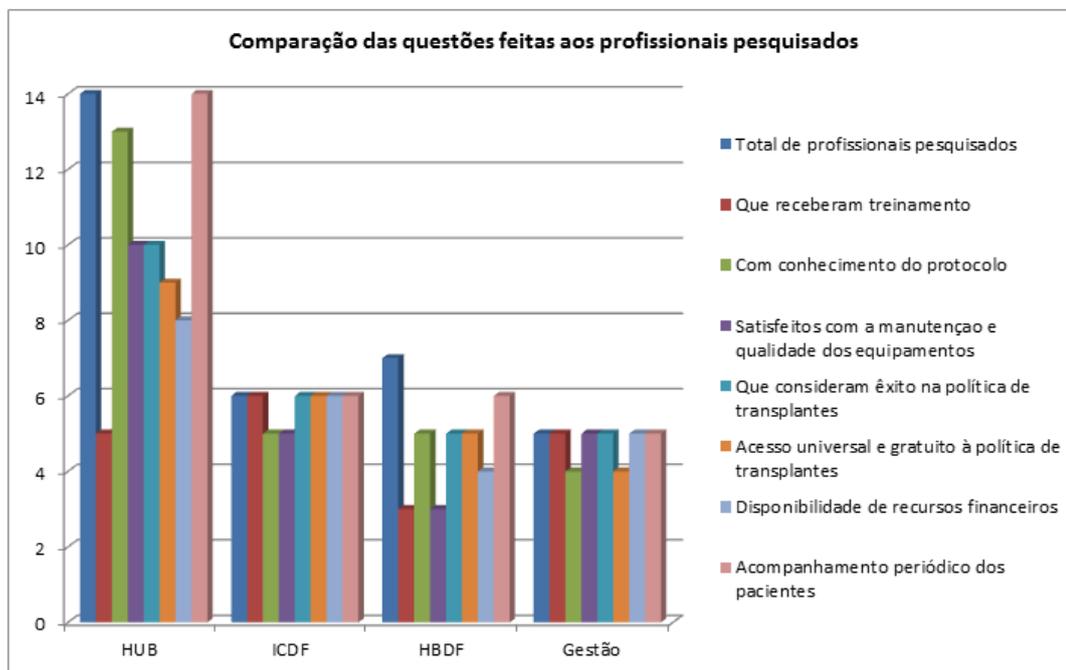
Outro conceito de *estratégia* diz que é estritamente ligado aos conceitos de *campo* e *habitus* e pode ser entendido como sequências de práticas estruturadas ou série de ações ordenadas e orientadas, que os agentes desenvolvem em função de um *habitus* adquirido, e das possibilidades que um determinado *campo* oferece para a obtenção e maximização dos lucros específicos em jogo no campo em questão. (BOURDIEU, 1983, p: 33).

Assim as posições dominantes são ocupadas pelos agentes produtores de bens culturais e simbólicos, tais como: o artista, o intelectual, o cientista, o jurista, o médico, pois constituem as frações de classe dominante porque são oriundos dessas classes e/ou possuem um capital cultural específico que lhes confere determinadas formas de poder e privilégios.

Dessa maneira o estudo do poder simbólico chama a atenção para as relações sociais em que o poder está presente de maneira imaterial, estrutural e interrelacional. As classes dominantes possuem uma posição social favorável que permite o exercício de poder, em alguns momentos devem usar estratégias de construção do consenso, denotando a legitimidade do poder dominador sobre o dominado. (SOARES, 2012, p: 48).

A seguir as categorias exemplificadas acima são expostas por meio de gráficos, que trazem a análise dos pontos primordiais dos questionários aplicados nos serviços.

Gráfico 5 : Análise dos questionários



Com relação às questões da categoria 1 que fazem referência ao acesso universal e gratuito e que estão diretamente relacionados à cidadania, colorido em laranja, observa-se que em todos os serviços houve concordância com acesso gratuito, igualitário e universal, exceto no Hospital Universitário de Brasília que passou por reformulação de gestão recente e os profissionais da empresa Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) ainda desconhecem a gênese da política pública de transplante, e não referiram tais questões.

Nos gráficos em vermelho analisamos a categoria 2, o *habitus*, a experiência adquirida e treinamentos oferecidos. Nesse tópico apenas a gestão e o serviço conveniado (ICDF) está com orientação e conhecimentos atualizados, as áreas de atuação assistencial referem não ter treinamento periódico.

