

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**PROGRAMA DE APOIO AO PLANO SUL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**– ACORDO CAPES/FUNCITEC**  
**TURMA ESPECIAL DO CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM**  
**EDUCAÇÃO – UNIPLAC – LAGES - SC**

**DOAÇÃO DE SANGUE EM SANTA CATARINA:**  
**PRÁTICAS E DESAFIOS**

**TANIA MARA DA SILVA BELLATO**

**FLORIANÓPOLIS**  
**2001**

**TANIA MARA DA SILVA BELLATO**

**DOAÇÃO DE SANGUE EM SANTA CATARINA:  
PRÁTICAS E DESAFIOS**

**Dissertação apresentada ao Programa Interinstitucional de Pós-Graduação – Mestrado em Educação – Área de Concentração em Educação Popular e Movimentos Sociais – da Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade do Planalto Catarinense – UFSC/UNIPLAC, para obtenção do Título de Mestre em Educação.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Fantin**

**FLORIANÓPOLIS  
2001**

Bellato, Tania Mara da Silva

Doação de sangue em Santa Catarina: práticas e desafios / Tania Mara da Silva Bellato. – Florianópolis, 2001.

x, 150 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Apoio ao Plano Sul de Pós-Graduação em Educação – Acordo CAPES/FUNCITEC, Universidade Federal de Santa Catarina.

Introdução. 2. A Saúde no Brasil: Pequenas Mudanças, Grandes Desafios. 3. O Caminho da Doação de Sangue. 4. Concepções da Prática de Doação de Sangue.

CDD

**DOAÇÃO DE SANGUE EM SANTA CATARINA:**

**PRÁTICAS E DESAFIOS**

**TANIA MARA DA SILVA BELLATO**

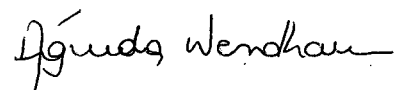
Dissertação submetida ao colegiado do Curso de Mestrado em Educação do Centro de Ciências da Educação em cumprimento parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA em 06/03/2001.

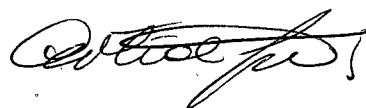
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maristela Fantin (Orientadora)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Águeda Wendhausen (Examinadora)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiana Tramonte Vieira de Souza (Examinadora)



Florianópolis, Santa Catarina, Março de 2001.

**Aprendemos, finalmente, a crer que, se é com palavras que são escritas as regras que oprimem e consagram a opressão, com elas também os homens entre si podem falar e escrever frases e modos de saber que, pronunciados e exercidos, poderão um dia libertar o homem e os seus mundos.**

**Carlos Rodrigues Brandão**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais pela vida.

Agradeço a minha família pelo apoio e compreensão nos momentos mais difíceis.

Agradeço a minha filha Mayara, pelo amor, pelo carinho e compreensão.

Agradeço ao meu filho Vínicius pelo amor, pelo sorriso e compreensão.

Agradeço ao meu esposo Valdomiro, pelo amor, apoio, dedicação e companheirismo na construção desta trajetória.

Um agradecimento especial a Maristela Fantin, minha orientadora, pela liberdade de criar.

Agradeço de maneira especial aos doadores de sangue, que contribuíram com este estudo.

Agradeço ao Hemocentro Regional de Lages pela cedência das instalações e a todos os funcionários que colaboraram na realização desta pesquisa. A UNIPLAC, pela oportunidade de realizar o Curso e à CAPES, pelo fornecimento de bolsa, auxílio indispensável para levar o Curso adiante. A Secretaria de Estado da Saúde, por ter possibilitado a minha saída para frequentar o curso.

Meu agradecimento a todos os professores do curso e outros que deram sua colaboração.

A todas as pessoas de uma forma ou de outra participaram deste momento.

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	viii
LISTA DE FIGURAS .....	ix
RESUMO .....	x
ABSTRACT .....	xi
INTRODUÇÃO .....	1
2 – A SAÚDE NO BRASIL: PEQUENAS MUDANÇAS, GRANDES DESAFIOS .....	9
2.1: POLÍTICAS PÚBLICAS: UM POUCO DA HISTÓRIA .....	9
2.1.2. – A era de Vargas.....	13
2.1.3. – Período Desenvolvimentista / Anos 50 –60.....	15
2.1.4 – A Saúde nos Vintes Anos de Ditadura .....	18
2.1.5 – A Luta pela Reforma Sanitária – Período da Nova República .....	21
2.1.6 – Sistema Único de Saúde .....	25
2.1.7 – Organização do SUS .....	33
2.2 – A POLÍTICA DE HEMOTERAPIA NO BRASIL.....	35
2.2.1 – Primeiros Passos.....	35
2.2.2 – As Décadas de 40 e 50.....	36
2.2.3 – Década de 60 e 70.....	37
2.2.4 – Anos 80 – A Politização do Sangue e o Despertar da AIDS.....	39
2.2.5 – O Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados.....	46
2.2.6 – A Estadualização do Sangue.....	50
3 – O CAMINHO DA DOAÇÃO DE SANGUE.....	61
3.1 – O CADASTRAMENTO DO DOADOR .....	62

3.2 – A TRIAGEM HEMATOLÓGICA .....	66
3.3 – A TRIAGEM CLÍNICA.....	67
3.4 – A COLETA DE SANGUE.....	70
3.5 – O LANCHE .....	71
3.6 – A SALA DO SERVIÇO SOCIAL.....	71
3.7 – OS EXAMES .....	71
3.8 – A PRÁTICA NOS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA.....	72
3.8.1 – A Seleção de Doadores.....	73
3.8.2 – A Relação de Poder .....	78
3.8.3 – A Captação de Doadores .....	82
3.8.4 – As Campanhas de Doação .....	85
3.8.5 – Profissionais de Saúde na Mediação com o Sangue .....	87
4 – CONCEPÇÕES DA PRÁTICA DE DOAÇÃO DE SANGUE .....	92
4.1 – O DOADOR DE SANGUE.....	97
4.2 – AS RAZÕES PARA A DOAÇÃO .....	102
4.3 – A PRIMEIRA DOAÇÃO .....	106
4.4 – CONCEITO DE SAÚDE .....	109
4.5 – A IMAGEM.....	112
4.6 – A QUALIDADE.....	115
4.6.1 – A Demora.....	116
4.6.2 – O Horário de Atendimento .....	116
4.7 – O CONHECIMENTO .....	117
4.8 – AS CONTRIBUIÇÕES.....	119
TECENDO CONSIDERAÇÕES.....	122
ANEXOS.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	145



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Número de doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC. ....	97
TABELA 2.	Sexo dos doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC. ....	98
TABELA 3.	Faixas etárias de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.....	98
TABELA 4.	Estado civil de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.....	99
TABELA 5.	Grau de instrução de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.....	99
TABELA 6.	Setor de atuação profissional de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC .....	100
TABELA 7.	Contexto ocupacional de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.....	100
TABELA 8.	Faixa salarial de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.....	101

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	Balcão de Cadastro.....	62
FIGURA 2.	Sala Triagem Hematológica .....	66
FIGURA 3.	A Sala da Triagem Clínica.....	67
FIGURA 4.	A Sala de Coleta.....	70

## RESUMO

Com o objetivo de conhecer, através de depoimentos, as razões que impulsionaram os doadores de sangue a retornarem ao hemocentro para realizar novas doações, foi realizado o presente estudo. A operacionalização da proposta de estudo foi possível inicialmente pela coleta de dados a partir de fichas, no Hemocentro Regional de Lages, SC. Posteriormente o trabalho foi centralizado na metodologia de estudo de caso, através de entrevistas com doadores que realizaram mais de quatro doações, no período de 1996 a 1998. No desenvolvimento do trabalho, um dos capítulos, resgata a história da saúde, que mostra os lentos e difíceis progressos, a situação atual e os desafios e, nos outros dois capítulos, o caminho da doação de sangue e as concepções da prática de doação de sangue, procuramos relacionar o conhecimento que a literatura fornece, com os dados obtidos na pesquisa. Percebe-se que através, da mobilização social, foi garantida a saúde como um direito de todos e dever do Estado, mesmo que esse direito ainda não seja totalmente visualizado na prática, ao menos teoricamente, alcançou o direito de participar do seu gerenciamento. Na hemoterapia constata-se que a “ideologização” mantida pelo Estado para tratar a questão do sangue, apenas contribui para a instalação de um modelo privatista. Atualmente assistimos o desmonte do setor público hemoterápico. A política hemoterápica como está estruturada não propicia a prática da doação de sangue como um compromisso social e um dever de cidadania. O conhecimento normatizado institui o saber técnico em detrimento do saber popular. As razões apontadas como impulsionadoras para a prática da doação de sangue apresentam apenas um significado humanitário, não propiciam a formação de uma consciência crítica. O conhecimento sobre a prática da doação, permitiu a compreensão da questão do sangue nas particularidades sócio-política e econômica do desenvolvimento capitalista brasileiro. As campanhas desenvolvidas para a captação de doadores tem como objetivo a doação no seu sentido quantitativo, não contribuindo para a mudança do contexto social da doação de sangue. O direito à saúde, não depende somente das Leis, depende principalmente das transformações da visão de mundo, depende da atuação, da ação, da tomada de decisões e no reconhecimento dos direitos de cidadania. Esta realidade aponta para a necessidade de se desenvolver um trabalho educativo voltado para a formação de uma consciência política que promovam ações para a reversão deste quadro.

## ABSTRACT

With the objective to know, through the statements, the reason which has encouraged the blood donors to return to the Hemocenter to effect new donations, the current study was done. The operation of the purpose of study was possible at first on the data collecting given by the files in the regional Hemocenter of Lages, Santa Catarina. After that, the work was centralized in the methodology of study of the cases, through interviews with donors who effected more than four donations in the period of 1996 to 1998. In the development of the work, one of the chapters rescue the history of the health, which demonstrates the hard and slow progress, the current situation and the challenges and, in the other chapters, the way for the path for the blood donation and the concepts of the practice of donation of blood, we seek to discriminate the knowledge that the literature provides with those ones obtained with the research. We can perceive that through the social mobilization, the health was guaranteed as a right from all and duty of the State, even if this right isn't still fully viewed in the practice, at least theoretically, it reached the right of participation of its management. In hemotherapy it is noticed that the "ideology" kept by the State in order to treat of the blood question, it just contributes for the installation of a private model. Currently, we notice the disassemble of the hemotherapeutic public sector. The hemotherapeutic politics as it is structured does not propitiate the practice of blood donation as a social compromise and duty of the citizens. The normalized knowledge institute the technical knowledge against the popular knowledge. The reasons pointed as propellers to the practice of the blood donation shows just humanitarian meaning, does not propitiate a critical conscience. The knowledge about the donation practice, permitted the comprehension of the blood question, in the economical and social politic particularities of the Brazilian capitalist development. The campaigns developed for the caption of donors has as goal, the donation in its quantitative meaning, not contributing for the change of the social context of the blood donation. The right for the health, does not depend only on the laws, depends mainly on the transformation of the world vision, depends on the situation, on the action, on the taking out of decisions and in the acknowledgement of the rights of the citizenship. That reality points to the necessity of developing a educative work turned to the formation of a politics conscience which proves to the reversion of this board.

## INTRODUÇÃO

No Brasil a preocupação com a saúde vem desde o século passado, sendo que as mudanças, realizadas até os dias de hoje, foram construídas em diferentes cenários políticos e ideológicos, expressos nos movimentos sociais e fatos político-econômicos que marcaram os diferentes momentos históricos. Ainda hoje, o grande debate está centrado na maneira de como cumprir os preceitos constitucionais da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Dentro das políticas de saúde cabe ressaltar as questões relacionadas com a hemoterapia no contexto social e político brasileiro. O sistema de sangue e hemoderivados no Brasil passou gradualmente de um sistema totalmente privado, para um sistema público privado com a criação do Programa Nacional do Sangue, estabelecendo normas para o setor. A hemorrede Nacional Pública cresceu rapidamente, para atender as necessidades da população, porém, não houve uma estratégia geral sobre como distribuir os recursos físicos a fim de melhor atender as necessidades de todos os brasileiros. No final dos anos 80, a Hemoterapia passou por um período de escândalos sucessivos em decorrência do alto índice de contaminação por transfusão sangüínea, principalmente em função da incidência dos casos de AIDS.

A Constituição da República Federativa de 1988 proibiu definitivamente a comercialização do sangue e seus derivados e ao mesmo tempo o poder público procurou

institucionalizar a prática recomendável da doação voluntária, e gratuita de sangue, criou exigências de práticas hemoterápicas seguras, capazes de oferecer qualidade e segurança dos produtos transfundidos. Obter doações voluntárias e usar tecnologias que eliminem a transmissão de patologias pela via transfusional levou o Governo Federal a adotar legislação e normas para a área de Hemoterapia, bem como a criação nas últimas décadas de uma ampla rede de Hemocentros. Embora, hoje, cerca de 156 unidades integrem esta rede, existe uma considerável variação de Estado para Estado, na capacidade, competência, qualidade e segurança do suprimento sangüíneo. Atualmente, a demanda transfusional é atendida em aproximadamente 40% pela rede pública. São as famílias dos pacientes internados que são instadas a doar sangue, para repor o estoque do serviço de hemoterapia. Este tipo de doador, chamado de doador de reposição, é largamente majoritário nos serviços de hemoterapia<sup>1</sup> brasileiros. A este tipo de doador se soma o chamado "doador voluntário," cuja doação não está vinculada a nenhum paciente internado. Este tipo de doador, embora minoritário, é fundamental para a manutenção da quantidade e da qualidade do sangue e derivados coletados (Revisão do Sistema Nacional de Sangue, Relatório ao Ministério da Saúde, 1997).

Atualmente no Brasil são rejeitados cerca de 15% dos doadores na triagem clínica, cerca de 25% na triagem sorológica e entre 1 a 2% com o voto de auto exclusão. A taxa de doadores inaptos é alta porque a taxa de doadores de repetição em quase todos os hemocentros é de 10%, chegando a um pico de 60-70% em áreas de alta endemicidade (LLACER, 1996). Estes índices dão uma idéia da saúde da população que doa e da quantidade de recursos (bolsas de sangue, testes sorológicos, reagente e mão-de-obra) que são literalmente desperdiçados anualmente e que poderiam ser poupados em um país onde existe dramática falta de recursos na área da saúde.

---

<sup>1</sup> Serviço de Hemoterapia: No presente trabalho citar-se-á como sendo o local ou instituição que se incumbem de solicitar, selecionar pessoas para doarem sangue, bem como adicionar, preservar e distribuir sangue e hemoderivados independente das características de funcionamento dos mesmos que são denominados também como Hemocentros e Bancos de sangue.

Acompanhando este processo histórico, presenciamos, o fechamento de bancos de sangue clandestinos com o fortalecimento do controle estatal, e o estímulo da doação voluntária como exercício de cidadania.

Apesar dos progressos alcançados, a falta de doadores de sangue no Brasil reflete um problema social. A quantidade total de doadores de sangue corresponde a cada ano a menos de 1% da população. Acreditamos que com o desenvolvimento de ações educativas esta realidade pode ser modificada. Segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) nos países em desenvolvimento, 2% da população são considerados aptos para a doação de sangue. Consciente da necessidade de reversão deste quadro, há doze anos trabalhando como profissional no Serviço Público da Saúde, e convivendo diariamente com a orientação de candidatos a doação, num contexto social marcado pelas desigualdades, entendo que a educação, através da apropriação do conhecimento pode ser um instrumento de transformação social e de cidadania. Uma cidadania vista como resultado da consciência política e da participação efetiva na luta para a construção de formas mais justas de viver em sociedade.

Na vida profissional, concebo a educação como algo inerente ao ser humano, e a prática educativa como elemento fundamental para o desenvolvimento da prática social, uma relação que está além do ensinar encontra-se inserida no nosso cotidiano, fazendo parte da vida das pessoas, sendo recriada todos os dias. Educar, envolve toda uma relação sócio-cultural, sendo um instrumento de transformação social, e como tal, deve ser concretizada em qualquer lugar onde haja possibilidade de interação entre sujeitos (BRANDÃO, 1995; FREIRE, 1983)

Com estes pressupostos, destaco o trabalho desenvolvido na triagem clínica dos doadores como o gerador das minhas principais inquietações, e por ser objeto do meu trabalho de pesquisa, focalizo a participação dos doadores assíduos. São pessoas que

espontaneamente, independente do intervalo de doação, rotineiramente retornam ao serviço para doar. Percebendo os limites e dificuldades que o processo impõe, nos propusemos a apreender, e conhecer esta realidade, tornou-se um desafio.

Constatamos que a relação entre os profissionais e os doadores, vem sendo desenvolvida num ambiente formal, determinado por regras e condutas dificultando a aproximação e o conhecimento entre as pessoas, observamos que por maior que seja o esforço do profissional em "querer dar conta" deste contexto, na prática, não conseguimos viabilizar uma análise mais profunda sobre as opiniões dos doadores em relação a doação de sangue. No nosso entendimento, este conhecimento torna-se vital para o redirecionamento de uma prática politizadora e pedagógica das ações desenvolvidas com os doadores no serviço de hemoterapia. Com um olhar mais atento, estas preocupações levaram-me a desenvolver alguns questionamentos sobre a realidade deste doador; porque doa sangue regularmente, ou quais são os fatores que estimulam o seu retorno? Partindo da premissa de que conhece o processo de doação, que contribuições poderá trazer ao serviço? Estudando o nosso próprio espaço de trabalho, a tarefa tornou-se árdua e penosa, era necessário, um certo distanciamento para compreender o campo de pesquisa como produtor de "*novas revelações*", entender que, "O que atrai na produção do conhecimento é a existência do desconhecido, é o sentido da novidade e o confronto com o que nos é estranho" (NETO, 1998, p.64)

Como profissional de Enfermagem, atuando em uma unidade de hemoterapia, vivenciamos as polêmicas, os desabafos, os desafios e as conquistas obtidas pelo setor em prol de um sangue de qualidade.

A maioria dos estudos realizados sobre a doação de sangue no Brasil são bastante antigos e encontram-se obsoletos por serem realizadas em um período onde as doações de sangue eram remuneradas e não se falava da AIDS, que hoje provoca medo na população, por isso, a investigação neste campo torna-se fundamental. Enfatizamos que a escolha do tema



não foi aleatória, uma vez que o mesmo tem uma significação social, profissional e pessoal. O nosso objeto de trabalho tornou-se um campo profundo de reflexão e pesquisa.

O objetivo deste trabalho é conhecer através de depoimentos as razões que impulsionam os doadores de sangue a retornarem ao Hemocentro para realizar novas doações. Para tornar operacional a proposta de estudo, procedemos a coleta de dados das seguintes fontes: documentações oficiais, documentação proveniente do serviço de Hemoterapia do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), da Fundação de Apoio ao HEMOSC e CEPON (FAHECE) do Hemocentro Regional de Lages, bem como entrevistas buscando uma aproximação com os sujeitos da pesquisa. Numa primeira etapa, a seleção dos doadores foi determinada através de busca nas fichas dos doadores arquivadas no Hemocentro Regional de Lages. Foram separadas as fichas dos doadores que realizaram quatro ou mais doações voluntárias de sangue no período de 1996 a 1998, recorte considerado importante pela implantação do Hemocentro Regional de Lages no ano de 1995 e a criação da Associação de Doadores Voluntários de Sangue no ano de 1999, fatos que geraram mudanças sociais.

A coleta dos dados tornou-se exaustiva, pelo grande número de fichas arquivadas<sup>2</sup>, separadas por ordem alfabética, apresentando alguns problemas como duplicidade de fichas, identificação e endereços incompletos. A coleta dos dados, inicialmente, era realizada em horário normal de expediente do Hemocentro, posteriormente alterado para outro horário, a retirada das fichas prejudicava o andamento da rotina de atendimento do serviço. Individualmente as fichas foram separadas, tendo como critério de seleção inicial, o doador ter realizado a primeira doação como voluntário. Após identificadas as fichas, os dados foram transcritos para uma ficha secundária (Anexo 1) para facilitar o agrupamento. Como resultado

---

<sup>2</sup> No Hemocentro Regional de Lages no ano 1996 a 1998 foram efetuadas 18.464 doações de sangue (Relatório de Produção do H.R.L, 1996, 1997,1998).

final do agrupamento, identificamos 237 doadores, os quais apresentaram algumas características para aleatoriamente identificar os 18 doadores participantes das entrevistas. Na segunda etapa, selecionei como metodologia a abordagem qualitativa por entender que é mais adequada ao trabalho e ao mesmo tempo tem como característica "descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processo dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos" (RICHARDSON, 1989, p.38). A pesquisa qualitativa desenvolvida se constituiu em um estudo de caso, onde "o caso pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto pois tem um interesse próprio, singular" (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p.17), mesmo que apresente semelhança com outros casos. Ele visa identificar e interpretar os dados a partir da realidade, num crescente aprofundamento, extrapolando a simples comprovação de idéias pré-concebidas e possibilitando o reconhecimento de elementos inesperados. Procurei levantar, além das particularidades e diferenças, pontos comuns à realidade conhecida que pudessem contribuir na reflexão a respeito da doação de sangue.

Os métodos de coleta utilizados foram observações, entrevista e análise documental (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p.26). Como forma de abordagem, optou-se pelo uso de entrevista semi-estruturada (Anexo 2). Desenvolvemos a pesquisa através de entrevista presencial, semi-aberta realizada na residência dos doadores no período de 01/07/2000 a 28/09/2000. As entrevistas<sup>3</sup> foram individuais realizadas nas casas dos doadores e apenas uma delas, por solicitação do doador foi realizada no local de trabalho. Considerei seus diferentes elementos,

---

<sup>3</sup> Na coleta dos dados, busquei o consentimento da instituição devidamente encaminhado; o consentimento dos sujeitos pesquisados, tanto para sua inclusão, quanto para a utilização das técnicas e recursos propostos; foi obtido antes de iniciar a pesquisa na forma verbal, em consulta pessoalmente realizada; foram esclarecidos, aos participantes da pesquisa, sua condição de pesquisados, meu papel de investigadora e os objetivos do trabalho proposto; foram anotadas, o mais imediatamente possível, as observações, reflexões pessoais e as ocorrências que pudessem ter significado para a pesquisa.

ou seja; a linguagem oral, as mensagens implícitas e explícitas; o espaço, o tempo; os comportamentos, posturas, gestos e atitudes que constituem a comunicação não verbal e que são portadores de significações. No presente estudo a entrevista serviu de suporte da pesquisa entendida através do diálogo como um processo de construção e interação entre sujeitos. Lembramos que embora tenhamos utilizado a princípio um critério numérico, a amostra ideal refletiu-se na capacidade de responder às questões que nos colocávamos, considerando suficiente o número de entrevistas no momento em que observávamos o esgotamento das categorias nas falas dos entrevistados. Para GOLDENBERG, 1998, p.62, " é o conjunto de diferentes pontos de vista, e diferentes maneiras de coletar e analisar os dados (qualitativa e quantitativamente), que permite uma idéia mais ampla e inteligível da complexidade de um problema". As idéias e opiniões foram, sendo classificadas por assunto, seguindo o roteiro que norteou as entrevistas. Uma vez codificadas, foram divididas e organizadas, então, cruzadas entre si, na busca de respostas que representassem a opinião dos entrevistados sobre cada um dos assuntos em pauta. Estas categorias, ou classes, nomeadas com algum título genérico, expressaram o significado dos elementos organizados, e sua interpretação realizada através das relações, atribuindo-lhes validade e significações, de acordo com o referencial teórico, chegando às descrições dos dados contidas no corpo deste trabalho.

No capítulo I - A SAÚDE NO BRASIL: PEQUENAS MUDANÇAS, GRANDES DESAFIOS - procuro descrever, através de um relato histórico, com relação a saúde, desde o século passado, entender o significado e o alcance das políticas de saúde que vêm sendo implementadas. Saliento a conquista da saúde como um direito de todos e dever do Estado, destacando o papel da população na busca e manutenção de direitos. Busca-se neste percurso apreender as lógicas econômicas, políticas e sociais e seu impacto na saúde, principalmente na área de Hemoterapia.

No capítulo II - O CAMINHO DA DOAÇÃO DE SANGUE - Apresento os diversos passos que envolvem a captação de doadores de sangue destacando o cotidiano de um serviço de hemoterapia, enfatizando a importância da triagem clínica na qualidade do sangue, apesar das limitações, e a necessidade de formação de recursos humanos na área de hemoterapia.

No capítulo III - CONCEPÇÕES DA PRÁTICA DE DOAÇÃO DE SANGUE - Apresento dados relacionados a doadores de sangue que realizaram quatro ou mais doações, no Hemocentro Regional de Lages, SC, e posteriormente analiso as razões e o contexto para a doação de sangue.

## **2 - A SAÚDE NO BRASIL: PEQUENAS MUDANÇAS, GRANDES DESAFIOS**

"Vivemos em uma sociedade que em grande parte marcha "ao compasso da verdade", ou seja, que produz e faz circular discursos que funcionam como verdade, que passam por tal e que detêm por este motivo poderes específicos"

Michel Foucault.

### **2.1 – POLÍTICAS PÚBLICAS: UM POUCO DA HISTÓRIA**

Neste capítulo pretende-se através de uma rápida incursão entre os diversos recortes das Políticas Públicas de Saúde propiciar uma análise sobre a organização e transformação da sociedade brasileira ao longo da História na área da Saúde.

Historicamente, no Brasil, a preocupação com a saúde pública vem do século passado, quando houve um grande crescimento econômico, decorrente da abertura dos portos ao comércio exterior. Juntamente com o fortalecimento econômico o país presencia também uma crise sanitária, quando os maiores problemas relacionados à saúde pública diziam respeito a grande ameaça das doenças pestilenciais, como a varíola, a febre amarela e a cólera, entre outras epidemias, à organização precária dos Serviços de Saúde, a maioria localizada no Rio de Janeiro, e ao exercício de uma prática médica sustentada em conhecimentos "não científicos". No conjunto estes problemas, ameaçavam a economia agro-exportadora brasileira.

A assistência médica no Brasil colônia tinha como modelo o sistema português e se restringia basicamente, aos Serviços de Saúde das Tropas Militares pelos quais era responsável um representante do cirurgião-mor dos exércitos de Portugal, e o físico-mor do Reino responsável diretamente, ou por intermédio de seus delegados nas capitâneas, em tudo aquilo que se referia ao ensino e exercício da medicina.

Em 1804 a vacina anti-variolica foi trazida para o Brasil e posteriormente, foi criada a Junta de Instituição vacínica e, no final desta década, fundado o Laboratório Químico-Prático do Rio de Janeiro. Nesta época, iniciou-se a Organização de Saúde Pública do Reino do Brasil, que vigorou até 1928. As responsabilidades dos serviços de saúde pública foram atribuídas por Decreto Imperial à municipalidade, demonstrando rapidamente a ineficiência administrativa. O governo imperial retoma a responsabilidade, assumindo o serviço sanitário, adotando as medidas recomendadas pela Imperial Academia de Medicina para controlar a doença. Frente ao insucesso, foi criada a Comissão Central de Saúde Pública e Comissões Paroquiais, que dois anos mais tarde, publicaram o Regulamento da Junta de Higiene Pública nas principais províncias.

No final do século XIX, a sociedade brasileira sinalizava prosperidade pela expansão da agricultura e pelo comércio internacional. Nesta época o Brasil sofre influência mundial das grandes revoluções sociais, entre elas a Revolução Industrial que introduziu a mão de obra assalariada, os movimentos pela independência das colônias, difundindo na sociedade brasileira as idéias de liberdade e igualdade, marcada pelas grandes rebeliões populares contra a dominação da aristocracia agrária, reivindicando a distribuição de terra e vida digna. Estes movimentos repercutiram na dinâmica político-econômica brasileira, destacando-se a abolição da escravatura, gerando profundas modificações nas relações sociais do trabalho.

Em 1850, ocorreu a instalação das primeiras fábricas e conseqüentemente a contratação da mão de obra, trazendo para o País uma expansão da sua economia, e, este contexto acabou-se refletindo na saúde, com a abertura de novas escolas e institutos de pesquisa, a importação e o desenvolvimento de novas técnicas de combate às doenças, acarretando melhoria das condições médico-sanitárias. Em 1885, ocorreu uma reforma dos Serviços Sanitários do Império envolvendo o serviço sanitário e marítimo, sendo instituídas as Inspetorias Gerais de Higiene e de Saúde dos Portos e o Conselho Superior de Saúde Pública. As medidas tomadas envolviam o trabalho com menores nas fábricas, os doentes mentais e os serviços de higiene escolar.

Esta reestruturação propiciou ao Brasil uma melhora significativa na saúde pública, pois houve uma expansão das atividades sanitárias, queda nos coeficientes de mortalidade, mas criou administrativamente a dualidade entre os órgãos federais e estaduais na organização e gerência dos serviços de saúde. Os Estados passaram a responder pela provisão das necessidades de seu governo, e a União se responsabilizou pelos serviços de higiene, medidas profiláticas, estudos estatísticos sobre as doenças, fiscalização do exercício da medicina e farmácia e controle do serviço marítimo (COELHO et al., 1995)

Em meio a este contexto persistia o alto índice de doenças pestilenciais<sup>4</sup>. Em 1902, ocorreram as grandes epidemias nas principais cidades do país repercutindo negativamente nas relações econômicas. Quando os navios estrangeiros começaram a se recusar a atracar nos portos brasileiros, reduzindo também a mão-de-obra, o governo criou medidas para controlar as epidemias de malária e febre amarela. Surgem aí, as primeiras campanhas de saúde pública

---

<sup>4</sup> As epidemias urbanas persistiam, com a explicação de que os conhecimentos médicos e dos institutos de pesquisa produziam baixo impacto na intervenção dos problemas de saúde, por não haverem ainda superado a fase bacteriana da medicina, para incorporar a causalidade das doenças, considerando os seus determinantes sociais.

para erradicação de agentes causadores de doenças ou para a imunização da população contra epidemias.

Mas foi somente na década de 20 que, em nível nacional, ocorreu a primeira medida concreta para a criação do sistema de saúde pública. A primeira Diretoria Geral de Saúde Pública, organizada por Oswaldo Cruz<sup>5</sup>, deu ênfase ao problema sanitário. Em 1904 foi promulgada a lei sobre a vacinação e revacinação obrigatória contra a varíola. Esta regulamentação dá origem a um movimento de mobilização popular contrária às medidas governamentais. Posteriormente, neste mesmo ano ocorreu uma nova organização sanitária através de ampla reforma, coordenada por Oswaldo Cruz, enfatizando a participação da União nas questões relacionadas à saúde.

Apesar do desenvolvimento da tecnologia sanitária, a saúde no Brasil ainda apresentava-se precária, as políticas desta área na época, tinham como característica o sanitarismo campanhista, de combate às doenças pestilenciais e de massa, num estilo repressivo sobre os corpos individual e social. Além da ação preventiva, a organização sanitária passou a expandir a ação da assistência médica curativa, numa tendência de "medicalizar a sociedade" (ILLICH, apud SINGER, 1980).

Destaca-se neste período a reforma Carlos Chagas como sendo um marco importante na história das políticas públicas de saúde, que pretendia em nome de uma abrangência assistencial maior, da proteção e melhoria da saúde da população, fazer valer o autoritarismo direto<sup>6</sup> e amplo na vida das pessoas. Foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob o comando de Oswaldo Cruz, assumindo o mesmo caráter assistencial.

---

<sup>5</sup> Oswaldo Cruz, inspirado no modelo americano adotado em Cuba, empenhou-se no combate à febre amarela, com ênfase no contágio direto, instalou-se a higiene oficial. Pelas medidas de desinfecções houve uma verdadeira devassa nas propriedades, interdições, tendo como consequência o aumento dos imóveis e o deslocamento da moradia da população de baixa renda para os locais mais distantes.

