

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE HEMOTERAPIA NO BRASIL:
O SISTEMA PÚBLICO DE HEMOTERAPIA DO CEARÁ**

**Mestrando: Francisco Plácido de Sousa Basílio
Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes**

Fortaleza / 2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE HEMOTERAPIA NO BRASIL:
O SISTEMA PÚBLICO DE HEMOTERAPIA DO CEARÁ**

Francisco Plácido de Sousa Basilio

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito para o título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Professor Dr. Ricardo José Soares Pontes

Co-Orientadora: Professora Valdelice Mota

Fortaleza / 2002

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE HEMOTERAPIA NO BRASIL: O SISTEMA PÚBLICO DE HEMOTERAPIA DO CEARÁ

Francisco Plácido de Sousa Basilio

PARECER:

Data: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

AGRADECIMENTOS

Idealizar um trabalho torna-se fácil quando temos como ponto de partida um referencial concreto. Torna-se menos difícil quando entram em cena, formando uma corrente de ajuda, profissionais qualificados que dedicam seu dia a dia a movimentar esta máquina de salvar vidas que é o HEMOCE. Por este motivo, agradeço carinhosamente aos funcionários do hemocentro, em especial à Fernanda, Verônica, Cremilde, Celina e Vilma, entre outras, esperando continuar gozando de suas amizades.

Os grupos de pessoas tornam-se sociedade de amigos. Nesta ótica, retorno ao início do Mestrado e visualizo pessoas como Cristina Brasil, Climério, Darlene, Alix, Valmir, etc. Com estes, convivemos proximamente as emoções, tristezas, alegrias, e porque não dizer, traumas de uma vida acadêmica. Minha gratidão pelo convívio de suas amizades.

Retornar à vida acadêmica sem desfrutar desta experiência após um longo período requer o apoio de professores experientes para que o caminho a percorrer se torne mais ameno. Durante todo o tempo do Mestrado estivemos par a passo com a Professora Lígia Kerr Pontes, eficiente na coordenação e competente na transmissão dos conhecimentos. Sem contar com o apóio irrestrito da professora Vaudelice Mota e o acompanhamento contínuo do professor Ricardo Pontes. Coerente nas críticas, austero na obtenção dos resultados e amigo nas horas necessárias, a todos meu agradecimento carinhoso.

A você Nágela, esposa, amiga e colaboradora, agradeço pelo carinho e compreensão. Muitas vezes, seu silêncio encorajava-me a continuar sempre a atingir horizontes intransponíveis, a você dedico carinhosamente esta obra. Sem esquecer de repartir esta dedicação aos meus filhos, Rodrigo, Janaina, Thiago e Sarah, cuja convivência me permitiu e estimulou a finalização deste estudo, por isso ele também lhes pertence.

Agradecimento especial a Dra. Maria da Piedade Calmom Vergner (In Memoriam). Quando aqui chegou com a missão de colocar em funcionamento o

HEMOCE, espelhei-me em sua grandeza pessoal, sua dedicação ao trabalho, sua honestidade de princípios e seu carinho maternal, portanto, parte desta obra lhe é dedicada.

Meus agradecimentos aos meus familiares e amigos pelo incentivo. Não esquecendo a Dra. Fátima Luna. Quando algo não se coadunava com o desenvolvimento do tema, seu auxílio e orientação faziam-me retornar aos trilhos, levando-me a refletir e repensar o objeto como ciência.

Finalmente, quero agradecer a todos os doadores voluntários de sangue e por que não aos doadores de reposição, pelo gesto concreto de emprestarem um pouco de si para alguém que em muitas ocasiões eles nem conhecem, mas sabem que, esse pouco de sangue doado servirá para salvar vidas. Estes doadores são os ícones que tornam real o funcionamento dos hemocentros. A todos o meu mais sincero agradecimento.

“... Qualquer que seja a sua extensão, pequena ou grande; qualquer que seja o meio que actue: centros importantes, pequenas cidades, povos rurais: quaisquer que sejam, enfim, as circunstâncias: na paz como na guerra – uma organização de transfusão de sangue não admite improviso...”

A. Gosset, P. E. Weill. II Congresso Internacional de Transfusão de Sangue. Paris, 1937.

RESUMO

A hemotransfusão é uma necessidade que acompanha a humanidade desde seus primórdios. A partir do século XV vários estudiosos tentaram utilizar o sangue através da transfusão. Somente no século XX com a descoberta dos grupos sanguíneos e a descrição da prova cruzada, tornaram a transfusão como um método científico. Os institutos de transfusão de sangue foram criados na Europa a partir do ano de 1920. No Brasil somente na década de 1940 surgiram as primeiras organizações hemoterápicas. Em 1949 surgiu a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. A primeira Lei incentivando a doação voluntária de sangue no Brasil data de 1950. Com o surgimento do movimento militar em 1964 e a constatação de que numa eventual catástrofe não haveria sangue suficiente para atender a demanda nacional, é recomendada uma definição na Política Nacional de Sangue. Em 1965 é editado pelo Governo Federal a Lei nº 4.071 disciplinando a atividade hemoterápica no país. E este foi o primeiro passo para regulamentar estes serviços. Somente em 1980 é criado o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pro-Sangue tendo com meta a implantação dos Hemocentros no Brasil. Comparando-se o ano de 1999 quando 2.096.190 coletas de sangue foram realizadas pela Hemorrede Nacional em relação ao ano de 2000 quando 2.329.937 pessoas doaram sangue, notamos um aumento significativo no número de doadores em todo o Brasil. A Gerência Nacional de Sangue e Hemoderivados responsável pelo setor de sangue no Brasil estima o percentual das doações espontâneas em torno de 41,74% sendo que 54,99% representam os doadores de reposição. Em 1971 surgem os primeiros bancos de sangue privados no Ceará. Em 1983 HEMOCE inicia suas atividades. Após dez anos os Hemocentros Regionais são implantados no interior do Estado. Hoje a cobertura hemoterápica no Ceará se aproxima dos 100% atendendo a todos os hospitais públicos e privados.

ABSTRACT

The hemotransfusion is a need which has accompanied the humanity since its origins. Starting from the 15th century, several specialists tried to use the blood trough transfusion, however, only in the 20th century, with the discovery of blood groups and description of the crossed proof, transfusion was recognized as a scientific method. Blood Tranfusion Institutes were created in 1920, but in Brazil, only in the decade of 1940 apperead the first hemotherapics organizations. In this period, the Brazilian Society of Hematology and Hemotherapy was founded (in 1949) and the first law motivating the voluntary donation of blood in Brazil was written (which dates from 1950). In 1964, with the appereance of the military movement and the verification that in an eventual catastrophe there would not be enough blood to assist the national demand, was recommended a definition in the National Politics of Blood. In 1965 was edited by the Federal Government the law number 4.071 which has established rules to hemotherapic activity in the country and this was the first step to regulate this kind of service. But only in 1980 the National Program of Blood and Stems – Pro-Sangue was created tends with main goal the implantation of Hemocenters in Brazil. Comparing the year 1999, when 2.096.190 blood collections were accomplished by National Hematology Network, with the year 2000, when 2.329.937 people donated blood, we noticed a significant increase in the number of donors throughout Brazil. The National Management of Blood and Stems, responsible for the blood section in Brazil, steems the percentage of spontaneous donations around 41,74% and in this estimate 54,99% represent replacement donors. In 1971, the first private blood banks showed up in Ceará, and in 1983, HEMOCE, started to operate. Ten years later, Regional Hemocenters was implanted in the country side of the state. Nowadays, the hemotherapic coverage in Ceará approaches 100%, assisting all of the public and private hospitals.

SUMÁRIO

Lista de gráficos, tabelas e quadros demonstrativos.....	10
Relação de Siglas Utilizadas.....	11
APRESENTAÇÃO.....	13
METODOLOGIA.....	18
I. Pesquisa Documental.....	19
II. História Oral.....	20
CAPÍTULO 1: Aspectos Históricos do Uso do Sangue como Terapêutica - Necessidade de Hemotransfusão.....	23
CAPÍTULO 2: Evolução da Hemoterapia no Brasil: Período de 1900 – 1964.....	28
2.1. Os Primórdios da Política do Sangue	28
2.2. Sangue – Uma questão de segurança Nacional.....	30
CAPÍTULO 3: Evolução da Hemoterapia no Brasil: Período de 1965 – 1980.....	32
3.1. A Regulamentação da Hemoterapia no Brasil.....	32
3.2. Diagnóstico da Situação da Hemoterapia no Brasil – O Relatório Cazal.....	35
3.3. O Relatório Antonácio.....	38
3.4. A Doação Remunerada – Desafio a Vencer.....	39
3.5. Campanha de Doação Voluntária de Sangue.....	44
CAPÍTULO 4: Evolução da Hemoterapia no Brasil – Período de 1980 – 1995.....	47
4.1. O Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pro-Sangue.....	47
4.2. A Reação do Setor Privado.....	53
4.3. Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE.....	55
4.4. Implantação dos Hemocentros no Brasil.....	57
4.5. Interiorização da Hemorrede Pública.....	62
CAPÍTULO 5: Evolução da Hemoterapia no Brasil: Período Atual.....	65
5.1. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária.....	68
CAPÍTULO 6: O Sistema Hemoterápico no Ceará.....	72
6.1. A Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Ceará.....	74
6.2. O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE.....	76

6.3. A Interiorização das Ações Hemoterápicas no Ceará.....	79
6.4. A Necessidade dos Hemocentros Regionais.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	92

Lista de gráficos, tabelas e quadros demonstrativos.

1. Inspeções e reinspeções do Programa Nacional de Inspeções em Unidades Hemoterápicas.
2. Série Histórica da evolução do HEMOCE 1983 – 1989.
3. Hemorrede do Ceará;
4. Número de unidades coletadas e processadas no período de 1994 – 2000 na Hemorrede Pública do Ceará.

Relação de Siglas Utilizadas

1. ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.
2. AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
3. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
4. CEME – Central de Medicamentos.
5. CNH – Comissão Nacional de Hemoterapia.
6. CHS – Conferência Nacional de Saúde.
7. COSAH - Coordenação de Sangue e Hemoderivados.
8. CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
9. DINASHE – Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados.
10. DISAH – Divisão de Sangue e Hemoderivados.
11. FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.
12. FUGISAN – Centro de Hemoterapia e Hematologia do Ceará.
14. 13. GETE – Grupo de Coordenação Técnico Executivo.
15. GGSH – Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados.
16. HEMOCE – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará.
17. HEMOPE – Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco.
18. HO - História Oral.
19. INCQS – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde.
20. INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.
21. INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.
22. LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública.HO
23. OMS – Organização Mundial da Saúde.

24. PLANASHE – Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados.
25. PNIUH – Programa Nacional de Inspeções em Unidades Hemoterápicas.
26. PNCQES – Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia.
27. PRO-SANGUE – Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados.
28. SAMEAC – Sociedade de Assistência a Maternidade Escola Assis Chateaubriand.
29. SBHH – Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.
30. SNAPS – Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde.
31. SINASHE – Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados.
32. SINASAN – Sistema Nacional de Sangue.
33. SNVS – Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

APRESENTAÇÃO

Sempre ao final de mais um dia cansativo de aulas, ao deixar as dependências do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará deparava-me com aquele gigantesco prédio recém construído onde funcionaria o ***Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE***. Em minha mente, vislumbrava hipoteticamente a possibilidade de num futuro breve, incorporar-me às dezenas de profissionais que logo estariam aplicando seus conhecimentos técnicos naquele que, ao meu ver, viria a ser um importante órgão de Saúde Pública do Estado.

Quando em 1978 me graduei em Farmácia, escolhi a modalidade “Análises Clínicas” como o ramo de atividade que iria desempenhar na minha vida profissional. A primeira grande oportunidade de trabalho surgiu em 1982. Como recém concursado da Secretaria de Saúde do Ceará, iniciei meus primeiros passos no Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN, especificamente no setor de hematologia. Naquele ano, Antonio Nóbrega Filho, então Diretor do HEMOCE, formulou-me o convite que seria a plena realização daqueles ideais de quando estudante universitário, participar junto ao Departamento de Biofísica da Universidade Federal de Pernambuco, do curso de Especialização em Aplicação “in vitro” de Radioisótopos e, conseqüentemente a implantar o laboratório de sorologia do HEMOCE.

Após a conclusão do curso e fazendo parte do corpo técnico daquela instituição, iniciamos a montagem do laboratório referido juntamente com outros técnicos que realizavam trabalhos em outros laboratórios e setores básicos do hemocentro. O treinamento de pessoal, a instalação dos equipamentos, a implementação das técnicas que seriam ali executadas, custou-me horas de trabalho, mas isto não representava cansaço, visto que em breve estaríamos

desenvolvendo atividades que reputo, de extrema importância ou seja, colher, processar e transfundir sangue de qualidade.

Durante este processo contamos com a valiosa colaboração da Professora Maria da Piedade Calmon Vergner. Médica hemoterapeuta dedicada que muito contribuiu para o êxito e melhoria do HEMOCE como um todo. Esta profissional com experiência na área de hemoterapia foi convidada para esta tarefa pelo diretor do HEMOCE Luiz Carlos Fontenele. Devido seu dinamismo, conseguimos absorver grande parte dos seus conhecimentos passando a desenvolver nossas tarefas com o mesmo ímpeto da saudosa “mestra”. Após complementarmos estes procedimentos, veio outra etapa do desenvolvimento do hemocentro, ou seja, o início de suas atividades por completo.