Na categoria 3, gráficos em verde e violeta, evidenciam o *campus* de atuação dos profissionais, abordando conhecimento dos protocolos diferenciados e satisfeitos ou não com os equipamentos disponíveis ao trabalho, bem como manutenção e o estado de conservação destes. Com relação à protocolos todos são unânimes em reconhecer que é diferenciado e deve ser do conhecimento do profissional. Com relação à qualidade e manutenção dos

equipamentos muitos referiram estarem obsoletos e precisando de substituição, mas existe manutenção preventiva periódica.

No último tópico, a categoria 4 que faz referência ao *poder simbólico*, onde foram analisados itens como disponibilidade de recursos financeiros, acesso do paciente ao acompanhamento e o êxito da política, itens na cor azul claro, rosa e azul mais escuro. Em relação ao sucesso da política todos os serviços foram favoráveis com exceção de quatro do HUB. Em relação à disponibilidade de recursos financeiros dois dos serviços não acharam satisfatórios e a gestão em sua totalidade aponta nas respostas o direcionamento efetivo de recursos. Em relação ao acompanhamento dos pacientes todos os serviços apontaram que existe o acompanhamento antes e após o transplante e que este é facilitado pelas peculiaridades que o paciente exige no tratamento, que precisa ser ágil e eficiente.

Observou-se assim no presente capítulo a descrição da implementação da política pública de transplantes no Brasil e no Distrito Federal, com comentários da criação da legislação que a regulamenta. Foi também demonstrado os elementos que comprovam os nichos de poder simbólico presentes na política de Transplante no DF. Ou seja, verificou-se por meio de pesquisa de campo que os critérios de *poder simbólico* segundo a perspectiva de Pierre Bourdieu, já descritos no capítulo 2 (*habitus, campo, capital e poder simbólico, estratégias de dominação*) estão presentes na implementação da política de alta complexidade em transplantes no Distrito Federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política pública de saúde de alta complexidade em transplantes do Distrito Federal compreende um campo de saber próprio com grande investimento governamental, prioridade em agenda pública, alocação de recursos, diagnóstico especializado, procedimentos cirúrgicos, tratamento especializado de base tecnológica, treinamento profissional e ampla divulgação. Por ser uma política brasileira com resultados expressivos e com disponibilidade de financiamento, tem sido amplamente discutida e avaliada, além disso, essa política é alvo de atenção de gestores, de profissionais e governantes, pois melhora a qualidade de vida de doentes acometidos por doenças crônicas, no caso do Distrito Federal especialmente a doença renal crônica, pois os serviços públicos realizam maior número de transplantes de rins.

Essa política tem servido como modelo para outros países por ser gratuita e de livre acesso para qualquer cidadão que necessite. Convém ressaltar que para a realização dessa política, os profissionais recebem um diferencial de bonificação por mérito, status, e uma qualificação diferenciada dos demais profissionais de saúde. Essa valoração diferenciada, por exemplo, aporta um dos elementos que podem ser analisados como elementos de exercício de poder segundo a perspectiva descrita por Pierre Bourdieu em “O Poder Simbólico”.

O processo de redemocratização brasileiro trouxe um maior movimento social em busca de políticas públicas capazes de promover a concretização dos direitos sociais, assegurando assim o cumprimento do dever do Estado em garantir a saúde. A política pública de transplantes no Brasil e no Distrito Federal está inserida nesse movimento. Para tratar do campo da assistência de alta complexidade, como transplantes, é importante recuperar alguns conceitos, primeiramente o conceito de política pública, como esta se estrutura para que o bom êxito de sua realização seja alcançado.

No capítulo 1 foi descrito o processo de elaboração de uma política pública, as fases de implementação, que daí decorre, o êxito ou insucesso da política, descrição do momento histórico da redemocratização do Brasil, que culminou com reestruturação das políticas em saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No capítulo 2, apresentou-se os conceitos dos termos cidadania, assistência em alta complexidade e como o texto constitucional traz esses conceitos buscando analisar como

se dá o acesso à política pública de transplantes e o poder associado à prática da sua implementação, remetendo ao princípio da cidadania. Em linhas gerais o poder é uma experiência pessoal que vai se configurando nos grupos e mediante aceitação de um sobre outro. Esse empoderamento pode se dar por conhecimento, habilidades, status, posição social, entre outros e este é o foco do poder que tratamos no presente estudo, e está presente na política pública de transplante.