<sup>6</sup> Um exemplo do regime autoritário se configurava nas medidas de controle da hanseníase, que permitia a utilização de força policial para obrigar os suspeitos a realizarem exames diagnósticos e o isolamento dos enfermos. Toda a criança recém-nascida não poderia deixar a maternidade antes de completar quinze dias de vida.



A Saúde Pública só aconteceu em 1931 quando foi criado o Ministério de Educação e Saúde. Porém o modelo previdencial brasileiro começou a ser traçado em 1923, com base na lei Elói Chaves, surge a primeira modalidade de seguro para os trabalhadores do setor privado das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizados por empresas, cujo objetivo era a prestação de Benefícios, (pensões e aposentadoria) e assistência médica fornecimento de medicamentos a preços especiais, estendendo os benefícios aos seus dependentes.

### 2. 1. 2 - A Era de Vargas

Em 1930, Getúlio Vargas assumiu o governo do Brasil, em meio a um quadro de disputas políticas e conflitos internos (COELHO et al., 1995). As Políticas de Saúde, tinham um caráter hegemônico<sup>7</sup>, pois atendiam a uma necessidade que emanava do desenvolvimento da industrialização no país e da expansão da economia capitalista, em que a capacidade produtiva do trabalhador deveria ser mantida ou restaurada. Nesta perspectiva, o combate às doenças que ameaçavam a força de trabalho era uma ação prioritária.

Em 1930, foi instituído o Ministério da Educação e da Saúde; quatro anos mais tarde, o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médica que, em 1937, assume a coordenação dos Departamentos Estaduais de Saúde (COELHO et al., 1995).

Os sistemas de saúde subdividiam-se, basicamente, em dois grupos: o sistema de seguridade pública e o sistema de medicina previdenciária<sup>8</sup>, na instalação dos Institutos de Seguridade Social ( IAPs), organizados por categorias profissionais e não mais por empresas como as CAPs. Enquanto a CAPs eram formadas por um colegiado de empregados e

---

<sup>7</sup> Hegemonia: neste trabalho adota-se como referência o conceito de CURY, Carlo R. Jamil (**Educação e Contradição**, 1986, p.49). "A hegemonia é a capacidade de direção cultural e ideológica que é apropriada por uma classe, exercida sobre o conjunto da sociedade civil, articulando seus interesses particulares com os das demais classes de modo que eles venham a se constituir em interesse geral".

<sup>8</sup> COHN (1999, p. 19), alerta que o sistema previdenciário converteu-se num mecanismo de captação dos recursos dos trabalhadores, configurando uma espécie de "poupança forçada", onde o contribuinte desconhecia a forma de aplicação deste investimento. A política de saúde reveste-se de contornos visíveis de centralização, burocratismo e ineficiência.

empregadores, a direção dos IAPs cabia a um funcionário executivo do Estado, sendo assessorado por um colegiado sem poder deliberativo, o qual ainda era escolhido pelos sindicatos reconhecidos pelo governo exatamente por preencherem os requisitos legais, e aprovados pelo crivo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, criado também em 1930 (COHN e ELIAS, 1999).

Tendo influência sobre o sistema previdenciário neste sistema, o Estado passou a regulamentar grande parte das condições de trabalho e adotar o papel de tutor das classes sociais e em nome da proteção e recuperação da saúde, alguns benefícios eram assegurados. Apesar de ter sido um governo com características autoritárias, por interesses pessoais e políticos, buscando o apoio dos setores populares Vargas "investiu" na área trabalhista e social. Estas ações desagradaram os setores que já tinham estabilidade Previdenciária, mas por outro lado, cada vez mais surgiam outras categorias que tinham estes serviços legalizados.

Assim foram criados os sistemas de assistência médica e previdenciária a um maior número de trabalhadores, dando origem a mais seis Institutos de Aposentadoria e Pensões<sup>9</sup>. Quanto aos recursos arrecadados, observa-se um retrocesso em relação às CAPs. A contribuição incidia sobre um percentual do faturamento da empresa e com a mudança passou a incidir um percentual sobre a folha dos salários. Adotou-se o regime de capitalização, tendo o Estado como acionista majoritário.

Constata-se que houve uma ampliação do sistema previdenciário, mas em contra partida assegurou-se a produção industrial, segmentando os trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividades, atendendo a interesses capitalistas. No setor da saúde a medida passou a privilegiar a produção de serviços privados e favorecer a expansão da rede de saúde.

---

<sup>9</sup>IAPM (marítimos), IAPC (comerciários); IAPB (bancários); IAPI (industriários); IPASE (servidores do estado); IAPETEC (trabalhadores em transporte e cargas). (NIETSCHKE, apud COELHO et al., 1995).

Em 1937, quando Getúlio Vargas assume a Presidência da República e decreta o “Estado de Sítio”, adota o regime de capitalização, investindo nas empresas estatais e empreendimentos econômicos para a industrialização, como a Petrobrás e a Companhia Siderúrgica Nacional (COHN e ELIAS, 1999). Neste período ocorre a intensificação da entrada do capital estrangeiro no país.

Dentro desta ótica, as ações do Estado nas questões de saúde, são claramente divididas; com o surgimento do Ministério da Saúde e do Sistema Previdenciário, ocorreu a dicotomia entre a assistência individual e a coletiva e entre o enfoque curativo e o preventivo. A saúde pública a cargo do Ministério da Saúde ficou voltada à prevenção através de campanhas e a assistência médica, de caráter curativo, conduzida através da ação da Previdência Social. Este movimento originou um embate político de disputa entre Estado e trabalhadores, onde, um defende a permanência de suas características clientelistas, resistindo a qualquer forma de participação e reivindicação e, outros; principais financiadores do Sistema, lutando pela participação no processo decisório.

Neste período de governo, década de 30/40, a saúde pública caracterizou-se pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, determinando o seu perfil cada vez mais distante das reais necessidades de saúde das classes assalariadas e da população em geral (COHN e ELIAS, 1999).

### **2. 1. 3 - Período Desenvolvimentista /Anos 50 - 60**

No ano de 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, e que se instala vigorosamente na saúde, a ideologia do desenvolvimento econômico, com base nos princípios da racionalidade (NORONHA e LEVCOVITZ, apud FONSECA et al., 1997).

Historicamente, o período de 1945 a 1964 caracterizou-se pela crise do regime populista e pela tentativa de implantação um projeto de desenvolvimento econômico

industrial. Na área da saúde, as condições da população, de um modo geral, pioravam; iniciavam-se os movimentos sociais cujo objetivo era a luta pela reforma sanitária. A crise política se agravou e resultou na promulgação do Ato Institucional nº 1 que incluiu a suspensão dos direitos constitucionais, a permissão da cassação de mandatos, a suspensão dos direitos políticos, a intervenção em vários ministérios e organizações profissionais. A reação política foi imediata e o golpe militar ocorre em 1964, impondo profunda repressão à sociedade, excluindo os trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial.

Em decorrência da expansão médica e conseqüentemente das despesas advindas dos serviços contratados na rede hospitalar, ocorreu o agravamento da crise financeira no setor previdenciário. O Estado acabava desviando o dinheiro dos Institutos para pagar outras dívidas, utilizando como recurso o pagamento com "papéis", que eram os bens imóveis. Quando da construção das grandes empresas, utiliza o dinheiro da Previdência para isto, dando em troca ações, mas não concedia o direito aos Institutos de administrarem estas companhias. Promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social<sup>10</sup> (LOPS) sob forte pressão dos trabalhadores, que passam a exigir eficiência do sistema previdenciário, esta propõem a unificação dos benefícios prestados pelos Institutos, quando também passa a ser assumida a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários. A LOPS apenas veio consolidar a prática da medicina de grupo no âmbito assistencial, com a conformação do modelo médico- assistencial privativista.

No período de 60-64, a crise vivida no setor da saúde pública refletia a crise do Estado. Com a mudança de governo, iniciou-se a onda dos grandes investimentos, construção de grandes hospitais, seguindo um único padrão. Novamente é colocado em segundo plano os

---

<sup>10</sup> COHN e ELIAS (1999, p. 21) apontam a importância histórica da criação da LOPS, como demarcador histórico da política de privatização da saúde no país.

postos de saúde e ambulatórios, em suma, a saúde preventiva, já que os recursos eram direcionados às grandes construções.

Em 1966, o governo unifica todos os IAPs num sistema único, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a finalidade de concentrar recursos financeiros de todas as contribuições previdenciárias, incluindo a dos trabalhadores do comércio, da indústria e dos serviços. O novo sistema vai gerir todas as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores de todo o País e ampliar a compra de serviços da rede privada. Com esta unificação a arrecadação da previdência aumenta e passa a ser quase igual à do orçamento da União, mantendo o perfil assistencialista e com um agravante maior, sem o controle das classes assalariadas (COHN e ELIAS, 1999).

Em 1967 ocorre a Reforma Administrativa Federal, redefinindo a área de competência do Ministério da Saúde formulando a Política Nacional de Saúde. No ano seguinte, o Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde, que enfrenta graves problemas para sua implementação frente ao precário orçamento do Ministério da Saúde.

Além de substituir os benefícios anteriores, sob forma de pagamento em dinheiro (aposentadorias e pensões) em detrimento da assistência médica, o INPS retratou a inoperância e ineficiência das políticas de Saúde no País, com um discurso universalizante de seguridade social, mas estendendo coberturas tipicamente assistenciais a toda a população, seja ela contribuinte ou não do sistema. Esta mudança deveria configurar-se em uma solução desejável não fossem as distorções que o sistema apresentava; os trabalhadores, os mais atingidos pela crise econômica do pós-milagre brasileiro, os maiores investidores, assumem novamente a posição tradicional de meros espectadores, sofrendo as conseqüências da crise, na maioria das vezes, impedidos de acessar o seguro social.

A União, anuncia linhas de financiamento para o Estado, a fundo perdido, para a construção de hospitais particulares, há uma ampliação no número de leitos e especialidades médicas para atender aos trabalhadores. Certamente ocorreu um aumento da aplicação de recursos na saúde, mas ele é ineficiente apesar de ter havido mais aplicação dos recursos, não invalidara a aplicação de recursos na saúde frente a demanda social que crescia vertiginosamente. Em 1963, o governo passa a atender também os trabalhadores rurais através do Fundo dos Trabalhadores Rurais (FUNRURAL), o qual foi extinto em 1977, apesar de se manter a sigla ainda por um longo período, dadas as pressões de parlamentares vinculados ao setor rural, quando foi reformulado o sistema previdenciário que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) (COHN e ELIAS, 1999).

#### **2.1.4 - A Saúde nos Vinte Anos de Ditadura**

No ano de 1975, a Previdência assume posição de destaque no regime militar. Primeiro, por ser uma das principais fontes de recursos da União e segundo, por ser uma ferramenta preciosa de comunicação direta com as massas trabalhadoras. Nesta época foi organizado o Sistema Nacional de Saúde, elaborado com base no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), o qual elegeu como prioridade a implementação de políticas sociais, o que definiu as competências das instituições públicas e privadas, com estratégias de integração entre estes serviços.

Como consequência, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que promove algumas mudanças, entre elas a criação de novos programas: 1-O Plano de Pronto Ação (PPA), que universaliza os atendimentos de urgência, e o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) que passou a coordenar as ações setoriais do campo social; foi instituído também o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento da Previdência Social com a finalidade de controlar e avaliar os serviços de saúde, 2- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento

Social (FAS), com a finalidade de financiar o investimento setorial. Na prática, este modelo apenas "dividiu o bolo em fatias menores", os recursos eram apenas redistribuídos nos programas sem resolutividade. Segundo OLIVEIRA e TEIXEIRA, apud MENDES (1995), o modelo de política de saúde adotado, configurou o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; a criação, através da intervenção estatal, de um complexo-médico industrial; o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços. Destaca-se o modelo assistencial descrito por MENDES (1995), para ilustrar a década de 70, que consiste em um tripé, onde o Estado representa o grande financiador do sistema através da Previdência Social; o setor privado nacional, aparece como sendo o maior prestador de serviços de atenção médica; e por último o setor privado internacional como produtor de insumos, equipamentos biomédicos e de medicamentos. Segundo COHN e ELIAS, (1999, p.25), "a apropriação privada da coisa pública não reside somente na modalidade política de manipulação da Previdência Social como instrumento político, mas também na destinação de parcela significativa de seus recursos na compra de serviços privados".

Na tentativa de priorizar a atenção primária de saúde foi implantado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (1976 a 1979), que resultou apenas nas ações ambulatoriais da rede pública, na prática estas medidas coincidiram com a proposta internacional dos cuidados primários de Alma Ata, o que para MENDES (1995, p.26-27), deu início a uma "...proposta de atenção primária seletiva", especialmente , através de programas médicos simplificados ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco. No Brasil, houve um entendimento "reducionista" da atenção primária seletiva.

Fica estampada a situação crítica da Previdência Social, no que se refere a assistência médica, exigindo readaptações para garantir a expansão, e para tanto cria-se a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), com a responsabilidade de controlar as contas apresentadas pelos hospitais contratados.

No ano de 1977 o governo revela sua crise no setor da saúde ao instituir o Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS), quando num movimento burocrático, separa a parte de benefícios e de assistência médica, unificando a Previdência (INPS), a administração financeira (IAPAS) e a assistência médica através do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS), no âmbito do processo de especialização do sistema previdenciário, em um único órgão. Posteriormente integraram-se ao sistema a DATAPREV, a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e a Central de Medicamentos (CEME). A criação de todos esses órgãos dificultou ainda mais o controle do orçamento da Previdência, favorecendo o clientelismo, o desvio de verbas e a corrupção. Pode-se configurar esta situação como "o mundo do faz-de-conta", em que a destinação de verbas para entidades privadas de assistência social, passa a ser de cunho exclusivamente político, bem como a de assistência médica, a prestação de contas destas instituições era meramente burocrática, uma vez que não sofriam fiscalização, causando um enorme rombo financeiro às mesmas, rombo este que vinha ocorrendo há muito tempo.

Desta forma, fica salientada a fragilidade do suporte financeiro do SINPAS, pois, o financiamento advindo quase exclusivamente da massa salarial, para atender um contexto esquizofrênico e de ganância do setor privado produtivo e da saúde, que MENDES (1995, p.30) qualifica como "um projeto hegemônico", fundamentado no modelo médico-assistencial privatista, que teve como "subsistema hegemônico o setor privado contratado e conveniado,



como ator social mais importante a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e como núcleo ideológico a burocracia previdenciária".

COHN e ELIAS (1999) destacam que as medidas apontadas pela União para enfrentar o déficit foram óbvias e imediatas: ou se aumenta a receita ou se diminui a despesa e, através de um conjunto de medidas adotadas por decreto-lei, com oposição do Legislativo, constava a instituição do aumento da alíquota de contribuição escalonada de empregadores (10%) e empregados ( 8% a 10%). O impacto desta medida, provocou novas perdas e aumento da contribuição frente a um reduzido, quase extinto benefício.

Esta década se encerra com um modelo de gestão desgastado, decorrente de uma forte crise fiscal com reflexos na previdência social, com a insatisfação dos usuários, dos prestadores de serviço e dos trabalhadores da saúde interferindo na qualidade dos serviços. Cresce o movimento de reivindicação da população, através da organização de vários grupos sociais, nos sindicatos e partidos, questionando sobre a desigualdade de direitos instalada e o rumo das políticas de saúde no País.

### **2. 1. 5 - A Luta pela Reforma Sanitária - Período da Nova República**

O panorama do Brasil na década de 80 sofre influência da reorganização das relações político-econômicas internacionais com o agravamento da recessão econômica mundial. Apresenta um forte regime autoritário, retratado através de uma política centralizadora e privatizante, uma crise financeira e fiscal com deteriorização das políticas sociais. A década de 80 é considerada como a década perdida pela ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação solidária entre o Estado, empresas multinacionais e empresas privadas nacionais, COHN e ELIAS, (1999, p.34) ao fazerem uma análise da falência da seguridade social apontam que: " ... o problema fundamental não é a escassez de recursos, a questão é

que o País gasta muito mal esses recursos, implementando políticas sociais estanques entre si".

A partir deste período, a sociedade reivindica novas políticas sociais para assegurar o direito à saúde da população brasileira, visto que esta também é um dever do Estado. Ocorre a mobilização pela democratização do País, segundo LUZ (1991, p.34), "pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como um direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania".

Com todas estas transformações, presencia-se o quadro de saúde instalado no País, retrata o modelo excludente, construído ao longo dos anos através da ineficiência das políticas públicas desenvolvidas no setor.

MENDES (1995) observou que neste momento, com o processo de discussão, abrem-se espaços políticos institucionais para o desenvolvimento de um movimento contra-hegemônico da saúde que mais tarde seria papel importante na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira.

Neste período, destaca-se a participação da academia, com a criação de novos trabalhos em todas as áreas, como exemplo, a medicina comunitária, que com dificuldades começa lentamente a romper com os preceitos do modelo médico hegemônico dos anos 70, com a proposta da atenção primária "seletiva", concebida na sua concepção estreita de um programa, executado com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas através da oferta de tecnologia simples e barata, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária. Não é por acaso que o movimento contra-hegemônico surge nas Universidades onde, e mais tarde foram criados os departamentos de Medicina Preventiva, com respaldo da Organização Panamericana da Saúde (OPS), no interior dos quais gesta-se e difunde-se um pensamento crítico em saúde, ao mesmo tempo

que começa a originar o que viria a constituir-se no movimento sanitário, base político-ideológica da Reforma Sanitária Brasileira.

O ano de 1976 marcou decisivamente a luta para o enfrentamento desta situação. Surge em todo o País movimentos de trabalhadores de saúde, liderados principalmente pela organizações sindicais médicas. Ademais, com atuação destacada no campo político-ideológico, nascem novos canais de expressão destes movimentos, em 1976 o Centro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1979 a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que, através de publicações, debates, simpósios e outras atividades, começam a possibilitar o aparecimento de "novos sujeitos sociais", mais críticos e politizados, imbuídos na proposta de construção de um modelo assistencial que combatesse o modelo assistencial privatista, até então instalado no País.

Outra tentativa merecedora de destaque, foi a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), em 1980, com base nas propostas de ALMA-ATA (URSS, 1978) que priorizava a atenção primária da saúde, a participação sanitária, organizado hierarquicamente por níveis de complexidade dos serviços e a regionalização do atendimento. Apesar de ser uma proposta da União, na sua essência traduzia as necessidades do contexto, mas, por motivos políticos eleitoreiros, esta proposta não "saiu da gaveta". Posteriormente, este plano teve uma contribuição muito significativa para os trabalhos de fundamentação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde ou Plano do Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP) que, através do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), privilegiava a reversão gradual do modelo médico assistencial.

O PAIS, mesmo que timidamente consolidou as propostas de um projeto de mudança, com investimentos do Ministério da Saúde, visava a integração e a unificação dos serviços de saúde do setor público, com vistas à integralidade das ações de saúde, bem como a

definição 'de mecanismos de referência e contra-referência'<sup>11</sup>. Foram criados programas de saúde destinados a grupos especiais tais como: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da criança, do idoso, do trabalhador e à saúde mental, mesmo apresentando problemas como as famosas "generalizações", evidenciando a implantação de programas descontextualizados e sem o estabelecimento de prioridades.

Neste contexto instalado, as Ações Integradas de Saúde (AIS) representaram a política oficial da Nova República. O Movimento Sanitário Brasileiro (1985 a 1988), ganhou força, promovendo discussões sobre as relações entre saúde, sociedade e Estado, sem deixar de denunciar a "mercantilização da saúde no Brasil" (COELHO et al.,1995, p.10). Somente em 1983, começam a ser assinados os primeiros convênios das AIS, representando um aporte considerável de recursos para os estados e municípios, mas dá origem a uma contradição: esses recursos originários fundamentalmente dos contribuintes assalariados, através do INAMPS, passam a ser utilizados nos gastos com assistência médica da população em geral. Apesar deste viés ser revertido numa prática comum adotada pela União, apenas com roupagem diferente, ocorre a consolidação da proposta de descentralização, como sendo a única alternativa para se viabilizar um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população.

Em 1987, como consequência dos debates sobre a saúde, emergiu a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que surgiu em forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Porém, tais convênios passaram a ser um forte instrumento político, uma vez que por divergências, o governo dificultava a assinatura do convênio com determinados municípios, os quais, como alternativa buscavam uma forma

---

<sup>11</sup> Contra-referência: esta expressão diz respeito ao mecanismo de uma pessoa, depois de ser atendida em um serviço mais especializado, ser encaminhada de volta ao serviço mais simples mais próximo de sua casa para o acompanhamento da sua saúde (Ministério da Saúde, Guia de Referências para o Controle Social,1996).

direta de celebrar o convênio com o INAMPS, dada a resistência do Estado em assumir o SUDS.

Como pode-se perceber, a saúde continua sendo entendida como um palco político eleitoreiro, sendo cada vez mais afirmada a lógica da "apropriação da coisa pública". Cabe lembrar que as políticas de saúde, principalmente nas décadas de 80 e 90, configuraram um sistema público de baixa resolutividade, sucateado e desaparelhado, e que a imagem de incompetência do Estado em assumir a produção destes serviços, é a principal defesa da iniciativa privada. Esta imagem negativa, como vimos, foi construída pelo próprio Estado, ao longo da implantação políticas de saúde no País (COHN e ELIAS, 1999).

Na verdade, as conferências nacionais de saúde existiam por lei desde 1941, mas foi somente em 1986 que os trabalhadores da saúde e os representantes dos movimentos populares puderam participar e propor mudanças. Durante a VIIIª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, evento político-sanitário mais importante da década, ocorreu a aprovação da Reforma Sanitária, de recursos, abaixo-assinados e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988.

### **2. 1. 6 – Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS), está inserido no contexto da Seguridade Social – citada no artigo 194 da Constituição Federal de 1988 – que tem por objetivo, através das ações dos poderes públicos e da sociedade, assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. O SUS se constitui como as ações e os serviços públicos de saúde, financiado pelo Poder Público, dirigido pelas três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), com a participação da comunidade na condução e controle do sistema, com garantia para que a iniciativa privada também possa realizar serviços de assistência à saúde, regulamentado na forma da lei (GARCIA, 1997).

O SUS pode ser entendido como a proposta de uma política de cunho social dirigida para o reordenamento dos recursos existentes na área de assistência médico-sanitária do País em padrões definidos por novos princípios norteadores.

Para selar as lutas, iniciadas no final da década de 70 e início de 80, em 1988 foi promulgada a nova Constituição do País.

A saúde na Constituição é definida segundo MENDES (1996, p.62) "como resultado de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, o Art. 199 consagra a liberdade da iniciativa privada.

Constitucionalmente, estava criado o SUS, mais tarde, regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, também chamadas de Leis Orgânicas da Saúde.

A Carta Magna de 1988 garante a saúde como direito de todos e um dever do Estado, tendo seus usuários acesso igual e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Conforme o 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

A Lei 8.080, de 1990, no seu artigo 3º reforça, o texto constitucional, "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País".

Já as instituições privadas, participam para complementar os serviços oferecidos pelo SUS. Seus princípios básicos são a descentralização, com delegação de poderes para os níveis estatal e municipal, tendo maior destaque às atividades preventivas (COHN e ELIAS, 1999).

Baseado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade.

Em termos de Universalidade: a saúde é concebida como direito de todo e qualquer cidadão e como um dever do Estado. Portanto, todo e qualquer cidadão têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal.

COTTA et al. (1998, p. 26) destacam a universalização da cobertura e do atendimento. A de cobertura compreende a “ampliação do acesso da sociedade aos serviços médicos, independentemente da situação ocupacional dos beneficiários”. Já o atendimento abrange a combinação das atividades “preventivas e curativas, priorizando as preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (médico-hospitalares)”. Entendem os autores que a definição dessas dimensões indica “uma orientação da política da medicina previdenciária, para reestruturar e redimensionar o sistema de saúde prestado pelo Estado”.

A equidade pressupõe o direito de cada um às ações de saúde necessárias à solução do seu problema de saúde, ou seja, as diferenças individuais, econômicas e sociais, não podem apresentar impedimentos para o consumo de bens e serviços de saúde. Todo o indivíduo que necessita de atenção a saúde, deverá ter direito às ações e serviços em todos os níveis do sistema, de acordo com a complexidade que cada caso requer, sem privilégios e sem barreiras. Portanto, o SUS deve tratar igualmente os desiguais.

A Integralidade: o homem deve ser visto como um ser integral, portanto, as ações de saúde não podem ser compartimentalizadas, mas sim conjugadas na promoção, proteção e recuperação da saúde. A integralidade, conforme o ABC do SUS, do Ministério da Saúde

(1990), representa o reconhecimento do indivíduo como um todo, ou seja, como complexo bio-psico-social, sendo inconcebível a fragmentação das pessoas em órgãos e o atendimento de necessidades parciais; a necessidade de superação da compartimentalização produzida entre ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, resgatando-se o princípio básico de que o objetivo de toda e qualquer ação de saúde é a produção de benefício social e que a sua articulação aumenta estes efeitos com diminuição de custos; a integração da rede de unidades produtoras de serviços de saúde, em um sistema racional; entender o indivíduo como um ser integrado a uma comunidade, com identidade cultural e de classe, respeitando-o como ser político, social e coletivo, bem como sujeito das transformações necessárias à construção de uma nova sociedade; sociedade esta, aspirada por todos.

Percebe-se, pelo exposto acima, que a nova Carta Constitucional de 1988, apresenta significativos avanços no que tange ao sistema de proteção social. Nela, estão presentes a universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, sejam contribuintes ou não do sistema; a equidade ao acesso e na forma de participação no custeio; a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços; a irredutibilidade do valor dos benefícios; a diversidade da sua base de financiamento, e a gestão administrativa centralizada, com a participação da comunidade (COHN e ELIAS, 1999)

Conforme a legislação, a participação da comunidade se dará em Conselhos de Saúde, em cada esfera de governo (municípios, estados e União) nos quais os usuários terão metade dos assentos do mesmo e os prestadores de serviços (governo, prestadores privados e profissionais de saúde) a outra metade (paridade). De fato e de direito, estes conselhos formam a maior instância de decisão do sistema de saúde, porque suas atribuições vão desde a fiscalização e controle dos projetos, da sua execução e dos recursos financeiros envolvidos com a administração da área da saúde, até a avaliação de seus resultados. Através dos



conselhos, a comunidade e seus representantes indicam onde e como serão utilizados os recursos de saúde disponíveis para a solução dos problemas da população.

Quando a prestação de serviços de saúde forem insuficientes no setor público, poderão ser contratados prestadores privados de serviços até que o poder público possa supri-los o que se deve dar sob três condições: a celebração do contrato conforme as normas de direito público; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS; a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços.

A estruturação da rede de serviços deve permitir um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Na prática, estes serviços contratados serão parte integrante do SUS e subordinados aos seus princípios e normas legais através de contratos de direito público.

Dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos tais como, hospitais Filantrópicos e Santas Casas, conforme determina a Constituição. Diante disso, cada gestor deverá planejar primeiro o setor privado não lucrativo, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.

Com todos esses avanços, MENDES (1994, p.42) entende que a reforma sanitária, "pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob a regulação do estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade, e que se construa permanentemente através do incremento da sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do

desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema".

Quanto ao conceito ampliado de saúde, vinculado à proposta de reforma sanitária, no Relatório Final da VIIIª Conferência Nacional de Saúde (1986, p. 381-389), encontra-se que: "a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Na verdade, com estes princípios e diretrizes, o SUS buscou uma nova proposta de mudança para o conceito de saúde. Com o SUS, a saúde passou a ser entendida como resultante de um complexo conjunto de fatores ambientais, sócio-econômicos, culturais e biológicos determinados pela posição de classe que cada indivíduo e/ou grupo social ocupa na organização da sociedade. Entende-se que a superação destas determinações elimina a perspectiva de que se alcançará a melhoria das condições de saúde da população apenas com ações de saúde.

No que se refere à base de financiamento do SUS, a Constituição de 1988 inovou ao recuperar, de certa forma, o velho modelo das CAPs. Ainda, ficou assegurado que nenhum benefício poderá ser inferior ao salário mínimo, e que seu reajuste deve coincidir com o reajuste do salário dos trabalhadores ativos. Estipula, ainda, que nenhum benefício ou serviço poderá ser criado ou estendido sem correspondente fonte de custeio total, cabendo portanto à lei instituir outras fontes (COHN e ELIAS, 1999). Mas a crise que assola o sistema de saúde não é recente, é conseqüência da crise do Estado.

MENDES (1996, p. 63) entende que, com a criação do SUS, no final dos anos 80, formou-se um “sistema plural de saúde, composto de três subsistemas: o subsistema público – SUS, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto”. O subsistema de desembolso direto é o responsável pelos valores, pois os indivíduos e/ou famílias desembolsam mensalmente para cobrir os possíveis custos com a saúde. No ano de 1986, essa renda chegou a um faturamento de US\$ 2,07 bilhões. O subsistema de atenção médica supletiva é um sistema privado, composto por cinco modalidades assistenciais principais: a medicina de grupo, baseada em formas de pré-pagamento, tem 15.000.000 de assistidos, apesar disso, não apresentou crescimento entre 87 e 89; os sistemas próprios, orientados por formas de pós-pagamento, assistem 7.500.000 beneficiários, tendo crescido 56% no período entre 87 e 89; o seguro-saúde com 970.000 assistidos, com crescimento de 17,5% entre 87-89; as cooperativas médicas, baseadas no pré-pagamento e cobrindo 7.300.000 brasileiros com crescimento de 46% no biênio observado; os planos de administração que cobrem apenas 400.000 pessoas cresceram 33% entre 87 e 89.

Na década de 80, o subsistema de atenção médica supletiva, chegou a cobrir aproximadamente 35 milhões de brasileiros.

Quanto ao subsistema público, conhecido por SUS, responsável pelo atendimento da grande maioria da população brasileira, cerca de 120 milhões de brasileiros, composto de serviços de estatais diretamente prestados por União, estados e municípios e dos privados que, através de convênios ou contratos, recebem recursos dos Estado pela prestação de serviços. Dessa forma, o SUS inclui serviços estatais e serviços privados pactuados com o Estado.

Diante dessas evidências MENDES (1996, p.66) entende que não se pode mais falar de SUS como um sistema único, mas sim “um subsistema público único, parte de um sistema plural”.

Apesar da crise econômico-social, pela qual o Estado brasileiro passa desde os anos 70, é no espaço da saúde que o Estado tem realizado as reformas mais significativas. A extinção do INAMPS<sup>12</sup>, é um exemplo, instituição de 162.000 funcionários, com uma folha de pagamento superior a 1 bilhão de dólares, que num processo gradativo os recursos humanos, materiais e financeiros, foram sendo transferidos para os estados e municípios.

A crise da saúde não é só do Estado brasileiro, ela é universal. Para MENDES (1996) há três correntes distintas para explicá-la: incrementalista, racionalista e estruturalista.

Para os incrementalistas a crise da saúde decorre do baixo nível dos recursos investidos em saúde que não possibilitam a organização de um sistema adequado para atender às necessidades de saúde da população.

MENDES (1996, p.18), entende que no Brasil, a discussão sobre a crise está concentrada “na insuficiência dos recursos para a saúde e na necessidade de incrementá-los significativamente”.

Já os racionalistas entendem que a crise da saúde deriva das ineficiências internas do setor e, como conseqüência, o esforço reformista é canalizado para o controle das irracionalidades intrínsecas aos sistemas de saúde. Portanto, o objetivo da racionalização da saúde é diminuir os custos sem causar impactos negativos nos níveis de saúde e aumentar a eficiência sem prejuízo da eficácia e da efetividade das ações desenvolvidas.