O funcionamento pleno do HEMOCE nos seus primeiros dias foi difícil. A falta do doador, peça fundamental para a obtenção do sangue, associado ao fato de “competir” com um banco de sangue privado que naquela ocasião apresentava um índice de cobertura transfusional no município de Fortaleza em torno de 85% da demanda de sangue nos hospitais públicos e privados nos deixava receosos deste intento. Mesmo assim era tarefa que tínhamos de superar. Naquele período, a captação de doadores era bastante complicada. Primeiro porque não conhecíamos o perfil do nosso doador. Segundo porque a doação remunerada não era uma prática utilizada por nós devido à decisão de não utilizarmos este tipo de doador.

Outro fator que nos deixava apreensivos era a pouca quantidade de profissionais especializados para atuar nas várias funções do hemocentro como a coleta, o processamento, a realização de exames imunohematológicos e sorológicos, principalmente, a captação de doador. Outra dificuldade enfrentada se devia ao fato de que a utilização do sangue nas transfusões acontecia quase que exclusivamente sob a forma de sangue total.

Vencida a etapa de conscientização do doador, o HEMOCE passou a fracionar cerca de 90% do sangue coletado. Concomitantemente, passamos a difundir junto aos profissionais que prescreviam o sangue como terapêutica a prática da utilização de cada componente sangüíneo, mostrando que desta forma o receptor se beneficiava e racionalizava a demanda do sangue.

As primeiras coletas no HEMOCE aconteceram no final de 1983. A partir de então o hemocentro não mais parou de atender aos hospitais conveniados como a Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Hospital Universitário Walter Cantídio, onde a preocupação com o binômio doador/receptor sempre representou um aspecto fundamental na busca da qualidade deste serviço.

Para suprir a necessidade de sangue no Hospital Universitário, Maternidade Escola, Hospital Albert Sabin entre outros, todos conveniados com o HEMOCE, passamos a realizar campanhas de doação voluntária em vários locais como indústrias, universidades, instituições militares etc. Somente com a aquisição de uma unidade móvel a intensificação das coletas externa surtiu real efeito. Isto porque a equipe móvel de coleta percorria diariamente as praças públicas, abordando cada passante, tentando captá-los para a doação.

O atendimento à rede hospitalar se deu a partir de convênio estabelecido com a Sociedade de Assistência a Maternidade Escola Assis Chateaubriand - SAMEAC passando a atender todo o complexo Hospitalar Universitário, bem como alguns hospitais privados. Como a doação remunerada não era aceita no hemocentro, passou-se a solicitar doadores no momento da admissão nestes hospitais. Neste ínterim, as cidades da região metropolitana de Fortaleza sentiram a necessidade de serem supridas de sangue pelo HEMOCE. Pouco a pouco o hemocentro começou a expandir seu raio de cobertura e conseqüentemente, a realizar coleta nestas cidades.

Desenvolvendo um trabalho de grande vulto, sendo referência para vários Estados do Nordeste, os serviços deste hemocentro passaram a ser vistos pela população como de interesse para a Saúde Pública. Após consolidar-se no atendimento aos hospitais de Fortaleza e alguns hospitais situados na região metropolitana deste município, houve a necessidade de interiorizar suas ações hemoterápicas. Já na década de 1990, o HEMOCE ampliou seus horizontes inaugurando os Hemocentros Regionais em Crato, na região Sul do Estado, em Sobral, na região Norte, e em Iguatu, no sertão central do Ceará. Hoje, passados mais de vinte anos de pleno funcionamento, a tendência da Rede Pública de Hemoterapia do Ceará é atingir a meta de cobertura transfusional de 100% do

atendimento hemoterápico e hematológicos aos hospitais públicos e competir com o setor privado nos demais hospitais do Estado.

Desenvolver estudo relacionado ao serviço de hemoterapia, em especial ao **Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE** é uma necessidade que tenho na medida em que venho constatando sua pouca visualização enquanto área temática de relevância.

Outros fatores se somaram para que optasse por discorrer sobre a temática em questão. Dentre os mais relevantes cito minha inserção no serviço tendo em vista o trabalho desenvolvido na instituição desde o início de seu funcionamento. O incentivo e a influência de vários amigos que sentiram a necessidade de conhecer e divulgar o trabalho ali realizado tendo em vista ser um serviço onde se realiza a triagem clínica e laboratorial de um sem número de hemopatologias encaminhando estes doadores/pacientes às clínicas e hospitais especializados. Finalmente, fornecer ao Serviço de Epidemiologia das Secretarias de Saúde do Estado e Município as notificações destas doenças.

Em síntese, temos como objetivo desse trabalho estudar a Evolução das Políticas de Hemoterapia no Brasil e a evolução histórica do Serviço Público de Hemoterapia no Ceará.

Assim no Capítulo 1, recuperamos os Aspectos do Uso do Sangue como terapêutica, sendo apresentado como uma breve revisão de literatura onde se busca na história, fatos importantes relativos aos primórdios da utilização do sangue como terapêutica. Neste capítulo enfocamos ainda a necessidade de hemotransfusão.

O Capítulo 2 relata a Evolução da Hemoterapia no Brasil: Período de 1900 – 1964, onde mostramos o surgimento dos primeiros bancos de sangue no País entendendo assim como sendo os primeiros passos para a implantação de uma Política voltada para o sangue. Neste capítulo retratamos inclusive o sangue como um problema de Segurança Nacional.

Já no Capítulo 3, abordamos a Evolução da Hemoterapia no Brasil: Período de 1965 – 1980 procurando mostrar como o segmento hemoterápico foi regulamentado. Neste ínterim, descrevemos dois relatórios importantes na

consolidação deste processo bem como, a criação de um órgão regulador e orientador dos procedimentos de hemoterapia. Apresentamos ainda o problema da doação remunerada de sangue e a reação a este procedimento com a veiculação de campanha educativa para obtenção do doador voluntário de sangue.

No quarto capítulo, enfocamos o período hemoterápico relativo a 1980 – 1995. Destacamos o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pro-Sangue como marco no processo de implantação e funcionamento dos hemocentros no Brasil. Mostramos também, o processo de interiorização da Hemorrede Pública como fator preponderante para a utilização racional do sangue.

O quinto capítulo reflete a hemoterapia nos dias atuais. Apresentamos o Programa de Inspeção em Unidades Hemoterápicas bem como o Programa de Controle de Qualidade Externo para os laboratórios de sorologia componentes do sistema. Mostramos ainda a Agência Nacional de Vigilância Sanitária como órgão voltado para a formulação, gerenciamento e fiscalização do setor ligado ao sangue e hemoderivados.

O capítulo 6 trata do surgimento do sistema hemoterápico no Ceará. Apresenta a necessidade de criação da Hemorrede Pública Estadual passando pelo processo de interiorização destas ações.

Finalmente, no último capítulo apresentamos as Considerações Finais mostrando dados sobre a utilização racional do sangue e seus derivados no Ceará. Sugerimos neste capítulo, algumas medidas visando aumentar o número de doadores voluntários, bem como aumentar o padrão de atendimento nos hemocentros.

METODOLOGIA

Com esse estudo, pretendeu-se apresentar o desenvolvimento histórico das Políticas do sangue no Brasil, tendo como referência o Hemocentro do Ceará.

De acordo com Triviños (1994), quando o interesse do pesquisador recai sobre a “vida” de uma instituição, um tipo de pesquisa possível dentro do paradigma qualitativo é o ***estudo de caso histórico-organizacional***. Segundo o autor, nesse tipo de pesquisa é de fundamental importância o conhecimento prévio existente acerca da organização/instituição que se deseja investigar. Aqui, o fato de ser o pesquisador um funcionário ativo da instituição, torna-se condição privilegiada, na medida em que pode antecipar conhecimento a partir de suas próprias descrições e relatos de experiência.

Segundo o mesmo autor, a primeira fase desse tipo de investigação inicia-se com a “garimpagem” da história documental da organização, partindo de documentos/arquivos, bem como relatórios de atividades, regimentos internos, normas, mapas, podendo existir outras fontes que registram a “vida da instituição”, e que podem ser buscadas em publicações (artigos, estudos de caso, monografias e dissertações), ou em pessoas com as quais é possível realizar entrevistas esclarecedoras.

Assim, a história pode ser construída pautando-se não só no que há de mais concreto e acessível, proporcionado pelos documentos de registros, mas também pela “reconstituição de memória”. A esse respeito, segundo Haguette (1992), a reconstituição de memória – no nosso caso, a memória sobre uma instituição – feita a partir dos atores sociais que a vivenciam é um recurso metodológico válido, embora possa encontrar-se imersa em reinterpretações; seja pela distância existente entre o fato passado e o depoimento presente que já

incorpora possíveis mudanças de perspectiva ou de valores dos atos sociais, seja porque o fato pode ser reinterpretado à luz de interesses particulares.

Em síntese, o nosso processo de coleta de informações utilizou as duas técnicas acima referidas, quais sejam, a pesquisa documental e a história oral.

I. Pesquisa Documental

Dentre os documentos consultados, utilizamos os relatórios anuais e de gestão, projetos de desenvolvimento e cooperação técnica, informativos, boletins institucionais, entre outros. Esse material forneceu um panorama nacional sobre a temática, especialmente os informativos nacionais editados pelo órgão central responsável pela hemoterapia brasileira.

De posse de todo material selecionado, tratamos de analisá-lo através de leituras repetidas, identificando-os e categorizando-os segundo grupos de temas. Assim, de alguns deles, aproveitou-se à descrição dos fatos em sua totalidade, em outros nos detivemos nos pontos que diziam respeito especificamente ao Centro de Hemoterapia do Estado do Ceará. É importante ressaltar que todo o material foi selecionado não só por assunto como também pela data de elaboração, de maneira a seguir certa cronologia e ordem de importância.

Uma das dificuldades encontradas para recuperar a história da hemoterapia diz respeito à existência de poucas publicações sobre o objeto estudado. Buscamos minimizar esta dificuldade realizando um levantamento das leis, portarias, decretos, relatórios anuais entre outros documentos. As leis decretos e portarias foram consultadas através de fontes como o Diário Oficial do Estado e da União.

Recorremos ainda aos jornais locais, revistas, fontes documentais apresentadas em seminários, congressos e outros eventos. Os Centros de Documentação do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde também foram visitados no intuito de obter bibliografia internacional sobre o assunto. Buscamos obter outros dados nos setores departamentais onde se deu o início da Política Nacional de Sangue, ou seja, na Divisão Nacional de Sangue e

Hemoderivados – DINASHE, Coordenação de Sangue e Hemoderivados – COSAH, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, entre outros.

A observação dos arquivos nos levou a concluir que não existe preocupação com a conservação dos documentos; esta constatação é decorrente do estado em que estes se encontravam, amontoados e empoeirados, devido o passar do tempo, mostrando claramente que não temos uma prática de conservar fontes documentais, preservando dessa formas a memória das instituições.

II. História Oral

Em um segundo momento da pesquisa de campo utilizou-se da técnica da *história oral* (HO) para a produção de documentos históricos. Em termos gerais, a “história oral é uma técnica de coleta de dados baseada no depoimento oral, gravado, obtido através da interação pesquisador-entrevistado, uma testemunha de acontecimentos relevantes dentro da temática em questão” (HAGUETTE, 1992).

A autora referida considera que a História Oral oferece um meio de recuperar as fontes pessoais capazes de preencher lacunas e de trazer luz aos fatos que os documentos escritos por si só não puderam elucidar. Com essa intenção, lança mão da memória como fator dinâmico na interação entre passado e presente. Em outras palavras, a história oral está interessada no que é relevante e significativo para a compreensão do objeto, fugindo ao mero aspecto estático do documento escrito que permanece o mesmo através dos tempos.

Minayo (1999) refere que esta técnica é usada no processo de trabalho de campo como artifício para obter dados referentes a fatos não cobertos pela pesquisa bibliográfica, e por ainda, tratar de informações referentes a atitudes, valores e opiniões dos atores que vivenciaram a “história de vida” da instituição.

Ao utilizar a técnica nesse estudo objetivou-se a reconstituição histórica sobre alguns temas, lançados em questões específicas – reportando-se, especialmente, ao início dos bancos de sangue privados, sobre a interiorização dos serviços hemoterápicos no Ceará, à hemoterapia (os hemocentros) como utilidade

pública - que não foram satisfatoriamente respondidas nos documentos e demais registros acessados.

Eleitas às questões temáticas, passamos a avaliar quem deveria ser entrevistado. Essa escolha não foi aleatória, pois deveria reportar-se aos atores que poderiam fornecer contribuições úteis ao desvelamento dos temas. Uma lista exaustiva desses atores foi elaborada, e constituía o universo daqueles que, sabidamente, teriam contribuições a dar, tendo em conta a sua passagem pelas instituições, ou mesmo o acompanhamento por anos, dos processos vivenciados na implantação e funcionamento destas.

Todavia, após uma minuciosa triagem dos nomes mais significativos, foram entrevistados cinco desses atores cuja contribuição foi considerada pelo autor indispensável ao estudo que se desejou obter. A primeira entrevista foi realizada com Ormando Rodrigues Campos visto ser esta pessoa um dos iniciadores da atividade hemoterápica no Ceará e encontrar-se atualmente na Gerência do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE.