Observou-se, finalmente, no capítulo 3 a descrição da implementação da política de transplantes no Brasil e no Distrito Federal, com comentários da legislação que a regulamenta. Foi também demonstrado os elementos que comprovam os nichos de poder simbólico presentes na política de Transplante no DF. Ou seja, verificou-se por meio de pesquisa de campo que os critérios de poder simbólico segundo a perspectiva de Pierre Bourdieu, já descritos no capítulo 2 (*habitus, campo, capital e poder simbólico, estratégias de dominação*) estão presentes na implementação da política de alta complexidade em transplantes no Distrito Federal.

Assim, é possível inferir que os objetivos do estudo foram atingidos parcialmente, pois em alguns serviços os profissionais não têm percepção de poder que os diferencia dos demais, que a pesquisa chama de *poder simbólico*. Acrescenta-se ainda o fato da crise política atual promover desestímulo e redução de financiamento para as políticas públicas em geral e o próprio desinteresse dos servidores em contribuir com a pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARISTÓTELES. **A política**. São Paulo: Escala, 2008. Coleção mestres pensadores.

BANDEIRA, Ana Cláudia Pirajá. **Consentimento no Transplante de Órgãos**. Curitiba: Juruá, 2001.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral da cidadania: a plenitude da cidadania e as garantias constitucionais e processuais**. São Paulo: Saraiva, 1995.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

_____. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

_____. **O poder simbólico**. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

_____. **A gênese dos conceitos de habitus e de campo**. In *O Poder Simbólico*. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

_____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papiрус, 1994.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Ed.34, Brasília: ENAP-Escola Nacional de Administração Pública, 1998.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Tramitação Projeto de Lei PL 1309/1968. Inteiro teor. Disponível <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1191197&filename=Dossie+-PL+1309/1968>. Acesso em 27 maio 2015.

COHN, Amélia (org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado, 2013.

CONASS. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

DALLARI BUCCI, Maria Paula. **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

DANTAS FILHO, Venâncio Pereira et al. **Dos conceitos de morte aos critérios para o diagnóstico de morte encefálica**. Arq. Neuro-Psiquiatr. [online]. 1996, vol.54, n.4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1996000400025&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0004-282X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1996000400025>.

DORO, Tereza N. **Você sabia o que é doação de órgãos?** Campinas: Copola, 1998.

FERREIRA, André Ribeiro. **Modelo de excelência em gestão pública no governo brasileiro: importância e aplicação**. XIV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Salvador de Bahia, Brasil, 27 - 30 oct. 2009. Disponível em: < <http://www.gespublica.gov.br/biblioteca/pasta.2010-12-08.2954571235/ferrerib.pdf>>.

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas públicas e direitos fundamentais: elementos de fundamentação do controle jurisdicional de políticas públicas no estado democrático de direito**. São Paulo. Saraiva, 2013.

GARCIA, Valter Duro. **A política de transplantes no Brasil**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 50 (4): 313-320, out-dez. 2006.

GIOVANELLA, Lúcia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

JENKINS, Richard. **Pierre Bourdieu**. London: Routledge, 1992.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 14 (3): 721-730, 2009.

LONGHI, Jean Camargo and CANTON, Giselle Alice Martins. **Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS**. Physis [online]. 2011, vol.21, n.1, pp. 15-30. ISSN 0103-7331. > disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-3312011000100002>>.

LOUREIRO, João Carlos Simões Gonçalves. **Transplantações: um olhar constitucional**. Coimbra: Argumentum, 1995.

MARREY NETO, José Adriano. **Transplante de Órgãos: disposições penais: notas às disposições penais contidas na Lei 8.489 de 18/11/1992**. São Paulo: Saraiva, 1995.

MARINHO, Alexandre. "Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro A study on organ transplantation waiting lines in Brazil's Unified National Health System." Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública 22.10 (2006): 2229-2239.

MONTEIRO, Jorge Vianna. **Os níveis de análise das políticas públicas**. / O processo decisório de política. In. SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. Políticas Públicas. V. 1, Brasília: ENAP, 2006. < disponível em: http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=856>

NITÃO, Frederico Jorge Vieira. **Passado o Futuro: o ideário reformista na saúde**. Brasília: F. J. V. Nitão, 2009.

PINHEIRO, Roseni. **Apresentação - democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política**. Physis [online]. 2004, vol.14, n.1 [cited 2015-08-13], pp. 11-14. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100002&lng=en&nrm=iso>.

PRATES, Paulo R. **Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos**. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, 1999. São Paulo (14) n. 03 p. 177-184.