A corrente explicativa, a qual defende MENDES, prega que a crise tem uma *determinação estrutural que decorre da impossibilidade de conciliar o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde com seus mecanismos de controle.*

---

<sup>12</sup> Entende MENDES (1996, p.66) que o fim do INAMPS “é caso emblemático de reforma do aparelho do Estado, em que se põe termo a um lugar privilegiado da administração pública burocrática”. Ainda, que as resistências ao término do mesmo, “inscreveram-se nas ordens dos interesses clientelistas e atestado eloqüente de sua pouca utilidade para os objetivos de saúde”.

Segundo MENDES (1996, p.21), as formas que exigem a expansão do sistema de saúde são: “a transição demográfica, a acumulação epidemiológica, a medicalização societal, a urbanização, a incorporação tecnológica, o incremento da força do trabalho e o corporativismo empresarial e profissional”.

### **2.1.7 - Organização do SUS**

Quanto à organização, para que os serviços de saúde realmente funcionem, as unidades devem ser distribuídas por áreas geográficas delimitadas e com população definida. Uma vez organizadas as unidades, as pessoas atendidas deverão ser encaminhadas para a rede ou Sistema, através dos Centros de Saúde e das Unidades de Emergência, quando seus problemas de saúde não puderem ser resolvidos na unidade primária (Postos de Saúde de bairros). Essa forma de organização, regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade crescente, além de permitir uma maior atenção aos problemas de saúde de cada local, ainda favorece as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como a educação em saúde.

Uma outra questão da organização, do sistema em estudo, está na descentralização político-administrativa, enfatizada na forma da municipalização dos serviços e ações de saúde, fruto da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992.

A descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de dar certo.

A partir da Constituição de 1988, os municípios passaram a integrar o pacto federativo, até então restrito aos estados. Agora, há redistribuição de poder, competência e recursos em direção aos municípios, para que ele exerça o seu papel de gestor, para organizar ações de vigilância à saúde, com a participação dos profissionais de saúde, dos usuários, de entidades e movimentos da sociedade civil, atuando no reconhecimento da realidade e na

definição de prioridades. Com a descentralização, a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde, diretamente voltadas aos cidadãos, cabe aos municípios.

Com relação aos recursos para financiar o SUS, o parágrafo único, do artigo 198, da Constituição de 1988 diz: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Assim sendo, os recursos para financiar o SUS vem dos impostos e contribuições que se destinam à Seguridade Social, ou seja, à saúde, previdência e assistência. O Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), são dois tipos de impostos que a União arrecada e divide 50% entre os Estados e os Municípios. O Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), imposto arrecadado pelo Estado, é distribuído uma parte com os municípios e outra fica com o Estado. Quanto maior o município, maior é o valor que recebe. Os Municípios também têm suas fontes de renda que são, entre outros, o Imposto sobre a Propriedade Territorial Urbana (IPTU) e o Imposto Sobre Serviços (ISS).

Por tudo o que se expôs até aqui, ficou claro que o SUS é um sistema legitimado constitucionalmente, mas que ainda está em fase de estruturação e implementação; que, na realidade, ainda não funciona como deveria por diversos fatores, entre eles, falta de conhecimento sobre seus reais objetivos e suas possibilidades; falta de organização, fiscalização e controle dos recursos; falta de comprometimento dos profissionais da área da saúde com a nova proposta; falta de participação da comunidade nos Conselhos de Saúde. Esta, talvez seja a que melhor deverá ser trabalhada através da educação e informação sobre a importância da comunidade nas decisões que envolvem a garantia e o bem estar de todos os que ali vivem. As consequências dessa ausência da comunidade nos Conselhos de Saúde, representam uma força para a corrupção e mau gerenciamento dos recursos destinados à saúde. Os recursos existem, o problema é saber para onde vão e como são administrados. "A

contradição está em que esse brasileiros que ganharam com o SUS não estão socialmente organizados são destituídos de voz política. Em outros termos, os ganhadores do SUS são a maioria silenciosa que conta pouco no jogo político e na formação de opinião. Alcançaram, com o SUS, cidadania na saúde, mas permanecem sub-cidadãos políticos" (MENDES, 1996, p.77 ). Este pano de fundo econômico e político vai determinar os rumos da política de saúde, em especial do setor hemoterápico na atualidade, como veremos seguir.

## **2.2 – A POLÍTICA DE HEMOTERAPIA NO BRASIL.**

Ao recuperar a trajetória das políticas de saúde e da conformação do sistema, pretendemos apontar subsídios para o debate e análise das suas repercussões no contexto da hemoterapia brasileira.

### **2.2.1 - Primeiros Passos...**

A descoberta dos grupos sanguíneos ABO, por Karl Landsteiner, no início do século XX, foi a base de sustentação para a iniciação dos estudos sobre Hemoterapia. Com o advento das duas grandes Guerras Mundiais, houve necessidade de aperfeiçoar as técnicas transfusionais. O sangue como forma terapêutica na medicina entra em cena nos meados deste século. Em 1921, em Londres surge o primeiro serviço especializado em transfusão "*The Voluntary Service*" (Serviço de Transfusão de Sangue), patrocinado pela Cruz Vermelha Britânica, assumindo características de um serviço de "extrema urgência", desativado logo após a guerra.

Em vários países foram criados serviços similares, de organização simples, onde o serviço de transfusão de sangue dependia de um corpo de doadores "universais". A transfusão

de sangue era realizada, através de técnicas rudimentares<sup>13</sup>, diretamente do doador para o organismo do receptor, conhecido historicamente com o “período da transfusão sangüínea “braço a braço”.

No Brasil, embora não houvesse a consciência de organização no setor hemoterápico, a partir de 1920, já se realizavam transfusões." Não havia ainda técnicas de estocagem e, muito menos, instituições hemoterápicas. Quando havia necessidade de transfusão, eram convocados os doadores devidamente registrados e não haviam conseqüentemente, instituições hemoterápicas” (SANTOS et al., 1991).

### **2.2.2 - As Décadas de 40 e 50**

A década de 40 foi decisiva para a Hemoterapia no Brasil. Foram criados os primeiros bancos de sangue: o banco do Hospital Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, em 1941; e o Banco de Sangue da Prefeitura do Distrito Federal, em 1945. Seguindo-se em 1949, foi criada a Associação de Doadores Voluntários de Sangue no Rio de Janeiro, mais tarde, nacional. E em 1950, realizou-se o primeiro congresso de profissionais da especialidade, no Brasil. Como até o momento ainda não se encontrou um produto sintético capaz de preencher todas as funções específicas do sangue, e de poder substituí-lo, a Hemoterapia continuará a depender de pessoas que doem o seu sangue (JUNQUEIRA, 1979; VILLELA, 1985).

Data de 1950, a primeira lei federal (Lei 1.075 de 27/03/50) que trata do sangue. Como incentivo, a lei determinava que todo o funcionário público, civil ou militar, que doasse “voluntariamente” o sangue, teria o seu dia de trabalho abonado. Caso o doador não fosse funcionário público, o seu nome seria incluído “entre os que prestaram serviços relevantes à sociedade e à Pátria”. Conforme SANTOS et al. (1991), apesar do descaso oficial, a lei de

---

<sup>13</sup> Uma discussão mais detalhada pode ser encontrada em Keynes, Geoffrey. Transfusión de Sangue. Aguilar S.A. de ediciones, Madrid, 1954.



1950 indica que, na época, “já se fazia distinção entre serviços públicos e privados; entre doação voluntária e doação remunerada.”

Percebe-se que desde o início, o sangue humano era comercializado e não difundido como algo doado por solidariedade. Mesmo com todas as falhas, ressalta (SANTOS et al., 1991) que “essa foi a única lei referente ao sangue, até 1964”.

Desde o início a falta de fiscalização se fez presente na prática da Hemoterapia, permitindo aos bancos de sangue privados um negócio bastante lucrativo. Até o próprio Estado “comprava” o sangue estocado nesses bancos, reproduzindo assim um quadro de risco na veiculação das doenças hemotransmissíveis.

A desatenção dada pelo Estado à Hemoterapia trouxe reflexos desastrosos, pois além de ser pouca expressiva, até hoje poucos são os profissionais que se preocupam em pesquisar sobre o assunto.

### **2.2.3 - Décadas de 60 e 70**

Na década de 60 que houve muitos avanços na Hemoterapia. Surgiram novas técnicas de conservação e fracionamento de sangue. Com os avanços houve a exigência de recursos humanos especializados e aparelhagem própria para permitir uma distribuição mais eficiente do sangue. Como consequência do avanço tecnológico e do fracionamento do sangue, surgem as indústrias de hemoderivados e com elas, a questão do lucro ligado ao sangue. Como alguns países não concordavam que o sangue fosse comercializado como uma mercadoria, o sangue era muitas vezes contrabandeado, estimulando o alto preço no mercado internacional.

Conforme SANTOS et al. (1991), no Brasil, foi durante a década de 50 que o grupo Hoechst<sup>14</sup> instalou a primeira planta de produção de hemoderivados. A partir desta, surgiram no Rio de Janeiro vários bancos de sangue que, mesmo operando em condições mínimas, vendiam toda ou grande parte de sua produção para o fracionamento industrial. Foi a partir daí que o setor hemoterápico expandiu-se, “mais de acordo com uma lógica de mercado do que com preocupações assistenciais”.

Até 1964 não havia qualquer preocupação do governo em disciplinar o comércio de sangue e derivados, bem como eliminar a baixa qualidade dos serviços do setor. Até então, o incentivo era dado às doações voluntárias. Com o Golpe Militar, o governo passa a se preocupar mais em manter o estoque de sangue, porque em caso de conflito armado, não havia qualquer reserva hemoterápica. Foi criada a ABDVS – Associação Brasileira de Doadores Voluntários e instituído o Dia Nacional do Doador de Sangue, através do Decreto Lei nº 53.988 de 30/06/1964, por solicitação da Associação. Apesar desses avanços, a expansão dos serviços privados de sangue e hemoderivados continuava paralelamente.

Para SANTOS et al. (1991), dois fatos marcaram o setor hemoterápico brasileiro, no período de 1964 a 1980. O primeiro foi “o despertar do governo para a necessidade de uma política de coordenação das atividades hemoterápicas”; o segundo, “foi a política de compra de serviços de saúde através da Previdência Social unificada.”

Enquanto a Hemoterapia se sofisticava internacionalmente, ampliando os usos terapêuticos do sangue e seus derivados, no Brasil, a estrutura hemoterápica visava apenas o lucro sem grande investimento. Mesmo com um atraso tecnológico acentuado, não se impediu que o sangue “se popularizasse cada vez mais como recurso terapêutico no Brasil” (SANTOS et al., 1991).

---

<sup>14</sup> A lógica do mercado de sangue foi acentuada com a implantação desta multinacional, estimulando a cultura da subversão, do contrabando, coletas excessivas e sangue propositadamente vencido para ser repassado à indústria de hemoderivados.

Em 1965 foi criada a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), responsável por grande parte da legislação do setor hemoterápico, em vigor até hoje, também as bases da Política Nacional de Sangue, através da Lei 4.701, de 28/6/65.

No final da década de 70, a realidade apresentada pela rede hemoterápica era desoladora. O controle dos serviços era feito, quase que totalmente, pelos bancos privados onde predominava a doação remunerada. Havia ausência de exames sorológicos para detectar as doenças hemotransmissíveis.

#### **2.2.4 - Anos 80 - A Politização do Sangue e o Despertar da AIDS**

Em 1980 foi criado o Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), que representou a primeira ação direta e coordenada para o setor por parte do governo.

O Pró-Sangue, segundo SANTOS et al. (1991), foi “a resposta oficial às pressões de setores da sociedade civil, particularmente da corporação médica, pela melhora de qualidade da atividade hemoterápica, prejudicada de modo perverso pela própria política do Inamps, que comprava sangue de forma negligente e indiscriminada junto aos bancos particulares”.

Vários relatórios da época avaliaram a iniciativa governamental e são unânimes em condenar o comércio de sangue e a falta de fiscalização sobre os serviços. Entre eles, destacam-se: o de CAZAL (1969); o de ANTONÁCIO (1976); o de SANTOS e RAMOS (1981), apud SANTOS et al. (1991).

Na verdade, até 1980, não havia interferência dos órgãos oficiais para controlar a doação voluntária ou remunerada de sangue. O governo passa a interferir no setor, quando foi criado o Programa Nacional do Sangue (Pró-Sangue), a 7 de abril de 1980, cujo objetivo era a reorganização, ampliação e desenvolvimento da atividade hemoterápica.

Segundo SANTOS et al. (1991), entre outras coisas, o Pró-Sangue “se propunha a ‘estimular a doação voluntária não remunerada’, com a participação orientada da comunidade,

a fim de evitar especulação na coleta e distribuição de sangue, reorientando-a para a sua legítima finalidade social”.

Com a implantação da Rede Nacional de Centros de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentros), tinha-se por objetivo, proteger a saúde do doador, tratando os que tivessem alguma doença transmissível, bem como incentivar a permanência do doador voluntário, cuja função era relevantemente social. Cria-se o Cadastro de Doadores de Serviço e institui-se a responsabilidade médica pela seleção de doadores e a coleta de sangue; a “carteira de doador de sangue”, tratando todos indistintamente: voluntários, de reposição ou remunerados.

Na verdade as distorções continuaram. Todos os relatórios e artigos, da época em estudo, revelaram que a questão da doação remunerada ocorria e, segundo o relatório de CAZAL (1969), os índices chegavam de 10% a 60% conforme a região e o serviço. Que esta variava de acordo com a entidade coletora e o grupo sangüíneo e o fator Rh. SANTOS et al. (1991)

Quanto aos serviços prestados pelo INPS, diz SANTOS et al. (1991): “O INPS, na realidade, paga o sangue ao médico que faz a transfusão segundo uma tarifa oficial (70 US/litro por RH positivo, 100 US/litro por RH negativo, sendo US a unidade de serviço ...”.

O Relatório de Antonácio, divulgado em 1976, define socialmente, o perfil do doador remunerado. Diz ele: “o doador comercial é geralmente um indivíduo explorado na sua situação de ignorância ou de necessidade, situação que o leva a omitir informações.” Afirma que o “tráfico internacional de plasma” se acentuou cada vez mais e que permanece até hoje. Conclui informando que as irregularidades e limitações técnico-científicas, aos quais o sangue está ligado, se deve ao interesse comercial excessivo e a exigência para doação.

Em 1970, o acesso aos serviços de saúde são ampliados a população brasileira através da política instaurada pelo Instituto de Previdência Social (INPS), e, mais tarde ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O serviço de

atendimento à população cresceu desproporcionalmente e as dificuldades tanto de ordem gerencial quanto tecnológica se faziam sentir em todo o país. Os recursos públicos eram mal utilizados e, conseqüentemente, o atendimento precário. Estava instalado o início do caos na saúde pública brasileira.

No caso do sangue, o lucro era certo e rápido para os pequenos bancos, visto que toda a sua produção era adquirida pelo INAMPS e pela indústria de hemoderivados. Percebemos que a doação remunerada foi expandida com a política iniciada pelo INPS, atividade normatizadora do Ministério da Saúde em nível Federal e levada adiante pelo INAMPS, que consistia na compra do sangue utilizado nos seus hospitais, como na rede particular contratada. Para o INAMPS a ação era convertida em economia de recursos humanos e financeiros, não havia fiscalização por parte dos órgãos governamentais uma preocupação com o comércio do sangue.

"Remunerado a preço fixo, o sangue proporciona lucro tanto maior quanto menor fossem os custos reais do seu processamento. O acompanhamento pós-transfusional era precário, e o banco de sangue não sofria qualquer sanção por fornecer sangue contaminado (os casos de contaminação transfusional raramente eram comunicados às autoridades competentes) (SANTOS et al.,1991).

Porém, se por um lado esse serviço se tornava mais barato, por outro, o sistema saía mais caro visto que as falhas ocorridas nas transfusões causavam grandes custos e estes recaíam ao setor público e não ao privado. Conforme SANTOS et al. (1991), "o setor privado cresceu, em boa parte movido pelo dinheiro do INAMPS."

Mas enquanto no setor privado cresciam os lucros, no setor público aumentavam os índices de doenças transfusionais, visto a precariedade de acompanhamento pós-transfusional e a falta de sanção para os bancos de sangue que forneciam sangue contaminado.

A Lei 4.701, de 25/6/1995 era bem clara ao determinar à Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH) a responsabilidade de disciplinar as atividades médicas ligadas à obtenção, processamento e transfusão de sangue bem como “derivados industriais do sangue, por empresas estatais ou de iniciativa particular”.

Apesar do esforço da CNH em elaborar portarias e resoluções para disciplinar e melhorar a qualidade do sangue ofertado pelos órgãos públicos, tudo estava errado; desde a seleção dos doadores até às próprias ações do governo. Faltava investimento para formar pessoal especializado, bem como um descontrole geral no sistema hemoterápico brasileiro. Enquanto isso, os lucros do setor privado cresciam vertiginosamente.

Com o aumento das atividades hemoterápicas, são iniciadas discussões sobre a estatização das mesmas. A partir daí, há uma quebra de braço entre setor público e privado. O setor privado criticava a ausência do governo e considerava-no incapaz de assumir tamanha responsabilidade, visto que o descaso não estava ligado só a política de saúde, mas também à situação da política nacional.

Segundo SANTOS et al.(1991), o que era antes um “pontilhado de serviços dispersos e autônomos passou a ser encarado como um sistema, com dinâmica própria, responsável pela coleta, circulação e distribuição do sangue e derivados, do doador ao receptor”.

Portanto, ao Estado cabe a responsabilidade pela qualidade do sangue ofertado, bem como a decisão de se optar por um sistema hemoterápico mais eficiente. Mas é certo que o problema do sangue está longe de ser resolvido, porque além de político é um problema que envolve a vida e esta, a partir da década de 80, com a descoberta da AIDS, passou a ser um problema mundial; problema este ligado também a contaminação do sangue em transfusões, sem o mínimo de controle e valor à vida humana.

No início dos anos oitenta o mundo foi surpreendido por uma doença – a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, derrubando o conceito de que a infecção não ameaçava mais o mundo moderno.

A descoberta dessa doença terrível ganhou espaços em toda a imprensa falada e escrita, despertando cada vez mais o interesse da população em querer obter informações cada vez mais precisas. Para PARKER et al. ( 1994, p.308 ) "... a AIDS determinou nesta situação histórica "a politização do sangue" e os limites da pressão pela mobilização da sociedade civil, tanto para a redefinição das políticas Nacional e Estaduais de sangue, como para a reorganização da política nacional de saúde.

No Brasil, os primeiros casos diagnosticados de AIDS transfusional, despertaram para uma nova consciência de luta que foram decisivas para os rumos da política nacional de sangue na década de 80, visto que ela foi identificada em 1982. De lá para cá, no Brasil a epidemia já registrou 196.016 novos casos, destes, 7393 somente no Estado de Santa Catarina (Boletim Epidemiológico AIDS, 2000, p.05).

Conforme PARKER et al. (1994, p.306 ), a ocorrência de casos de AIDS transfusional "respaldou uma devassa no 'submundo' do sangue. Inúmeros bancos de sangue foram fechados e condições mínimas de funcionamento exigidas".

Embora todos tivessem consciência de que a AIDS já era um fato social e que seria preciso reorganizar o setor hemoterápico, este foi relativamente lento. Somente na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), aliada às votações da Constituinte de 1987-1988, o controle do sangue passou a ser o centro de debates sobre estatização/privatização dos serviços de saúde. Em pauta, sempre a necessidade de reformular o sistema de saúde brasileiro.

Com a política de descentralização e a ausência de medidas do governo federal, os estados com maiores planejamentos, Rio de Janeiro e São Paulo, começam a formular suas políticas na área da Hemoterapia. No Rio de Janeiro, a doação remunerada foi proibida em 1985, através da resolução 344. O estado de São Paulo foi o pioneiro a determinar medidas visando a redução de incidência de AIDS por via transfusional, estabeleceram em junho de 1986, a obrigatoriedade do teste anti-HIV em todo o sangue utilizado para fins hemoterápicos, através da lei estadual 5190. Posteriormente em 23 de outubro de 1987 através da Lei nº 1.215, o governo do estado do Rio de Janeiro obriga os estabelecimentos hemoterápicos à realização do teste. Desta forma, estes estados adiantaram-se em relação à determinação federal, que só passou a ser obrigatório a partir de janeiro de 1988. Mesmo sendo considerado obrigatório o teste anti-HIV, em muitos estados, a situação era relegada a segundo plano e infelizmente a propagação das doenças hemotransmissíveis era sobrepujada pelo fator financeiro.

Na década de 1980, a Aids foi um divisor de águas por atrair a atenção nacional para a gravidade da contaminação sangüínea. Na análise de SILVA (1994), apud KOECHE (2000, p.15), várias portarias ministeriais foram acrescentando a obrigatoriedade de outros exames através de diferentes metodologias. No entanto, é necessário salientar que no caso da AIDS, a morosidade da legislação brasileira deixou uma lacuna significativa caracterizada pela falta de controle do sangue utilizado com fins terapêuticos no Brasil

Outro fator que muito influenciou para que as políticas de saúde do sangue evoluíssem, foi a pressão da sociedade civil sobre o governo que, através de manifestações organizadas e



grupos de pressão como o Gapa<sup>15</sup>, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)<sup>16</sup> e o Comitê Pacto de Sangue<sup>17</sup>, entre outros, exigiram que medidas imediatas fossem tomadas para que se eliminasse o descontrole do sangue no Brasil. O Fórum Estadual do Sangue<sup>18</sup> no Rio de Janeiro e o Tribunal Henfil em São Paulo, foram exemplos dessa luta. Por certo, essas manifestações organizadas pela sociedade civil, foram responsáveis pela melhoria sensível dos serviços hemoterápicos, bem como ao ordenamento e controle da produção industrial de hemoderivados. Foram os representantes dos movimentos sociais que trouxeram à tona os problemas concretos vivenciados nos serviços públicos de saúde, apontando sistematicamente a preocupação com a lógica burocratizada dos governantes. Essas organizações foram criadas em decorrência dos problemas surgidos a partir da disseminação da Aids no país e das questões colocadas para seu combate. Entidades não governamentais, preocupadas em denunciar o descaso do governo com as questões da saúde da população, atuavam com autonomia e independência organizacional, tendo como filosofia a organização da sociedade civil em torno de objetivos comuns e sem a interferência de governos ou partidos. A postura independente permitiu e permite que essas organizações participem das iniciativas

---

<sup>15</sup> GAPA (Grupo de apoio à prevenção à AIDS ), criado em São Paulo no ano de 1985, a partir de palestras mensais promovidas pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, aberto a toda a população, nasceu com o objetivo de lutar contra o poder público para garantir o tratamento adequado as questões relacionadas à AIDS. É uma entidade sem fins lucrativos, está envolvida com a promoção de palestras, divulgação de formas de prevenção da AIDS e promoção de eventos para angariar fundos às campanhas e atendimento a pedidos de esclarecimentos e informações. Também conta com a participação de grupos nos estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais (editorial Previna-se I, fevereiro de 1988- órgão oficial do Gapa).

<sup>16</sup> ABIA ( Associação Interdisciplinar da Apoio a AIDS ), criada em 1986 é uma organização não governamental, apartidária e sem fins lucrativos. Congrega "cientistas e profissionais de todas as áreas do conhecimento , assim como representantes de todos os segmentos da sociedade. Tenta desenvolver uma abordagem multidisciplinar das questões colocadas pela Aids. Entre suas metas está "acompanhar e avaliar as iniciativas e políticas governamentais com respeito à Aids. A ABIA desempenhou um papel muito importante na mobilização das pessoas vítimas de doenças transfusionais para processarem o banco de sangue, hospital ou clínica onde foi realizada a transfusão.(ABIA, Boletim 2, abril ,1988).

<sup>17</sup> Comitê Pacto de Sangue , criado no Rio de Janeiro em 1988, mais do que uma instituição ela se define como uma iniciativa, formado por várias entidades: ABIA, O Sindicato dos médicos do Rio de Janeiro, Conselho Médico do Rio de Janeiro, a Fiocruz, o Movimento Nacional de Defesa dos Direitos Humanos, a Associação Brasileira de Talassêmicos , a Ordem dos Advogados, a Associação dos Juristas das Causas Populares, a Associação Brasileira de Odontologia, o Gapa .O comitê é um conjunto de entidades e empresas preocupadas com a política do sangue, não é uma instituição formal, iniciou as atividades prestando apoio jurídico para as pessoas que queriam abrir um processo contra a união, de responsabilidade civil, ou em processos de responsabilidade criminal contra os bancos de sangue, hospitais e clínicas onde foram contaminados. Lutam para que o governo seja um executor daquilo que é deliberado socialmente.

<sup>18</sup> Tribunal Henfil, criado em 1986 na cidade de São Paulo por iniciativa do Gapa e da vereadora Teresa Lajolo, do Partido dos Trabalhadores com o objetivo de garantir o apoio jurídico às vítimas da contaminação por transfusões e realizar um trabalho de divulgação junto à imprensa.

governamentais, apoiando o que julgam pertinente, cobrando medidas, criticando posturas com que não concordam, apoiando os planos, posições e pessoas de órgãos públicos com quem partilham interesses. O trabalho estava baseado no apoio ao que consideravam correto, no combate aos programas julgados equivocados e denúncia e cobrança das omissões.

Um dos temas mais polêmicos durante a discussão e votação da Constituição Brasileira foi a regulamentação do setor hemoterápico. O Congresso Nacional é transformado em um verdadeiro palco de lutas ideológicas: de um lado os “empresários do sangue”; de outro os que defendiam as posições oriundas de VIII Conferência Nacional de Saúde. Através de decisão soberana da Assembléia Nacional Constituinte, a questão do sangue é priorizada dentre as demais do sistema de saúde, tendo garantia de um artigo<sup>19</sup> específico dentro do capítulo da saúde aprovado na Constituição Federal de 1988.

### **2.2.5 - O Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados**

Como resposta a pressão civil, para reverter o quadro de ineficiência administrativa do governo com o setor hemoterápico, em 1988 é lançado o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE)<sup>20</sup>, pelo Ministério da Saúde. O PLANASHE foi elaborado sob influência do modelo de organização apresentado no Sistema Único de Saúde (SUS), que propõe a integração de todos os serviços oficiais, com gradual descentralização das decisões administrativas e financeiras que antes se concentravam na esfera federal.

---

<sup>19</sup> O artigo “ A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitam a remoção dos órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão do sangue e seus derivados, sendo vedado todo o tipo de comercialização” (§ 4, art. 199, Capítulo II- Da Ordem Social, Seção I, da Saúde. BRASIL, Constituição Federal, 1988).

<sup>20</sup> No texto introdutório do PLANASHE aparece enunciada a função “vigorosa” do Estado pela sanção presidencial da Lei nº 7649 de 25 de Janeiro de 1988, que transformou a transgressão das normas de proteção à qualidade do sangue transfundido, em delito punível nos termos previstos no artigo 268 do código penal como sendo uma conquista em defesa das condições sanitárias da sociedade civil. Em nenhum momento destaca a participação dos movimentos sociais como fator decisivo para esta mudança.

Ao optar por um sistema centralizado o Estado, a partir da criação de um sistema nacional e baseado na doação voluntária, cria-se a ilusão de que o sangue é um bem não mercantil e, que cabe ao Estado assegurar a qualidade e quantidade, gratuitamente, suficientes a todos os cidadãos. Dentro desta ótica, o PLANASHE foi um instrumento do poder público à sociedade civil, deixando de ser um problema puramente de política social para se tornar jurídico; o sangue como caso de polícia.

Em linhas gerais, o PLANASHE propunha uma forte intervenção estatal, a implantação da rede de hemocentros nas capitais e o programa de interiorização, criação de uma infra-estrutura laboratorial, produção de hemoderivados, autonomia financeira dos hemocentros, incentivo à qualificação profissional e a pesquisa.

SANTOS et al. (1992) contesta, afirmando que o PLANASHE é o Pró-Sangue com outro nome, sem mudanças profundas que justificassem esta alteração. Se houve alteração, ela teve de criar um fato novo frente à pressão advinda dos movimentos sociais após o aparecimento da AIDS. Configurando este amplo movimento de conscientização, criminalização e politização do sangue, as manchetes dos jornais denunciam “os porões de morcego”, os “vampiros mafiosos”, os “altos lucros ligados ao sangue, superiores até mesmo ao do tráfico de drogas” (O ESTADO DE SÃO PAULO, 1988)

Paralelamente, as ações civis buscam organizar “uma vigilância e pressão permanente que forcem o Estado a assumir sua responsabilidade nessa área”. “Não basta acabar com o comércio de sangue, implantar leis, elaborar projetos, etc., é preciso que os criminosos sejam efetivamente punidos por suas ações inescrupulosas e que a sociedade não se abata, mas permaneça de pé, com AIDS ou não, e lute!. Essa é a nossa única arma!” (ABIA, 1988).

Neste clima de incertezas, encontram-se os militantes da Reforma Sanitária (estatistas) e outros, vítimas de problemas em grande parte decorrentes da política de compra

de serviços do INAMPS, reforçando o dever do Estado na garantia da qualidade dos serviços e produtos de saúde e partidários (privatistas), defendendo o direito de mercantilização do sangue, como princípio de “eficiência”: abastecimento do mercado com produtos de boa qualidade em níveis suficientes e a preços razoáveis.

O tema foi amplamente discutido na Assembléia Nacional Constituinte, quando estava em pauta, na Comissão de Sistematização, a aprovação do Sistema Único de Saúde. “A discussão manteve-se polarizada entre dois projetos: o da própria Comissão de Sistematização e o grupo que ficou conhecido como “Centrão”, sendo a tônica dos debates dada pela maior ou menor participação do setor privado vis-a-vis o setor público” (PARKER et al., 1994).

O primeiro texto que trata dos hemoderivados foi apresentado no anteprojeto do relator da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente em 17 de junho de 1987 e dizia: “Cabe ao poder público disciplinar e controlar a produção de distribuição de medicamentos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos com vistas à preservação da soberania nacional”. Este texto foi amplamente discutido e recebeu cerca de 200 emendas. As aprovadas, testemunham o papel relevante que a “AIDS” representou na história de luta pela qualidade do sangue. O texto constitucional aprovado não exclui a participação do setor privado, criando situações desencontradas (PARKER et al., 1994).

Na tentativa de regulamentar o parágrafo 4 do artigo 199 da Constituição, um grupo de profissionais de Hemoterapia vinculado ao setor público, em 1989, apresenta uma proposta de criar no âmbito do SUS, o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SNSCD) para garantir a auto-suficiência do país. O sistema, implantado no máximo em cinco anos, seria formado por uma rede nacional hierarquizada e integrada de serviços de Hemoterapia. A responsabilidade de implantação seria de cada unidade federativa. Na proposta o setor privado e as entidades sem fins lucrativos ficaram subordinadas ao SNSCD. Tal como o PLANASHE, enfatiza também a necessidade de garantir autonomia ao sistema de

sangue, estando vinculado ao Ministério da Saúde, mas com administração independente. A participação do movimento popular foi fundamental para o encaminhamento da proposta de estatização dos setores estratégicos, na área de produção de imunopatológicos e na produção e comercialização de sangue e hemoderivados.

No Congresso em julho de 1991, um projeto apresentado na Câmara gera polêmica, o mesmo propõe a regulamentação das organizações privadas, já existentes, autorizando as mesmas, a realizar os serviços de coleta, fracionamento, industrialização e a transfusão de sangue e seus hemoderivados. Hoje, ainda permanece o impasse, dois projetos tramitam pelo Congresso.