Para nos aprofundarmos no conhecimento do processo de interiorização das ações hemoterápicas no Ceará fomos entrevistar José Lindemberg Costa Lima, executivo com vasta experiência em ações estratégicas e administrativas no serviço público, tendo inclusive participado de todo o processo relatado. Finalmente buscamos Luciana Maria de Barros Carlos, e Verônica de Jesus Cavalcante Lopes, esta responsável pelo serviço de captação de doadores e aquela Diretora de Hemoterapia da instituição. Desta forma entendemos que seus relatos muito ajudaram para a construção do trabalho de investigação.

O planejamento e escalonamento das entrevistas obedeceram à ordem dos contatos pessoais estabelecidos entre pesquisador e entrevistado; e, inicialmente, envolveram relações de estreita amizade existente entre estes. Em outros casos, os primeiros atores a serem entrevistados foram aqueles que estabeleceram a ponte entre um novo entrevistado e o pesquisador..

Nesses primeiros contatos, o entrevistado fazia opção pelo local onde gostaria de prestar seu depoimento, o que aconteceu em seus próprios locais de

trabalho, e todos demonstraram grande disponibilidade, espírito cooperativo e até certo orgulho por poder estar contribuindo de algum modo para “fazer história”.

A entrevista envolveu poucas horas de diálogo o que é aconselhável, uma vez, que entrevistas longas podem cansar a ambos (pesquisador e entrevistado), trabalhando contra os objetivos do empreendimento (HAGUETE, 1992).

O encerramento da entrevista era dado pela saturação da própria temática em pauta. Todavia, a depender do tipo de contribuição que o entrevistado poderia oferecer de sua memória e boa vontade, eram agendados retornos que possibilitassem dar continuidade ao procedimento de entrevista. Nesses casos, era dedicado tempo para que o pesquisador revisse as entrevistas anteriores e avaliasse seus resultados, incorporando questões para o próximo encontro ou retornando a assuntos já discutidos, mas, que necessitavam de maiores esclarecimentos.

Com o consentimento dos entrevistados todas as entrevistas foram gravadas em fita cassete, tendo o cuidado de registrar nas mesmas o nome, a data e o número de ordem das entrevistas realizadas. No que diz respeito aos procedimentos posteriores, ao término de cada entrevista registrou-se a necessidade de transcreve-las na íntegra e o mais rápido possível pra evitar extravios ou danos. O original do texto transcrito foi arquivado juntamente com a fita para possibilitar retorno a eles no caso de dúvida ou necessidade de correções. Por fim, procedeu-se o resumo de cada texto para posterior utilização do conteúdo no relatório de pesquisa.

CAPÍTULO 1: Aspectos Históricos do Uso do Sangue como Terapêutica – Necessidade de Hemotransfusão

A crença na utilidade do sangue como agente terapêutico ou possuidor de qualidades vitais excepcionais existiu em várias culturas desde a mais remota antiguidade. No Egito antigo, usava-se banho de sangue para ressuscitar os doentes. Segundo o relato de Plínio, o Velho, espectadores de jogos circenses corriam à arena para beberem o sangue dos jovens gladiadores mortos (GENETET et al., 1978). Assim como beber o sangue estava ligado à recuperação da vida e a juventude, a entrada do sangue nos vasos se constituía uma preocupação daqueles que detinham o poder de fazer ciência ou medicina. Ovidio, poeta latino, que viveu entre 43 a.C. e 16 d.C., descreveu os esforços de Medéia para rejuvenescer o velho Anquises, substituindo o “sangue velho” dos vasos cervicais, por sangue de um jovem sadio (BRASIL, 1986; 1988).

Os judeus entendiam que o sangue tinha caráter e princípio vital, uma força que se revertia nos sacrifícios. O princípio vital das criaturas era o sangue. Com o sangue dos animais sacrificados, marcavam-se as portas dos Israelitas quando da exterminação dos primogênitos do Egito. Habitualmente, para o “sacrifício da paz”, utilizava-se sangue de cordeiro sem mácula. A sangria era uma prática sistematicamente empregada. Os Indianos primitivos pensavam que o sangue era um dos sete princípios derivados do ar (BRANDRES, 1967; GENETET et al, 1978).

Em 1492, o Papa Inocêncio VIII bebeu o sangue de três jovens a fim de recobrar sua saúde. Na revolução Francesa, os pobres consideravam o sangue de aristocratas decapitado como bebida especial. Em certas tribos africanas, era costume beber o sangue do primeiro animal morto pelos jovens guerreiros após o rito de iniciação para sua entrada na vida adulta (WOOD, 1967).

Cesalpino (1519-1603) reconheceu que a circulação se realizava por veias periféricas. Seu trabalho partiu de estudos feitos por ligações venosas. Segundo ele, o sangue se formava no coração conforme relatara Aristóteles (BRANDRES, 1967; GENETET et al, 1978).

Servet, em 1546, publicou o descobrimento da circulação pulmonar. Como sua descoberta estava registrada em livro de teologia, sua tese passou despercebida. Salientou Servet que, em condições normais, não existia comunicação direta intraventricular, portanto o sangue, para alcançar o ventrículo esquerdo, deveria atravessar o “magno orifício” da circulação pulmonar. Em 1604, o professor Rostock Magnus Pegel, falou da transfusão de sangue e a propôs como um método de rejuvenescimento (BRANDRES, 1967; SCHIMIDT, 1967; GENETET et al, 1978).

As primeiras tentativas de utilização do sangue através da transfusão ocorreram somente no século XVII. Harvey, em 1628, descreveu a circulação e introduziu o desenvolvimento e uso da injeção intravenosa. Na segunda metade deste mesmo século, foram lançadas as bases técnico-científicas da época para as tentativas transfusionais. Em 1665, Richard Loewer e Christopher Woen, realizaram uma transfusão com sucesso, através da união da artéria de um cachorro à veia de um outro por meio de um canudo (WOOD, 1967).

O Francês Jean-Baptiste Denis, em 1667, realizou várias experiências relacionadas à transfusão, utilizando o sangue de cordeiro como substituto do sangue humano em pacientes com anemia. Os trabalhos de Denis provocaram reações desfavoráveis em toda a França, e em 1668, foi promulgado uma Lei que exigia a aprovação de um médico da Faculdade de Medicina de Paris na prática de novas transfusões de sangue (SCHIMIDT, 1967).

Giovanni Borelli, em 1680, aprofundou estes conhecimentos através da demonstração do mecanismo da circulação do sangue através das artérias pelos capilares e entre as veias. Neste mesmo, ano Claude Perrault apresentou em pintura, um quadro onde representava a transfusão entre as pessoas por meio de vasos femurais. Na Inglaterra, Mathias Purrman (1648 -1711), realizou trabalhos sobre cirurgia e hemoterapia, chegando a recomendar a via intravenosa para

administração de drogas. Em 1771 William Hewson, publicou um trabalho intitulado “Una Investigación experimental acerca de las propiedades de la sangre”. Nele, reconhece a forma bicôncava das hemácias e sua provável origem dos leucócitos. Ressaltou ainda a presença no plasma de substâncias coagulantes identificadas atualmente como o fibrinogênio. No final do século XVIII Os doutores Philip Syng e James Blundell realizaram no Hospital de Londres onde trabalhavam, um ato transfusional a partir de sangue humano (BRANDRES, 1967; WOOD, 1967; GENETET et al, 1978).

No século XIX, ocorreu um grande desenvolvimento nas ciências biológicas, especificamente na medicina. O conhecimento da fisiologia da circulação possibilitou o emprego do sangue como medida terapêutica. No final deste século foram desenvolvidas técnicas para medir as células vermelhas do sangue e o volume total da hemoglobina. Em 1818, o obstetra inglês James Blundell desenvolveu um aparelho para transfusão direta preconizando a introdução somente do sangue humano nestes procedimentos. Realizou ainda no ano, a primeira transfusão sangüínea inter-humanos em parturientes com hemorragia pós-parto. As transfusões de Blundell foram as primeiras consideradas como de real benefício para os pacientes (WOOD, 1967).

Buyalshii, em 1846, defendeu o uso da transfusão sangüínea em grandes hemorragias. Sutugin, em 1848, empregou sangue desfibrinado como terapêutica efetuando as primeiras tentativas de conservação do sangue a baixas temperaturas. Na Rússia, (1859) Jotovitskii obteve resultados satisfatórios ao salvar um paciente hemorrágico com o emprego da transfusão. Inosentsef introduziu o soro sangüíneo como substituto do sangue. No ano de 1869, Creite, Landois e Bordet estabeleceram o princípio da aglutinabilidade das células vermelhas de um animal por soros de outra espécie. Tal fato foi seguido por Shattock em 1899 e descrito no British Medical Journal (WOOD, 1967; GENETET et al, 1978).

Foram as descobertas científicas no início do século XX que possibilitaram o desenvolvimento da transfusão tal como a conhecemos. Em 1900, Ehrlich e Margenroth descobriram que injetando células de um carneiro em outro poderiam provocar a formação de anticorpos hemolíticos. A descoberta dos grupos sangüíneos por Landsteiner no ano seguinte, a descrição da prova cruzada

realizada por Ottemberg em 1908, tornaram a transfusão de sangue como um método científico (WOOD, 1967).

Devido os trabalhos de Hustin (1914), Agote e Lewisohn (1915) na Argentina, Bélgica e Nova York respectivamente, foi possível utilizar o citrato de sódio como anticoagulante. Em 1916, Rous e Turner iniciaram as pesquisas adicionando citrato de sódio à dextrose, sendo esta a primeira solução anticoagulante e preservadora do sangue. Já em 1922, Nuremberg ensaiou a adição de oxigênio no sangue. Levine e Landsteiner, em 1928, anunciaram a descoberta dos anticorpos M e N, através da injeção de células vermelhas em coelhos, favorecendo ainda mais o conhecimento do processo de isoimunização. Neste mesmo ano, a “Societé des Nation” adotou a denominação ABO para as transfusões. Em seguida por volta de 1939, Levine descobriu o fator Rh (WOOD, 1967).

A partir desta década (1920), algumas instituições voltadas para a transfusão de sangue surgiram em vários países: Oliver dirigiu em Londres uma organização de transfusão sangüínea com estreita colaboração da Cruz Vermelha. Esta entidade no seu primeiro ano de atividade possuía apenas quatro doadores cadastrados, em seguida foram associados 737 doadores e realizadas em média 400 transfusões. Em 1926 fundada-se em Moscou o Instituto Central de Transfusão de Sangue. Dois anos mais tarde o Hospital Saint-Antoine de Paris criou um serviço voltado exclusivamente para a transfusão de sangue, efetuando 262 transfusões (WOOD, 1967; BRANDRES, 1967).

Na década de 1930 vários outros bancos de sangue passaram a funcionar, como o de Berlim, Madri, Valença e Barcelona. Com o avanço do desenvolvimento técnico-científico surgiu uma nova forma de organização dos serviços transfusionais centrados na coleta, estocagem e distribuição de sangue, hoje conhecido como serviço de hemoterapia. Em 1937, instala-se no hospital de Chicago nos Estados Unidos, um serviço exclusivo para atendimento hemoterápico (BRANDRES, 1967).

Em 1948, criou-se na França a Federação dos Doadores Voluntários de Sangue, inicialmente com poucos membros. Hoje se constitui na Federação

Internacional das Organizações de Doadores Voluntários de Sangue, sendo colaboradores indispensáveis àqueles que se dedicam ao ato transfusional. Posteriormente, em 1952, o Governo Francês editou o Código de Saúde Pública, criando oficialmente a estrutura transfusional francesa, estabelecendo o monopólio estatal aos estabelecimentos sangüíneos para a coleta, conservação fracionamento e distribuição do sangue humano daquele país. Este modelo funciona tendo o Centro Nacional de Transfusão Sangüínea como órgão central sediado em Paris e Centros Regionais de Transfusão localizados em várias cidades francesas. (GENETET et al, 1978).

CAPÍTULO 2: Evolução da Hemoterapia no Brasil: Período de 1900 a 1964

2.1 Os Primórdios da Política Nacional do Sangue

Sabe-se que no Rio de Janeiro, na década de 1920, o laboratório de Análises Clínicas dos Doutores David Moreira, Nelson Castro Barbosa e Oswuino Pena, realizavam transfusão e treinavam outros profissionais que posteriormente introduziam o método da coleta e transfusão em seus locais de trabalho. Os pioneiros da hemoterapia no Brasil trouxeram do exterior as técnicas desenvolvidas na época, sendo uma das mais usadas a transfusão braço a braço através da seringa de Jubé. Este era o ato transfusional, onde o cirurgião, devido sua habilidade na dissecação e punção venosa, bem como no tratamento do choque, estava envolvido durante todo o tempo na execução da técnica (SANTOS, 1991).