REZENDE, Ilma e Cavalcanti, Ludmila Fontenele. **Serviço social e políticas sociais**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

RIBEIRO, Carlos Dimas Martins e SCHRAMM, Fermin Roland. **Atenção médica, transplante de órgão e tecidos e políticas de focalização**. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.9 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900026&lng=pt&nrm=iso>.

RUA, Maria das Graça. Análise de Política Públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, Maria das Graça; CARVALHO, Maria Izabel Valladão; ALMEIDA, Alberto Carlos. **O Estudo da Política: Tópicos Selecionados**. ed. Brasília: Paralelo 15, 1998.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

SADALA, Maria Lúcia Araújo. **Doação de Órgãos: a experiência de enfermeiras, médicos e familiares de doadores**. São Paulo: Unesp, 2004.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. **Transplante de órgãos e eutanásia**. São Paulo: Saraiva, 1992.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. Apresentação. In Bordieu, Pierre. **A produção da crença: contribuição para uma economia dos bens simbólicos**. São Paulo: Zouk, 2002a.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação** n. 20, 2002b, p. 60-70. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/rbe20/anped-20-04.pdf>> Acesso em: 18 junho 2015.

SOARES, Sheila Pereira. **Uma Análise Bioética Sobre o Processo de Empoderamento do Usuário como Ferramenta para Inclusão na Saúde**. Brasília, 2012.

SOUSA, Nair Heloísa Bicalho de. MIRANDA, Adriana Andrade. GORESTEIN, Fabiana. **Desafios e perspectivas para o enfrentamento ao tráfico de pessoas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

SUS: **Sistema Único de Saúde, avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2006.

VILARINHO, Paulo Ferreira. **O campo da saúde suplementar no Brasil à luz da teoria do poder simbólico de Pierre Bourdieu**. Cadernos EBAPE.BR. Vol II, número 3, dezembro 2004.

ANEXOS

Anexo 1

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS –SES-DF

Anexo 2

Questionários

Questionário para Aplicação de Entrevista: Gestores chefes dos Hospitais

1. Como você avalia a política de transplantes no Brasil?
2. Como e quando ocorreu o credenciamento do seu hospital como transplantador?
3. Quais especialidades o hospital tem hoje? É possível nos dizer em números os integrantes de cada setor? Qual a quantidade de recursos humanos no setor por categoria profissional? E principalmente quais os recursos humanos que compõem o setor de transplantes?
4. O Senhor chefe do hospital poderia dizer como foi selecionada a equipe que hoje compõe o setor de alta complexidade em transplantes? Há a necessidade desses profissionais possuírem cursos ou títulos específicos para atuação na área?
5. Esses profissionais que atuam no setor de alta complexidade em transplantes possuem treinamentos frequentes que os especializam e os permitem possuir reconhecimento diferenciado no ambiente da Saúde? Dentro do hospital há setores que possuem maiores demandas de formação que outros?
6. Qual a modalidade de transplante que se realiza nesse Hospital/setor? Quais os números de transplantes realizados no Brasil e no DF desde a implantação da política de transplantes em 2007?
7. Qual o nível sócio-econômico dos pacientes atendidos no serviço de transplante? Há algum custo que é repassado ao paciente?

8. Sabe-se que há a necessidade de equipamentos/ aparelhos de última geração para o tratamento de pessoas transplantadas. Como estão os contratos de manutenção desses aparelhos no hospital? Há aparelhos e leitos específicos para os transplantados?

9. Como ocorre o sequenciamento de ações no setor de transplantes quando tem uma oferta de órgão? Há procedimentos que a equipe precisa pedir autorização à chefia do hospital? Ou eles são autônomos para lidar com toda a logística do setor de transplantes?

10. Como você percebe o envolvimento da gestão governamental na questão de garantir insumos e recursos humanos para o desenvolvimento da política de transplantes no Hospital?

11. Há parceria específica do hospital com setores privados ou com a indústria farmacêutica para a realização da política de alta complexidade em transplantes? Por exemplo, há parceria para que haja o custeio ou comercialização de certas medicações utilizadas pelo setor de transplantes que possuem custo elevado?