“Os termos da guerra do sangue são ainda os mesmos de 1988. Em um desses projetos o deputado Roberto Jefferson (PTB-RJ) defende a privatização dos bancos de sangue; no outro, o deputado Célio Castro reforça o texto constitucional, afirmando a necessidade de regulamentar a lei”.

Mesmo com as indefinições relativas à gestão da política hemoterápica, houve algum progresso na área federal e estadual nos últimos anos. Durante a IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992, a ex-coordenadora do PLANASHE, Meirlone Costa e Silva, declarou que existiam no Brasil 2.700 bancos de sangue particulares, que deveriam ser fiscalizados pelas secretarias Estaduais de Saúde. Esse controle, no entanto, segundo a Coordenadora só existiria em São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Ceará, Paraná e Pernambuco. A rede pública por sua vez contaria com 800 bancos, que segundo ela, já atenderiam 70% dos usuários. Estes dados são contestados, quando comparados às informações veiculadas pela imprensa que até 1988, 70% do sangue era processado privadamente (FOLHA DE SÃO PAULO, 1992).

Através da política de descentralização coube aos estados a implantação e implementação dos serviços de Hemoterapia. Alguns como o do Rio de Janeiro, São Paulo e

Pernambuco, lançaram mão de uma política estadual de sangue própria, enquanto outros nada fizeram. Apesar de hoje a situação da Hemoterapia no Brasil encontrar-se um pouco mais avançada, contando com uma cobertura maior pela rede de hemocentros estatais, os recursos repassados pelo INAMPS seguem o modelo da década de 70, sob a forma de pagamento de serviços prestados, inviabilizando a autosustentabilidade do sistema e indicando também a falta de um projeto definitivo para a política nacional de sangue.

Segundo SANTOS (1992), o SUDS e a política de repasse sustentada em 1987 e 1989 permitiram que certos estados desenvolvessem efetivamente uma política com os objetivos gerais do Pró-Sangue. Deve-se ressaltar, todavia, que ao mesmo tempo ocorreu uma redução no montante dos recursos aplicados, primeiro pela reação do próprio INAMPS contra a redução de sua alçada de atuação e competência e segundo pela implantação do SUS, que levou ao privilegiamento dos repasses diretos para a esfera municipal. Como consequência, a estadualização do sangue transforma-se em um problema pela falta de financiamento, pela ausência de uma política efetiva de custeio e pela indefinição legal de integração do sistema SUS.

Constatamos que a politização da atividade hemoterápica trouxe benefícios indiscutíveis, no entanto, ainda persistem muito problemas; a pluralidade de interesses, e principalmente a falta de um projeto que concilie os interesses da sociedade civil.

Esta situação ilustra a fragilidade em que se encontra hoje a política de Hemoterapia, e reafirma a necessidade de promover amplas discussões sobre a finalidade dos modelos de gestão que hoje estão se configurando no país.

#### **2.2.6 - A Estadualização do Sangue**

A partir de 1º de março de 1963, Santa Catarina passou a contar com um Centro Hemoterápico, cujo objetivo era centralizar a coleta de sangue na capital do Estado.

Através do Decreto nº 55/11.01.66/3.801 foi regulamentado, oficialmente, o Banco de Sangue em Santa Catarina. Até então, não havia nenhum Banco de Sangue por diversas razões, entre elas, a instalação e manutenção, consideradas de alto custo. A convite do governo do Estado, o médico Mário Kazniakowski – Diretor do Banco de Sangue do Hospital das Clínicas do Estado de São Paulo, prestou uma consultoria minuciosa e, com referência nas atividades desenvolvidas em São Paulo, estabelece como prioridade para a política de Sangue no Estado, a centralização das atividades através da construção de um Centro Hemoterápico.

Como se sabe, para o bom funcionamento de um Centro Hemoterápico, é necessário que a coleta de sangue seja organizada de modo que o estoque de sangue disponível, se mantenha sempre em condições de atender as solicitações dos hospitais.

Embora bem planejado, o projeto piloto sofreu as agrúrias de todo processo político, por falta de prioridades e recursos econômicos, a área física sofreu alterações e o término das obras durou três anos. Cabe lembrar que, para a época o modelo adotado pelo Centro Hemoterápico Catarinense (CHC) serviu de referência por ser o único serviço de banco de sangue no Brasil a prestar atendimento a todo um Estado.

O CHC, administrativamente, foi subordinado a várias instituições; ao Plano de Metas do Governo Celso Ramos (PLAMEG), depois, à Fundação Catarinense de Saúde e, mais tarde, em 1971 à Fundação Hospitalar de Santa Catarina – FHSC<sup>21</sup>; esta é uma fusão da

---

<sup>21</sup> Instituída pela Lei nº 3.765, de 15 de dezembro de 1969 e modificada pela Lei nº 4.547, de 31 de dezembro de 1970, a Fundação Hospitalar de Santa Catarina é uma entidade pública, de direito privado, subordinada à Secretaria da Saúde, com sede e foro na capital do Estado. A Fundação Hospitalar de Santa Catarina cumpre seus objetivos, através de sua rede hospitalar e assistência própria ou através de outros organismos de saúde, com os quais possa firmar convênios.

Entre seus objetivos, destacam-se:

*I – Executar a política de Saúde, na área médico-hospitalar formulada pela Secretaria da Saúde; –*

*IV – Colaborar com o Poder Público na Organizar e operar a rede médico hospitalar;*

*III – Prestar assistência gratuita à população carente de recursos; defesa da Saúde e da Assistência Médico-social, em especial na solução dos problemas médico-hospitalares;*

*V – Promover o treinamento de pessoal à área médico-hospitalar;*

*VI – Realizar estudos e pesquisas com vistas ao desenvolvimento de suas atividades;*

*VII – Executar outras atividades relacionadas com a rede médico-hospitalar e com a assistência médico-social no âmbito do Estado” (ANAIS da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, 1979, p. 165).*

Fundação Médico Hospitalar Catarinense e da Fundação Catarinense de Saúde. A partir daí, todas as instituições pertencentes à rede hospitalar do Estado e entre elas o Centro Hemoterápico Catarinense, passaram a ser dirigidas pela Fundação Hospitalar de Santa Catarina – FHSC.

Em 1990 a Fundação Hospitalar de Santa Catarina<sup>22</sup> foi extinta e as unidades a ela ligadas, passaram a ser de responsabilidade da Secretaria da Saúde, mas de direito, ainda são órgãos integrantes da referida Fundação.

No que se refere aos serviços de assistência Hemoterápica e Hematológica, hoje é o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC) e não mais o Centro Hemoterápico Catarinense que atende as unidades da Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

Com a criação do PRÓ-SANGUE, em 1980, o Centro Hemoterápico Catarinense recebeu vários equipamentos do Ministério da Saúde e, a partir de 1982, iniciam as melhorias do Centro Hemoterápico Catarinense para sua transformação em Hemocentro.

Através do Ministério da Saúde foram realizadas várias tentativas, junto ao governo do Estado, no que diz respeito a construção, ampliação, da unidade hemoterápica, mas por falta de priorização, por um longo período, a questão do sangue foi ignorada pelas administrações estaduais.

Somente em 1987, no governo de Pedro Ivo Campos, é que a questão do sangue ganha relevância, sendo visto como um problema de saúde pública, recebendo respaldo governamental. Através do Decreto Governamental nº 272, de 20 de julho de 1987, foi criado o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina – HEMOSC, inaugurado oficialmente em 28 de fevereiro de 1989.

---

<sup>22</sup> A extinção da Fundação Hospitalar, foi um dos marcos no Estado para o processo de regionalização da saúde (SUS), através da descentralização das ações e serviços de saúde, os hospitais vinculados foram transferidos para os serviços públicos municipais. A lógica era retirar dos hospitais a posição central que ocupavam na atenção a saúde, e com isto a implementação das ações básicas de saúde no Estado. Entretanto, o que temos presenciado é além da dificuldade da



O HEMOSC, sendo uma instituição pública, integrante da Secretaria de Estado da Saúde tem como objetivo básico prestar atendimento hemoterápico de qualidade à população da região, bem como dar assistência aos portadores de doenças hematológicas. Neste mesmo ano iniciou-se uma reforma e expansão da área física, ampliação do quadro de recursos humanos e o reequipamento do serviço.

Somente em 1989<sup>23</sup>, o Estado oficializa a política de hemoderivados, através do Decreto Lei nº 3.015, de 27 de fevereiro de 1989, quando foi implantado o Sistema Estadual de Hematologia e Hemoterapia com o objetivo de promover a interiorização das ações relativas ao uso do sangue para fins terapêuticos, regularizar a doação espontânea do sangue, adotar medidas de proteção à saúde do doador e do receptor e implantar medidas para disciplinar a coleta e o controle de qualidade, condições de estocagem e distribuição de hemoderivados, bem como promover o desenvolvimento de conhecimentos científicos e tecnológicos na área.

O HEMOSC passou a ser órgão central, tendo como unidades auxiliares os Hemocentros Regionais e centrais sorológicas, localizados nos municípios-pólos das regiões de saúde. Passou a ter como órgãos seccionais as unidades mantidas pelos governos locais, e entidades filantrópicas e particulares que, mesmo sendo instituições privadas incluem-se no âmbito do sistema, de que trata o decreto, independente de qualquer relação convencional ou contratual, para atender ao que dispõe a legislação sobre a qualidade do sangue e seus derivados. Como tal, tem a responsabilidade de coordenar a Hemorrede Pública, respondendo pela normatização, supervisão e formação de recursos humanos para todos os hemocentros e serviços de Hemoterapia pública e privada do Estado (PEREIRA, 1996, p.31).

---

manutenção dos hospitais, ainda prevalece a lógica da empresa privada, "dar lucro", desvirtuando novamente os objetivos previstos no Movimento da Reforma Sanitária.

<sup>23</sup> Como podemos observar, Santa Catarina apresentou um atraso de dois anos em relação a instituição do PLANASHE (1987) para redefinir os rumos da política hemoterápica no Estado.

A dinâmica desse sistema, sofre diretamente as conseqüências dos entraves<sup>24</sup> burocráticos das medidas adotadas pelo SUS, como vimos anteriormente, decorrentes de um processo financeiro desgastado pela redução do montante de recursos recebido pelo governo estadual e a obsoleta política de pagamento por procedimentos, comprometendo a política de custeio do sistema hemoterápico.

A exemplo de outras unidades do serviço público padecendo de vários problemas administrativos tais como: a destinação inadequada de recursos, a falta de retorno das receitas geradas que se diluíam no Fundo Estadual de Saúde, cabe lembrar que no caso da Hemoterapia, decorrido o tempo de sua implantação, a unidade passou por um período de obsolescência natural das suas obras e equipamentos, gerando uma explosão dos custos decorrentes da disponibilidade de novas tecnologias. Em meio a este contexto político de contradições foi implantado no Estado um novo modelo de gestão, agregando duas unidades de saúde: o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC) e o Centro de Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge (CEPON), adotando um modelo fundacional<sup>25</sup>, dando origem no dia 04 de Março de 1994, a Fundação de Apoio ao HEMOSC/CEPON (FAHECE)<sup>26</sup>.

Com o apoio da Secretaria de Estado da Saúde e a participação das direções das Unidades e pessoas físicas e jurídicas que, com freqüência, se envolviam com o HEMOSC e

---

<sup>24</sup> Devido a não destinação de recursos financeiros previstos pelo Governo Federal nos exercícios de 1992 - 1994, e liberações parciais nos exercícios de 1993 e 1995, o programa de interiorização dos hemocentros (hemorrede), estava praticamente parado gerando como uma das conseqüências, obras iniciadas e não concluídas. (BRASIL, Ministério da Saúde, Boletim da Coordenação de Sangue e Hemoderivados, nº 12, Janeiro, 1997, p.8) Em Santa Catarina, esta situação era presenciada nos municípios de Lages, Joinville e Joaçaba.

<sup>25</sup> Cabe ressaltar que o próprio Ministério da Saúde estimulou esta visão de descentralização administrativa nos Estados, o PLANASHE no seu artigo nº5 direciona: "É fundamental que a estrutura organizacional dos hemocentros ofereça a necessária flexibilidade e autonomia administrativo-financeira, capazes de possibilitar seu bom financiamento, com o máximo de eficiência e eficácia. A **modalidade ideal recomendável é a de Fundação** (o destaque em negrito é original)" (BRASIL, Ministério da Saúde, PLANASHE, p.17).

<sup>26</sup> Para facilitar a análise, apresentamos o regimento interno da FAHECE: é uma entidade com personalidade jurídica de Direito Privado, instituída por pessoas físicas para, sem fins lucrativos e sob o controle do Ministério Público, apoiar as atividades do HEMOSC e do CEPON no tocante ao atendimento médico-assistencial, ensino e pesquisas nas áreas de hematologia, hemoterapia e oncologia.

com o CEPON, assessorados pelo Instituto de Organização Racional do Trabalho do Rio de Janeiro, (IDORT-RJ), instituíram a FAHECE, com o objetivo de apoiar administrativamente as unidades nas áreas da hematologia, hemoterapia e oncologia. No dia 29 de Março de 1994, foi celebrado um convênio entre o Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde, que permitiu o credenciamento da Fundação como entidade fornecedora de bens e serviços ao SUS, além de ceder todos os bens das unidades apoiadas para uso gratuito ou oneroso da fundação, cabe a mesma mobilizar todos os recursos financeiros, materiais, tecnológicos e humanos para a melhoria crescente da cobertura e qualidade da assistência hematológica, hemoterápica e oncológica à população do Estado.

O grande diferencial desse modelo de gestão administrativa está no fato de que os recursos obtidos pelos dois centros – HEMOSC e CEPON, através dos serviços prestados pelo SUS, serem revertidos diretamente às duas unidades e não mais para o Fundo Estadual de Saúde, como era feito até então. Cabe lembrar, que a FAHECE é a única fundação privada no Brasil que administra duas unidades de saúde pública – HEMOSC e CEPON, nas áreas de sangue e câncer<sup>27</sup>. Este "diferencial" conduz obrigatoriamente a uma reflexão aprofundada sobre a questão: a ocultação do que realmente é "público", e o que vem a ser "privado".

Constatamos que, a imagem da inoperância demonstrada até então pela política hemoterápica, figurou como argumento principal para a escolha da Fundação como alternativa de gestão administrativa adotada no Estado, note-se, ser esta uma prática bastante conhecida, experienciada há muito tempo pela população catarinense, através da assistência prestada pela Fundação Hospitalar. Na análise de COHN e ELIAS (1999, p.14) "(...) à defesa da privatização dos serviços a passagem é imediata, levando reforços valiosos às teses dos defensores do neoliberalismo, que têm como alvo "a falência" do Estado do bem-estar social,

---

<sup>27</sup> Na Tabela Descritiva de Procedimentos/SUS, que fixa os valores pagos pela rede, estes dois serviços são classificados como de "alta complexidade", gerando uma receita diferenciada.

tal como eles o concebem." Sem dúvida que o apoio dado pelo governo ao novo modelo de gestão, refletiram uma melhoria sensível das condições de trabalho. Foram adquiridos novos equipamentos, ampliação e adequação de instalações, modernização tecnológica, além da manutenção de estoques regulares de medicamentos e materiais necessários, mas além deste contexto, importa podermos fazer uma reflexão sobre a participação da população neste modelo de gestão, principalmente se levarmos em conta que na prática, a expansão e utilização dos vários segmentos privados de atenção à saúde, pelo cidadão, não acontecem por opção e sim por imposição do Estado, ao sucatear e restringir deliberadamente o uso do sistema público. Esta incapacidade do setor público de saúde de atender às necessidades da população, faz com que o Estado "reavalie" as políticas de saúde oferecidas à população e encontre alternativas "milagrosas" para a questão.

Segundo FERREIRA (1977, p.384) privado significa "não público", incorporando o significado desta ação, a privatização é um processo de venda de ações de empresas estatais, também conhecida por desestatização. No seu sentido mais simples, privatizar é transferir a propriedade do Estado para o setor privado.

O capital é privado e a privatização do capital produz acumulação de recursos nas mãos de poucos, que irão decidir, através do poder instituído, o destino de todos. O trabalho será mercadoria comprada pelo empresário e que o operário vende, como meio de subsistência. A política hemoterápica adotada no país possibilitou o desenvolvimento de diversos modelos institucionais, dispondo de variados graus de autonomia administrativo-financeira, mas a quase totalidade do setor relaciona-se à produção com lucro. Como sabemos, torna-se impossível fazer coincidir em uma única ação o lucro com os interesses da população, principalmente se compararmos a histórica da baixa qualidade dos serviços hemoterápicos oferecidos para a população. Há mais ou menos duas décadas, o movimento de

privatização foi iniciado no mundo trazendo opiniões diversas, algumas favoráveis e outras contrárias à sua implantação.

Como continuidade da política neoliberal, iniciada por Fernando Collor de Mello, Fernando Henrique Cardoso vem acabando com monopólios estatais estratégicos, sob os argumentos de ajustar o desenvolvimento brasileiro ao ritmo da economia mundial e simplificar a operação do Estado.

No que diz respeito à saúde propriamente dita, o papel do Estado no Sistema de Saúde tem sido o de organizador dos consumidores, direcionador do financiamento e conciliador dos interesses organizados em torno da saúde, sobretudo daqueles articulados com os produtos privados, seja de serviços, insumos ou equipamentos.

Dados recentes apontam que o setor privado da saúde no Brasil tem cerca de 32 a 35 milhões de cidadãos cadastrados, movimentando cerca de US\$ 6 bilhões. Entre as modalidades oferecidas pelo setor privado da saúde estão: os seguros de saúde privados, que abrangem 8% da população acima citada, onde 80% de seu faturamento é vinculado a pessoas jurídicas e 20% a pessoas físicas. As empresas médicas cobrem 47% da população descrita, apropriando-se de 35% do faturamento; as cooperativas médicas cobrem 25% daquela população, apropriando-se de 22% do faturamento: os seguros de autogestão das empresas estatais, cobrindo 11% da população e apropriando-se de 19% do faturamento (LAURELL, 1997).

Pelo modelo de saúde pública, estabelecido na Constituição de 1988, o serviço privado contratado deveria atuar apenas como complementar, o que não ocorre na prática. Segundo MÉDICE (1992, p.88), “(...) os sistemas governamentais de saúde no Brasil continuam em franca dependência da rede privada contratada para a cobertura de suas metas assistenciais. Tal realidade é gritante, especialmente no segmento hospitalar, em que 80% dos leitos de internação pertencem ao setor privado.

Na verdade, o que se observa diariamente é que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a queda de qualidade dos serviços prestados pelo SUS favorecem o fortalecimento do setor empresarial na área da saúde. Objetivando manter seus lucros, o setor privado busca mercados alternativos para a expansão de novos serviços.

Conforme COTTA et al. (1998), a universalização, contrariamente ao projeto da Reforma Sanitária, “parece estar assumindo uma tendência estrutural de predomínio do setor privado com ação estatal compensatória. A ampliação do número de beneficiários não foi acompanhada da expansão de oferta dos serviços, tanto em quantidade como em qualidade.” Em Santa Catarina, mesmo com os recursos aplicados, a FAHECE, ainda não atingiu a meta de cobertura proposta para a Hemorrede Pública<sup>28</sup>. Alguns problemas são identificados como nevrálgicos para a manutenção da qualidade dos serviços, com a implantação dos Hemocentros Regionais, aparece a necessidade de contratação de recursos humanos, atualmente todos os Hemocentros inaugurados apresentam uma grande carência de profissionais<sup>29</sup> nas áreas técnica e administrativa. Outro fator que afeta diretamente a administração das unidades encontra-se registrada na ilegitimidade da estrutura administrativa da Hemorrede Pública no Estado<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> O Programa de Interiorização da Hemorrede Pública, foi uma proposta elaborada a partir dos “Planos Estaduais de Interiorização”, estas ações e/ou atividades deveriam estar concluídas no período de 1996/1998. Os recursos oriundos do Tesouro Nacional e do Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), a Hemorrede encontrava-se incluída no Componente I, Área Programática III( Ampliação da Capacidade e Melhoria da Qualidade da Rede Hematológica e Hemoterápica). No plano de interiorização do Estado foram construídos e encontram-se em funcionamento cinco Hemocentros Regionais: Lages, Joaçaba, Joinville e Chapecó, Criciúma e em processo de construção o Hemocentro Regional de Blumenau, além das agências transfusionais localizadas nos hospitais.

<sup>29</sup> Para suprir a demanda inicial do serviço, a Secretaria de Estado da Saúde realizou a transferência de profissionais lotados em outras unidades, e posteriormente contratou através de concurso público. Na realidade, estas ações não supriram a necessidade instalada nos Hemocentros. Atualmente permanece o impasse, o Estado legalmente não quer contratar e a Fundação legalmente também quer se eximir.

<sup>30</sup> Com a inauguração dos Hemocentros Regionais de Lages e de Joaçaba no dia 21/12/94, foi dado posse aos Diretores, Gerentes Técnicos e Administrativos destas unidades através da lei nº 9767 de 16/12/1994 (Diário oficial nº 15.160 de 07/04/1995), pelo governador Wilson Kleinubing, no mês seguinte, assumindo o novo governador, Paulo Afonso, o mesmo exonera através de Medida Provisória todos os cargos comissionados do Estado, consequentemente também os dos Hemocentros Regionais recém inaugurados. Além de criar uma situação ilegal, trouxe sérios prejuízos a estas administrações, as Direções foram sendo mantidas em caráter informal, por esta razão a lei também extinguiu a estrutura organizacional dos Hemocentros Regionais no Estado. Atualmente com o governo Esperidião Amin E. Filho, a estrutura da Hemorrede Pública ainda na informalidade, não faz parte do quadro da Secretaria de Administração Pública do Estado, portanto não existindo legalmente enquanto unidade.

O que estamos presenciando é a reafirmação de uma política discriminatória, a expansão do setor privado frente a ambigüidade da lei, que veda a comercialização do sangue para, em seguida ratificar a atividade privada, considerando que a rápida extensão da rede pública de hemocentros e a atuação complementar de serviços filantrópicos e privados requerem a uniformização de normas e procedimentos de aplicação em todo o território nacional. Reconhecemos, assim, que é preciso estabelecer formas adequadas de convívio pois, por exemplo, indagamos como fica a questão da remuneração. No setor privado, dependendo da modalidade de financiamento, paga-se por procedimento médico, deste modo, como a doação não é remunerada, a matéria prima fica isenta de custo e, em consequência, obtém-se um lucro máximo, e o " pagamento" fica expresso na devolução do estado de saúde ao indivíduo que recebeu o sangue. Neste caso, não são considerados os possíveis casos de corrupção que podem ser um facilitador pelo sistema de trocas entre serviços, ou seja, o serviço privado solicita, sem ônus, uma bolsa de sangue para o setor público, mas cobra na hora da soma dos procedimentos. Permanece aí uma questão de fundo, aonde se encontra caracterizado o serviço público?

Quer em termos de sua produção, quer em termos do acesso da população, para COHN e ELIAS (1999), a organização dos serviços de saúde no Brasil expressa “uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos, e portanto mediada por mecanismos de mercado, em detrimento de uma lógica regida pelas necessidades sociais, nelas incluídas as de saúde”.

Constatamos que é preciso qualificar os papéis de regulação e prestação de serviços no Estado, dada a imprescindibilidade de uma presença estatal no campo da saúde, e esta qualificação não significa a adesão aos princípios neoliberais de um Estado mínimo, pelo contrário, há de ser um estado menor, mais forte, ágil e descentralizado, capaz de exercitar sua função substantiva de regulação do sistema, compatíveis com os interesses da coletividade.

Infelizmente, esta onda neoliberal, que prega a redução do papel do Estado e que remete o sangue à regulação do mercado, é um retrocesso nas conquistas obtidas nos últimos anos. Pensando no projeto neoliberal do setor hemoterápico, é interessante lembrar que nos Estados Unidos, apesar do controle da vigilância sanitária, existe uma rede clandestina de coleta e comercialização do sangue. Quem procura esses serviços são os candidatos inaptos da rede pública. E no Brasil, qual é a realidade que queremos manter?

Salientamos porém, que apesar deste contexto de incertezas e especulações, presenciemos a mobilização da sociedade civil na luta pela reivindicação dos seus direitos. Na III Conferência Estadual de Saúde, realizada de 10 a 12/11/2000, em Florianópolis (SC), os participantes repudiaram as políticas implementadas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Santa Catarina, manifestos através de uma moção, as ações que privilegiam a privatização e a terceirização de unidades e serviços de saúde, bem como a contratação de trabalhadores de saúde sem concurso público e em desvio de função. Recriminaram também o estímulo dado à falsas cooperativas e/ou Fundações privadas, tais como a FAHECE-HEMOSC e CEPON. Afirmam os participantes que estas fundações privadas dificultam o controle social e continuam recebendo recursos públicos e privados, gerenciando-os segundo critérios independentes do SUS, apontando a medida como danosa aos princípios do sistema e as deliberações das Conferências e Conselhos de Saúde (moção de repúdio nº 17, encaminhada para a Conferência Federal de Saúde com 80 assinaturas). Concluímos afirmando que, o fundamental é não perdermos de vista o plano ético e moral, somente através da organização e participação a população se reunirá forças para impedir que o sangue seja eternamente um objeto de valor no mercado. Não podemos esquecer que nossa história recente mostrou que as soluções privatistas foram desastrosas para a saúde da população brasileira, tão alijada de seus direitos fundamentais.



### 3 - O CAMINHO DA DOAÇÃO DE SANGUE

Um maior conhecimento dos riscos transfusionais aliados a uma nova consciência dos profissionais de saúde dos serviços hemoterápicos e a pressão regulamentar dos órgãos fiscalizadores e da sociedade, tem tornado a doação um processo mais seguro com menos riscos para o doador e essencial para garantir a qualidade do processo desde a coleta até a transfusão. A necessidade de sangue para transfusões leva à busca de candidatos à doação. Todas as vezes que o candidato se apresenta para a doação em qualquer serviço de hemoterapia, ele deve, obrigatoriamente, passar pelas etapas denominadas de Ciclo do Sangue (Anexo 3). Para conhecer os caminhos da doação descreveremos um dia de rotina observado no Hemocentro Regional de Lages, apontando suas peculiaridades.

O Hemocentro Regional de Lages (H.R.L) faz parte da estrutura da Hemorrede Pública do Estado, constitui-se na descentralização do Hemocentro Coordenador (HEMOSC), tem como finalidade prestar assistência e apoio hemoterápico e hematológico à rede de serviços de saúde dos municípios da região serrana<sup>31</sup>, tem por atribuição coordenar e desenvolver as ações da Política de Sangue na região.

O H.R.L encontra-se localizado no centro da cidade, construído na mesma área física da Secretaria da Saúde, onde também encontra-se em funcionamento o Pronto Socorro

---

<sup>31</sup> O Hemocentro Regional de Lages presta cobertura para 19 municípios: Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Serro Negro, Painel, Otacílio Costa, Bocaina do Sul, Ponte Alta do Sul, São José do Cerrito, Capão Alto, Anita Garibaldi; São Joaquim, Correia Pinto, Campos Novos, Bom Jardim da Serra, Palmeira, Rio Rufino, Urubici, Urupema e Celso Ramos.

Municipal. Esta proximidade com outros serviços, acabou sendo utilizada como referência para a divulgação do serviço de doação na região. Na frente do prédio, encontra-se uma placa branca, com letras vermelhas visíveis, identificando facilmente a instituição. Ao adentrarmos, podemos sentir a organização do local, uma sala ampla, que recebe destaque pela limpeza, iluminação e o ambiente climatizado, a área conta com dois banheiros privativos, proporcionando sem dúvida uma sensação de bem-estar. Nesta sala encontram-se dispostas várias poltronas confortáveis, que circundam as paredes, destinadas a acomodar a clientela em seus momentos de espera. No centro, mais ao canto esquerdo, encontramos um balcão de recepção, onde dois funcionários realizam o atendimento e, no final do balcão, no canto a direita observamos um corredor em "L" que dá acesso a outras salas da unidade.

### 3.1 - O CADASTRAMENTO DO DOADOR



Figura 1 – Balcão de Cadastro.

O atendimento é realizado por ordem de chegada através de ficha numérica. O momento de espera faz com que possamos observar com detalhes o local (**Figura 1**). Vemos diversos cartazes (**Anexo 4**), espalhados pelas paredes, alguns bem coloridos, chamam a atenção pelas mensagens persuasivas, outros trazem gravuras e frases utilizadas nas campanhas de televisão, tais como: "Doe sangue, doe vida", "Seja um doador de alegria", "Faça um pacto de sangue", apresentam destacadas imagens de artistas famosos, em comum,

todas as mensagens enfatizam a necessidade e a importância da doação de sangue. Em parede oposta ao balcão da recepção, encontra-se suspensa uma televisão, abaixo, com destaque um cartaz com orientações a respeito da doação de sangue. Analisando o conjunto, pela distribuição dos cartazes em pontos estratégicos, fica estabelecida a preocupação com o esclarecimento e orientação às pessoas.

O período de observação revela alguns detalhes importantes, que na maioria das vezes, certamente passa despercebido pelos profissionais que atuam no serviço: são várias pessoas aguardando, e conseqüentemente, com tempo para compartilhar experiências de vida, várias histórias sendo contadas de formas diferentes, mas neste momento, entrelaçadas por um motivo único, que é a doação de sangue. Percebemos o movimento das pessoas, algumas tranquilas, despreocupadas; doando voluntariamente apenas para a manutenção do estoque de sangue, outras ansiosas e preocupadas, doando para um parente hospitalizado. Uma característica foi percebida como comum, "dúvidas" sobre a doação, pessoas querendo saber mais, solicitando informações, pessoas informando, esclarecendo sobre o que sabem. Presenciamos nesta diversidade de diálogos um processo educativo, onde o aprendizado para a doação de sangue se efetiva através das experiências compartilhadas. Destacamos algumas informações valiosas, coletadas no momento da observação:

*"Fico preocupado com o material que é utilizado, espero que seja descartável, vim doar para um sobrinho que está doente, eu nunca doeï antes, além do mais acho que está demorando muito"* (cliente aguardando na sala de espera, conversando com outro...)

*"Não se preocupe que doar não dói, primeiro eles olham sua pressão, depois fazem uma picadinha no dedo, na hora você faz um exame, para saber se você tem anemia dói só um pouquinho, você vai ver, mais nada que a gente não agüente, ali é bem rápido e depois a gente conversa com a médica, e pronto... o que demora mais é chamar, depois vai rápido. O importante é você não estar doente"* (uma senhora orientando outra na sala de espera...).

Muitas vezes, o diálogo, também resulta em uma " negociação" entre as pessoas, a dificuldade em conseguir doadores para reposição, origina uma verdadeira peregrinação, na porta de entrada ou na sala de espera, na tentativa de angariar doadores voluntários, as pessoas recorrem a qualquer estratégia, conversam com todas as pessoas, retratam as dificuldades da situação vivenciada.

*"Eu moro no sítio, não conheço ninguém aqui na cidade, minha mulher ganhou nenê, usou sangue, eu já doei, mas falta achar mais duas pessoas. Você pode doar para ela? Se você puder, tenho que dar o nome dela e onde ela tá internada"* (doador conversando com outro na sala de espera, e orientando sobre a necessidade do registro no serviço sobre o destino do sangue) .

Quando identificada, esta prática é logo coibida pelos profissionais da recepção, pois justificam que a doação voluntária na instituição é somente para suprir as necessidades do estoque em casos especiais. Esta justificativa, no entanto não ameniza o conflito gerado pela falta de doadores. Um dos casos foi encaminhado para a assistente social do serviço, outro, passou despercebido pelos profissionais, que mantiveram-se ocupados prestando atendimento a outras pessoas. Nesta cena identificamos a dificuldade que as pessoas têm em conseguir doadores, são várias situações, muitos por residirem em municípios vizinhos, ou por se tratar de morador novo, sem relações na comunidade, mas basicamente, observamos que a dificuldade principal, encontrada indistintamente por todos, reside na rigidez do processo de doação, geralmente traduzida por eles com descontentamento:

*"...este sangue tem que ser bom mesmo.... "* (familiar ironizando, quando da negativa de aceite do terceiro candidato).