Uma das primeiras organizações hemoterápicas com um corpo de doadores cadastrados surgiu em 1930, na cidade do Rio de Janeiro, sob responsabilidade do Doutor Rosa Martins. Este serviço mantinha intercâmbio para treinamento e atualização e participou da implantação de serviços transfusionais em vários estados do Brasil. Em 1941, surgiu no Hospital Fernandes Filgueiras, no Rio de Janeiro, um banco de sangue cujo objetivo principal era o atendimento transfusional a hospitais daquela localidade. No entanto, uma das primeiras organizações oficiais voltada para a cobertura de sangue nos hospitais públicos foi institucionalizada pela Prefeitura do Distrito Federal no Estado do Rio de Janeiro em novembro de 1945.

A partir destas experiências, difundiu-se esta atividade para outros estados da federação, de tal forma que, em 1949, foi realizada a primeira reunião científica de profissionais ligados à hemoterapia e, já no ano seguinte, era criada a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. De modo geral pode-se dizer que, nesse período, a estruturação de toda a rede de serviço de transfusão de sangue em nosso país não obedeceu a nenhuma política de saúde previamente traçada pelo estado. Centros de iniciativa privada desenvolveram-se de maneira espontânea segundo os ditames das necessidades médico-assistências e de mercado existentes em cada realidade.

Frente ao crescimento de bancos de sangue tanto de natureza privada ou pública, e a conseqüente utilização de doadores remunerados, surgiu a primeira iniciativa na esfera federal de sensibilização da sociedade para a doação voluntária de sangue, através da Lei nº 1.075 de 25 de março de 1950, dispondo sobre a doação voluntária de sangue no Brasil.

A referida lei continha três artigos que favoreciam a dispensa ao trabalho no dia da doação do funcionário público civil ou militar que assim procedesse, a anotação na folha de serviços destes mesmos servidores de um “louvor” pelo seu ato, e finalmente os doadores que não fossem servidores públicos seriam incluídos entre aqueles que prestaram serviços relevantes à sociedade e a pátria (BRASIL, 1950).

Entretanto, este dispositivo legal não surtiu o efeito necessário para despertar na população em geral a prática da doação voluntária. Nem mesmo o Dia Nacional de Doador de Sangue, criado através do decreto nº 53.988 em dezembro de 1964, comemorado anualmente em 25 de novembro, foi suficiente para sensibilizar a população para o ato da doação voluntária, e muito menos para adequar as necessidades à demanda de sangue (BRASIL, 1964; SANTOS, 1991).

Notamos que nesse período não havia, por parte do Governo, uma preocupação em organizar e fiscalizar estes serviços no que diz respeito a

sua qualidade, passando a hemoterapia a ser uma prática acessória, ligada na maioria dos casos a serviços como Prontos-Socorros, Hospitais e Santas Casas. Não havia também qualquer regulamentação da atividade profissional. Em consequência, estes bancos de sangue funcionavam como bem entendiam, a qualidade do serviço dependia da instituição e do responsável que podia manter um “serviço de prestígio” ou meramente um “negócio lucrativo” (SANTOS, 1991).

2.2. Sangue - Uma Questão de Segurança Nacional

Como foi visto, até 1964, a área de sangue e hemoderivados não era objeto de preocupação por parte do poder público federal. Não existia regulamentação ou mesmo fiscalização desta atividade. Isto permitia que bancos de sangue realizassem coleta, preparação, conservação e distribuição do sangue integral, realizando inclusive o ato transfusional, além de não possuírem recursos humanos adequados e material apropriado para este fim. Estes bancos de sangue variavam de tamanho e capacidade, chegando inclusive a preparar pequenas quantidades de plasma ou frações plasmáticas (SANTOS,1991).

Com a eclosão do movimento militar em 1964, as organizações militares verificaram que não existia estrutura de suporte para a utilização do sangue capaz de atender a uma demanda emergencial em caso de catástrofe. Esta constatação, articulada com a Doutrina de Segurança Nacional, que norteava as ações do Estado, fez com que as Forças Armadas solicitassem ao Ministério da Saúde a criação de um órgão oficial que gerisse uma política de saúde neste setor e disciplinasse as atividades hemoterápicas no país (BRITO, 1966)

Em outubro de 1964 o então Ministro da Saúde Raymundo de Moura Brito, redige um documento e encaminha-o ao Presidente da República. Nele referia-se à falta de legislação específica no Brasil sobre a hemoterapia e a ausência de normas reguladoras afirmando reinar uma absoluta indisciplina na doação e na aplicação do sangue com risco grave para a saúde e a vida dos doadores e receptores. Reportava-se à falta de critérios de hierarquia na aplicação do sangue, determinantes das prioridades que deveriam ser observadas quanto à destinação

deste produto e seus derivados, contribuindo para que se verifique a qualquer tempo, a escassez do sangue total em decorrência de produção excessiva dos derivados que constituem indústria altamente rendosa (BRITO, 1966).

Em seu relato, Raymundo de Brito (1966), afirmava ser imprescindível e urgente a definição da Política Nacional do Sangue que assegurasse e garantisse a eficiência da hemoterapia pelo correto emprego do sangue e seus derivados bem como a formação de reservas hemoterápicas para atender as necessidades internas do país numa eventual “catástrofe nacional”. Referia-se também à preocupação com a escassez de sangue visto que, vários bancos de sangue remetiam seus produtos para as indústrias fabricantes de derivados sangüíneos, enfocando ser uma temeridade permitir a exportação de sangue e derivados sem qualquer regulamentação. A sugestão era de que não só fossem estabelecidas as diretrizes da Política Nacional do Sangue, mas a criação de um órgão permanente para garantir sua plena observância.

Em resposta a solicitação do Ministro, o Presidente da República Humberto de Alencar Castelo Branco, sancionou em 16 de outubro de 1964 o Decreto nº 54.494, instituindo no Ministério da Saúde um grupo de trabalho formado por cinco membros entre os quais um representante do Estado Maior das Forças Armadas, para num prazo de 120 dias elaborar um projeto de lei destinado a estabelecer *as bases da Política Nacional de Sangue* e instituir a *Comissão Nacional de Hemoterapia*, órgão permanente incumbido de promover e fiscalizar a execução desta política (BRITO, 1966).

CAPITULO 3: Evolução da Hemoterapia no Brasil: Período de 1965 – 1980

3.1. A Regulamentação da Hemoterapia no Brasil

Em resposta a solicitação do Ministro Raymundo de Britto, em junho de 1965 foi sancionada a Lei nº 4.071 dispendo sobre a atividade hemoterápica no Brasil. Esta lei continha pontos fundamentais para a implementação da Política Nacional do Sangue. Destacamos entre eles o primado da doação voluntária de sangue, a proteção ao doador e receptor, o estímulo à pesquisa científica, o estabelecimento de normas disciplinadoras da atividade industrial, a fixação de critérios de destinação do sangue coletado de seus componentes e derivados, assegurando a disponibilidade permanente de sangue total para transfusão e o emprego do sangue nos casos de calamidade e interesse nacional (BRASIL, 1965)

Além de normatizar o exercício da atividade hemoterápica, definia a estrutura dos órgãos que desenvolveriam esta atividade, estabelecendo competências classificando-os da seguinte forma: Um órgão normativo e consultivo, ocupando-se do disciplinamento da referida atividade em todo território nacional; órgão de fiscalização, com autoridade de âmbito nacional, estadual e municipal a mando do campo da saúde pública; órgãos executivos, de iniciativa governamental ou particular, de finalidade e amplitude variáveis, operando com o sangue ou seus componentes e derivados (BRASIL, 1965).

A Comissão Nacional de Hemoterapia, criada através deste instrumento legal, seria responsável deste modo pela supervisão das atividades relativas ao sangue e visava inicialmente dotar o país de um conjunto básico de regras ainda inexistentes que disciplinasse o setor. Era constituída por Representantes do Ministério da Saúde, do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia,

do Instituto Oswaldo Cruz, das Forças Armadas e da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (BRASIL, 1965).

Caberia ainda a Comissão Nacional de Hemoterapia, propor as autoridades competentes à execução de projetos, opinar sobre os assuntos relacionados com o sangue humano, seus componentes e derivados, emissão de pareceres sobre novas técnicas de trabalho hemoterápico e celebrar ajustes com entidades técnicas em assuntos de sua competência.

Ao que parece, esta Comissão não pode de fato enfrentar as responsabilidades que lhes foram atribuídas, por não possuir uma estrutura suficientemente e dispor de competência para fazer não mais do que textos normativos, que foram relativamente abrangentes diante de uma total inexistência de qualquer espécie de normas disciplinadora (BRASIL, 1965).

Apesar da Comissão Nacional de Hemoterapia produzir inúmeros textos disciplinadores, notava-se ainda o acanhamento da política de sangue. Isto se devia ao fato desta Comissão funcionar apenas como órgão consultivo, não possuindo assim poderes para organizar e fiscalizar os bancos de sangue. Mesmo assim, um fato chamou a atenção: o estabelecimento de medidas visando a proteção do doador e receptor, de extrema importância, pois ampliava os conceitos de saúde pública, permitindo que, através da triagem clínica realizada pelos bancos de sangue, ocorresse a diminuição de doenças hemotransmissíveis e os doadores com suspeita de alguma doença fossem encaminhados aos hospitais especializados (BRASIL, 1965; CARVALHO, 1989; PINTO, 1991;).

Em 1967, foram promulgados três Decretos Lei que muito contribuíram para o desenvolvimento da hemoterapia brasileira. O primeiro deles, de nº 211, de fevereiro do mesmo ano, dispunha sobre o registro de órgãos executores da atividade hemoterápica. Este decreto criava um cadastro geral de órgãos e entidades médicas atuantes no setor, configurava em delito previsto no Código Penal o exercício desta atividade sem a observância desta norma legal.

O Decreto Lei nº 60.969, de junho daquele ano, definia os serviços hemoterápicos prestados pelos setores públicos e privados. A importância deste Decreto se deu na medida em que os bancos de sangue realizavam todo tipo

atividade hemoterápica. A partir daquele momento, estes tiveram de se enquadrar nas novas definições, hierarquizando-os e definindo competências de cada um (BRASIL, 1976).

Assim, o Decreto definia como Serviço de Hemoterapia e/ou Banco de Sangue, a organização que procurava diretamente a obtenção, coleta, controle, armazenamento, seleção e aplicação de sangue para a transfusão, podendo ainda, preparar derivados do sangue não industrializado. Já o Posto de Coleta foi denominado, como órgão fixo ou móvel que procura a obtenção de sangue e o entrega à entidade autorizada à execução de controle e armazenamento. Definia como Agência Transfusional, a organização que aplica sangue e hemoderivados fornecidos por entidade autorizada, podendo armazenar e selecionar sangue e hemoderivados. O Posto de Suprimento seria um órgão auxiliar de emergência, decorrente de imperiosa necessidade ou interesse nacional, podendo armazenar e fornecer sangue e hemoderivados em condições de uso imediato. Existia também o Serviço Industrial de Derivados do Sangue funcionando como uma organização incumbida no preparo de produtos derivados do sangue obtido de organização autorizada, aplicando métodos industriais.

O terceiro instrumento legal de importância para o setor hemoterápico, editado em dezembro de 1967, foi o Decreto nº 61.817. Preceituava que o sangue coletado no território nacional somente poderia ser utilizado dentro do país para emprego na transfusão ou com finalidade industrial. Neste dispositivo, proibia a exportação de sangue humano, preceituava sua utilização dentro do prazo de validade de acordo com o anticoagulante usado no processo de coleta, permitindo que passado este prazo, o plasma poderia ser cedido à indústria para preparo de derivados.

3.2. Diagnóstico da Situação da Hemoterapia no Brasil - O Relatório Cazal .

Um dos marcos históricos da implementação da Política Nacional do Sangue no Brasil foi à apresentação de um estudo realizado a pedido do Governo brasileiro e executado em 1969 por Pierre Cazal, consultor da Organização Mundial

da Saúde e Diretor do Centro de Transfusão Sangüínea de Montpellier França. Cazal veio ao Brasil com o objetivo de estudar e avaliar o sistema hemoterápico brasileiro, apresentando como resultado, o denominado “Relatório Cazal”.

Cazal elaborou o relatório tendo como base visitas efetuadas por ele e sua equipe em cinco Estados e instituições seguintes: Rio de Janeiro – Instituto estadual de hematologia Arthur Siqueira Cavalcante, Banco de Sangue do Hospital dos Servidores do Estado, Instituto Oswaldo Cruz, Laboratório de Controle de Drogas e Alimentos, Banco de Sangue Santa Catarina e Hoechst do Brasil; em São Paulo – Banco de Sangue do Hospital das Clínicas, Maternidade São Paulo, Hospital dos Servidores Públicos, Santa Casa de Misericórdia, Banco de Sangue Modelo e COLSAN; em Brasília – Banco de Sangue do Hospital Distrital de Brasília e Unidade Integrada de Sobradinho; na Bahia – Banco de Sangue do Hospital das Clínicas, Santa Casa de Misericórdia e Hospital Santa Isabela; em Minas Gerais – Banco de Sangue do Hospital das Clínicas, Hospital São Lucas, Santa Casa de Misericórdia, Banco de Sangue São Pedro e São Paulo, Hospital Vera Cruz, Hospital Felício Rocho, Hospital Municipal e Instituto Mineiro de Hematologia (CAZAL, 1969).

Em virtude da confusão existente nas múltiplas instituições de hemoterapia no Brasil, o relatório Cazal teve uma repercussão positiva na esfera do governo, ao propor para o Brasil a ***criação de uma organização hemoterápica hierarquizada e regionalizada nos moldes existentes na França*** (CAZAL, 1969).