**Questionário para Aplicação de Entrevista: Chefes dos centros de Transplantes
(médico enfermeiro e técnico)**

1. O que o levou a trabalhar com transplantes?
2. Você recebeu treinamento ou tem formação específica para realizar esse trabalho?
3. Como você avalia a política de transplantes no Brasil?
4. O Senhor chefe do setor poderia dizer como foi selecionado o perfil da equipe que hoje compõe o setor de alta complexidade em transplantes? Há a necessidade desses profissionais possuírem cursos, formação ou títulos específicos para atuação na área?
5. Esses profissionais que atuam no setor de alta complexidade em transplantes possuem treinamentos frequentes que os especializam e os permitem possuir reconhecimento diferenciado no ambiente da Saúde? Dentro do hospital há setores que possuem maiores demandas de formação que outros?
6. Em que o tratamento/ os protocolos, as rotinas e as técnicas de assistência ao paciente transplantado se diferenciam das demais?

7. Os pacientes transplantados possuem algum acompanhamento? Como ocorre esse acompanhamento? Em caso de complicações e intercorrências fora do hospital como esse paciente é atendido?

8. Sabe-se que há a necessidade de equipamentos/ aparelhos de última geração para o tratamento de pessoas transplantadas. Como está a manutenção desses aparelhos no setor? Há aparelhos e leitos específicos para os transplantados?

9. Como ocorre o sequenciamento de ações no setor de transplantes quando tem uma oferta de órgão? Há procedimentos que a equipe precisa pedir autorização à chefia do hospital? Eles são autônomos para lidar com toda a logística do setor de transplantes?

10. Como ocorre a logística de captação do órgão a ser transplantado? (temperatura de conservação, local de saída do órgão, qual a prioridade no transporte aéreo...)

11. Qual o nível sócio-econômico dos pacientes atendidos no serviço de transplante? Há algum custo que é repassado ao paciente?

Questionário para Aplicação de Entrevista: Gestor do Ministério da Saúde e Gestor do DF

1. Como você avalia a política de transplantes no Brasil?
2. Quais os números de transplantes realizados no Brasil e no DF desde a implantação da política de transplantes em 2007?
3. Quais os critérios de credenciamento de um hospital para realizar transplante?
4. Como você percebe o envolvimento da gestão governamental na questão de garantir insumos e recursos humanos para o desenvolvimento da política de transplantes no Brasil?
5. Como se dá o faturamento e repasse de recursos para os hospitais que realizam os transplantes?
6. Há parceria específica dos hospitais com setores privados ou com a indústria farmacêutica para a realização da política de alta complexidade em transplantes? Por exemplo, há parceria para que haja o custeio ou comercialização de certas medicações utilizadas pelo setor de transplantes que possuem custo elevado?
7. Qual o nível sócio-econômico dos pacientes atendidos no serviço de transplante?
Há algum custo que é repassado ao paciente?

Anexo 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: *POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE COMO UM CAMPO DE PODER SIMBÓLICO NO SUS: O CASO DA POLÍTICA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NO DISTRITO FEDERAL.*

O nosso objetivo é *analisar a Política Pública de saúde de alta complexidade em Transplantes, implementada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Distrito Federal. Procuraremos identificar, na prática, como a política pública de saúde de alta complexidade em transplante no DF pode ser considerada como um “campo de poder simbólico” segundo a teoria de Pierre Bourdieu.*

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder em data previamente combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: quinze minutos . Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na pesquisa desenvolvida no Mestrado em Ciência Política do Unieuro podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Pesquisadora Enfermeira Gleissany Ribeiro Alves (61- 8406 3561) e Orientadora Profª Drª Lídia de Oliveira Xavier, na instituição Mestrado em Ciência Política do Unieuro telefone: (61) 3445.5750 ,no horário: 8h às 17h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: *POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE COMO UM CAMPO DE PODER SIMBÓLICO NO SUS: O CASO DA POLÍTICA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NO DISTRITO FEDERAL.*

O nosso objetivo é *analisar a Política Pública de saúde de alta complexidade em Transplantes, implementada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Distrito Federal. Procuraremos identificar, na prática, como a política pública de saúde de alta complexidade em transplante no DF pode ser considerada como um “campo de poder simbólico” segundo a teoria de Pierre Bourdieu.*

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder em data previamente combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: quinze minutos . Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na pesquisa desenvolvida no Mestrado em Ciência Política do Unieuro podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Pesquisadora Enfermeira Gleissany Ribeiro Alves (61- 8406 3561) e Orientadora Prof^a Dr^a Lídia de Oliveira Xavier, na instituição Mestrado em Ciência Política do Unieuro telefone: (61) 3445.5750 ,no horário: 8h às 17h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____