*"Já trouxe cinco doadores e apenas dois puderam doar, é muito difícil. A gente trás bastante pessoas, mas quando chega aqui não dá para doar."* (familiar conversando com uma

peessoa na sala de espera). *Ainda mais que agora não podemos mais ir no Batalhão, fui lá e o que me disseram é que eles vêm doar só quando o HEMOSC chamar...*

*Olha, eu já fui em todos os lugares pedir ajuda, mas tá difícil, quando dá por uma coisa, não dá por outra, tô cansado de correr atrás de gente... (familiar reclamando para outra pessoa).*

Por ordem numérica, as pessoas são chamadas para se apresentarem no balcão da recepção e, orientadas a prestar informações pessoais para o preenchimento da ficha de cadastro (**Anexo 5**), neste momento o profissional solicita um documento de identificação<sup>32</sup>, obrigatório para a doação. Durante o período observado, esta obrigatoriedade transformou-se em outro empecilho para a doação de sangue, quando alguns candidatos desprovidos da documentação necessária, eram impedidos de passar pelo processo de doação, gerando conseqüentemente uma situação de reclamações e desabafos, restando aos funcionários do balcão mais um argumento para justificar esta ação.

Lembramos que, na parede atrás do balcão de recepção, encontra-se fixado um cartaz orientando sobre a obrigatoriedade da documentação para a doação de sangue, neste dia particularmente a mensagem passou despercebida para estas pessoas.

Nesta ficha, além dos dados pessoais, é registrado o motivo da doação<sup>33</sup>, após prestadas as informações, o candidato é orientado a aguardar novamente que, posteriormente será chamado pelo nome.

<sup>32</sup> A Portaria Ministerial nº1.376, de 19 de novembro de 1993, torna obrigatória a apresentação de um documento de identificação para a doação de sangue.

<sup>33</sup> No Hemocentro Regional de Lages as doações são classificadas de acordo com o motivo da doação: Doação Voluntária: É aquela em que o candidato doa como voluntário, exclusivamente para a manutenção do estoque, não apresenta nome de paciente. Doação Específica: Aquela em que o candidato possui o mesmo tipo de sangue do paciente e faz parte do círculo familiar do mesmo. Este tipo de doação deve ser realizada com antecedência mínima de quatro dias antes da data prevista para a transfusão ou cirurgia, o candidato deverá ter conhecimento prévio do seu tipo sanguíneo e, o uso desta bolsa para transfusão sanguínea ficará condicionada à liberação das triagens sorológica; hematológica e citológica. Doação de Reposição: É aquela em que o candidato realiza a doação para um determinado paciente que receberá ou já recebeu transfusão de sangue ou derivado. Neste caso, o doador não precisará pertencer ao grupo sanguíneo do paciente, somente substituirá o sangue utilizado, deve informar o nome do paciente e da instituição aonde o mesmo está internado. Doação Dirigida: É aquela em que o candidato deverá ter o mesmo tipo sanguíneo do paciente e realizar a doação para um determinado tipo de paciente, deve realizar a doação quatro dias úteis antes da cirurgia. Entretanto, não são do círculo

### 3.2 - A TRIAGEM HEMATOLÓGICA

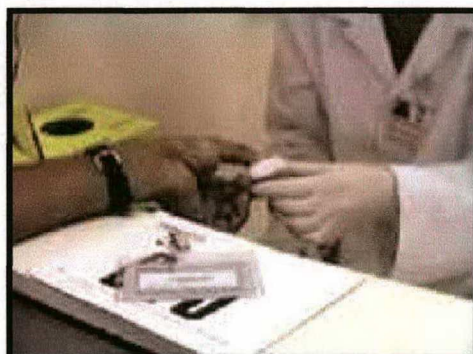


Figura 2 – Sala Triagem Hematológica

Um profissional apanha a ficha e chama o candidato que dirige-se a uma sala (Figura 2) identificada de triagem hematológica<sup>34</sup>. Ali são prestadas várias informações sobre os procedimentos para a doação, verifica-se a pressão arterial, o pulso, temperatura e o peso, e os resultados são anotados na mesma ficha. Em seguida, realiza um exame, "picadinha no dedo" (punção digital), para verificar o nível de hemoglobina no sangue, o resultado também é anotado na ficha. Durante a observação, percebemos que alguns candidatos ficam apreensivos, fazendo muitas perguntas, preocupados com o resultado da avaliação. No período observado, três candidatos apresentaram hipertensão, e dois deles anemia, sendo impedidos de doar. Os candidatos que foram "rejeitados", denominados como "inaptos<sup>35</sup>", expressam nas falas as suas decepções

---

familiar do paciente, e sim doadores convocados pelo Hemocentro para determinado paciente ou manutenção do estoque. Doação Autóloga ou auto-doação: É aquela em que o candidato a doação será o receptor da transfusão. Para realizar este tipo de doação, o candidato deverá comparecer ao Hemocentro 20 (vinte) dias úteis antes da cirurgia para receber orientação médica.

<sup>34</sup> O doador também é submetido à triagem hematológica, exame realizado através de uma punção digital (picada no dedo), para verificação do nível de hemoglobina\* ou hematócrito (determinação do volume de hemácias existentes no sangue, expresso em porcentagem), com a finalidade de identificar a presença de anemia. \*(hemoglobina igual ou superior a 12 gramas por 100 cm<sup>3</sup> para mulher, ou hematócrito igual ou superior a 39% para homem e 36% para mulher /Decreto nº28.958/07/05/1986-S.E.S)

<sup>35</sup> No serviço de hemoterapia foi convencionado uma classificação utilizada na triagem clínica: doador apto é o candidato liberado clinicamente para doar sangue; e o candidato inapto temporário, clinicamente não pode doar sangue por causas consideradas impeditivas temporárias, tais como febre, mal estar, gripe, e o candidato inapto definitivo não pode doar sangue por causas consideradas impeditivas definitivas, tais como HIV e Hepatite tipo B e C.

*"Eu não sabia que era hipertenso, será que seu aparelho não está estragado? E agora, tenho que arrumar mais um doador?"*

*"Eu estava mais gorda, acho que esta balança não está marcando direito, veja bem!"*

Observamos que muitos candidatos, ficam inconformados frente a impossibilidade de doar, a orientação do resultado é prestada superficialmente pelo profissional que esclarece que orientação final é realizada em outra sala, por outro profissional. Impedidos de doar, aguardam na sala de espera para receberem orientação. Conforme o resultado desta avaliação, os candidatos são assistidos no próprio ambulatório do Hemocentro, ou são encaminhados para outros serviços de saúde. Apesar de ser uma etapa considerada classificatória, a triagem hematológica também acaba configurando uma ação preventiva de saúde.

Os candidatos selecionados, considerados "aptos" pelo serviço, aguardam na sala de espera, sendo chamados posteriormente para outra avaliação.

### 3.3 - A TRIAGEM CLÍNICA



Figura 3 – Sala da Triagem Clínica

Na sala de triagem clínica (**Figura 3**), o candidato recebido pelo profissional, é avaliado através de uma entrevista<sup>36</sup> minuciosa confidencial e sigilosa. Para evitar variações

<sup>36</sup> Nos Hemocentros Públicos a entrevista realizada com doador consta de 72 perguntas (**anexo 5**), com o objetivo de selecionar os **doadores em aptos, inaptos temporários e inaptos definitivos**, as questões abordam principalmente:

- Resultados alterados
- Doações anteriores.

no método, subjetividade e um possível questionamento incompleto por parte do profissional é utilizado uma ficha padronizada (**Anexo 5**) individual com o objetivo de preservar a privacidade do doador. Através do questionamento direto é realizada uma anamnese<sup>37</sup> para a investigação dos fatores de risco para o doador e conseqüentemente para o receptor. A Triagem clínica tem como objetivo básico, selecionar os candidatos a doação, protegendo-os de qualquer risco que possam ocorrer com o ato da doação e, ao mesmo tempo, excluindo temporária ou definitivamente aqueles que coloquem em risco os receptores do sangue.

Nesta etapa, ocorre um aumento na "rejeição" dos candidatos, decorrente dos critérios legais estabelecidos para a doação. Na sala de espera, ao longo deste percurso, constatamos duas reações que são manifestadas pelos doadores: de insatisfação, quando os candidatos não conseguem identificar o processo da triagem clínica como sendo importante para a sua segurança e para a qualidade do sangue transfundido.

*"Nossa, que consulta demorada, eu não sabia que para doar sangue precisava tudo isso, demora tanto para dizer no final que você não pode doar. (...) aí vai faltar sangue*

- 
- Doenças contagiosas: Chagas, Hepatite, AIDS e outros.
  - A história de transfusões de sangue ou de hemocomponentes, transplantes de órgãos;
  - Imunização Ativa e Passiva, conhecer a história vacinal do candidato;
  - História terapêutica, cada medicamento deve ser avaliado no conjunto e individualmente;
  - Intervalo entre as doações, sendo o intervalo mínimo entre cada doação de 90 dias para as mulheres e de 60 dias para os homens.
  - A idade mínima para a doação é de 18 anos e a máxima de 60 anos. Em casos especiais o candidato menor será aceito com autorização do responsável, e os candidatos com idade superior a 60 anos poderão doar com autorização do médico hematologista, sendo todo o procedimento registrado pelo entrevistador na ficha cadastro do doador.
  - A profissão e atividade desenvolvida pelo candidato a doação, não devem ser aceitos candidatos que exerçam profissões ou atividades de risco físico para si ou para os outros,
  - A história ginecológica e obstétrica das candidatas à doação;
  - Fatores e ou comportamento de risco como homossexualismo e bissexualismo, vida sexual promíscua, uso de drogas, ex-presidiários e prostitutas;
    - Tatuagens, tratamentos por acupuntura sem conhecimento das condições de esterilidade do material utilizado;
    - Outras doenças associadas ou não a perda de peso; alergias;
    - História cirúrgica,
    - Nutrição alimentar anterior,
    - Reações nas doações anteriores.

<sup>37</sup> **Anamnese:** de a cordo com o Decreto nº 28.958, de 7 de maio de 1980, que regulamenta o artigo 08 da Lei nº6.320 de 20 de dezembro de 1983, que dispõe sobre Transplante e Hemoterapia: é o histórico das condições de saúde ou de doença de uma pessoa, incluindo dados de outras doenças ocorridas anteriormente e doenças de pessoas da família, hábitos sociais e outros dados que possam estar ligados à doença atual.



*mesmo! Francamente, acho isto tudo desnecessário* "(comentário de uma candidata com outra pessoa na sala de espera, provavelmente um familiar, após ter sido rejeitada pela triagem clínica).

*"Eu não consigo entender, por causa de umas bobagens você não pode doar sangue.* (comentário de um candidato ilustrando para outro que não pode doar porque estava com um ferimento no dedo).

A reação de satisfação ocorre quando o candidato percebe a ação como sendo importante para a sua segurança e também para a dos receptores de sangue.

*"Está consulta seleciona mesmo, isto é muito bom, garante um sangue de qualidade para os doentes"*

*"Acho que me viraram do avesso, perguntaram tudo sobre a minha vida, só não perguntaram se eu tinha dinheiro para emprestar (risos)".*

Frente a resultados tão adversos de compreensão, estas informações ajudam a perceber que a abordagem realizada com os candidatos na sala da triagem clínica carece de problematização na tentativa de identificar os pontos deficitários.

Os candidatos aprovados, considerados aptos, aguardam novamente a chamada para a doação, os inaptos são dispensados e, de acordo com o caso, encaminhados para serviços de referência do município.

### 3.4 - A COLETA DO SANGUE



Figura 4 – A Sala da Coleta

Somente após ter ultrapassado todos estes limites, o candidato é encaminhado para a sala de coleta (Figura 4), onde ocorre a retirada do sangue. Observamos que o caminho percorrido até aqui pelo candidato, principalmente para aquele que chega pela primeira vez ao serviço, gera certa apreensão, a maioria das pessoas desconhece o processo e ainda tem a idéia pré-concebida de ser um procedimento rápido, "que é só chegar e tirar o sangue", as falas abaixo pronunciadas na sala de coleta exprimem esta realidade:

*"Pensei que não ia chegar até aqui, depois desta maratona, mas vocês não vão perguntar mais nada né ? (risos), (...) Este sangue é especial, ainda demora muito?"*

*"Por favor tenha cuidado, "(candidato conversando com a funcionária) (...) as minhas veias não são lá essas coisas, estou com pressa , achei que era bem rápido, ainda terei que voltar ao trabalho".*

Na trajetória de acompanhamento, todos os profissionais envolvidos pareciam estar comprometidos com a assistência. Durante o período de observação, nenhum comentário negativo sobre o atendimento foi relacionado.

### 3.5 - O LANCHE

Depois da doação, o doador recebe um lanche balanceado, o lanche objetiva também a ampliação do tempo de permanência do doador na instituição para a identificação de possíveis reações tardias. Alguns doadores percebem este momento como uma recompensa para o ato da doação:

*"Além do bom atendimento, vocês ainda fornecem um lanchinho?" (risos ) Assim eu vou voltar mais vezes..."*

*"Ainda bem que deu tudo certo, agora é só comer..."*

Após o lanche, o doador é orientado a preencher o impresso de auto-exclusão<sup>38</sup>

(Anexo 6).

### 3.6 - A SALA DO SERVIÇO SOCIAL

Após assegurada a completa recuperação do doador ele é encaminhado ao Serviço Social para receber informações sobre futuras doações.

### 3.7 - OS EXAMES

Em todas as bolsas de sangue são realizados exames para pesquisas hematológicas e de doenças hemotransmissíveis<sup>39</sup>, posteriormente, o doador recebe estes resultados.

<sup>38</sup> Tem por objetivo identificar candidatos a doação de sangue portadores de fatores ou comportamentos de risco que por constrangimento ou por interesse em realizar os testes sorológicos omitem as informações durante o processo da entrevista. Este método procura corrigir as possíveis falhas da entrevista, o doador em questão teria uma maior possibilidade de estar contaminado, podendo se apresentar no período de janela imunológica " e conseqüentemente não ser descartado pela triagem sorológica. O "voto de auto-exclusão" como é chamado; é preenchido de forma confidencial, após a doação de sangue, no final da entrevista o profissional apresenta o impresso, orienta o doador para posteriormente selecionar e marcar com um "x" apenas uma das alternativas, que para facilitar a interpretação são representadas através de dois quadrados coloridos, onde o quadrado de cor verde significa que o sangue pode ser utilizado sem riscos para a transfusão e o quadrado de cor vermelha significa que o sangue não pode ser utilizado para transfusão, pois o doador possui fatores e ou comportamento de risco. Na orientação prestada ao doador, fica salientada a qualidade da doação como sendo um dos fatores essenciais para a segurança do paciente que receberá a transfusão do sangue ou dos seus derivados, sendo garantido ao doador o sigilo absoluto sobre a informação prestada.

<sup>39</sup> No Brasil a Portaria Ministerial nº 1.376 de 19 de novembro de 1993 e a Portaria nº 121 de 24 de novembro de 1995, obrigam a realização de testes sorológicos para as doenças de Chagas, Sífilis, Hepatite, SIDA/AIDS, HTLV I e II e a detecção de hemoglobinas anormais.

Todas estas etapas ilustradas, têm como objetivo suscitar a importância para a garantia de um sangue livre de riscos.

### **3.8 - A PRÁTICA NOS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA**

O objetivo central deste capítulo é suscitar uma discussão a partir de elementos primordiais presentes nas práticas desenvolvidas no interior dos serviços de hemoterapia, onde os profissionais encontram-se diretamente envolvidos no intuito de clarificar e situar as possibilidades e limites da intervenção.

Através da trajetória histórica da hemoterapia no Brasil, descrita no capítulo anterior, fica evidenciado a busca da qualidade dos serviços prestados à população. A qualidade é entendida aqui como um atributo à plena satisfação das necessidades do doadores e dos receptores e, desta forma a garantia da qualidade é primordial para que sejam eliminados os riscos de contaminação via transfusão sanguínea.

Neste sentido, não só os aspectos técnicos são fatores de qualidade, mas basicamente a forma como são estabelecidas as relações entre profissionais e usuários. É importante estabelecer um processo contínuo e sistemático que estimule a doação voluntária como exercício de cidadania.

Assim, a visão de mundo é um fator que pode determinar uma dada organização das programações de serviços. Entendemos que a satisfação de uma coletividade é, muitas vezes, reduzida ao plano individual, dependendo da condição social e do seu poder financeiro para satisfazer essas necessidades. Aqui, porém, compreendemos a satisfação através da implementação de políticas públicas de sangue que fortaleçam cada vez o doador-cidadão e não o doador produto.

O universo dos profissionais em hemoterapia é muito complexo, podendo se situar mais como um elemento disciplinador e opressor ou, ao contrário propondo novas práticas que conduzam uma assistência integral, a partir, sobretudo, da demanda dos usuários.

Para uma aproximação das práticas dos profissionais em hemoterapia faremos uma rápida incursão analítica através de três pontos fundamentais na hemoterapia: a seleção de doadores, a captação de doadores e a qualificação profissional.

### **3.8.1 - A Seleção de Doadores**

Nos limites destes estudos, privilegiamos a parte do saber médico, regulamentado pelo Estado na área da hemoterapia que diz respeito à aptidão e à inaptidão para o ato de doação de sangue.

Pretendemos iniciar, neste espaço uma reflexão a respeito da triagem clínica, descrita anteriormente, realizada em uma unidade de hemoterapia e para, realizar esta análise, nos apropriamos da obra de Michel Foucault.

Nosso ponto de partida é explicitar algumas categorias abordadas pelo autor, que serão relevantes para analisar o significado do ato da regulamentação do sangue, bem como a regulamentação imposta pela instância da lei, através da triagem clínica em especial, a anamnese realizada para a seleção dos doadores. Neste momento, nos interessa caracterizar como as relações de poder são analisadas por Foucault, trazendo a tona instrumentos constitutivos destas relações e os procedimentos de estabelecimento da verdade a elas inerentes.

Segundo FOUCAULT (1998, p.179)

(...) em qualquer sociedade existem relações de poder múltiplas, que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso ( que se supõe ser a expressão da

verdade) ...Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade.

As relações de poder soberano lançam mão de regras de direito (lei ); as leis são aí os instrumentos de soberania.

O direito, que é próprio da soberania, é marcado e caracterizado pela introdução de uma determinada maneira de produzir o saber; esta modalidade de produção de saber é o inquérito que visa estabelecer a verdade aos fatos.

Assim,

as relações de poder soberanas lançam mão de regras de direito que põem em prática e veiculam relações de dominação pela produção, circulação e funcionamento de diversos discursos de verdade produzidos por uma modalidade específica de saber, que é o inquérito. O mesmo é uma técnica, um instrumento para constatar a verdade. Ele é, ao mesmo tempo, uma modalidade de aquisição e transmissão do saber. O inquérito é uma forma de exercício de poder que, por meio da instituição judiciária, veio a ser uma maneira, na Cultura ocidental, de autenticar a verdade, de adquirir coisas que vão ser consideradas e de as transmitir (FOUCAULT, 1991, p.61)

O procedimento de inquérito tem algumas características. O poder político, personagem central da soberania, se exerce fazendo perguntas, questionando pessoas consideradas capazes de saber, que podem garantir que viram, que sabem, que estão a par, para encontrar a verdade de fato ocorrido. Por meio do inquérito judiciário se estabelece se houve crime, qual foi ele e quem o cometeu.

O crime representa uma infração as leis que as regras do direito definem. A lei deve representar o que é útil à sociedade, “define como repreensível o que é nocivo à sociedade, definindo assim negativamente o que é útil” (FOUCAULT, 1991, p.64). O criminoso é aquele que danifica, perturba a sociedade. É o inimigo social. Se o crime cria perturbação para a sociedade, a lei deve permitir uma reparação da perturbação causada ou impedir que males semelhantes possam ser cometidos.

A punição prevista tem por função ser uma resposta à infração, ela não envolve nenhuma positividade; não está inscrita nestas punições nenhuma intenção de corrigir os indivíduos ao nível de seus comportamentos, de suas disposições, do perigo que representam.

A penalidade com vistas a corrigir os indivíduos, em função de certas normas, é a própria de uma outra mecânica de poder<sup>40</sup>. Uma mecânica que se baseará em uma relação de poder que tem, como objeto axial, a vida; esta passa a ser objeto de cuidado, de estudo, enfim, de construção de novos saberes. O fato de viver recai, em parte, no campo do controle, do saber e da intervenção do poder.

O objetivo final, como veremos, é a saúde do indivíduo no mundo; a garantia da existência biológica dos indivíduos separadamente e da população como um todo. O que vai, portanto, estar na base dessa modalidade de penalidade é o aparecimento de um bio-poder que se exerce positivamente sobre a vida.

O poder que se exerce positivamente sobre a vida dos corpos individuais é a disciplina. Esta é um tipo de poder que se exerce continuamente através da vigilância. Nesta nova mecânica de poder o princípio de uma lei universal, representando unicamente os interesses sociais perde importância, pois o que está em jogo é o controle “não tanto sobre se o que fizeram os indivíduos está em conformidade ou não com a lei, mas ao nível do que podem fazer, do que são capazes de fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer” (FOUCAULT, 1991, p.67). O que se tem em vista não é o controle é a reforma psicológica e moral das atitudes e de comportamento dos indivíduos.

O indivíduo é considerado pela sociedade não por seus atos, pelo que faz, da infração a uma lei, mas do que pode vir a fazer, de suas virtualidades. Assim, o poder se exerce com a finalidade de corrigir as virtualidades.

---

<sup>40</sup> Em “A Verdade e as Formas Jurídicas”, o autor analisa o surgimento da prisão. Esta punição que, a partir do século XIX, envolve as idéias de aprimorar para corrigir.

O que está em jogo é o controle normatizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Esta vigilância continua tem por objetivo propiciar o adestramento e a ampliação das aptidões individuais com vistas ao crescimento da utilidade e docilidade dos corpos.

A maneira de saber do poder disciplinar não é o inquérito, pois não se procura saber o que ocorreu, não se procura reatualizar um acontecimento passado através de testemunhos. O saber que é agora produzido se organiza através do exame.

Tal como o inquérito, o exame é, ao mesmo tempo, uma modalidade de exercício de poder e uma modalidade de transmissão de saber. Todavia, o poder se expressa e o saber que transmite o diferencia do inquérito.

O procedimento do exame possibilita o exercício de um poder que submete os indivíduos a um princípio de visibilidade obrigatória e contínua. O exame é cercado de um amplo conjunto de técnicas documentárias através dos quais busca-se uma crescente individualização.

O indivíduo deve ser descrito, mensurado, medido e comparado a outros para ser classificado de acordo com suas potencialidades, em direção à normalidade ou aos desvios. O exame é, portanto, um procedimento através do qual se busca a descrição, normalização e classificação dos indivíduos.

Através deste procedimento, há que se constituir um saber que possibilite aprender a evolução particular dos indivíduos, suas aptidões ou capacidades, sua potencialidade para se enquadrar às normas ou para delas desviar-se.

O exame possibilita, ainda, a “constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa população”. (FOUCAULT, 1991, p.169).



A descrição e classificação dos indivíduos através do procedimento do exame visam a produção de um saber que tem por objetivo enquadrar os indivíduos em normas, que permitam o crescimento da utilidade e docilidade dos corpos.

O que está na base da disciplina é o desenvolvimento de um poder que se exerce positivamente sobre a vida, que empreende sua gestão, sua majoração e multiplicação através de um controle e uma vigilância que permitam majorar as forças e aptidões dos corpos individuais.

A disciplina é, assim, um dos polos através dos quais se desenvolve o poder sobre a vida.

Enquanto a disciplina centra-se no corpo individual, desenvolve-se, por volta da metade do século XVIII, uma determinada forma de relação de poder que centra-se no corpo-espécie: é a governamentalidade.

A governamentalidade é o outro pólo onde se desenvolve o poder sobre a vida; nesta, “os mecanismos do poder se dirigem ao corpo, à vida, ao que faz proliferar, ao que reforça a espécie, seu vigor, sua capacidade de dominar ou sua aptidão para ser utilizada. Saúde, progeneração, raça, futuro da espécie, vitalidade do corpo social” (FOUCAULT, 1998, p.277).

As normas técnicas organizadas através do Estado com objetivo de está carregada de valores que, em última instância acarretam o controle dos corpos individuais.

Para FOUCAULT “a dominância estaria inequivocamente no pólo da cultura, que imporá os seus discursos sobre os corpos, de forma a regular a ordem da vida pelas exigências da ordem da cultura”.

O que é normatizado pela lei visa a constituição de elementos para análise não só do aspecto físico, como do aspecto moral dos possíveis candidatos a doador, tendo em vista os critérios postos por ela que dizem respeito ao comportamento. Neste caso, o que se pretende

oficialmente é assegurar a qualidade do sangue através da padronização dos serviços hemoterápicos e garantir a segurança pública.

### **3.8.2 - A Relação de Poder**

Destacamos a triagem clínica, realizada através da anamnese para procuramos entender o significado que ela produz e em que ela consiste. Partimos da hipótese de que, no interior da triagem clínica, a anamnese se traduz como uma forma de exame.

A anamnese clínica é um dos momentos mais importantes da triagem, tendo em vista nosso objeto de estudo e se estabelece enquanto uma relação de saber - poder. A anamnese se desenvolve como um procedimento de confissão, onde o candidato a doador se confessa com a presença obrigatória de um profissional, “que não é simplesmente o interlocutor, mas a distância que requer a confissão, impõe-na e avalia-a” (FOUCAULT, 1998).

Trata-se, em verdade, da relação profissional - paciente, cujo principal objetivo é levantar aspectos relevantes da história da vida do candidato a doador.

Na anamnese clínica são avaliados não apenas aspectos que dizem respeito unicamente a fatores físicos do corpo humano, mas são considerados principalmente fatores subjetivos que buscam avaliar a conduta dos indivíduos, verificando sua potencialidade ou não para agir de acordo com os padrões sociais considerados normais. Estes aspectos ligados ao comportamento se referem, em especial, a situações mais íntimas da vida dos indivíduos, como, por exemplo, sua vida sexual, não importando, neste momento, dizer o que foi feito (se ele é homossexual ou não, por exemplo), mas também importa saber seus desejos mais íntimos que expressam uma potencialidade para ato considerado anormal, quer dizer o que está fora dos padrões necessários para que o mesmo seja apto à doação; são analisadas também as potencialidades do indivíduo em relação à possibilidade de vir a utilizar drogas, incluindo aí o uso excessivo do álcool. Indivíduos submetidos ao confinamento em algum

período de suas vidas (penitenciárias, colônias de doentes mentais, etc.) são considerados possuidores de uma potencialidade de agir em desacordo com os padrões de conduta considerados normais; são, assim, grupos de risco para a doação.

A triagem clínica, especialmente a anamnese clínica, é um instrumento para análise e classificação dos indivíduos. Os aspectos biológicos e comportamentais dos indivíduos são analisados e determinam sua classificação em apto, inapto ou inapto provisório.

Os que, após a triagem clínica, são confirmados aptos através dos testes sorológicos são cadastrados e catalogados a partir de seu grupo sanguíneo. Esta catalogação deverá possibilitar, por um lado, a identificação permanente do indivíduo pela instituição, para que ele possa se tornar um doador que contribui permanentemente.

Por outro lado, pelo mesmo sistema se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre as instituições médicas, permitem constatar a demanda e a oferta de sangue saudável de uma população, bem como os fenômenos patológicos que causam a inaptidão; permitem, ainda, localizar a população apta ou inapta num espaço geográfico ou a localização da inaptidão pela faixa etária e nas profissões.

Em caso de inaptidão pela triagem clínica, o candidato a doador é excluído provisória ou definitivamente, não chegando, dessa forma, a colher sangue.

Os casos de inaptidão provisória são identificados e catalogados e, quando necessário, deverão receber acompanhamento médico para que este tipo de doador seja incentivado à retornar à instituição e para que seja aproveitado ao máximo seu potencial de doador sadio.

Na situação de inaptidão definitiva, os casos são registrados e os indivíduos identificados pela instituição para que haja garantia de controle absoluto, nos casos em que

estes indivíduos persistam em se reapresentarem como candidatos a doadores, e também para o controle epidemiológico da população atendida.

A regulamentação da Lei Estadual de número 3.015 de 27/02/89 foi um marco dentro de todo processo de abertura no interior do Estado da discussão das quebras relativas à hemoterapia. São os acontecimentos decorridos neste período (a propagação da AIDS, os escândalos tornados públicos a respeito das péssimas condições de segurança e de controle existentes nos bancos privados de sangue) que deixam explícitos para a sociedade a necessidade de um controle mais efetivo em relação às práticas hemoterápicas.

Esta regulamentação representou uma tentativa de constituição de uma “medicina hemoterápica de Estado”, que, ao mesmo tempo, normatiza o saber hemoterápico, institucionaliza o registro das diversas esferas de governo (como, por exemplo, o demonstrativo de oferta de sangue por regiões brasileiras), estabelece uma organização administrativa para controlar as atividades dos profissionais de saúde que atuam na área (o papel da fiscalização da vigilância sanitária sobre os centros hemoterápicos, por exemplo), cria cargos de funcionários médicos nomeados pelo governo com a responsabilidade de administrar a produção de hemoderivados nos estados.

Esta “medicina hemoterápica do Estado” visa a garantia da existência biológica da população brasileira. Trata-se de garantir o controle do corpo social evitando a propagação de sangue contaminado.

Esta medicina tem, todavia, um rebatimento institucional através da imposição do saber médico sobre os corpos individuais. Esta imposição dá-se, basicamente, através da triagem clínica apresentada anteriormente.

Nas instituições médicas (centros hemoterápicos), esta “medicina de Estado” articula-se com práticas de poder diversas que se dirigem à vigilância, à classificação e à

análise dos indivíduos mas, ao mesmo tempo, como já apontamos, esquadrinha a população em geral, estabelecendo os extratos aptos e os extratos inaptos para a doação de sangue.

Os extratos aptos devem ser inseridos num domínio de valor e utilidade, sendo identificados, marcados e qualificados. Um indício, por excelência, desta lógica é a carteira do doador contribuinte (**Anexo 7**).

Neste processo de regulamentação da questão do sangue, a lei não exerce a função de instrumento de soberania. A lei funciona cada vez mais como norma e, para isso, ela se integra com o conjunto de aparelhos médicos, cujas funções são, sobretudo, reguladoras.

A triagem clínica é um elemento fundamental desse jogo, pois produz saber sobre os indivíduos, principalmente através da anamnese, exercendo poder sobre eles ao sujeitá-los a classificações, medições e análise (ou seja, quando, ao mesmo tempo, produz sobre eles saber).

Há, assim, um eixo político de individualização que não é centrado no detentor do poder político, pois o que a questão do sangue expressa aqui não é o sangue como símbolo de um poder soberano, que enaltece, marca e identifica o indivíduo<sup>41</sup>.

As análises aqui apontadas sobre o contexto da triagem clínica são fundamentais para podermos avaliar as ações desenvolvidas nos serviços de hemoterapia, que vem sendo assumida pelos profissionais, o que percebemos é que na maioria das vezes estes profissionais vêm assumindo uma postura de "sub-oficialato"<sup>42</sup>, informando ou impondo a negação, aceitando as regras impostas numa relação de dominação da qual faz parte e ao mesmo tempo legítima, podem participar de um processo de docilização ou de libertação, o

---

<sup>41</sup> FOUCAULT analisa em "Direito de Morte e Poder Sobre a Vida", a sociedade soberana como uma sociedade de sangue, onde o poder fala através do sangue. Nesta sociedade predominam a diferenciação em ordens e castas e o valor das linhagens; o sangue possui um valor na ordem dos signos: ter um certo sangue, ser do mesmo sangue é um elemento que marca o processo de individualização de detentor do poder político.