Tal proposição se deveu ao fato de ter constatado vários tipos de serviços, os de coleta de sangue e os laboratórios industriais. Os primeiros caracterizavam-se pela realização de coletas de sangue em hospitais, já os laboratórios industriais caracterizavam-se pela industrialização dos derivados do sangue como a gamaglobulina, albumina e o fibrinogênio, utilizando para este fim o plasma adquirido dos serviços de coleta de sangue. Sugeriu então, que estes serviços fossem classificados em três categorias: os *bancos de sangue*, que colhem, preparam, conservam e distribuem sangue integral, podendo realizar transfusão. Os *serviços de coleta*, cujo papel seria colher sangue e distribuí-lo gratuitamente aos hospitais. E os *laboratórios industriais*, pertencentes a grandes indústrias privadas que preparariam derivados estáveis do sangue (CAZAL, 1969).

Cazal (1969), levantou várias falhas no sistema hemoterápico brasileiro à época. Observou uma multiplicidade de pequenos serviços de hemoterapia, sem nenhuma condição de funcionamento e sem a devida coordenação. Constatou a utilização de doadores remunerados e a comercialização do sangue e hemoderivados. Verificou o não envolvimento do Governo e a falta de estímulo com a Política Nacional de Sangue. Notou também que havia falta de recursos técnicos e financeiros para a coleta do sangue. E finalmente constatou que se obtinha lucro com a comercialização do sangue humano no país.

Como proposta, preconizava o Relatório Cazal que “numa unidade territorial bem definida não deveria existir senão um único órgão de hemoterapia”. Defendia que esta condição era preenchida em outros países e que o centro proposto não poderia exceder entre 50 km a 10.000km de área territorial, tendo uma densidade populacional variando de 30 a 300 mil habitantes por quilometro quadrado.

Propunha que, em nível de governo, deveria existir um órgão central e permanente para gerenciar a Política do Sangue e que este seria assessorado por comissões interestaduais, formadas por especialistas oriundos dos diferentes estados da federação. A denominação desse órgão único em cada unidade territorial seria “**CENTRO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - CTS**”. Funcionaria como unidade administrativa, podendo, no entanto possuir “sucursais administrativas de sangue” em cada hospital, ou ainda “sucursais de coleta de sangue” nos bairros periféricos, ou “sucursais mistas de coleta e distribuição” nas cidades interioranas. Salientava, entretanto, que não era necessário extinguir todos os bancos de sangue existentes. O essencial, em curto prazo, seria apenas “o conjunto ter uma única unidade de gerência e uma única direção” (CAZAL, 1969).

Estes centros estariam submetidos ao controle financeiro do Estado de modo que se comprovassem claramente a ausência de lucro. Obviamente, quando estes centros não pudessem assegurar totalmente ou em parte certas operações, o sistema poderia buscar complementação do serviço no setor privado. No entanto, estes serviços privados deveriam obrigatoriamente ser submetido à prévia aprovação do Governo Federal, com parecer da Comissão Nacional de Hemoterapia (CAZAL, 1969).

Cazal (1969), Sugeriu que, para fazer face ao custo financeiro e operacional, deveria ser instituída uma tarifa nacional para o sangue e seus derivados, que correspondesse ao trabalho de coleta, preparação e distribuição do sangue, onde todos os consumidores contribuiriam. Justificava essa proposição lembrando que na França este sistema funcionava desde 1948, apresentando bons resultados. Como no Brasil o então Instituto Nacional de Previdência Social já assegurava este tipo de reembolso, bastariam alguns ajustes e modificações para que tudo fosse equalizado. Estes recursos poderiam ser assegurados ou por subvenções regulares dos governos federal, estaduais, ou do próprio INPS, por remuneração do trabalho de coleta, preparação e distribuição dos produtos sanguíneos.

O Relatório Cazal foi encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Hemoterapia em abril de 1970. Em análise, a CNH avaliou que serviços centrais de sangue já existiam no Brasil (público ou privado), o que não havia era uma sistematização operacional do serviço. Precisavam estes, de um serviço de natureza oficial credenciado pelo governo para operacionalizar o sistema. Enfocava que no país não havia um sistema geral de prestação de assistência médica, havendo dificuldade de estabelecer uma sistematização em área específica como a da hemoterapia. Enfatiza que o modelo proposto por Cazal era uma cópia do modelo Francês, onde o Serviço Nacional de Transfusão Sanguínea de Paris coordenava os órgãos regionais sediados em várias cidades, todos funcionando como departamentos regionais, hierarquizados de acordo com as necessidades locais. No Brasil, esta estrutura seria inexecutável devido existirem regiões quase despovoadas. Pesava também as condições econômicas de se transpor de imediato de uma situação existente para a proposta.

3.3. O Relatório Antonácio

Em 1976, Francisco Antonácio, por solicitação do Ministro da Saúde, realizou uma nova investigação acerca da hemoterapia no Brasil. Após visitar todas as capitais brasileiras, percorrendo clínicas, hospitais, bancos de sangue, além de entrevistar várias autoridades sanitárias, elaborou um diagnóstico da real situação da hemoterapia no Brasil. O que foi constatado não foi diferente da realidade

apresentada por Cazal em 1969. Porém, serviu para reafirmar a falta de compromisso das autoridades de saúde com relação à hemoterapia.

Antonácio (1976), revelou que para prover adequadamente as necessidades de sangue de uma comunidade seria necessário que 5 a 8% da população doasse sangue pelo menos uma vez ao ano. Condenou a forma de recrutamento realizado pelas instituições hemoterápicas, observando que as mesmas continuavam utilizando sangue de doadores remunerados, o que para ele, representava sérias restrições éticas e morais.

Ressaltou a falta no Brasil de uma política reguladora facilitando a proliferação de um sem número de serviços dedicado à atividade hemoterápica. Identificou a existência de três tipos de serviços no país.

Os *Serviços Oficiais*, que possuíam instalações adequadas suprindo todas as atividades hemoterápicas. Neles, os doadores eram sempre convocados entre familiares (sem remuneração). Entretanto, a seleção clínica nem sempre se fazia satisfatória. Fornecia apenas sangue total e plasma, constituindo-se exceção os que promoviam o uso racional do sangue.

Os *Serviços Benéficos* eram instituições privadas sem fins lucrativos que colhiam sangue para fornecer a hospitais prestadores de assistência médica gratuita. Estes serviços recrutavam doadores através de campanhas, sendo seu maior contingente os candidatos ao serviço militar obrigatório. Não desenvolviam técnicas de fracionamento do sangue e forneciam apenas sangue total e eventualmente o plasma.

Os *Serviços Privados com fins lucrativos* representavam cerca de 70% do total dos serviços hemoterápicos existentes. A seleção clínica dos doadores é realizada de modo descuidado e em muitas ocasiões não é feito qualquer interrogatório sobre enfermidades prévias e atuais. Utilizavam doadores comerciais com fins lucrativos. O sangue colhido era utilizado para atendimento de clínica própria e para fornecimento a hospitais privados e a indústria de fracionamento de plasma (ANTONÁCIO, 1976).

O relatório ressaltava a necessidade imperiosa da atuação governamental prioritária a fim de promover a substituição do atual sistema com características comerciais, por outro que assegure o provimento das necessidades hemoterápicas em todo o país em condições compatíveis com os modernos preceitos técnico-científicos. Para tanto, apontava para a criação de *Centros Regionais de Transfusão de Sangue* nas capitais brasileiras, a preparação de pessoal técnico em todos os níveis, e a estruturação do programa de recrutamento de doadores orientado dentro da filosofia educacional (ANTONÁCIO, 1976).

Enfatizava que a reestruturação da Comissão Nacional de Hemoterapia era fundamental. Advogava para um aumento dos seus membros com a inclusão de representantes regionais de cada Estado. Sugeriu que o sistema responsável pela atividade hemoterápica fosse reunido em duas categorias. Os Centros Regionais de Hemoterapia, inicialmente implantados em cada capital. Estes Centros seriam definidos como organização que recruta doadores, colhe, processa, armazena e distribui aos serviços e eventualmente aplica sangue e derivados para fins terapêuticos. Os Serviços de Hemoterapia teriam a incumbência de prover as necessidades transfusionais e imunohematológicas de pacientes atendidos pelos hospitais. Estes Serviços conforme a importância do hospital poderiam ser auto-suficientes ou supridos pelos Centros Regionais de Hemoterapia (ANTONÁCIO, 1976).

3.4. A Doação Remunerada - Desafio a vencer

O doador de sangue sempre representou um dos maiores investimentos na hemoterapia. Sem ele, este serviço não funciona. Mesmo assim, tem sido alvo de várias especulações no que diz respeito à prática da doação de sangue. Historicamente, a maneira de recrutar doador de sangue era realizada de várias formas: em alguns casos convencendo-o a praticar este ato tendo em vista a necessidade do sangue para salvar vidas; em outros, através da prática de gratificá-lo inclusive financeiramente.

Como o problema da doação de sangue envolve situações éticas, sociais, psicológicas, tornou-se difícil à manutenção dos serviços de hemoterapia, pois cada

a dia crescia a necessidade de sangue em hospitais e centros especializados. Infelizmente a ciência ainda não desenvolveu técnicas adequadas favorecendo a produção de sangue em escala industrial, sendo necessário para tal fim o elemento humano. Baseado nestes fatos, a doação remunerada passou a ser uma prática comum mesmo com os questionamentos produzidos por médicos, sociólogos e outros estudiosos no assunto.

O Relatório Cazal 1969, já condenava a doação remunerada bem como, o comércio e o lucro com o sangue assim se posicionando: “o sangue humano e seus derivados não são objetos de comércio, isto é, não podem ser vendidos nem comprados, conseqüentemente não podem gerar lucro”. Em referência ao doado, sugere que não haja coação dos pacientes, para que os mesmos pratiquem a doação de sangue, e sim que estes doem voluntariamente.

Antonácio (1976), em seu diagnóstico, constatou que entre os doadores comerciais, a incidência de doenças hemotransmissíveis é significativamente mais elevada do que na população em geral e que no Brasil o vírus causador da hepatite B é pelo menos quatro vezes mais freqüentes em doadores comerciais do que em doadores de reposição, sendo que a Doença de Chagas incide duas vezes mais naqueles do que nestes últimos. Lembra ainda, que o doador comercial é em geral um indivíduo explorado na sua condição de ignorância ou de necessidade, omitindo informações sobre sua condição de saúde, acarretando sérios riscos para o receptor.

Salienta ainda, que este sistema de doação remunerada é definitivamente condenado pela Organização Mundial da Saúde, Cruz Vermelha Internacional e Sociedade Internacional de Transfusão de Sangue. Enfatiza entretanto, que esta prática foi utilizada largamente em países que enfrentaram sérias dificuldades econômicas no pós-guerra, porém a situação foi revertida através de campanhas educativas, e que no Brasil estes serviços deveriam incrementar campanhas específicas para este fim (ANTONÁCIO,1976).

Lembra finalmente que a doação remunerada e o comercio de sangue, perdurou no Japão até 1968 quando o governo implantou uma política referente ao sangue e em quatro anos substituiu os doadores comerciais por doadores de

reposição e voluntários. Já nos Estados Unidos, devido o crescimento da indústria de derivados do plasma, a comercialização do sangue atingiu situações constrangedoras e somente em 1972, as autoridades sanitárias juntamente com a Cruz Vermelha Americana e a Associação Americana de Bancos de Sangue, promoveram uma campanha para abolir a prática dos doadores remunerados (ANTONÁCIO, 1976).

No Brasil, a doação remunerada vinha sendo utilizada desde o início das atividades hemoterápicas. Esta constatação foi percebida por Clóvis Junqueira e Paulo Capanema que, elaboraram um relatório sobre o doador remunerado e apresentaram ao Ministério da Saúde em 1975 por Jacob Roseblit membro da Comissão Nacional de Hemoterapia. Neste relatório foram identificados três tipos de doador de sangue:

Doador Altruísta - aquele que não recebe gratificação pelo seu ato de doar sangue, seja em dinheiro ou qualquer outra forma de benefício pessoal nem para amigos ou familiares, prestando tão somente uma ajuda ao próximo.

Doador Gratificado - aquele que se dispõe a doar seu sangue para benefício de alguém cuja identidade ele também desconhece, mas o faz em troca de uma gratificação a qual não deve ser jamais considerada como pagamento pela venda de seu sangue, mas apenas uma retribuição pelo tempo gasto e pelo risco decorrente da operação de coleta.

Doador Exigido – aquele que concorda em doar seu sangue em benefício pessoal, de um parente ou amigo que necessita de sua ajuda.

Romeu Ibrain de Carvalho, em editorial enviado para o Jornal da Associação Médica Brasileira em fevereiro de 1980, reage contra a prática da doação remunerada assim se posicionando: "... defender a gratificação de doadores com dinheiro, qualquer que seja o esforço de retórica e de doutrina jurídica para negar que haja comércio, resultaria em má qualidade de um ato médico...". Comenta que inúmeros serviços de hematologia há anos não gratificam seus doadores, mesmo os particulares, inclusive o que ele próprio dirigia Isto o autorizaria a afirmar já existem condições subjetivas na população brasileira para se dar um basta à

compra de sangue utilizando-se doadores de reposição até, progressivamente conseguir-se a doação altruística.