<sup>42</sup> Este termo foi utilizado por FOUCAULT, no ano de 1998, *Microfísica do Poder*.

que irá depender de seu compromisso com a manutenção ou transformação das condições de vida.

### **3.8.3 - A Captação de Doadores**

Nas atividades desenvolvidas no serviço de hemoterapia, destacamos também o serviço de captação de doadores, por ser esta uma atividade complementar a triagem clínica. A sua importância pode ser avaliada especialmente se considerarmos a evidência do impacto negativo no cotidiano destes serviços, se esta atividade não for planejada de forma a atender as demandas necessárias o estoque de sangue não será mantido, pois sem doadores não há doação.

Passaremos a discutir sobre as práticas que levam ao incremento do número de pessoas que doam sangue. Essas práticas são identificadas através de duas denominações: Recrutamento de Doadores e Captação de Doadores.

Na prática, nos serviços de hemoterapia geralmente este serviço vem sendo desenvolvido pelo profissional assistente social, mas cabe lembrar que todos os profissionais envolvidos nesta atividade acabam se tornando captadores em potencial.

Em relação à primeira denominação, o próprio termo “reclutamento” indica uma prática limitadora por vários aspectos. Possivelmente esta concepção tem sua fundamentação na própria etimologia da palavra recrutamento.

Buscando em FERREIRA (1997, p.406) a palavra recrutamento significa o ato de recrutar, que advém do francês "recruter", designando a convocação para o serviço militar, significa ainda aliciar, angariar adeptos.

Cabe lembrar que o uso deste termo coincide com os avanços da hemoterapia, motivados, após a II Guerra Mundial, a partir de sua importância em termos bélicos<sup>43</sup>.

É interessante pontuar que o termo "Banco de Sangue" associa-se à idéia de rentabilidade econômica, logo o recrutamento de doadores está de acordo com esta lógica, que visa resultado imediato através da persuasão e do aliciamento com objetivos de ação a curto prazo.

Assim conduzidos, os programas de recrutamento estão de acordo com o modelo predominante de organização das práticas de saúde em hemoterapia; as ações são fragmentadas sem compromisso com práticas educativas que realmente estimulem a doação voluntária. Como vimos anteriormente esta concepção encontra-se embutida no plano mais geral, na proposta neoliberal para o setor, prevalecendo muitas vezes nas instituições uma prática autoritária e o desenvolvimento de campanhas de caráter pontual, muitas vezes sensacionalistas. No dizer de MELLO (1986, p.52):

No caso específico do recrutamento de doadores espontâneos de sangue, podemos dizer que não é através de angustiados apelos emergenciais às populações e, muito menos, através da odiosa coação aos familiares e amigos de pacientes necessitados de internamento hospitalar que faremos, da população brasileira, adepta participativa, consciente e co-responsável pela hemoterapia.

Esta concepção não possui um compromisso efetivo com uma prática educativa em saúde que contribua para a qualificação e para a cidadania que vai além do dever de doar sangue, pois tem como objetivo instrumentalizar a população para doar e receber sangue de qualidade.

Considerando que não é somente garantindo o acesso dos usuários, através da adoção de um modelo centralizador de assistência hemoterápica, que se assegura a qualidade do sangue. A aquisição de conhecimento sobre esta questão torna-se fundamental. A população

---

<sup>43</sup> Após a II Guerra Mundial teve início a comercialização do sangue humano. Os milhões de litros gastos com as vítimas do conflito alertaram os governantes das grandes potências mundiais para a necessidade de manter reservas do produto.

deve ter acesso às informações referentes aos diversos serviços oferecidos, os motivos de aptidão e inaptidão, os critérios adotados para submeter um paciente á transfusão sangüínea e, enfim, a todas as informações necessárias para as possibilidades de escolha, por parte dos cidadãos, de optar ou não por um determinado serviço, assim como para o livre exercício de fiscalização e controle dos mesmos.

Ao contrário do recrutamento, a captação que significa apreender, compreender tem como principal finalidade a intervenção na realidade, contribuindo para que a população se conscientize sobre a necessidade e importância da doação voluntária de sangue e compreenda a questão do sangue como sendo uma responsabilidade social, e que para tanto requer uma capacitação técnica<sup>44</sup>.

O termo capacitação técnica sendo entendida como autonomia e iniciativa, a partir da qual a população possa através da apropriação dos conhecimentos técnicos necessários, poder reivindicar e fiscalizar os mesmos.

Um programa de capacitação técnica deve ser planejado à luz de uma determinada conjuntura sanitária em dada região do país. Levando-se em conta o município de Lages, seriam necessários alguns elementos para a programação, em nível local, das unidades de hemoterapia, tais como, conhecimento prévio das principais notificações obrigatórias das doenças transmissíveis pelo sangue, serviços de vigilância sanitária e epidemiológica ativos e mapeamento da oferta de serviços e necessidades por área programática. Enquanto principal órgão de divulgação das informações das ações de hemoterapia, a Secretaria do Estado da Saúde torna-se fundamental para que efetivamente ocorra uma retroalimentação permanente do sistema de informações entre os órgãos executores das atividades hemoterápicas. Nos

---

<sup>44</sup> Para maior aprofundamento sobre o assunto ver: Valla, V.V. e Stotz, E.N.- "Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática", RJ, Relume- Dumará, 1993.



serviços de Hemoterapia estes dados são imprescindíveis para os profissionais subsidiando o planejamento e ações dos programas de captação de doadores.

### **3.8.4 - As Campanhas de Doação**

Nos serviços de hemoterapia as campanhas de doação de sangue são vistas como um dos instrumentos de sensibilização para o ato da doação, e como tal, parte de um processo educativo permanente.

O trabalho educativo, neste caso, é fundamental para ultrapassar o caráter imediato de suprir a falta de sangue e contribuir com o desenvolvimento de mecanismos de incentivo à permanência e regularidade dos doadores. Historicamente, esta concepção educativa não é considerada no setor hemoterápico, já que as campanhas são realizadas com o objetivo de suprir apenas uma demanda imediata.

Nas etapas de planejamento, organização e operacionalização é necessário que seja levado em conta a possibilidade de extrapolar o cunho imediatista e esporádico destas atividades e principalmente do perfil de doadores encaminhado pelas mesmas.

A prática interdisciplinar é fundamental nesta atividade, faz-se necessária a participação de todos os profissionais envolvidos, bem como daqueles que se utilizam do serviço. A discussão ampliada sobre a lógica do atendimento, o envolvimento dos profissionais de saúde e os doadores, levam à contextualização da realidade social quanto ao alcance dos objetivos determinados pelos órgãos executores da atividade hemoterápica. Considerando a grande massa populacional envolvida nesse tipo de evento torna-se importante a efetivação da passagem da campanha para a doação permanente, através de uma prática politizadora e pedagógica de atenção aos doadores, pois a desinformação em relação à questão do sangue gera omissão e contribui para a existência de um sangue de baixa qualidade.

Na prática as campanhas têm um efeito mobilizador e devem, portanto ser um espaço de estudo visando novas formas de abordagens educativas. Os serviços de hemoterapia devem rotineiramente propiciar momentos para análise das suas atividades de captação com o envolvimento de todos os profissionais.

É importante pontuar que onde há predominância de um projeto neoliberal, geralmente a atividade de captação de doadores fica restrita apenas a um setor da atividade hemoterápica, não existindo como preocupação uma assistência integral de cunho educativo ao educador. Nesta perspectiva, o doador torna-se fragmentado, cada setor executa tecnicamente uma função, transformando-o em mais uma bolsa de sangue. Lembramos que nesta perspectiva para o profissional a doação de sangue não deve se esgotar na seleção, triagem ou coleta de sangue. Os doadores que não se encontram aptos a doar devem ser informados quanto aos motivos de sua inaptidão, esclarecidos e orientados a partir de sua história de vida. O atendimento deve propiciar ao usuário um espaço para se posicionar criticamente em relação à questão do sangue e do ato de doação e, a partir daí, perceber sua forma de participação como cidadão, garantindo a regulação do estoque e o controle da qualidade do sangue. Devemos assegurar, também, o atendimento aos doadores não aptos em decorrência do resultado de exames soroiunohematológicos positivos, bem como estimular a participação dos doadores aptos na formação de grupos de doadores voluntários de sangue.

A sistematização dos dados deve ser uma constante na execução de campanhas de doação de sangue para posterior avaliação de seus limites e possibilidades.

### 3.8.5 - Profissionais de Saúde na Mediação com o Sangue

Como vimos no capítulo anterior, a crise na área da saúde é uma realidade nacional. Refletindo esta realidade, o Estado de Santa Catarina retrata seu quadro sanitário precário com rebatimentos na área de Hemoterapia.

Pretendemos assim buscar para o debate a formação de recursos humanos em saúde, enfatizando a problemática da inserção dos profissionais na área de Hemoterapia.

O sucateamento dos serviços públicos de saúde e a desarticulação entre as suas definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para um distanciamento entre a formação dos profissionais e as “reais” necessidades do SUS.

Embora o SUS se constitua num significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, este fato não tem sido suficiente para impactar o ensino de graduação e pós-graduação na área da saúde, pois percebe-se um grande descompasso entre uma e outra dificultando o processo de ensino e a qualificação dos docentes nesses serviços.

O processo de construção de política pública de saúde em nosso País simultaneamente têm nos provocado e estimulado a aperfeiçoar o processo de qualificação da força de trabalho em saúde, com vistas a instrumentalizá-la para a construção do SUS<sup>45</sup>.

Apesar das transformações, a universidade, centro de formação do saber, tem se mostrado uma notável resistência às mudanças, e sendo que aquelas que ocorreram ao longo dos tempos, aconteceram em virtude das transformações sociais existentes, mas com uma velocidade menor do que a registrada no contexto social, “tendo experiências de guerras,

---

<sup>45</sup> A Lei Orgânica 8080 no seu título IV, art. 27, ainda que timidamente, dispõe sobre a “política de recursos humanos na área da Saúde incluindo entre os seus objetivos a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino ... (BRASIL, 1990). Os projetos de articulação escola – ensino, entre outras experiências inovadoras das décadas de 70 e 80, foram evidências inquestionáveis do esforço dos serviços e da universidade em cumprir a parcela que lhes cabia nesta tarefa. Na verdade, o redimensionamento da instrumentalização da força de trabalho para o SUS exige uma “redefinição global do processo de produção de RH em saúde” (PALM, 1994, p. 62).

revoluções, depressões, transformações industriais, sobrevivendo menos alteradas do que qualquer outro segmento de suas necessidades” (UNESCO, 1998).

Atualmente é necessário que se estabeleça um compromisso efetivo da universidade com a formação profissional para o novo modelo assistencial (SUS) e com a necessária Reforma Sanitária Brasileira. Na fase atual do Sistema Único de Saúde, a relação entre as instituições de ensino e as de serviço são de fundamental importância, principalmente face à produção do saber e à formação e capacitação de recursos humanos.

Neste contexto, torna-se um desafio trabalhar na formação de profissionais, inclusive da área da saúde; se por um lado os requisitos exigidos destes profissionais pelo mercado de trabalho são muitos, atendendo principalmente uma lógica empresarial, do outro está a responsabilidade e o compromisso ético de assumir uma formação que compartilhe de uma política de saúde voltada para as necessidades da maioria da população, com uma distribuição equitativa e de qualidade dos serviços de saúde. (BAGNATO, 1999, p.31).

A universidade precisa preparar-se cotidianamente para instrumentalizar os seus alunos, num movimento de contraposição e de resistência às discontinuidades que caracterizam os projetos públicos na esfera dos direitos sociais, como é o caso da política pública de saúde sob o projeto neoliberal brasileiro e, especialmente, numa sociedade como a nossa em que o controle social é timidamente exercitado.

O uso "racional do sangue" é fator primordial para a existência de um serviço de qualidade, portanto, a articulação com o serviço de referência; os Hemocentros tornam-se fundamentais para a mediação do confronto entre a prática pública em saúde (respostas do setor público aos problemas e necessidades de saúde) e as contribuições teóricas que buscam fundamentar a produção de serviços de saúde no trabalho, que de modo concreto, compõem as atividades de controle de saúde do coletivo. SANTOS et al. (1991, p.163) destacam que a desatenção oficial em relação ao setor e sua vinculação com o comércio de sangue contribuiu fortemente para a desvalorização desta especialidade dentro da medicina, na sua maioria mal ensinada nas universidades e conseqüentemente escolhida por um número reduzido de

médicos. Complementa enfatizando que: "... até hoje, a hemoterapia não consta como disciplina dos currículos regulares dos cursos de medicina, pouquíssimos lugares oferecem especialização nesta área e o assunto geralmente é abordado em um parágrafo nos manuais e livros-textos."

No nosso entendimento, vemos como uma obrigação das universidades o redimensionamento das práticas e dos conteúdos pedagógicos, para assumir a nova construção no plano educacional, e que esta construção "no mundo de hoje significa participar da reinvenção concreta de uma nova sociedade, baseada na justiça social e na solidariedade, na realização prática dos direitos da cidadania sem qualquer tipo de exclusão" (SADER, 1995, p.195), [vemos na Hemoterapia a possibilidade de podermos explorar o potencial contra ideológico<sup>46</sup> que um projeto educacional pode comportar].

Na atualidade estamos presenciando constantes mudanças na política educacional e de saúde do país, e para tanto, precisamos estar conscientes do papel que desempenhamos na sociedade. É necessário refletir sobre estas questões, para que os profissionais através de suas formas organizativas, discutam e assumam suas propostas de formação e desempenho profissional. Para que esta mudança ocorra é importante uma capacitação de recursos humanos que percebam a dimensão dessas transformações, uma nova prática de assistência à saúde, que determina as novas ações e funções dos profissionais, estabelecendo assim os novos perfis profissionais.

A inserção do trabalho dos profissionais na área de Hemoterapia é recente e com a expansão dos serviços houve uma necessidade de absorção de recursos humanos, em contrapartida, observa-se que a articulação entre os cursos de graduação e os serviços de

---

<sup>46</sup> A leitura do texto do professor Severino (SEVERINO, 1986, p. 98) torna-se fundamental para a compreensão desta questão.

hemoterapia ainda caminha a passos lentos no Estado de Santa Catarina, a exemplo de outras áreas de conhecimento.

Esta realidade demonstra o descompasso dos planejamentos governamentais frente às necessidades reais da população; os projetos e programas são na maioria das vezes elaborados sem a participação das partes diretamente envolvidas na questão.

Para PAIM (1994), a formação dos trabalhadores de saúde, quer seja do ponto de vista quantitativo, quer seja do qualitativo, guarda uma estreita relação com a organização dos serviços, que por sua vez se reflete no mercado de trabalho do setor, sendo que todos são determinados pelas políticas públicas de saúde e de educação.

A integração do ensino e dos serviços poderia atuar como forma de ampliar a capacidade de recursos dos serviços, gerando novas possibilidades e transformações do cotidiano, com o objetivo de eliminar a polarização e a fragmentação do trabalho em saúde. A educação continuada deve ser um instrumento programado, sistematizado e institucionalizado, visando a garantia da qualidade destes serviços.

A formação e a capacitação devem ser contextualizadas nas condições sociais e de saúde dos doadores e na situação e estrutura dos serviços de hemoterapia. A organização de espaços e núcleos de discussões, estudos e pesquisas multiprofissionais podem ser um caminho profícuo para avançar na proposta de um trabalho coletivo e reflexivo, articulando diversos olhares para a transformação dos sujeitos. Esta integração assume também o papel de apoio e incentivo para as atividades de educação continuada destes profissionais.

As condições da Hemoterapia em nosso país evidenciam a necessidade de uma concentração de esforços para a retomada do seu desenvolvimento em nível nacional. Esta adesão deverá envolver os diversos segmentos sociais, visando evitar o retrocesso nas conquistas obtidas a partir de 1988, motivada por causas contrárias nos interesses da sociedade brasileira. A conjuntura atual da política de capacitação de recursos humanos na

saúde encontra-se em um estado de alerta, silenciosamente oculta uma excessiva centralização do poder restringindo a nossa participação no processo dessa nova construção histórica, que no entender de FLEURY (1995, p.53), para "não nos deixar acuar diante desta ofensiva que nos reserva o lugar de defensores do *status quo*, mas buscar avançar no processo de descentralização e participação, na transparência das ações políticas, na reversão do modelo de atenção, na garantia da qualidade dos serviços, na introdução de novas práticas sociais e gerenciais que saiam da esfera da macro-política e possam revolucionar as micro-relações onde o poder se perpetua.

#### **4 - CONCEPÇÕES DA PRÁTICA DE DOAÇÃO DE SANGUE**

Antes de iniciarmos a apresentação dos sujeitos desta pesquisa cabe fazermos uma reflexão teórica que servirá de subsídio para a análise dos dados coletados na pesquisa de campo. Inicialmente, pretendemos resgatar alguns conceitos que permearam a política hemoterápica no País na tentativa de clarificar o entendimento sobre o contexto da doação de sangue. A articulação dos temas a serem discutidos neste espaço são fundamentais para o entendimento das opiniões, em especial, do significado que os doadores atribuem a doação de sangue.

Ao verificarmos a história da Hemoterapia no Brasil, vimos que o Estado só começa a assumir para si a discussão destas questões no pós-64. Leis e programas foram criados, porém com pouca eficácia. O próprio Estado, apesar da proclamação destas leis, era conivente, uma vez que ele comprava os serviços prestados pelos bancos de sangue privados que atuavam sem o devido controle e, portanto, eram geradores, em potencial, de riscos de doenças.

Diante da propagação da AIDS, uma grande instabilidade é gerada na população. Neste sentido, a questão do sangue, por sua vinculação com a AIDS, ganha âmbito nacional.

Em decorrência, vem à tona o descaso do Estado para com a vida da população. Toda a discussão, que vem junto com a Constituição de 1988, está voltada para a tentativa da sociedade de romper com este descaso.



O espaço aberto no âmbito estatal acelerou a regulamentação de normas técnicas da Hemoterapia, de forma a garantir a não difusão de sangue contaminado e a não contaminação de sangue saudável. Este espaço foi alcançado, como já anteriormente pontuado, pelas pressões da sociedade civil organizada, já que a década de 80 traz em si a morte iminente, simbolizada pela “peste do século”: a AIDS.

Já não se tratava de uma questão de classe social, mas de gerenciamento da vida de toda a população através de medidas legais. A própria burguesia manifestava-se a favor da regulamentação como forma de proteger-se do perigo da contaminação.

Para a burguesia o que estava em jogo não era simplesmente a reprodução da força de trabalho, mas a reprodução do corpo enquanto existência biológica.

A “Lei do Sangue” não dispõe sobre a relação entre soberano e súditos, não se trata de garantir a vida e a defesa do soberano, o que subjaz à “Lei do Sangue” em nossa sociedade é a capacidade de governar entendida “como poder de gerir os homens ... em suas relações com as coisas que são as riquezas, os recursos, os meios de subsistência, o território em suas fronteiras, com suas qualidades, clima; os homens em suas relações com outras coisas que são os costumes, os hábitos, as formas de agir e de pensar” (FOUCAULT, 1998, p.288).

Aqui nos interessa, particularmente, o poder de gerir, de administrar as “relações dos homens com outras coisas que podem ser os acidentes ou as desgraças, como a fome, a epidemia, a morte” (FOUCAULT, 1998, p.284).

Toda regulamentação da prática hemoterápica, num dado momento, passa a visar os indivíduos enquanto constituintes do Estado.

“A população aparece como objetivo final do governo... A população aparece portanto mais como fim e instrumento de governo que como força do soberano; a população aparece como sujeito de necessidades, aspirações, mas também como objeto na mão do

governo, como consciente, frente ao governo, daquilo que ela quer e inconscientemente em relação aquilo que se quer que ela faça” (FOUCAULT, 1998, p.289)

O Estado, na medida em que passa a ser o gestor da vida, vai, gradativamente, acumular conhecimento que permite o seu funcionamento. A normalização do saber na área da Hemoterapia passa pela atuação do Estado enquanto instrumento de organização e constituição de saberes.

No pós-64 e, mais especificamente, na década de 80, a Hemoterapia será regulamentada pelo Estado, já que nos períodos anteriores surgiram apenas normas pontuais referentes à doação.

No momento em que o Estado disciplina esta prática hemoterápica, ele abre espaço para a confluência de duas formas de poder: a governamentalidade e a disciplina.

A confluência entre a disciplina e a governamentalidade encontra-se no fato de que ambas são relações de poder que se baseiam no poder sobre a vida. A primeira centra-se no corpo individual e a segunda no corpo espécie, onde o poder político assume a tarefa de gerir a vida. A disciplinarização da prática hemoterápica tem como objetivo primeiro evitar a contaminação do sangue para garantir, através do controle individual, a vida da espécie. É este o sentido do ato da regulamentação da doação de sangue.

A normatização do saber hemoterápico pelo Estado irá possibilitar o bom funcionamento do mesmo em prol da gestão da vida da espécie. Ao mesmo tempo, a produção dessas normas irá possibilitar a imposição ativa das mesmas na população via exercício do saber em nível institucional.

Neste contexto é possível identificar o discurso ideológico: "através da ideologia, são montados um imaginário e uma lógica da identificação social com a função precisa de escamotear o conflito, dissimular a dominação e ocultar a presença do particular, enquanto particular, dando-lhe a aparência do universal" (CHAUI, 1997, p.21). A doação de sangue

como processo social tem uma dimensão política, dado que se constrói em ambientes democráticos, com diferentes projetos e atores sociais, mas também assume a dimensão ideológica uma vez que parte da concepção ampliada de um paradigma dependente da mudança cultural.

A ideologia é uma das formas de práxis social. Segundo CHAUÍ, a ideologia é aquela que parte da experiência imediata dos elementos da vida social e constrói abstratamente um sistema de idéias ou representações sobre a realidade<sup>47</sup>.

A práxis social não é um ato do ser singular e isolado, é expressão do sujeito coletivo, transindividual. Para GOLDMANN (1979, p.19), existem variados sujeitos transindividuais (como grupo de profissionais e família), cujas ações se entrecruzam e constituem a trama da sociedade global, O fundamento do conceito de visão de mundo apreendido através do indivíduo é a integração desse pensamento individual no conjunto da vida social, através da análise da função histórica das classes sociais. Uma práxis social está constantemente movida por uma visão de mundo.

"Uma visão de mundo é precisamente esse conjunto de aspirações, de sentimentos e de idéias que reúne os membros de um grupo (mais freqüente de uma classe social) e os opõem aos outros grupos" (GOLDMANN, 1979, p.20)

Para ele, a noção de mundo assim compreendida está associada ao máximo de consciência possível destes mesmos sujeitos coletivos.

"Por um lado, o indivíduo não aparece mais como átomo, que se opõe, enquanto eu isolado, aos outros homens e ao mundo físico e , por outro lado , a consciência coletiva não é mais uma entidade estática supra-individual que se opõe do exterior aos indivíduos. A

---

<sup>47</sup> Para CHAUÍ, o ocultamento da realidade chama-se ideologia . Para ela, a ideologia é um "discurso" que se oferece como representação e norma da sociedade e da política, como saber e como condição da ação, isso significa que promove uma certa noção de racionalidade cuja peculiaridade consiste em permitir a suposição de que as normas , estão colocadas no real, são o próprio real e a verdade do real." É um aspecto fundamental da existência histórica dos homens a ação pelo qual podem

consciência coletiva só existe nas consciências individuais, mas não é a soma destas" (GOLDMANN, 1979, p.20).

Neste mesmo aspecto, a relação entre a realidade e consciência é salientado por FREIRE (1987, p.132) num processo de "ação e reflexão", onde o conhecimento da realidade perpassa níveis de consciência, que num grau inicial o autor chama de "consciência ingênua", chegando a abstração do problema (consciência crítica) para então voltar a realidade e modificá-la através da práxis.

Para GRAMSCI, apud DIERCKS (1996, p.83), a questão da consciência está ao nível da ideologia (superestrutura), representada pela forma de pensar da classe dominante, que perpassa todas as classes sociais, infiltrando-se em todos os níveis de consciência, que variam de acordo com a classe social. O senso crítico ou filosófico, o mais elevado, caracteriza-se por ser abstrato e elaborado por intelectuais, o nível mais "baixo", representado pelo folclore, que além de uma visão fragmentária da realidade, tem, fragmentos de todas as concepções de mundo "e de vida que se sucederam na história". Entre o folclore e o senso crítico, temos o senso comum que também tem uma visão de mundo incoerente, fragmentada e se manifesta através do conhecimento empírico, reconhecido como "bom senso". Neste sentido, a prática dos profissionais que trabalham na área de hemoterapia se articula com as demais práticas, mas deve estar fundamentalmente ligada nas práticas movidas pelos grupos sociais oprimidos, pois são estes os portadores possível<sup>48</sup> do máximo de consciência possível sobre as direções alternativas do caminhar histórico transformador.

---

reproduzir as relações existentes, ou transformá-las, seja de uma forma radical, seja de uma forma parcial" (CHAUÍ, 1997 p.20-23).

<sup>48</sup> Segundo GOLDMANN, cada grupo social pode ser definido pelo seu máximo de consciência possível, que ele não consegue ultrapassar e sobre o qual o grupo pode formular o seu programa máximo de ação. Compreende-se, assim, que toda aliança entre grupos sociais seja determinada pelo máximo de consciência possível do grupo ou da classe social menos adiantado.

#### 4.1 - O DOADOR DE SANGUE

Com base no levantamento realizado no Hemocentro Regional de Lages através das fichas dos doadores, identificamos alguns elementos que foram fundamentais para conhecermos a população de doadores que contribuem regularmente com o serviço, denominados de assíduos, que retornam para realizar outras doações.

Os dados com relação ao número de doações, sexo, faixa etária, estado civil, grau de instrução, setor de atuação profissional, contexto ocupacional e faixa salarial, da amostragem de 237 doadores, com mais de quatro doações, estão expressos nas Tabelas de 1 a 8.

**Tabela 1. Número de doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.**

Número de doações	Quantidade	Percentual
De 04 a 05	115	48,52%
De 06 a 10	108	45,57%
Mais de 10	14	5,91%
TOTAL	237	100%

Um número expressivo de doadores 48.52% realizaram 4 a 5 doações no período, apresentando um baixo índice, 5,91%, que realizaram mais de 10 doações. BELLATO (1998) trabalhando com uma população de 2475 doadores, no período de janeiro a julho de 1998 em Lages, SC, constatou que 41,9% eram doadores de primeira doação e 58,1% com mais de uma até seis. SARAIVA (1996), constatou em Santarém, Pará, que 53,8% dos doadores compareceram pela primeira vez, 42,7% têm mais de uma até seis e 7,6% participaram com mais de seis. Considerando a separação de fichas com quatro ou mais doações, manteve-se no presente levantamento, a tendência de diminuir os doadores com o aumento do número de doações.

**Tabela 2. Sexo dos doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.**

Sexo	Quantidade	Percentual
Feminino	65	27,43%
Masculino	172	72,57%
TOTAL	237	100%

A grande predominância do sexo masculino (72,57%) foi também constatada em outros trabalhos como BELLATO (1998) em Lages, SC. (75,8%); MEDEIROS e SILVA (1996) em Recife PE. (92,4%); TADINI et al. (1996) em Campinas, SP. (77%); MACIEL e ARANTES (1996) em Uberlândia, MG. (82,6%). Este dado deve ser levado em consideração nas políticas de captação de doadores, de forma a permitir um aumento da presença feminina na doação.

**Tabela 3. Faixas etárias de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.**

Idade	Quantidade	Percentual
De 18 a 25	38	16,03%
De 26 a 35	89	37,55%
De 36 a 45	65	27,43%
De 46 a 55	45	18,99%
TOTAL	237	100%

Os resultados evidenciam que o maior número de doadores está na faixa etária de 26 a 35 anos, dados semelhantes aos observados por TADINI et al. (1996) em Campinas, SP. e SARAIVA (1996) em Santarém, PA. MEDEIROS e SILVA (1996) em Recife PE., verificaram que 40% dos doadores na faixa de idade entre 18 e 30 anos. BELLATO (1998), constatou que a principal faixa etária que contribuiu para a doação estava entre 18 e 25 anos (28,8%). Deve-se ressaltar que as diferentes faixas etárias utilizadas pelos autores, e a não

tabulação no presente trabalho, dos participantes com menos de quatro doações, dificultou a comparação dos resultados.

**Tabela 4. Estado civil de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.**

Estado Civil	Quantidade	Percentual
Casado	126	53,17%
Solteiro	90	37,97%
Divorciado	15	6,33%
Viúvo	06	2,53%
TOTAL	237	100%

A predominância de casados (53,7%) era esperada, tendo em vista que as faixas etárias predominantes dos doadores foram de 26 a 35 anos e 36 a 45 anos, as quais participaram com aproximadamente 65% das doações

**Tabela 5. Grau de instrução de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.**

Grau	Número de respostas	Percentual
Primário incompleto	78	32,92%
Primário completo	63	26,58%
Secundário incompleto	41	17,30%
Secundário completo	26	10,97%
Superior	24	10,12%
Sem instrução	05	2,11%
TOTAL	237	100%

O percentual de doadores com primário incompleto e completo (59,50), são similares aos encontrados por BELLATO (1998), 60,1%. MACIEL e ARANTES (1996), encontraram com primário incompleto um percentual de 58,7%, portanto superior ao do presente trabalho (32,92%). A Região Serrana, é a que apresenta no estado de Santa Catarina, o maior índice de

analfabetismo (35%) e a cidade de Lages, consta entre os menores índices da região (32%) MUNARIN (1999).

**Tabela 6. Setor de atuação profissional de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.**

Setor	Quantidade	Percentual
Profissional liberal	52	21,94%
Indústria	47	19,83%
Comércio	42	17,72%
Serviço Doméstico	28	11,81%
Serviço Público	22	9,28%
Vigia	07	2,95%
Construção civil	05	2,11%
Bancário	01	0,42%
Outros	23	9,72%
Não informou	01	0,42%
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100%</b>

**Tabela 7. Contexto ocupacional de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.**

Ocupação	Quantidade	Percentual
Empregador	111	46,83%
Empregado	93	39,24%
Desempregado	18	7,59%
Aposentado	08	3,38%
Nunca trabalhou	06	2,54%
Não informou	01	0,42%
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100%</b>

O maior número no contexto ocupacional, empregador, ocorreu devido a inclusão, nesta ocupação, de profissionais liberais como, pedreiros, eletrecistas, marceneiros, mestre de obras, carpinteiros, os quais não se enquadravam como empregados. Este contexto, observado



durante a pesquisa, permite concluir a necessidade de inclusão, dentro de ocupação, da categoria, profissional liberal.

**Tabela 8. Faixa salarial de 237 doadores de sangue, que realizaram mais de quatro doações no período de 1996 a 1998, no Hemocentro Regional de Lages, SC.**

Faixa salarial	Quantidade	Percentual
1 a 3 salários mínimo	133	56,11%
4 a 6 salários mínimo	102	43,03%
Acima de 6 salários mínimos	02	0,86%
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100%</b>

MEDEIROS e SILVA (1996) em Recife, Pernambuco, encontrou 49,0% de doadores que percebem de um a três salários mínimos. Estes dados são similares aos encontrados neste trabalho. Na região Serrana, 93,09% das pessoas com mais de 10 anos de idade, apresentaram rendimento médio mensal, menor de três salários mínimos, sendo que destes, 52,35% não apresentaram rendimento (MUNARIN, 1999).

Após esta apresentação numérica, o que pretendemos é provocar uma reflexão sobre o contexto da doação de sangue e principalmente dos seus atores sociais. Este quadro não se restringe apenas a cidade de Lages, mas como vimos retrata uma realidade Nacional e nos instiga a um alargamento da visão para a doação de sangue enquanto práxis social.

Na análise de (RIBEIRO, 1995,p.24 ),

a estratificação social separa e opõe, assim, os brasileiros ricos e remediados dos pobres, e todos eles dos miseráveis, mais do que corresponde habitualmente a esses antagonismos. Nesse plano, as relações de classes chegam a ser tão infranqueáveis que obliteram toda comunicação propriamente humana entre a massa do povo e a minoria privilegiada, que a vê e a ignora, a trata e a maltrata, a explora e a deplora, como se esta fosse uma conduta natural.

Percebemos que na doação de sangue o discurso dominante, interiorizado por todas as camadas sociais, leva os indivíduos a terem um sentimento de que participam

igualmente sem distinção da vida social, diferente do que percebemos, há uma marcante contradição discriminatória.

O Estado capitalista, quando se sente suficientemente forte em sua dominação para coexistir com a sua negação, admite pluralismo e tenta dirigir o todo social apresentando-se como intérprete dos interesses gerais. Neste momento, as agências de socialização se tornam relativamente mais abertas para as classes subalternas, segundo o grau de organização e consciência de que forem portadoras (CURY, 1986, p.51).

Esta realidade nos obriga a lançarmos um olhar investigativo sobre a questão, enquanto autores e atores do processo de transformação social, analisar este contexto e nos colocar de fato, através da nossa prática, a serviço de uma profunda transformação da sociedade em que vivemos.

#### 4.2 - AS RAZÕES PARA A DOAÇÃO

Através da análise das falas dos doadores, identificamos como ponto de partida uma relação comum a todos os entrevistados, a palavra "ajuda", insistentemente fazia parte dos diálogos, como que entrelaçava a todos, procurei destacá-la a partir de sua ocorrência, tentando desocultar o seu significado através da visão de doação, apresentada pelos entrevistados.

A palavra "ajuda" para FERREIRA (1997), significa auxiliar, socorrer, fornecer, facilitar, prestar auxílio, mas para os doadores de sangue, a palavra "ajuda", simbolicamente vai adquirindo outros significados; assume o sentido de **temporiedade**, quando o doador associa a doação com o tempo apontando as dificuldades, transformando-se em uma condição de impedimento para viabilizar a ação.

*"Para mim, é muito importante doar, acho importante poder ajudar, eu não dôo mais por falta de tempo, se não doaria mesmo, mas o problema é o serviço, a gente não pode faltar..." "A gente deveria ser mais esclarecido sobre o que pode e o que não pode para doar,*

*um dia destes vim doar e perdi meu tempo. Tinha amanhecido de plantão, e não deu para doar, mesmo sendo um doador, isto eu não sabia, se soubesse.... (...) agora já aprendi."*

*" O problema não é doar, o problema é o trabalho, sabe como é tá difícil e não dá para faltar no emprego, se não marca bobeira."*

Este tempo, está relacionado ao tempo capitalista, onde o tempo assume através do trabalho a produtividade, contraditoriamente, para outros doadores, o tempo transforma-se na condição facilitadora para a doação.

*" Eu dôo porque tenho tempo, acho importante ajudar..."*

Para muitos, a palavra "ajuda", reveste-se de um sentido **coletivo, e afetivo**, quando assume uma identidade de grupo, onde as identificações ocorrem através das experiências vivenciadas, traumáticas ou não, desencadeiam-se através de contextos de vida adversos, mas com semelhanças que os aproximam, constituindo uma rede de solidariedade para a doação.

*"Dôo para ajudar as pessoas, é muito importante, somente quem passou pela experiência de precisar de sangue para alguém da família, e não ter na hora é que valoriza..."*

*"Ninguém da minha família precisou até agora, mas penso nas outras pessoas que ficam se batendo atrás de sangue, não é nada fácil..."*

*"...eu doeï como forma de contribuir para a sociedade, a gente não colabora com nada, e doando, estou ajudando e, participando de alguma forma..."*

PERUZZO, (1998, p.60), destaca que

As pessoas passam a reconhecer-se como partícipes de situações semelhantes, a partir de carências e problemas vividos em comum. Mas não se trata de uma linearidade, conservando elas sua capacidade de discernimento e suas identidades. É uma igualdade com diferenças e com pluralismos, mas de envolvimento nos movimentos e nos seus mecanismos de poder.

Em outros contextos a palavra "ajuda", assume o caráter de **convicção**, por parte daqueles que acreditam em sua própria história, reconhecem o valor do seu corpo enquanto possuidor de saúde.

*"Eu dôo porque tenho saúde, porque não ajudar?"*

*"Afim de contas tenho saúde e condições para doar, eu vou doar, enquanto eu tiver condições de ajudar as pessoas."*

A "ajuda" também vai representar uma **vantagem**, quando o sentido da doação está vinculado a um benefício individual, o doador reconhece a importância da doação, mas quando realiza a ação, espera algo em troca, interpretando como sendo um dos processos para a avaliação da sua saúde:

*"Além de ajudar as pessoas, você também está se ajudando.(...) Ao invés de ir ao médico, fazer exames, enfrentar filas, você doa, ajuda a quem precisa"*

*"(...)... gosto de ajudar quando posso e, além do mais a gente recebe os exames que são de graça (...)."*

*"(...) ... além de ajudar, é bom saber que não tem nenhuma doença. A gente não tem o costume de ir ao médico, doando sangue, você recebe os exames de graça, aparece e você logo sabe se está doente."*

*"(...) Sai até com a barriga cheia com o lanchinho no final da doação."*

O atestado que o doador recebe por ocasião da doação, que permite um dia de folga no trabalho, também foi considerado como sendo um benefício, todavia, não utilizado pela maioria, que opta pela doação em dias livres de trabalho.

Também a palavra "ajuda", incorpora o significado de **reserva**, a ação é realizada com objetivo preventivo, como uma garantia futura de segurança individual ou coletiva.

*"Dona, eu sou voluntário e hoje ajudo os outros, espero que também outras pessoas doem, porque a gente ou alguém da família pode precisar algum dia."*

*"Ninguém da minha família precisou ainda, e espero que não precise, por isso eu doo para ajudar, se um dia precisar fica mais fácil."*

Para um grupo de doadores a palavra "ajuda" traduz a **auto-estima**, a doação de sangue passa a representar um significado especial na vida destas pessoas, sentem-se orgulhosas em poder contribuir, despretensiosamente, compartilham com as outras pessoas a experiência de poder ser "útil" a alguém. Na pesquisa ficou evidenciada ser uma característica dos doadores com baixo poder aquisitivo, que vêm na doação a possibilidade de estar contribuindo com a sociedade.

*"Bem, porque eu doo, para ajudar, não sei as outras pessoas, mas para mim é muito importante, afinal é a única coisa que eu posso dar, minha saúde, é a coisa mais importante (...) .. a gente não pode contribuir com nada e doando, a gente está podendo ajudar, isto para mim tem um preço que ninguém pode pagar..."*

*"(...) na vida, o que eu posso dar é meu sangue a única coisa importante que tenho".*

Ainda a palavra "ajuda" aparece relacionada com a "**ciência**" para aqueles doadores que despertam o interesse em conhecer, saber mais sobre o seu corpo, seu sangue, e vêm na doação a possibilidade de satisfazer esta necessidade. Conhecem a estrutura do serviço e doam para obter um resultado de exame, não vinculam esta necessidade com a sua saúde.

*"(...) como eu não sabia o meu tipo de sangue, resolvi doar. Certamente estou ajudando também.."*

*"Alguém estava precisando de sangue, como eu não sabia o meu tipo de sangue, resolvi doar."*

*"Sempre quis saber qual era o meu tipo de sangue, assim ajudo e doo também".*

Para alguns doadores a palavra se transforma em **religiosidade, e solidariedade**, a doação assume um caráter de valor à vida, de caridade e de "amor ao próximo", para estas pessoas, a ação é vista como um dom divino superior, sendo uma obrigação.

*"Deus nos deu a saúde, devemos compartilhar com quem não as têm, doar é ajudar a salvar vidas."*

*"(...) é um gesto de amor ao próximo, ajudar alguém é muito importante."*

Como define RIBEIRO (1995, p.25), "O povo massa, sofrido e perplexo, vê a ordem social como um sistema sagrado que privilegia uma minoria contemplada por Deus, à qual tudo é consentido e concedido".

Analisando a dinamicidade que a palavra "ajuda" representa no contexto da prática de doação, compreendemos que o aspecto cultural atua como um determinante ativo na construção destes sujeitos, desde o seu modo de viver, até a sua visão de mundo.

#### **4.3 - A PRIMEIRA DOAÇÃO**

Nas visitas realizadas as casas dos doadores procurei identificar que contexto havia contribuído para a primeira doação voluntária. Mas como a pesquisa vai se transformando a medida em que o pesquisador vai explorando o seu objeto, e conseqüentemente também o pesquisador, na segunda visita realizada a casa de um doador, experienciei esta trajetória. Quando solicitei que falasse da sua primeira experiência de doação, pela sua história, percebi que ele não havia doado como voluntário, mas sim como um doador de reposição. Posteriormente outros casos semelhantes foram sendo repetidos, alertando para a identificação do problema. Imaginei ser um problema derivado do engano quando do preenchimento da ficha de cadastro do doador no serviço, alguns casos se confirmaram. Posteriormente percebi que se tratava também, de um problema de entendimento e esclarecimento do doador. Alguns não têm clareza do significado da palavra "voluntário", o mesmo acontece com a palavra "reposição". Esta dimensão não faz parte do cotidiano dos doadores de sangue, são valores "institucionalizados", para eles, a ação se justifica pela necessidade do sangue. Esta situação chama nossa atenção para uma reflexão sobre a prática da doação, incluindo a necessidade de

perceber a importância desta condição no contexto social. Esta situação contribuiu para o redimensionamento e análise do objeto da pesquisa.

A principal razão apontada pelos doadores entrevistados sobre a primeira doação, foi a relacionada ao apelo emocional. Constatamos que a divulgação em rádio possui um alcance muito importante na captação dos doadores, nos casos acompanhados, são familiares que solicitam auxílio, principalmente quando se trata de um sangue com tipagem negativa<sup>49</sup>, através dos meios de comunicação, consultando pessoalmente as empresas e residências, realizam uma verdadeira busca de candidatos a doação na comunidade.

*"...eu estava comendo em uma lanchonete e o rapaz dono da lanchonete estava muito nervoso, fiquei com dó mesmo, disse que seu filho de três aninhos precisava ser operado e precisando de sangue...(...) como sempre tive vontade de doar e não tive oportunidade, acabei doando."*

*"... eu ouvi pelo rádio, que alguém estava precisando de sangue...(...)"*

*"Fiquei sensibilizado com um rapaz que foi lá na firma, pedir sangue para a sua mulher que estava internada, eu fui doar para ela."*

Outro fator comum, apontado como estímulo para a primeira doação foi o vínculo familiar. São parentes que buscam na rede familiar os doadores. Cabe aqui fazer uma reflexão maior sobre o conceito vínculo familiar encontrado nas entrevistas, pois muitos doadores descreveram a relação com os amigos e vizinhos, como sendo parte integrante e constituinte da família. Esta situação também foi destacada por NITSCHKE (1999, p.98), em sua pesquisa sobre imagem da família. Segundo a autora, a "família" pode se constituir em outras cadeias de ligações, além dos elos de sangue, ou por outras ligações, como de amizade, de adoção,

---

<sup>49</sup> O sangue é classificado em grupos com a presença ou ausência de um antígeno na superfície da hemácia. Os grupos mais importantes são ABO e Rh (+ ou -). A incidência destes varia de acordo com a raça, pois trata-se de um fator hereditário. Percentualmente, sua ocorrência na população é de aproximadamente: (O positivo = 36%), (O negativo = 9%), (B positivo = 8%), (B negativo = 2%), (A positivo = 34%), (A negativo = 8%), (AB positivo = 2,5%) e (AB negativo = 0,5%). Manual de Qualificação do Captador. Ministério da Saúde, 1997, p.12.

"...e a cada momento, também pode tomar uma forma diferente, que fala do seu conteúdo, sobre como estes elos se relacionam entre si". É importante salientar, que no caso da doação a ligação está representada pelos laços de afetividade e de solidariedade.

*"A primeira vez doei para um primo, ele precisou operar da cabeça, tinha que ajudar, disseram que tinha que ter sangue, que ele iria usar muito, daí fui doar".*

Conforme PATRÍCIO (1995, p.78), a família assume o viver bem com prazer, sendo a força criativa da vida, é a única capaz de se opor à destrutividade em potencial do poder, agrega outras formas deste viver bem, estendendo suas ligações.

*"Fui doar, para a filha da Ana, minha vizinha, ela é como uma filha para mim, me sinto na obrigação de doar".*

*"Minha vizinha descobriu que tem câncer, agora ela precisa usar sangue direto, eu e meus filhos sempre vamos doar ."*

Com menos intensidade as campanhas de doação também foram citadas como sendo incentivadoras para a realização da primeira doação:

*"... vi uma propaganda na televisão, era uma campanha: "Doe sangue e salve uma vida, fiquei pensando sobre isto e resolvi doar sangue, como não estava de serviço fui doar.")*

Cabe salientar que todos os doadores entrevistados após a primeira doação continuaram doando regularmente, os doadores que doaram inicialmente como voluntários, doaram outras vezes para auxiliar parentes ou conhecidos, o mesmo aconteceu com os doadores de reposição, todos apontam as mesmas razões para continuar doando.

*"Depois dessa doação me senti bem e continuo doando sempre quando eu posso".*

*"Hoje sei da importância da doação de sangue, acho que quem doa uma vez deveria doar sempre..."*

*"(...) a partir daí, dão sempre quando posso, meu maior problema é o serviço..."*



Entre todas as falas dos doadores aparece uma questão de fundo, a primeira doação aparece vinculada a uma "obrigatoriedade" imposta pela rotina do serviço de hemoterapia, para manter os estoques de sangue. Esta prática posteriormente continua sendo desenvolvida pelas mesmas razões. Nas entrevistas realizadas com os doadores "voluntários", não conseguimos identificar esta ação como atos de cidadania e de altruísmo, atos que são enfatizados pelos programas de captação de doadores.

#### 4.4 - CONCEITO DE SAÚDE

Analisar que os doadores pensam sobre o conceito de saúde tem por objetivo verificar as transformações ocorridas no cotidiano do construído social.

“Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social” (MINAYO, 1998, p. 176).

Desta forma, para entendermos as concepções de saúde/doença em nossa sociedade é necessário que partamos dos substratos econômico, político e cultural em que vivemos.

A concepção ampliada de saúde busca relacionar saúde a condições gerais de vida. A visão da saúde da população tem relação direta com a situação em que a mesma vive e com as contradições mais gerais da sociedade, que, por sua vez, se expressam na área da saúde.

De acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, emprego e lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

Assim, a saúde e a doença têm uma perspectiva coletiva, mas também expressam como cada indivíduo vivencia esses fenômenos, através de sua história de vida.

A produção dos fenômenos saúde/doença no caso brasileiro deve ser pensado tendo em vista a opção de desenvolvimento adotado pelos nossos governantes nos últimos anos, ou seja, o "sucesso" econômico do País às custas da degradação da qualidade de vida de seus habitantes. A violência urbana, os preconceitos raciais, a poluição sem precedentes das nossas riquezas naturais, o desemprego, os baixos salários, a restrição imposta às classes menos favorecidas ao acesso ao lazer, o analfabetismo, são entre outros fatores, os que alteram sensivelmente os projetos de vida das pessoas.

Constatamos que para este grupo, a concepção de saúde incorpora a visão biológica, a saúde acaba sendo concebida como um estado que depende do corpo, da etiologia das doenças e de Deus (forças divinas, sobrenaturais). Por meio dos discursos emitidos sobre a saúde, evidenciam-se as vivências, o cotidiano das pessoas, aspecto que, em vários pontos, insinua-se nas falas dos doadores.

*"Ter saúde, é ser como eu saudável Graças a Deus, poder trabalhar, doar e ajudar os outros".*

*"O sinal para minha saúde é o meu corpo, enquanto meu corpo estiver bem, eu estarei com saúde e posso doar sangue".*

*"É o bem mais precioso da vida, a saúde é tudo, ter um corpo saudável, livre de doenças é o mais importante, além de você ajudar as pessoas, você também está se ajudando"*

A saúde é colocada enquanto algo individual, "orgânico" e de "sentir", manifestado pela ausência da dor, disposição para o trabalho, poder doar, nenhuma referência é destacada em relação aos múltiplos determinantes que independem do agir individual. Simbolicamente o sangue livre de doenças é entendido como um determinante para o conceito de ter saúde e de ser saudável.

*"Já doei, e não tenho doença, isto para mim é ter saúde. Significa que posso doar"*

*"Estar bem para poder trabalhar, sem doenças, poder fazer o serviço de casa e ajudar os outros também".*

*"Doando eu sei que estou sem doenças, e posso trabalhar tranquilamente"*

A prática da doação de sangue é vista como um direito de manutenção a saúde, quando interpretada pelos doadores como uma forma de facilitar o acesso a um serviço diferenciado de saúde. Percebemos que para os doadores assíduos, a doação passa a ser um "ato incorporado" no seu cotidiano gerado pela expectativa de cuidar da sua saúde.

*"Aqui é muito bom, o serviço é confiável. Depois que eu doeï uma vez, vi que é importante continuar doando, falta sangue mesmo, e a gente sabe que não tem doenças."*

*"... como disse eu gosto de ajudar as pessoas quando posso, e além do mais a gente recebe os exames que são de graça."*

*" Ao invés de ir ao médico, fazer exames, enfrentar filas, você doa, ajuda a quem precisa. A gente não sabe o dia de amanhã."*

Outro aspecto interessante identificado, é que os conceitos de saúde definidos pelos doadores, não trazem consigo o entendimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, nem tampouco, a relação de que para se ter saúde, é preciso de um aparato maior, ou seja de condições dignas de vida, além dos serviços de saúde. Os doadores se vêem com únicos responsáveis pela preservação da sua saúde.

Analisando a concepção de saúde dos doadores, como homens históricos que somos, constatamos a consequência de um discurso dominante através dos tempos, preservando o instituído através das políticas de saúde adotadas no país. A saúde tem se tornado cada vez mais politicamente importante como um ponto fundamental de contato entre governo e a população, com o estabelecimento de uma rede de práticas referentes aos direitos humanos e a cidadania e arte de governar tem sido obrigada a desenvolver estratégias mais refinadas para manter a população sob controle, evitando práticas coercitivas.

Na hemoterapia sentimos os reflexos da formação do doador-produto, criado através da idéia ilusória de que o Estado é o provedor da qualidade e segurança do sangue, disponibilizando para a população o aparato científico e tecnológico, e a população recompensada, contribui com a prática da doação. Se avaliarmos criteriosamente, o serviço vem assumindo um papel de discriminação social, a medida que reforça o conceito de saúde biológica, como percebemos, centrado na ausência de doenças e, em nada contribui para a formação do doador cidadão.

#### 4.5 - A IMAGEM

Constatamos que há um desconhecimento em relação a gestão do serviço: a grande maioria dos doadores afirma ser um serviço administrado pela Prefeitura Municipal.

*"Gostaria que você explicasse porque existe tanta diferença de atendimento nos outros lugares, no postinho não é assim, no pronto-socorro então... "*

Durante as entrevistas os doadores apontavam criticamente esta distinção entre o serviço do Hemocentro e os demais serviços oferecidos pela rede municipal, as críticas comparativas se configuravam basicamente na qualidade do serviço. Nota-se um descrédito da população em relação aos demais serviços públicos. Na entrevista percebemos que existe um desconhecimento sobre o gerenciamento do serviço de hemoterapia. No caso ocorre repasse de recursos por parte do governo do Estado para uma Fundação, caracterizando a gestão pública privada.

Uma grande lacuna foi observada, pois o tema abordado, parece não fazer parte da vida das pessoas. Neste caso particularmente, observamos a instalação de um certo conformismo<sup>50</sup>, ilustrado principalmente pela falta de compreensão entre a dimensão do que

---

<sup>50</sup> Na análise de CHAUI (1996, p.124 ), este conformismo, também pode assumir a posição de resistência, frente as condições de dominação.

é seu, "o sangue" e a relação do que é seu para os outros "o destino" do sangue, a maioria entende este processo em níveis distintos de participação "até aqui é meu", no sentido de ter controle da situação, depois "deixa de ser" é dos outros. Esta lógica faz com que somente percebam a dimensão dos seus deveres e, não dos seus direitos, enquanto sujeitos sociais e políticos.

Na prática, as informações referentes ao processo de gestão do serviço, estrategicamente são pouco divulgadas e, geralmente destinadas a um público determinado, na maioria das vezes acabam passando despercebidas para a maioria da população que ainda não aprendeu a exercer os seus direitos. Para CHAÚÍ (1997, p. 21), "através da ideologia, são montados um imaginário e uma lógica de identificação social com a função precisa de escamotear o conflito, dissimular a dominação e ocultar a presença do particular, enquanto particular, dando-lhe a aparência do universal "

A noção de direito, foi percebida por poucos doadores e relacionada com a recepção do sangue,

*"Eu dôo há anos, nunca recebi nada em troca, e deve ser assim para quem vai receber, mas isso eu não tenho certeza"*

*"(...) ... se eu souber que o sangue é cobrado , aí eu paro de doar imediatamente, acho um abuso, pois você doa de graça, e tem que receber de graça".*

Entre um diálogo e outro identificamos que a imagem produzida pelo poder, através das campanhas para a captação de doadores reforça esta visão fragmentária, a doação aparece ilustrada num instrumento de apelo emotivo com o objetivo de "salvar vidas".

O poder médico ganha espaço no sistema social a medida em que se apodera do saber e da produção deste saber. O direito que lhe é outorgado fundamenta-se em poderes de competência, que se exerce sobre a ignorância de bom senso, capaz de corrigir erros; e de normalidade, que se impõe à desordem e ao desvio (FOUCAULT, 1980, p.127).

Na sociedade capitalista, o conhecimento produzido tornou-se apropriação de poucos, uma pequena parcela detêm o poder da verdade, o qual é utilizado para impor aos indivíduos a disciplina e a docilidade. Para o sistema econômico importa ter indivíduos produtivos e dóceis. Assim o poder que os controla, busca, através da doação de sangue, aumentar sua utilidade econômica e diminuir sua capacidade de resistência (FOUCAULT, 1980, p.127).

Desta forma, os doadores aprendem a ser dóceis, entregando-se aos cuidados do serviço, tornando-se dependentes deste "saber" que parece não fazer parte de suas vidas.

Ressaltamos entretanto que, " jamais somos aprisionados pelo poder, podemos sempre modificar uma dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa" (FOUCAULT, 1980, p.241). Ao mesmo tempo em que existe o poder, a resistência também faz parte deste movimento, conseguindo ser tão produtiva quanto ele.

Embora muitos doadores não tenham clareza sobre as questões do gerenciamento do sangue, apontam como necessidade o conhecimento das condições de quem os recebe, sendo possível considerar que aparece simbolicamente, o interesse em conhecer o destino do sangue doado. A imagem que se constrói para a população é que na prática da doação de sangue as diferenças sociais não existem.

Com o desenvolvimento destas práticas sentimos que ainda há uma distância muito grande para a construção da cidadania.

#### 4.6 - A QUALIDADE

A medida em que nos apropriávamos do contexto da doação na visão dos doadores, percebíamos que a maioria dos doadores, valorizava o serviço prestado pela Instituição, resgatando a imagem de um local diferenciado pela qualidade do serviço<sup>51</sup>.

*"O serviço lá é de primeira, todos os materiais bem cuidado, o pessoal que atende é muito educado, a gente sente satisfação de doar".*

*"Parece que a gente não está em Lages, é um "negócio de outro mundo", a gente se sente bem doando assim".*

Cabe pontuar que os doadores percebem a contradição quando discutem a qualidade do serviço, e suas considerações, se contrapõem ao conceito de "qualidade".

Os doadores reconhecem e identificam com clareza os pontos fracos e, encontram-se engajados com a proposta de participação para a melhoria do serviço. Elogiam a forma de participação, e as pesquisas de atendimento que são realizadas.

*"Sempre que eu vou doar, eu preencho o questionário que elas me entregam, acho importante melhorar sempre o serviço, não é porque está bom que não pode melhorar".*

Mas os doadores que relataram ter contribuído com sugestões no serviço reclamaram não terem presenciado as melhorias. Destacamos o aparecimento de uma fragilidade na relação entre doadores de sangue e a instituição. O desconhecimento sobre a forma de gestão do serviço por parte dos doadores, pode ser apontado como um fator inibidor para a participação. Alguns pontos foram sendo destacados durante as entrevistas.

---

<sup>51</sup> A qualidade do serviço foi definida pelos doadores através de : bom atendimento, tempo de atendimento, profissionais qualificados e educados, ambiente agradável, limpeza do ambiente, equipamentos e mobiliários novos e a confiabilidade no serviço.

#### 4.6.1 - A Demora

Apesar da assistência, ter sido reportada por todos como sendo de boa qualidade, a demora no atendimento aparece como ponto relevante para compreendermos o contexto da doação.

*"(...) as pessoas não doam mais sangue porque demora muito, isso deveria mudar é muita burocracia".*

*"(...) a demora para doar é muito grande, fica difícil você doar sempre."*

Apesar da crítica, foram poucos os doadores que se propuseram a identificar a causa, atribuímos esta reação ao desconhecimento de que o serviço público deve ser gerenciado e fiscalizado pelos seus usuários.

*"(...) o Hemocentro deve ter mais gente, (referindo-se aos profissionais), porque demora muito para atender. Um dia tinha apenas uma moça para tirar o sangue, e a sala estava cheia. Você não concorda que fica difícil de trabalhar?"*

*"(...) a demora na consulta é muito grande, é uma médica só, e ela precisa sair de vez em quando, (...) acaba demorando por isto".*

Esta afirmação revela que o serviço apresenta dificuldades em relação ao número de recursos humanos e, a consequência deste problema, reflete-se diretamente na assistência aos doadores. Entretanto, deve-se considerar que existe um rotina a ser seguida, para garantir a segurança do doador e a qualidade do sangue. Esta situação nem sempre é percebida pelo doador.

#### 4.6.2 - O Horário de Atendimento

Outro fator considerado pelos doadores como sendo um problema para a comunidade que utiliza o serviço é o horário de atendimento. Inicialmente o serviço estava restrito a



prestar atendimento no período matutino, dificultando o acesso para muitas pessoas. Atualmente o serviço presta atendimento em dois turnos, mas este problema gerou um fato social com repercussões negativas para a captação de doadores na comunidade.

*"O maior problema que eu vejo hoje é o horário de coleta, antes só abria de manhã, para mim, sabe como é, mulher de manhã tem todo o serviço da casa para fazer, o almoço, mas agora vocês estão coletando a tarde, melhorou, mas acho que poderia coletar até mais tarde, nem todas as pessoas tem o tempo disponível para ir, e mais tarde acredito que facilitaria".*

*"(...) o atendimento agora melhorou, pois estão coletando a tarde, mas acho que foi perdido muito doador por causa disto"*

*"... não dá para entender, porque vocês não atendiam em outro horário? Eu até gostaria de doar, mas nunca pude ir, somente agora..."*

Mais uma contradição aparece relatada, entretanto, mesmo que alguns doadores demonstrem um certo entendimento sobre a situação, isto não chega a ser suficiente para uma tomada de posição que venha a colaborar para a modificação desta situação.

#### **4.7 - O CONHECIMENTO**

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, procurei considerar o serviço de hemoterapia como um espaço de formação permanente do cidadão. E para tanto, um encontro entre sujeitos que participam do ato de ensinar e aprender. Entendo que os doadores devem ter acesso ao conhecimento e informações para que sintam-se instrumentalizados a participar efetivamente da organização social. A medida em que aprofundava as questões sobre a doação de sangue, pude conhecer como são construídas as imagens e a importância que a prática da doação assume na vida de cada doador, e de como é imprescindível conhecer como estes saberes são elaborados no cotidiano. A prática da doação de sangue reveste-se de

simbolismo, os doadores cultivam estigmas e crenças sobre a doação, que ao meu ver não contribuem para o desenvolvimento de uma consciência crítica. Para FERREIRA, (1999, p.221), "movendo-se no espaço das crenças e opiniões, ela não consegue discernir o foco de sua dominação e acaba aceitando o discurso hegemônico do interesse geral criado pelo consenso".

*"Eu tenho muito sangue, por isso tenho que doar sempre".*

*"Quando chega o tempo de doar, meu braço começa a formigar, dá uns "comichão", aí eu sei que está na hora de doar..."*

*"Eu não consigo parar de doar, chega na época o meu corpo já sabe..."*

*"...eu tenho a menstruação muito intensa, e doando sangue melhora."*

Em alguns casos, os doadores conferem aos profissionais de saúde ( particularmente do médico) a autoridade para justificar a prática da doação. Em vários trechos dos depoimentos recolhidos, fica estabelecido a fragilidade do seu conhecimento sendo legitimado pelo poder do outro.

*"Meu médico disse que é bom doar sangue, eu já entrei na menopausa, me sinto bem depois que dôo."*

*"Eu tenho o sangue grosso, e o médico disse que é bom doar sangue, por isso estou doando sempre a cada dois meses".*

Executando esta ação a quem realmente estará favorecendo? A população ou ao sistema? Para CURY (1986, p.47), "essas forças se mostram diferentes em seu modo de ver o mundo porque a realidade é diferente; para os dominadores a dominação precisa ser mantida e reproduzida, portanto, justificada; para os dominados a dominação deve ser problematizada em vista da sua superação".

Lembramos, que o doador deve estar consciente sobre a finalidade da prática da doação conhecendo as implicações éticas e legais que o processo impõe, para então poder

transformá-la. Salientamos, que o processo educativo na prática da doação de sangue deve ultrapassar os limites da reprodução.

O conhecimento não é um ato, através do qual, um sujeito transformado em objeto que recebe, dócil e passivamente, os conteúdos que o outro lhe oferece ou impõe. O conhecimento (...) exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer sua ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica invenção e reinvenção. Reclama a reflexão crítica de cada um sobre o ato mesmo de se conhecer... (FREIRE, 1983, p.27).

Para BRANDÃO (1980),

(...) em todas as sociedades é a educação um dos mais efetivos instrumentos de controle social. Os seus conteúdos de efeito socializador em geral conduzem mensagens que legitimam uma ordem social vigente. Isto significa que, ao ensinar alguma coisa a algumas pessoas, a educação ensina os termos de uma ordem social que deve ser reconhecida como necessária e legítima, na mesma medida em que ensina os conhecimentos e as habilitações necessárias e legítimas para que as pessoas da sociedade preservem e reproduzam com as suas idéias (próprias mas inculcadas pela educação), e com as suas atitudes (apreendidas mas sob a forma de controle exercido pela sociedade através da educação), a ordem econômica, política e ideológica da sociedade.

#### 4.8 - AS CONTRIBUIÇÕES

Ao abordamos a necessidade de sangue, a grande maioria dos doadores tem convicção que a falta de sangue é um problema social, gerado pela falta de conscientização das pessoas em colaborar com o serviço.

*"A maioria das pessoas não sabe que é importante doar, por isso não doam"*

*"Minha cunhada vivia dizendo que era bobagem doar, até que o irmão dela precisou, e ela teve que arranjar gente para doar."*

Para os doadores esta situação acaba sendo compartilhada com outras pessoas, que valorizam a vida, sentem-se engajados num processo de responsabilidade coletiva, manifestado através das ações de captação de doadores.