Entendendo a doação remunerada como maléfica à saúde pública, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP, através de Parecer nº 1252-22/80 de maio de 1980, condenou esta prática assim se posicionando:

“... a doação paga ocasiona deformações terríveis da atuação do médico na doação de sangue, passa-se de um ato solidário a um meramente comercial, proporcionando atitudes antiéticas, não só do ponto de vista do Código de Ética Médica, quanto das normas de respeito aos direitos humanos...” (SANTOS, 1980).

Orlando Rodrigues Campos um dos pioneiros da hemoterapia no Ceará, referiu-se ao comércio de sangue se posicionando da seguinte forma:

“no tocante compra de sangue pelos bancos não é exatamente um comércio, apenas adquire com dinheiro um material que não dispomos gratuitamente, e mesmo assim os interessados em vender sangue estão desaparecendo” (CAMPOS, 1980).

Pontes Neto, Presidente da Cruz Vermelha do Ceará, em entrevista ao Jornal O Povo em 1981, comentou o fato assim se expressando: “o comércio de sangue não existe, o que há é uma necessidade de sangue, e para obtê-lo num país de liberalismo econômico, o jeito é fazer investimento para tê-lo. Para guardar este produto é preciso um investimento muito caro com infra-estrutura (NETO, 1981).

Carvalho (1989), se posiciona a respeito do fato ressaltando que a doação de reposição é aquela exigida de amigos e parentes do paciente que receberá uma doação. Embora mais aceita que a doação remunerada, trata-se de um procedimento sujeito a questionamentos de ordem ética, pois de forma indireta coage as pessoas e em muitos casos, pacientes pagam a outros para que se apresentem como doador. Conclui, que em 300mil doações recebidas pela rede oficial de hemocentros em 1987, 82% foram de reposição e apenas 18% representava doações espontâneas.

Monteiro (1989), complementa a posição acima ressaltando que o doador ideal, anônimo, voluntário, altruísta exercerá sua pressão sobre o sistema, viabilizando-o ou não. Estará, no entanto, sujeito a questões ideológicas, pressões políticas ou informações científicas desencontradas que poderão causar retração ou não no fluxo da doação (MONTEIRO, 1989).

É interessante verificar que, hoje passados mais de vinte e cinco anos, a Organização Mundial da Saúde - OMS, classifica os doadores em três tipos:

Doadores voluntários ou não remunerados – são pessoas que doam sangue, plasma ou outros componentes por livre e espontânea vontade, sem receber dinheiro ou forma de pagamento, tendo como motivação, ajudar um receptor desconhecido. Esta definição assemelha-se à definição de doador altruísta acima descrito.

Doadores comerciais ou profissionais – recebem dinheiro ou outras recompensas pelo sangue que doam. Estes se assemelham ao doador gratificado, definido por Junqueira e Capanema já naquela época.

Doadores familiares ou de reposição – doadores que doam o seu sangue quando solicitados por um membro de sua família, ou de sua comunidade. Estes não fogem muito à definição de “doador exigido”. Em alguns países é obrigatório que todo paciente a ser admitido no hospital, providencie um determinado número de doadores. Este sangue poderá ser acrescentado ao estoque geral do serviço de hemoterapia e usado quando solicitado. No Brasil esta prática é bastante utilizada e conhecida pelo nome de “doador familiar ou de reposição” (GENEBRA, 2000).

Além do mais, é sabido que no Brasil as classes média e alta dificilmente doam sangue. Estes indivíduos quando precisam, buscam doadores nas classes sociais menos favorecidas o que deveria ser o contrário, pois aqueles são supostamente os mais sadios e mais aptos a doar sangue (BASILIO, 1988).

Vemos claramente que o problema da doação de sangue esta longe de ser equacionada, de forma que não prejudique nem frustre o doador, e que o receptor esteja seja assegurado que os produtos sangüíneos por eles recebidos tenham qualidade. Isto hoje é perfeitamente viável visto que a vigilância sorológica

realizada por todos os serviços de hemoterapia diminui consideravelmente a possibilidade de transmissão de hemopatologias.

Tanto a hemorrede pública quanto o setor privado encarregados da hemotransfusão no Brasil, após um esforço conjunto e conscientização da população através de inúmeras campanhas de doação voluntária de sangue, conseguiram, não na sua totalidade, mas em números bastante expressivos, diminuir este tipo de doador.

3.5. Campanha de Doação Voluntária de Sangue.

Na década de 1970, a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia elaborou um relatório sobre o sistema nacional de prestação dos serviços hemoterápicos, onde denunciava que 70% das doações de sangue no país eram gratificadas. Neste mesmo documento ressaltava a importância de uma campanha de doação voluntária de sangue orientada e participativa, uma vez que campanhas anteriores feitas por associações de doadores voluntários não se obtiveram o resultado esperado (HEMOTERAPIA, 1981).

Em junho de 1979, por ocasião do XIV Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia, foi formada uma comissão especial composta por Ayrton Russo, Gilson Guedes, João Pedro Marques Ferreira, Jacob Rosemlit e Pedro Clovis Junqueira, para estudar a implantação definitiva da Campanha de Doação de Sangue Voluntária proposta pela Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. Ao receber este relatório, Celso Carlos de Campos Guerra então Presidente da entidade, analisou os malefícios da doação remunerada de sangue e deflagrou a campanha iniciando pelo Estado de São Paulo (HEMOTERAPIA, 1981).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, em maio de 1980 apenas 40% das doações de sangue estavam sendo gratificadas. Em junho no mesmo ano a SBHH publicou uma carta aberta destinada à população, aos médicos e hospitais de São Paulo, onde se reforçava o incentivo à doação voluntária, constatando-se também uma redução da doação remunerada naquele Estado. A campanha de doação voluntária de sangue, levada a efeito por esta

instituição contou com a participação de toda a classe médica daquele Estado, sendo seguida pelos hospitais públicos e privados (HEMOTERAPIA, 1981).

Apoiado em princípios éticos, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, através de comunicado aos diretores de hospitais de São Paulo, convoca-os a participar desta campanha de doação comunitária, alertando não ser possível haver alguma pressão sobre os pacientes condicionando sua internação ou tratamento a exigência de doadores (BORGES, 1987).

Devido os bons resultados obtidos com a campanha, a SBHH decidiu prolongar por mais tempo esta ação, alertando a população sobre a falta de sangue e preparando-a para um esforço comunitário visando aumentar o número de doadores voluntários. Esta campanha se espalhava no Brasil, nos mesmos moldes acontecidos em países como a Costa Rica, Venezuela e Estados Unidos, onde se verificara a eliminação por completo dos doadores remunerados.

Um dos pontos positivos desta campanha foi à extensão da mesma para vários Estados brasileiro onde segundo os organizadores reconheciam a deficiência do doador voluntário. No entanto, a meta em Estados como Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Goiás, era de atingir níveis de 80% do voluntariado das doações (HEMOTERAPIA, 1981).

Em avaliação pós-campanha feita pela Entidade, foi detectado que Estados como Rio Grande do Norte, Alagoas e Sergipe, aos poucos estavam eliminando os doadores remunerados. Estados como Pernambuco, Ceará, Pará e Maranhão, pouco a pouco alcançariam o patamar de só usar doadores voluntários. Porém em Estados como Santa Catarina, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso e Distrito Federal, a campanha estava apenas começando, não sendo possível apresentar qualquer índice de adesão. Constatou-se entretanto que no Rio de Janeiro não tinha aderido ao movimento. Tal fato poderia decorrer de ser o estado com maior índice de doação remunerada e maior quantidade de bancos de sangue privados (HEMOTERAPIA, 1981).

Segundo a SBHH o método de doação comunitária empregada nos Estados participantes da campanha fundamentava-se no recrutamento de familiares e amigos dos pacientes que receberam uma transfusão com o objetivo de repor o

sangue utilizado. Que a doação dita altruísta só seria possível num estágio bem mais avançado, quando as inúmeras resistências e rejeições à doação de sangue estivessem eliminadas ou minimizadas ao máximo. Conclui que em nenhum lugar do mundo em que se tentou passar diretamente do estágio de doação remunerada para a doação altruísta alcançou-se o objetivo. E que a experiência internacional recomenda que o primeiro passo seja o incentivo a doação comunitária (HEMOTERAPIA, 1981).

CAPÍTULO 4: Evolução da Hemoterapia no Brasil: Período de 1980 - 1995

4.1. O Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pro-Sangue

Em 1980 ocorreu uma importante mudança na política do sangue e hemoderivados no Brasil. Os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social criaram o **Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pro-Sangue**. Este programa foi coordenado inicialmente por Luiz Gonzaga dos Santos tendo como sede o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE, devido ser este o primeiro hemocentro em funcionamento no Brasil. O Pro-Sangue estava subordinado à Secretaria Geral do Ministério da Saúde.

Seu maior objetivo era a implantação e implementação dos hemocentros. O Pro-Sangue incluía-se entre os programas especiais do Governo Federal que visava o cumprimento da Política Nacional para o sangue tendo como base os seguintes preceitos.

- ✓ Adotar sistematicamente a prática da doação voluntária de sangue, não remunerada, com participação orientada da sociedade a fim de evitar a especulação na coleta e distribuição do sangue, direcionando-a para a legítima finalidade social;
- ✓ Organizar e sistematizar a rede de distribuição do sangue e hemoderivados, definindo as responsabilidades governamentais e de particulares de modo que a oferta alcance gradativamente a demanda.
- ✓ Normatizar a distribuição e a utilização do sangue e hemoderivados;
- ✓ Disciplinar a industrialização e a comercialização de hemoterápicos;

✓ .Promover a pesquisa científica e o desenvolvimento tecnológico relacionados com o sangue, seus produtos e derivados, de par com a formação de pessoal especializado para a atividade em todos os níveis;

✓ Exercer de forma global e rigorosa, utilizando a infra-estrutura do serviço público, nas diversas unidades federadas, o controle de qualidade dos produtos hemoterápicos e a fiscalização da atividade fim.

Outra base fundamental do Pro-Sangue foi à vinculação das unidades executoras da atividade hemoterápica às Ações Integradas da Saúde – AIS, onde os hemocentros passariam a constituir-se em serviços especializados de nível terciário na organização dos Sistemas Estaduais de Saúde, garantindo a prestação de serviços, a referência e contra-referência dos usuários na área de hematologia e hemoterapia (BRASIL, 1987).

A formulação e execução das políticas relativas a hemoterapia passavam a integra-se às ações conjuntas de órgãos e entidades como: Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Central de Medicamentos (CEME), Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), Secretarias de Saúde dos Estados, Centros de Hematologia e Hemoterapia (HEMOCENTROS), os bancos de sangue e as indústrias de hemoderivados do setor privado.

Previa-se também por parte dos Hemocentros, a prestação direta dos serviços hemoterápicos e hematológicos a uma clientela universalizada. O atendimento aconteceria por ordem de prioridade. Inicialmente seriam supridos de sangue os hospitais da rede pública pertencente ao Ministério da Saúde, os serviços e unidades hospitalares do próprio INAMPS, as unidades de saúde das Secretarias Estaduais de Saúde, os Hospitais Universitários, seguindo-se o atendimento às entidades filantrópicas e por último o setor privado contratado ou não pelo INAMPS (BRASIL, 1987).

Com o Pro-Sangue, inicia-se uma estratégia de indução do processo de consolidação da área de hemoterapia. Notava-se através desta iniciativa o entrosamento entre o público e o privado, o ensino a pesquisa e o desenvolvimento científico, bem como a formação e o aprimoramento dos recursos humanos.

Visualizavam-se, entretanto uma tendência na melhoria do atendimento médico-hospitalar especificamente voltado para a área de sangue e hemoderivados (PINTO, 1991).

Outro fator de melhoria da atividade hemoterápica foi o desenvolvimento do Convênio de Cooperação Brasil-França executado a partir de 1981 pelo Pro-Sangue. Este convênio assegurava recursos no sentido de favorecer profissionais ligados ao setor condições para estudo ou aperfeiçoamento técnico-científico. Assegurava a técnicos brasileiros a possibilidade de treinamento e atualização em centros de transfusão de sangue franceses. Retornando à suas instituições de origem, os técnicos atuavam como multiplicadores dos conhecimentos adquiridos na sua especialidade, mas principalmente, na área de recursos humanos e gerenciais das unidades de hemoterapia (BRASIL, 1987).

Para intensificar a formação de recursos humanos, o convênio Brasil-França foi renovado em 1986 e seria executado no triênio 1987-1989 contemplando duas grandes áreas:

a) formação global de diretores de hemocentros, capacitando-os técnica e administrativamente para garantir a máxima eficiência e resolutividade do serviço.

b) formação de recursos humanos em projetos especiais, treinando técnicos para o ensino, o controle de qualidade nos serviços de hemoterapia, nos setores específicos de recrutamento de doadores, coleta, aférese, imunohematologia eritrocitária e leucocitária e sorologia. A meta estabelecia o treinamento de trinta e dois técnicos brasileiros no triênio. Com isso, os hemocentros passariam a contar com profissionais especializados, melhorando sua forma de gerenciamento. (BRASIL, 1987)

Se levarmos em consideração os princípios básicos constantes no Pro-Sangue em relação às leis, portarias e decretos oficializados no período de 1965 a 1980, notamos um avanço substancial no que diz respeito à universalização e integração do atendimento hemoterápico à sociedade. Este programa passava a servir a todos os usuários dos serviços de Saúde com equidade, utilizando exclusivamente doadores voluntários, sem haver remuneração, com a proibição penal para o serviço e o doador que assim agisse. O Pro-Sangue garantia ainda ao

doador e receptor o acesso aos dados laboratoriais e conseqüentemente a um sistema de acompanhamento e fiscalização de todas as ações desempenhadas por estes serviços (BRASIL, 1986).