Via de regra, todos os doadores pesquisados já incentivaram mais de uma pessoa a doar. Constata-se que apresentam grande capacidade de estimular a doação, transcendendo na maioria das vezes, o trabalho realizado pelo serviço.

*"Eu já falei para os meus colegas lá do serviço, são medrosos e desconheciam o que é a doação, inventam um mundo de coisas erradas sobre a doação, falei e convenci quatro a doar".*

*"Falo para minha amigas, vocês são novas e têm saúde, podem doar, tem gente precisando de sangue. Duas já foram, falta convencer mais duas"( risos)*

*"Perdi a conta de quantos doadores já encaminhei."*

A captação se desenvolve no cotidiano dos doadores e, conforme os relatos abaixo as causas impeditivas são apontadas:

*"As pessoas são mal informadas quando falam em doação, geralmente dizem: "Você é louco, vai lá para pegar doenças". Teria que ter mais informação e esclarecimento sobre a doação de sangue".*

*"Se todos fossem esclarecidos do que pode e o que não pode para doar sangue não teria tanto problema, por exemplo, doar não engorda, não emagrece, não afina o sangue como dizem, mas o pessoal desconhece..."*

Durante as entrevistas, embora tenhamos identificado que a responsabilização sobre a falta de sangue é atribuída a participação individual das pessoas, alguns doadores timidamente apontam o serviço como sendo uma das causas impeditivas para ampliação do quadro de doadores.

*"... tem que divulgar mais, ter mais campanhas."*

*"Acho que vocês deveriam coletar nos finais de semana, em outros horários. Vocês tem que divulgar mais".*

*"Acho que falta divulgação, eu só fui conhecer o Hemocentro depois de um ano de funcionamento..."*

*"Eu sou um doador de "carteirinha", mas muita gente não conhece, falta divulgação".*

*"O Hemocentro não abre nos finais de semana e feriados, afinal, não tem gente morrendo por falta de sangue?"*

Nestas afirmações, fica evidente que os doadores entendem o contexto e apontam algumas causas que poderão ser repensadas pelo serviço de hemoterapia.

Constatamos que o compromisso com a prática da doação, estimula a criatividade, busca novas possibilidades de divulgação, novos espaços, transformando-se os doadores em verdadeiros "educadores para a doação", fica registrado que o serviço poderia contribuir mais efetivamente no desenvolvimento destas ações.

*"Eu vou ao culto todas as quarta-feiras e divulgo sempre, muitas pessoas do bairro já foram doar"*

*"Temos um grupo de jovens, e desde cedo estamos orientando a importância da doação, muitos que já tem idade, já são doadores"*

*"Lá na firma faço, uma orientação geral sempre que posso, principalmente com os novos funcionários".*

*"A educação para a cidadania precisaria empenhar-se em expurgar de cada homem as crenças, as fantasias, as ilusões e, quem sabe, as paixões, que em nada contribuem para o desenvolvimento de uma consciência crítica" (FERREIRA, 1999, p.221).*

## TECENDO CONSIDERAÇÕES

Na saúde muitas conquistas foram alcançadas no decorrer da História. Parte destas através da mobilização social frente ao descaso do Estado, que na maioria das vezes está ligado a interesses privados. Uma conquista importante foi a garantia da saúde como um direito de todos e dever do Estado, mesmo que esse direito ainda não seja totalmente visualizado na prática, ao menos teoricamente alcançou o direito de participar do seu gerenciamento. Esta condição nos coloca a responsabilidade de exercer um papel antes negado. Na prática vivenciamos um momento de expectativa frente as políticas neoliberais que no seu contexto reforçam a estruturação de um Estado Mínimo, reduzindo sua função apenas a regulamentação e administração dos serviços, ficando a ação sob responsabilidade do mercado. Atualmente a ênfase é dada à política econômica, deixando em segundo plano a política social. Esta realidade aponta para a necessidade de se desenvolver um trabalho educativo voltado para a formação de uma consciência política que promova ações para reversão deste quadro.

Na hemoterapia, constata-se que a “ideologização” mantida pelo Estado para tratar a questão do sangue, apenas contribui para a instalação de um modelo excludente, que deve ser analisado e discutido por toda a população.

Presenciamos a reedição de modelos com uma nova roupagem, com refinamento da proposta privatista que reprimida no plano ideológico e no plano objetivo, atua de forma

silenciosa e eficaz, amparada pela reforma do Estado embutida no projeto social-democrata defendido pelo atual governo.

Verificamos a implantação de uma legislação que foi progressista quando se estruturou, mas que está submetida a um embate pela onda privatista.

O desenvolvimento desta pesquisa, constituiu mais do que um olhar investigativo sobre a prática da doação de sangue, permitiu a compreensão da questão do sangue nas particularidades sócio-políticas e econômicas do desenvolvimento capitalista brasileiro.

No papel de pesquisador e de profissional agente da prática direta, conseguimos detectar que a ação interventiva no plano da conscientização e da organização, é necessária para a reversão do quadro de desmonte dos serviços públicos na área de hemoterapia. Desta forma, consideramos primordial sustentar um olhar cuidadoso para questões que foram sendo apontadas no decorrer da pesquisa.

A constatação de que há uma dessintonia entre uma estratégia política que está em consonância com os dispositivos constitucionais (vinculados aos ideários da reforma sanitária brasileira) e os agentes executores (sintonizados com os projetos privatistas para a saúde), tentando revertê-la a qualquer custo.

A política hemoterápica como está estruturada não propicia a prática da doação de sangue como um compromisso social e um dever de cidadania. O conhecimento normatizado institui o saber técnico em detrimento do saber popular.

As razões apontadas como impulsionadoras para a prática da doação de sangue apresentam um significado humanitário, deve ser potencializado para a formação de uma consciência crítica. Deve-se buscar a qualidade do sangue, de forma ampliada, com um significado sócio-político e cultural que ultrapasse a visão da prática curativa individual.

As campanhas desenvolvidas para a captação de doadores tem como objetivo a doação no seu sentido quantitativo, não contribuindo para a mudança do contexto social da doação de sangue.

A ação interventiva no plano da conscientização e da organização é necessária para a reversão do quadro de desmonte dos serviços públicos na área de hemoterapia.

Acreditamos que no plano das relações sociais, a eliminação da distância existente entre o doador-produto e o doador-cidadão, tem que começar pelo efetivo reconhecimento dos seus direitos.

O direito à saúde, não depende somente das Leis, depende principalmente das transformações da visão de mundo, depende da atuação, da ação, da tomada de decisões e no reconhecimento dos seus direitos de cidadania.

“... a visão de cidadania implica na compreensão de uma totalidade de ações de direitos, deveres, de construção de canais de participação na sociedade e de solidificação de sujeitos coletivos e organizações da sociedade civil. Cidadania é um processo em construção”  
(FANTIN, 1997, p.27)



## **ANEXOS**

**ANEXO 1 – FICHA MODELO PARA COLETA DOS DADOS DA PESQUISA**

Nome: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Grupo Sangüíneo \_\_\_\_\_

Data Nas.: \_\_\_\_\_ Est. Civil.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

Faixa salarial: \_\_\_\_\_ Número de Doações \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Grupo Sangüíneo \_\_\_\_\_

Data Nas.: \_\_\_\_\_ Est. Civil.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

Faixa salarial: \_\_\_\_\_ Número de Doações \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Grupo Sangüíneo \_\_\_\_\_

Data Nas.: \_\_\_\_\_ Est. Civil.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

Faixa salarial: \_\_\_\_\_ Número de Doações \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Grupo Sangüíneo \_\_\_\_\_

Data Nas.: \_\_\_\_\_ Est. Civil.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

Faixa salarial: \_\_\_\_\_ Número de Doações \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Grupo Sangüíneo \_\_\_\_\_

Data Nas.: \_\_\_\_\_ Est. Civil.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

Faixa salarial: \_\_\_\_\_ Número de Doações \_\_\_\_\_

**ANEXO 2 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA**

**ANEXO 2 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA**

Data da Entrevista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Dados da Ficha Secundária.....

Trabalho Atual: \_\_\_\_\_ ( ) Desempregado

Reside em Casa Própria : ( ) Sim ( ) Não ( ) Aluguel ( ) Outros

Número de Pessoas na Residência: \_\_\_\_\_ ( ) Da Família ( ) Outros

Quais foram os motivos que levaram você a doar sangue pela primeira vez?

E atualmente, quais são os motivos?

Como você ficou sabendo sobre a doação?

O que a doação de sangue representa?

Você ou alguém da família já recebeu sangue?

Você já incentivou alguém a doar? Qual é o grau de parentesco?

Quais foram os motivos que você utilizou para convencer?

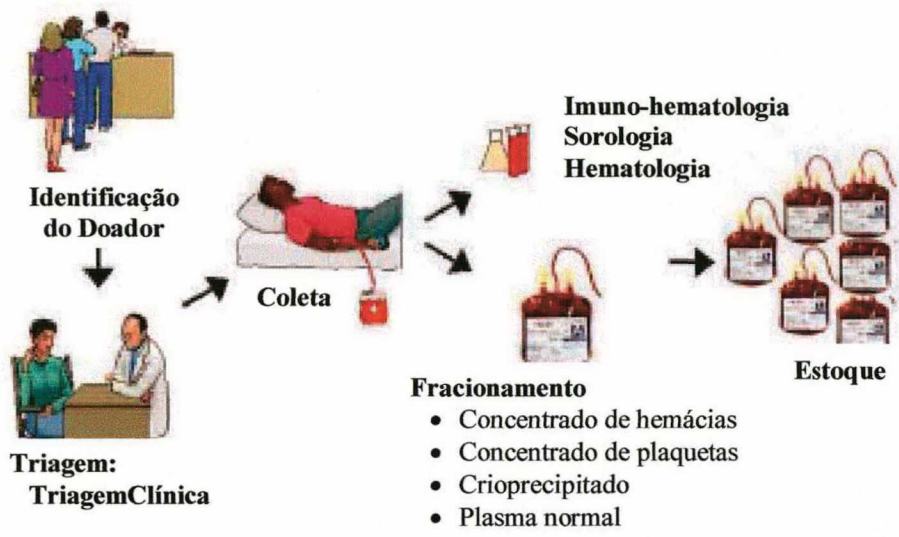
O que você aprendeu doando sangue?

Qual a sua opinião sobre o contexto da doação de sangue?

Pertence a algum grupo comunitário?

Deseja falar algo que não tenha sido perguntado?

**ANEXO 3 – FLUXO DO SANGUE**





**ANEXO 4 – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

**Não doe sangue se você veio apenas fazer um exame para AIDS.**

Existem locais que realizam exames de sangue (inclusive AIDS) gratuitamente.

**Centro de Orientação e Apoio Sorológico**  
Rua Heitor Blum, 521 - Estrela - Florianópolis  
Fone: (0-XX-48) 248-2401

**Centro de Saúde II - Prefeitura Municipal de Florianópolis** - Fone: (0-XX-48) 225-3997

**Hospital Nereu Ramos e Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes**  
Consultas agendadas via posto de saúde de bairro e Central de Marcação de Consultas

**Centro de Saúde Bela Vista - Prefeitura Municipal de São José** - Fone: (0xx48) 246-5485

Em outros municípios: Secretaria Municipal de Saúde  
**Qualquer dúvida, entre em contato com o Hemosc mais próximo de você.**

**Florianópolis**

Avenida Othon Gama D'Éça, 756 - Praça D. Pedro I - Centro  
CEP 88015-240 - Florianópolis - SC  
Telefone Geral (0-XX-48) 251-9700 - Ramal 111 e 112  
**Serviço de Captação de Doadores (0-XX-48) 251-9712**

**Lages**

Rua Felipe Schmidt, 33 - Centro - CEP 88501-310  
Fone: (0-XX-49) 222-3922

**Joaquima**

Avenida XV de Novembro, 49 - Centro - CEP 89600-000  
Fone: (0-XX-49) 522-2811

**Criciúma**

Avenida Centenário, 1700 - Santa Bárbara - CEP 88804-001  
Fone: (0-XX-48) 433-6611

**Chapaco**

Rua São Leopoldo - Quadra 1309 - Esquina com Nossa Senhora do Desterro - Bairro Esplanada - CEP 89811-000 - Fone: (0-XX-49) 729-0550

**Joinville**

Avenida Getúlio Vargas, 198 - Anexo ao Hospital Municipal  
São José - CEP 89202-000 - Fone: (0-XX-47) 433-1378



**FAHECE**  
FUNDAÇÃO DE APOIO  
AO HEMOSC E CEPON



Centro de Hemosc e Hemocentro de Santa Catarina  
**HEMOSC**  
www.hemosc.org.br  
hemosc@hemosc.org.br

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE



SANTA CATARINA



**Seja um doador  
de felicidade**

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Doe vida.  
Doe sangue.

# Amigo Doador:

Você está recebendo a sua **CARTEIRA DE DOADOR DE SANGUE**, referente a sua última doação. Mais do que um documento de identificação, ela significa que os seus exames estão normais e que você poderá fazer uma nova doação, respeitando um intervalo de 90 dias.

O seu gesto é muito mais importante do que se possa imaginar. É assim que você se torna um doador universal de felicidade.

Quando você voltar ao Hemosc, traga seus amigos e mostre como é simples e gratificante salvar vidas. Não esqueça também de trazer sua **carteira de identidade**.

Contamos com seu apoio e participação.



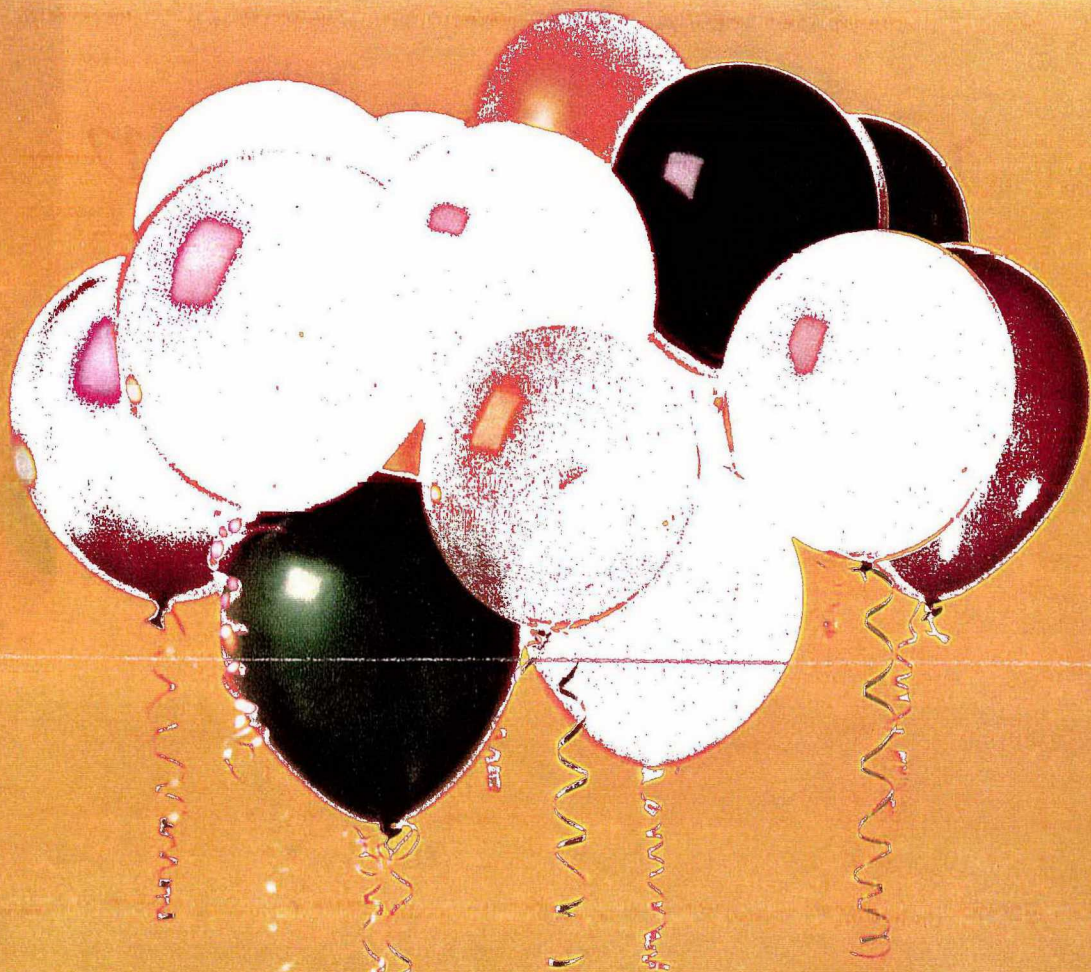
**Doar para  
ser feliz.**

CAP 004



Florianópolis - (048) 224-9033  
Lages - (049) 222-3922  
Joacaba - (049) 522-2811  
Criciúma - (048) 433-6611  
Chapecó - (049) 729-0550  
Joinville - (047) 433-1378





*você receber **95** abraços, **74** beijos,  
**120** parabéns, **68** apertos de mão,  
**200** flores, **109** elogios, além de  
**84** desejos de saúde, paz e amor...*

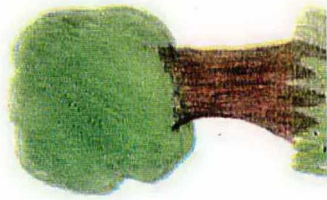
*ao final do dia você talvez tenha sentido um  
pouquinho da felicidade de alguém que recebe  
uma doação de sangue.*

*PARABÉNS.*

*Um grande abraço de toda equipe do HEMOSC.*



# Doação de sangue Uma aula de solidariedade e cidadania



IMPRESSO

---

**ANEXO 5 - FICHA DE CADASTRO DE DOADOR**



ESTABELECIMENTO		Nº REGISTRO	
NOME DO DOADOR		G. S.:	Rh:
		FENOTIPAGEM	
DATA DE NASC.:	SEXO: M ( ) F ( )	RAÇA:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:	EST CIVIL:	
IDENTIDADE E O EXPED			
FILIAÇÃO PAI:		MÃE:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, Nº, APTO, MUNICÍPIO, ESTADO, CEP)			
TELEFONES, RESIDENCIAL		TRABALHO	
ENDEREÇO DO TRABALHO:		PROFISSÃO:	

TRIAGEM CLÍNICA

TRIAGEM CLÍNICA	DATA DAS TRIAGENS E/OU COLETAS								
TIPO DE DOAÇÃO	VOLUNTÁRIA REPOSIÇÃO								
DATA DA ÚLTIMA DOAÇÃO									
PESO (Kg)									
ALTURA (Cm)									
PRESSÃO ARTERIAL									
TEMPERATURA									
PULSO									
HEMATÓCRITO E/OU TEOR DE HEMOGLOBINA									
Nº DA BOLSA DE SANGUE									

TRIAGEM LABORATORIAL

AVALIAÇÃO LABORATORIAL	DATA DAS ANÁLISES								
HEMOGLOBINAS ANORMAIS									
(VDRL E FTA-ABS)									
(HbSAg E ANTI HbC)									
(ANTI HCV)									
CHAGAS (EIE E HA)									
(ANTI HIV)									
(ANTI HTLV I E II)									
TRANSAMINASE (ALP/TGP)									
TESTE CONFIRMATÓRIO									
PAHA									
TÉCNICA									
ANTI-CORPOS IRREGULARES									
GRUPO ABO/FATOR RH									
OUTROS									

CAUSAS DA REJEIÇÃO

C.O.N.	TEMPO DE IMP.	DESCRIÇÃO DO IMPEDIMENTO	SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO	
01	DEF	IDADE SUPERIOR A 60 ANOS																
02	TEMP	IDADE INFERIOR A 18 ANOS																
03	TEMP	DOAÇÃO A MENOS DE 60 DIAS - HOMEM																
04	TEMP	DOAÇÃO A MENOS DE 90 DIAS - MULHER																
05	TEMP	ANEMIA																
06	TEMP	FEBRE																
07	TEMP	INACESSIBILIDADE DE VEIAS																
08	TEMP	MANIFESTAÇÕES GRIPAIS																
09	TEMP	PERDA DE PESO ACIMA DE 10% DO PESO NORMAL NOS ÚLTIMOS 3 MESES																
10	TEMP	VACINA PARA GRIPE, HEPATITE, DOENÇA MENINGOCÓCICA, COLERA, DIFTERIA, PNEUMOCOCO, HAEMOPHILUS INFLUENZA.																
11	ILMP	VACINA PARA POLIOMIELITE ORAL HÁ 2 SEMANAS																
12	ILMP	VACINA PARA VARIOLA, FEBRE AMARELA, VARICELA, FEBRE TIFÓIDE HÁ MENOS DE 2 SEMANAS																
13	TEMP	VACINA ATIVA PARA SARAMPO OU BCG HÁ MENOS DE 4 SEMANAS																
14	TEMP	VACINA PARA RUBÉOLA NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS																
15	TEMP	USO DE VACINA ANTI-RÁBICA NOS ÚLTIMOS 12 MESES																
16	TEMP	IMUNIZAÇÃO PASSIVA COM SOROS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS																
17	TEMP	INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DE GRANDE PORTE NOS ÚLTIMOS 6 MESES																
18	TEMP	INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DE PEQUENO E MÉDIO PORTE NOS ÚLTIMOS 3 MESES																
19	TEMP	EXTRAÇÃO DENTÁRIA HÁ 72 HORAS																
20	ILMP	GESTAÇÃO ATUAL																
21	TEMP	PARTO HÁ MENOS DE 3 MESES																
22	ILMP	ABORTO HÁ MENOS DE 3 MESES																
23	TEMP	ALEITAMENTO MATERNO																
24	TEMP	PULSO ACIMA DE 110 BATIMENTOS																
25	TEMP	PULSO ABAIXO DE 60 BATIMENTOS																
26	TEMP	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA OU DIASTÓLICA																
27	ILMP	HIPOTENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA OU DIASTÓLICA																
28	TEMP	PRESSÃO DIVERGENTE OU CONVERGENTE																
29	DEF	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL																
30	TEMP	TRANSUSÃO DE SANGUE E COMPONENTES HÁ MENOS DE 10 ANOS																

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL



**ANEXO 6 – IMPRESSO DE AUTO-EXCLUSÃO**

Esta informação, prestada por você, é confidencial e será mantida sob sigilo, não tendo qualquer implicação pessoal.

Tem como finalidade, proteger o paciente que irá receber o seu sangue.  
Responda com sinceridade.

**MARQUE COM UM X SOMENTE UMA DAS ALTERNATIVAS:**

Meu sangue **PODE SER USADO** para transfusão.

Meu sangue **NÃO PODE SER USADO** para transfusão, pois tenho comportamento de risco (homossexualismo, bissexualismo. prostituição, contato com mais de um parceiro sexual, usuário de drogas, alcoolismo... )

**ANEXO 7 – CARTEIRA DO DOADOR**

# Carteira do Doador



Centro de  
Hematologia  
e Transfusão  
de São Carlos

**HEMOSC**

Av. Othon Gama D'Eça, 756  
Praça D. Pedro I - Centro  
**Fone (48) 251-9700**  
Ramais 111 e 112

Você terá sua carteira atualizada a cada doação

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAIS da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, 1979, p. 165.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS - ABIA. Boletim. n.2, abril, 1998.

\_\_\_\_\_. ABIA. Boletim n.3, maio, 1988.

BAGNATO, M. H. S. **A Formação Crítica dos Profissionais da Área da Enfermagem.** Rev. Texto & Contexto Enfermagem. v.8,n.1. Florianópolis. 1999. p.31-42.

BELLATO, T. M. da S. Perfil do Doador de Sangue na Cidade de Lages. **Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.** Suplemento outubro, 1998, p.79.

BRANDÃO, C. R. Da educação fundamental ao fundamental da educação. **Cadernos do CEDES,** São Paulo. 1980, 1(1):5-35.

\_\_\_\_\_. **Educação popular.** São Paulo: Brasiliense. 1986, 83p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pró-Sangue. **Boletim Nacional,** fev/abril, 1986.

\_\_\_\_\_. Constituição Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicação, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 721 de 09 de agosto de 1989. Aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e da outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, 11 agosto de 1989. Seção I, p.13643.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados - PLANASHE. 1988/1992, 84p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1376 de 19 de novembro de 1993. Aprova alterações na Portaria nº 721/GM, de 09.08.89, que aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2 de dezembro de 1993. Seção I, p.18405.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (COSAH). **Boletim Epidemiológico**, v.1, n.3, Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de Sangue e Hemoderivados. Relatório de Revisão do Sistema Nacional de Sangue. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico - AIDS** Ano 8, n.2, 23<sup>a</sup> a 36<sup>a</sup> Semanas Epidemiológicas-julho a setembro de 2000.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. São Paulo : Brasiliense, 1996.

\_\_\_\_\_. **Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 1997. 309p.

COELHO, V. S. Gestão Pública Versus Gestão Privada do Sangue: Oposição ou Complementariedade?. **Revista de Administração pública**. v. 26, 1992.

COELHO, E. B. S., WESTRUPP, M. H. B., VERDI, M. **Da velha a nova República: A evolução das políticas de saúde no Brasil**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995. Material instrucional do programa ESPENSUL. Digitado.

COHN, A., ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. 3.ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.133p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. **Relatório...** Ministério da Saúde. 17 a 21 março, 1986. 21p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. **Anais...** Relatório Final, 1986, p. 381-389.

COTTA, R. M. M., MENDES, F.F., MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: "do imaginário ao real"**. Viçosa: UFV, 1998.148p.

CURY, C. R. J. **Educação e Contradição**. São Paulo: Cortez.1986

DIERCKS, M. S. O Processo do Conhecimento na Elaboração de Cartilhas de Educação e Saúde com participação Popular. v.9, n.2. **Revista Momentos e Perspectivas Saúde - Porto Alegre**. 1996, p.83.

FANTIN, M. **Construindo cidadania e dignidade, experiências populares, de educação e organização no Morro do Horácio.** Florianópolis: Insular. 1997, 288p.

FARIA, J.; FARIA, R.; CASTILHO, M. Estudo comparativo em doadores de sangue, correlacionando sexo versus doação voluntária e doação vinculada no serviço de hemoterapia do Hospital Universitário Alzira Velano. Minas Gerais: Alfenas, 1995. In: CONGRESSO NACIONAL DO COLÉGIO BRASILEIRO DE HEMATOLOGIA, 15, 1995. *Anais...* Águas de Lindóia, SP., 1995, p.94.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997. 506p.

FERREIRA, N. T. **Cidadania: Uma questão para a educação.** 5.ed. São Paulo: Fronteira. 1999, 264p.

FLEURY, S. Novos paradigmas para a Saúde: SUS, REFORMA SANITÁRIA, RECURSOS HUMANOS, discurso proferido no I Simpósio Internacional sobre Política de Saúde e Financiamento Revista Saúde n. 48, 1995, p.51-53.

FONSECA, R. M. G. S. da, et al. Historicidade dos Congressos Brasileiros de Enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48, 1996. São Paulo. *Anais...* São Paulo: ABEn, 1997, p.79-101.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense, 1980

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões.** 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998. 295p.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 9.ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983, 79 p.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade.** 17. ed., Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. **Ação Cultural para a Liberdade.** 8.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido.** 8.ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GARCIA, A. V. **O caráter educativo das ações em saúde: entre o biológico e o político.** Florianópolis: UFSC, 1997, 152p. Dissertação (Mestrado em educação) Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** 2.ed. São Paulo: Record, 1998. 107p.

GOLDMANN, L. **Dialética e Cultura**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979

HEMOCENTRO REGIONAL DE LAGES - HEMOSC. Relatório de atividades. Janeiro a dezembro, 1996. 75p.

JUNQUEIRA, P. C. **O essencial da transfusão de sangue**. São Paulo: Andrei, 1979.

KOECHE, D. K.(RE) **Descobrendo caminhos através da educação para interação com o doador de sangue que passa pela experiência de soropositividade**. Monografia apresentada para conclusão do curso de especialização em metodologia do ensino para a profissionalização em enfermagem.UFSC/Departamento de Enfermagem.08/2000

LACAZ, José E., MARTINS, José Eduardo C. Martins, LACAZ, Eduardo M. **AIDS-SIDA**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 1990.

LAURELL, A. C. (org.) et al. **Estado e Políticas sociais no neoliberalismo**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. 244p.

LLACER, P. H. Doação de Sangue no Brasil. **Hematologia, Hemoterapia**, n.2. 1996, p.1-12.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986, 99p.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de Saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80 – **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v.1. n.1. São Paulo, 1991, p.77-96.

MACIEL, L. A. L. ARANTES, S. C.F. Perfil dos doadores de Sangue do Hemocentro Regional de Uberlândia, Mg. **Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v.18 – suplemento, 1996, p.297.

MEDEIROS, S. B. de, SILVA, M. F. P. A percepção do doador de sangue do hemocentro Recife. **Boletim da Sociedade Brasileira de hematologia e hemoterapia**. v.18, suplemento, 1996, p.344.

MÉDICE, A. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, 1992.

MELLO, E. M. B. Comunicação e Voluntariado na Doação de Sangue. **Hemo informativo**. Recife, v.2, n.4, p.44-59, 1986.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário - o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. 310p.

\_\_\_\_\_. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). Distrito



Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3.ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995. p.19-91

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **A saúde em estado de choque.** Petrópolis: Espaço e Tempo/FASE, 1986.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 5.ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269p.

MUNARIN, A. **Educação e Esfera Pública na Serra Catarinense: A experiência política do Plano Regional de Educação.** São Paulo: PUC, 1999. 357p. Tese (Doutorado em Educação) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.

NETO, C. O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: Teoria Método e Criatividade.** 9.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1998. p. 51-66.

NITSCHKE, R. G. **Mundo Imaginal de Ser Família Saudável: A descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.** Série Teses em Enfermagem. Enfermagem PEN/UFSC, Florianópolis: Editora Universitária, UFPel. 1999, 195 p.

PAIM, J.N.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. USP/FSP, 1994.

PARKER, R. et al. **A AIDS no Brasil (1982 – 1992).** Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994 ( História Social da AIDS nº 2)

PATRÍCIO, Z. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica.** Florianópolis: UFSC, 1995, 215p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

PEREIRA, V. C. **Hemoterapia: Uma história de luta pela vida. O imaginário sobre a doação de sangue e a contribuição do serviço social.** Florianópolis. UFSC. 1996. Trabalho (Conclusão do Curso de Graduação) Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. 1996.

PERUZZO, C. K. **Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 341p.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro: a evolução e o sentido do Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995, 407p.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e técnicas**. 2.ed., São Paulo: Atlas, 1989.

SADER, E. G. (org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, L.C., MORAIS, C. COELHO, V.S.P. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. **Physis**, v.1, n.1, p. 161-81, 1991

\_\_\_\_\_. Os anos 80: A Politização do Sangue. **Physis**, v. 2, n.1, p. 108- 47, 1992.

SARAIVA, J. C. P. Perfil do doador de sangue da cidade de Santarém - Pará. **Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v.18-suplemento, 1996, p.308.

SINGER, P. **Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Forense, 1980, p.88.

TADINI, E, MILARÉ, M., CASTRO, V. Perfil de candidatos a primeira doação de sangue no HEMOCAMP em 1995. **Boletim da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v.18, suplemento, 1996, p.307.

UNESCO. Conferência Mundial sobre a Educação Superior. Paris, 1998. Brasil, Leis etc., Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [on line]. Disponível na Internet <http://bdtextual.senado.gov.br>

VILLELA, B. **A política do sangue no Brasil**. Monografia, Instituto de Ciências Biomédicas (I.C.B), Rio de Janeiro, 1985.