Em 1986 o Pro-Sangue passou a ser subordinado à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde – SNPES do Ministério da Saúde. Por este motivo o Programa desvinculou-se do HEMOPE. Para garantir a operacionalidade do Pro-sangue foi criada no âmbito do Ministério da Saúde a Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados – DINASHE (através da Portaria nº 420/1987), sendo responsável a partir de então pela coordenação, supervisão e execução do Programa passando inclusive a ter competências institucionais mais amplas e definidas (BRASIL, 1987).

Através do Pro-Sangue, houve um reordenamento do sistema hemoterápico do País. Os hemocentros e demais serviços de sangue governamentais, filantrópicos ou privados, progressivamente iam garantindo maior segurança ao doador/receptor, ou qualquer outro usuário de sangue e hemocomponentes.

Como forma de ordenamento e incremento de Políticas Públicas voltadas para a hemoterapia, aconteceu em Brasília em 1986 o IV Encontro de Diretores de Hemocentros. Dentre as várias resoluções, criou-se o Grupo de Coordenação Técnico-Executivo do Pro-Sangue – GETE, anteriormente formado somente por técnicos dos Ministérios da Saúde e Previdência e Assistência Social. A partir deste encontro, foram incluídos um representante dos hemocentros de cada região do país com função de Coordenador Regional que em conjunto, procuravam enfrentar os problemas da área de hemoterapia favorecendo, beneficiando e fortalecendo os hemocentros quer pela troca de experiência e integração em níveis regional e nacional, quer pela facilidade de acesso aos recursos oriundos do Ministério da Saúde.sem sentido (BRASIL, 1987).

Em outubro do mesmo ano realizou-se em Manaus-Am, reunião com todos os diretores de hemocentro do Brasil. Deste encontro surgiram as bases para a formulação de um documento com o tema “**sangue de boa qualidade para todos**”, a ser discutido quando da realização das Pré-Conferências Municipais e

Estaduais de Saúde. Das discussões desta reunião surgiram alguns objetivos e metas visando ampliar o fortalecimento dos hemocentros como: a doação voluntária de sangue e a Inclusão do tema doação/transfusão nos currículos dos cursos primário a superior e nos livros editados pelo Ministério da Educação; a conscientização do indivíduo para o compromisso social de doar sangue através de campanhas educativas; o estímulo à organização de grupos de doadores e divulgação junto à imprensa. A formação de Recursos Humanos foi outro tópico discutido neste evento (BRASIL, 1987).

As metas contidas no documento acima citado se fundamentavam na implantação de uma política de formação de profissionais de saúde especialistas em hemoterapia, no aumento da carga horária da disciplina de hemoterapia nos cursos de graduação e pós-graduação, na criação de cursos profissionalizantes nas escolas técnicas de nível médio e no incremento de uma política de desenvolvimento tecnológico através da integração entre o Pro-Sangue e as indústrias nacionais a fim de proporcionarem ao país a suficiência em hemoderivados, reagentes e insumos (BRASIL, 1987).

Para se chegar ao Controle de Qualidade e Vigilância Sanitária posto como último objetivo do documento citado, haveria a necessidade de revisão da legislação vigente a padronização das normas técnicas métodos e procedimentos desenvolvidos pelos hemocentros a integração entre os órgãos de vigilância sanitária e hemocentros articulados ao Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde – INCQS e a criação de centros de referência em nível estadual para controle de qualidade dos testes utilizados pelos hemocentros. (BRASIL, 1987)

Ainda em 1986, realizou-se em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Dentre os vários pontos de discussão destacamos a criação de um **Sistema Único de Saúde**. Sobreveio como meta norteadora a ser incorporada na Política Nacional do Sangue ser “*dever do Estado promover os meios para um atendimento hematológico e hemoterápico de acesso universal e de boa qualidade para todos. Dever do cidadão cooperar com o Estado na consecução desta finalidade*”.

Outros assuntos referentes ao tema sangue e hemoderivados foram discutidos durante a 8ª Conferência. Dentre os quais, a extensão de campanhas

educativas para a doação a todas as classes sociais, revisão da legislação atual pertinente ao sangue e seus derivados, ampliação do tema “doação de sangue” dentro dos programas de educação em saúde, incremento da política de formação de recursos humanos, estabelecimento de normas técnicas para disciplinar os procedimentos hemoterápicos e controle de qualidade dos mesmos.

Todos os temas discutidos na 8ª CNS serviram se subsídio importante para serem apreciados pelos Constituintes quando da aprovação da Constituição em 1988. No entanto, o teor das discussões não surtiu o efeito desejado pela sociedade que reclamava o domínio do Estado sobre o sangue e hemoderivados e a proibição da comercialização do sangue e seus derivados, que representavam para os defensores desta proposta “a defesa dos ideais da Reforma Sanitária, bem como ser um direito de cidadania”. Já para os que eram contrário a esta proibição, significava a “estatização do setor saúde cerceando os direitos da livre empresa uma vez que o governo seria incapaz de organizar a atividade hemoterápica e garantir bons serviços” (SANTOS et al, 1992).

Neste mesmo ano foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, que no seu Artigo 199 parágrafo 4º dispõe:

“A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humana para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização”.

Este Artigo contido na Constituição Federal somente foi regulamentado em 2001, após anos de discussão no Congresso Nacional (CONSTITUIÇÃO, 1988).

4.2. Reação do Setor Privado

Uma das causas das críticas provenientes do setor privado em relação ao sangue e seus derivados dizem respeito ao Governo Federal, que não estabeleceu uma política no setor, bem como não houve por parte das instituições governamentais uma fiscalização rigorosa e efetiva junto aos bancos de sangue.

Outro fato de descontentamento, era a forma como o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados - Pro-sangue foi apresentado à sociedade. Para eles, o Pro-sangue não foi amplamente discutido com os mesmos, sendo imposto tornando o setor centralizador das atividades hemoterápicas.

Em artigo publicado no Jornal da Associação Paulista de Medicina, o Presidente da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia Jacob Rosenblit, criticou a formulação do Pro-Sangue afirmando que “o projeto foi elaborado dentro de gabinetes, imposto de cima para baixo, e não ouviu a opinião das bases, surgindo com vícios congênitos baseados em modelos importados de países desenvolvidos e totalmente dissociados da realidade brasileira“. Referiu ainda que em 1980 fora remetido a vários ministérios documento desta Sociedade alertando sobre os aspectos positivos e negativos do Pro-Sangue, sem ter obtido qualquer acolhida por parte do poder público.

Outro posicionamento ocorrido na época na mesma direção foi externado por Leonel Nulman Szterlim, do Departamento de Hematologia e Hemoterapia da Associação Paulista de Medicina. Ao se reportar ao fato da criação do Pro-sangue, enfatizava a falta de valorização histórica do conjunto da sociedade organizada lembrando que todo o projeto sobre o Programa de Sangue começou na década de 60 com Pierre Cazal em 1969, e posteriormente, em 1796, com Francisco Antonácio. Comenta que ao criar o Pro-Sangue o governo omite o trabalho desenvolvido na área de hemoderivados, afirmando que naquela época já havia em muitas capitais, serviços com atenção voltada para a coleta e o fracionamento de sangue, sendo que o programa nacional proposto serviu apenas para disciplinar e integrar os diversos serviços no país. Complementa que as novas metodologias eleitas no Pro-Sangue já eram postas em prática desde 1970 através de Jacob Rosenblit no Hospital dos Servidores Público, onde em 1977 já utilizava na coleta do sangue bolsas plásticas. O mesmo Rosenblit introduziu em 1979 a tipagem dos antígenos de histocompatibilidade favorecendo o primeiro transplante medular em São Paulo.

As iniciativas de estatização do sistema hemoterápico brasileiro eram apresentadas pelos formuladores da política de sangue como forma de resolver de uma vez problemas como a utilização pelos bancos de sangue de doadores

remunerados, a venda as indústrias do plasma excedente e o aumento do custo destes serviços com a estatização da hemoterapia. No entanto, a maneira de implantação do Pro-Sangue era questionada o setor privado considerava o governo incapaz de assumir esta tarefa. A SBHH chegou a sugerir ao governo que os hemocentros desempenhassem a função de coordenar as atividades hemoterápicas nos Estados formando recursos humanos, realizando pesquisa e fiscalizando os demais serviços especializados. No entanto as execuções destes serviços deveriam continuar com os bancos de sangue existentes.

Segundo Jacob Rosemblit, os aspectos filosóficos da “estatização” ou não do setor era assunto altamente polêmico, tendo em vista o Sistema Nacional de Saúde existente no País, composto por órgãos municipais, estaduais, federais, hospitais universitários, conveniados e beneficentes possuem diferentes formas de atuação decorrentes do próprio modelo implantado. adianta “não acreditar na estatização de setores isolados. É utópico supor que a curto e médio prazo possa o mesmo ser modificado, lembrando que o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde – Plano CONASP, posto em execução pelos órgãos de saúde em 1982 afirmava que a magnitude da problemática da atenção a saúde da população, a pluralidade de instituições envolvidas e os interesses em disputa, não pareciam recomendar estratégias drásticas que levassem a polarização entre grupos da sociedade”.

Na mesma linha de raciocínio, Carvalho (1980), afirmava:

“não cremos solucionar o problema do sangue com a estatização total da hemoterapia, o que nos parece, no momento, inexequível, em desacordo com o contexto social. Contudo, cremos que a participação do Estado nos problemas de saúde precisa ser mais efetiva, e que a implantação de uma Política Nacional de Sangue, no momento, é imprescindível”.

Era admissível que as atividades hemoterápicas (coordenação e fiscalização) fossem exercidas por órgãos de iniciativa privada, como os demais setores de saúde no Brasil. Já a estatização total dos serviços hemoterápicos (coleta, processamento e distribuição) contrariaria a política de incentivo do governo a livre iniciativa no Sistema Nacional de Saúde. Reconhecia-se ainda que vários

bancos de sangue, principalmente no sul do País, exerciam suas atividades dentro das normas ditadas pelo Governo.

4.3. Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados – PLANASHE

Quando surgir os primeiros casos de Aids transfusional no País, o “grande medo social” da doença provocou uma discussão e polarização no Brasil. Organizações como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA, Associação Brasileira dos Hemofílicos, Associação Brasileira dos Talassêmicos, Grupo de Apoio à Prevenção à Aids, Comitê Pacto de Sangue, se mobilizaram através de atos e fóruns exigindo medidas imediatas que eliminassem o descontrole do sangue no Brasil (SANTOS et al, 1992).

O controle da transmissão da Aids transfusional tornou-se possível a partir de 1985. Os hemocentros passaram a realizar rotineiramente os testes anti-Aids em todas as unidades de sangue coletadas. Como não havia a obrigatoriedade de aplicação dos testes, a grande maioria dos serviços privados de hemoterapia frente ao aumento dos custos e a conseqüente diminuição dos lucros, relutou em não aplica-los sistematicamente.

Frente ao descaso nacional, o Estado de São Paulo tornou obrigatório a partir de junho de 1986 a realização de testes anti-Aids em todo o sangue coletado pela rede pública ou privado de saúde. No resto do País a utilização dos testes continuava facultativa. Somente em 1988 foi estabelecida a obrigatoriedade de realização do teste em todo território nacional através da Lei 7.649. Estes testes visavam excluir as unidades de sangue coletadas com possíveis doenças como, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, sífilis, doença de Chagas, malária e hepatite B. O mesmo dispositivo legal criminalizava o comércio de sangue pelo setor privado, reforçava o poder de polícia das autoridades sanitárias e colocava o Departamento de Polícia Federal como agente público repressivo especial. Transformava a transgressão das normas de proteção à qualidade do sangue transfundido em delito punível nos termos do art. 268 do Código Penal (BRASIL, 1986; 1995).

Em 1988, o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE, foi elaborado por uma equipe composta pelos diretores de hemocentros e outras instituições como a Fundação Oswaldo Cruz, Central de Medicamentos – CEME, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, Fundação Banco do Brasil, Banco Nacional de desenvolvimento Econômico e Social – BNDES, Conselho Nacional de Pesquisa e Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia – SBHH.

O PLANASHE em sua apresentação “sistematizaria as políticas setoriais do Ministério da Saúde no País, fixando os parâmetros indispensáveis à institucionalização do Poder Público, capazes de assegurar a boa qualidade do sangue transfundido em todo o País”. Este Plano seria desenvolvido dentro do Pro-Sangue no quadriênio 1988 – 1991, a ser desenvolvido dentro do Pro-Sangue (BRASIL, 1988).

Segundo Santos et al (1992), O PLANASHE na verdade era o Pro-Sangue com outro nome, sem mudanças profundas que justificassem esta alteração. Para ele, se houve alteração, ela teve o propósito de criar um “fato novo” no cenário da hemoterapia brasileira, diante da intensa e vigorosa articulação de movimentos sociais criados após o aparecimento da Aids no Brasil, finaliza.

O objetivo geral do PLANASHE se fundamentava em “assegurar que o sangue e seus derivados usados para fins terapêuticos não se constituísse em veículo de patologias, nem fosse objeto de interesses mercantis, sendo dever do Estado estabelecer condições institucionais indispensáveis as ações cooperativas dos setores público e particular”. Nos tópicos relativos aos objetivos específicos, o plano não fugia muito dos preceitos normativos editados anteriormente através de várias leis, portarias e decretos já comentados (BRASIL, 1988).

Recomendava ainda que o Governo Federal assegurasse a efetiva implantação e institucionalização do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados – SINASHE, objetivo final do PLANASHE. asseguraria aos Governos Estaduais maior autonomia aos hemocentros. Fomentaria meios materiais para a descentralização das ações hemoterápicas, o que significaria, garantir fontes

permanentes de financiamento para a manutenção destas unidades (BRASIL, 1988).

As políticas postas em ação pelo PLANASHE se fundamentavam especialmente na área de infra-estrutura física e operacional, na área de pesquisa, na área do desenvolvimento tecnológico, na área de produção de hemoterápicos e insumos estratégicos, na área de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, na área de apoio a fiscalização e controle de qualidade de produtos e serviços hemoterápicos, na área do desenvolvimento institucional e modernização administrativa, e finalmente na área de educação sanitária e comunicação social (BRASIL, 1988).

Dentro dos objetivos programáticos do Plano encontramos o detalhamento das políticas acima descritas com ênfase para o desenvolvimento institucional e modernização administrativa o apoio à fiscalização e ao controle de qualidade de serviços e produtos hemoterápicos, a educação sanitária entre outros. A avaliação deste plano se dará através da Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados – DINASHE, e se fará através de reuniões com os coordenadores regionais e os diretores de hemocentros.

4.4. A Implantação dos Hemocentros no Brasil

Apesar do Brasil ser um país de grandes diversidades regionais e dimensões continentais, tornava-se difícil proceder a organização do Sistema de Hemoterapia que chegasse a beneficiar uma população em sua maioria carente e de baixo poder aquisitivo. Mesmo assim, o entendimento dos condutores da política do sangue era que somente o Estado teria forças para orientar uma profunda reorganização do quadro existente. Necessitava, entretanto uma maior articulação com os vários grupos que atuavam na área de hemoterapia, o que não ocorreu quando da execução do Pro-Sangue, que reservava a instância federal todas as determinações técnicas sobre o sistema.

No modelo de sistema hemoterápico sugerido por Casal e Antonácio, os hemocentros seriam unidades de referência localizados em área geograficamente definida. Controlariam a coleta processamento e distribuição do sangue naquela

região. Estes centros atuariam também como local de treinamento de pessoal. Desenvolveriam pesquisas científicas ligadas à hemoterapia e hematologia, existindo um local para o tratamento de patologias ligadas ao sangue. Estas unidades possuiriam autonomia e personalidade jurídica e administrativa. De início em todas as Capitais das Unidades Federadas seria implantado um hemocentro, num segundo momento ocorreria à descentralização gradual e progressiva .

Ao proferir palestra durante a realização do V Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia realizado em Recife-Pe em 1975, Luiz Gonzaga dos Santos referiu-se ao projeto de criação de um Centro de Hematologia naquele Estado assim se posicionando: "... impõe-se urgentemente, a necessidade de implantação de Centros de Hematologia e Hemoterapia, cujos projetos elaborados atendam à realidade..." (SANTOS, 1975).

Segundo Santos (1981), o HEMOPE iniciou suas atividades em novembro de 1977 sendo o primeiro hemocentro nestes moldes no Brasil. Mantinha uma estrutura jurídico-administrativa organizada de modo a permitir uma autonomia financeira fundamental para assegurar seu funcionamento. o HEMOPE foi concebido dentro de uma óptica de prevalência social servindo de marco conceitual centrado numa filosofia de ação norteada em princípios de respeito à pessoa humana.

O HEMOPE era considerado modelo para implantação dos hemocentros no Brasil. Ficou estabelecido que se instalaria naquele hemocentro a coordenação técnica do Pro-Sangue com atribuições de coordenar a nível nacional a execução das atividades do programa. Para esta finalidade articular-se-ia com a Comissão de Articulação Ceme/Fiocruz – COMART a secretaria Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INANPS.

No plano estadual as Secretárias de Saúde desenvolveriam esforços no sentido de integrar ações para implantação dos hemocentros em seus Estados. Ainda como atribuições, analisariam as prioridades de programas e/ou metas apresentadas pelos hemocentros com a obrigatoriedade de desenvolver a área de capacitação de recursos humanos visando o treinamento e aperfeiçoamento profissional. Fomentariam o intercâmbio entre os hemocentros de modo a se

estabelecer uma integração no desempenho e evolução dos mesmos, bem como a elaboração de projetos para a obtenção de recursos junto a organismos nacionais e/ou internacionais (SANTOS, 1981).

Seriam implantados inicialmente em todas as capitais das unidades federadas, Centros de Hematologia e Hemoterapia tendo como atividade básica à centralização da coleta de sangue utilizando obrigatoriamente a doação voluntária não remunerada e universal, a produção de hemoderivados tais como albumina, gamaglobulinas, fator anti-hemofílico e concentrado de elementos figurados de maior interesse médico sanitário controlando sua distribuição segundo critérios pré-definidos. Seriam ainda responsáveis pela promoção de medidas de proteção à saúde do doador e receptor, capacitando-se para o tratamento de pacientes portadores de doença do sangue. Finalmente, implementariam um sistema de coleta, classificação e armazenamento de dados clínicos e laboratoriais sobre os doadores, para utilização como indicadores de saúde da população.

A estrutura do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados proposto no PLANASHE em 1988 tinha como órgão normativo central a Coordenação de Sangue e Hemoderivados – COSAH, com encargos de gerência e coordenação técnica do Programa. Ao nível de Unidades Federadas as Secretarias Estaduais de Saúde juntamente com os hemocentros das capitais conduziram o programa local, formando assim uma rede de complexidade variável composta por entidades de caráter público, privado com inclusão dos filantrópicos.

a. Hemocentro/Hemocentro Coordenador.

Localização – Preferencialmente na Capital do Estado com função de assistência e apoio hemoterápico e hematológico à rede de serviços de saúde inclusive os serviços de maior complexidade. Prestaria serviços de ensino e pesquisa, controle de qualidade, suporte técnico, formação de recursos humanos e integração das instituições públicas e filantrópicas, além de definir juntamente com a Secretária Estadual de Saúde o Sistema Estadual de Sangue e sua descentralização. Promoveria medidas de proteção à saúde dos doadores e receptores realizando junto com a Vigilância Sanitária e epidemiológica levantamentos sócio-epidemiológicos relativos às doações, transfusões e doenças

transmitidas pelo sangue. Manteria intercâmbio com as Universidades tornando-se parceiros no processo de educação, promovendo programa de educação continuada.

b. Hemocentro Regional

Entidade de complexidade intermediária para atuação macro-regional na área hematológica/hemoterápica, prestaria apoio e assistência à rede de serviços de saúde. Sua localização seria preferencialmente no município de referência de uma macro região de saúde. Como atribuições e atividades políticas encarregar-se-ia de coordenar e desenvolver as ações da política de sangue de uma macro região de saúde constituindo-se na descentralização do Hemocentro Coordenador.

c. Hemonúcleo

Constituí-se na descentralização do Hemocentro Regional, sua localização é preferencialmente extra-hospitalar, com função de assistência hemoterápica e/ou hematológica a nível local. Promoveria ações junto às escolas de ensino fundamental e médio divulgando a importância da doação voluntária de sangue como forma de conscientização do doador do futuro.

d. Serviço de Hemoterapia

Localizado na capital ou no interior do Estado. Preferencialmente intra-hospitalar, de natureza jurídica pública ou privada, com função de recrutar doadores, processar sangue, realizar os testes necessários, armazenar e preparar transfusão.

e. Unidade de Coleta e Transfusão - (pública ou privada)

Estrutura de atendimento de coleta e transfusão localizada em hospitais de pequeno porte ou isoladas, onde demandasse serviço que não justificasse a instalação de uma estrutura complexa de hemoterapia. Enviaria o sangue para ser processado em outra unidade de maior complexidade.

f. Agência Transfusional - (pública ou privada)

Localizada obrigatoriamente intra-hospitalar com função de prestar assistência hemoterápica. O suprimento de sangue a essa agência seria realizado pelas unidades descritas acima.

g. Posto de Coleta (pública ou privada)

Estrutura especial para coleta de sangue podendo ser intra ou extra-hospitalar. Se extra-hospitalar poderá ser fixa ou móvel. O sangue colhido neste posto será enviado para outra unidade de maior complexidade onde o mesmo será processado.

Os hemocentros foram se instalando em todos os Estados da Federação. Em 1991 já se somavam vinte e sete unidades em funcionamento a maioria em suas sedes próprias. Outras unidades hemoterápicas foram instaladas no interior do país. Pelo do plano quinquenal (1991 – 1994) levado a efeito pelo Ministério da Saúde, a meta era a implantação de duzentas unidades hemoterápicas em todo o país e a disponibilidade de meios para o atendimento de 90% da demanda de sangue e hemoderivados com qualidade até o final de 1995.

Hoje, passados mais de vinte anos de implantação do Pro-Sangue, a Hemorrede Pública Nacional segundo dados da Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados que substituiu a COSAH esta assim distribuída:

Tabela 1: Hemorrede Pública Nacional - Unidades existentes

Categoria	Cadastro Nacional
Hemocentro Coordenador	26
Hemocentro Regional	44
Hemonúcleo	61
Unidade de Coleta e Transfusão	144
Unidade de Coleta	7
Agência Transfusional	2.981
Total de Unidades	3.263

Fonte: GGSH/ANVISA/MS

Tabela 2: Localização das unidades hemoterápicas por região do Brasil

Região	Cadastro Nacional (unidades)
---------------	-------------------------------------

Região Norte	375
Região Nordeste	1.073
Região Sudeste	1.044
Região Centro-Oeste	248
Região Sul	523
<hr/>	
Total de Unidades	3.263

Fonte: GGSH/ANVISA/MS

4.5. A Interiorização da Hemorrede Pública

Consolidado o processo de construção, implantação e funcionamento dos hemocentros em várias capitais brasileiras, voltou-se à preocupação para o interior dos Estados, principalmente em regiões mais precárias, onde a maioria dos hospitais não tinha conhecimento das novas metodologias relativas a terapêutica transfusional e não possuíam sequer uma unidade coletora de sangue.

O Ministério da Saúde através dos Hemocentros e Secretarias Estaduais de Saúde, fomentaram a criação de Centrais Sorológicas em cidades que possuíam uma estrutura básica de saúde. O fundamento das Centrais Sorológicas baseava-se no seguinte princípio. O sangue ali coletado era enviado para o hemocentro, lá seriam realizados os testes sorológicos para a sífilis, doença de chagas, hepatite B e o teste anti-HIV. Ainda nos hemocentros o sangue era fracionado e só então distribuído conforme solicitação dos hospitais. Este realmente foi o primeiro passo para a interiorização das ações hemoterápicas no Brasil (BRASIL, 1992; 1995).

Segundo a Coordenação de Sangue e Hemoderivados – COSAH, a implantação das ações hemoterápicas nas regiões descobertas é de fundamental importância para a continuidade do Programa. Assim, a instalação de uma unidade (Hemocentro Regional ou Hemonúcleo) em uma determinada região previamente selecionada só poderia se concretizar após o funcionamento das Centrais Sorológicas. Para tanto, a divisão geográfica do Estado em macro região de saúde seria o ideal para abrigar estas unidades.

Para dimensionar e adequar as necessidades de expansão da rede de serviço público de hemoterapia e hematologia, alguns aspectos foram considerados baseados na Portaria nº 138/78 do Ministério da Saúde. Tais critérios e necessidades seriam:

a) Prevalência de doenças passíveis de transmissão através do sangue e hemoderivados;

b) Situação demográfica do Estado ou Município;

c) Número de complexidade de leitos hospitalares, capacidade física instalada de unidades de hemoterapia, caracterização geográfica e vias de acesso

Além do mais, para a construção de Hemonúcleos ou Hemocentros Regionais numa macro região, pressupunha algumas necessidades como: prevalência de doenças passíveis de transmissão através das transfusões, quantidade de consultas médicas realizadas, o atendimento de urgência oferecido pelos hospitais, a cobertura aos leitos hospitalares disponíveis, o atendimento ambulatorial, o tratamento ao doente hematológico realizado na região, o fracionamento, a produção e distribuição de sangue e hemoderivados entre outros (BRASIL, 1995).

A operacionalização dos Hemonúcleos ou Hemocentros Regionais no interior do Estado segundo o Programa de Interiorização teria por parte dos municípios envolvidos as seguintes obrigações; cessão da área física para o funcionamento da unidade encaminhando para o órgão estadual a documentação da área física cedida para os estudos técnicos com supervisão da COSAH; projeto de engenharia deveria ser de fácil execução, assinatura de convênio com o Ministério da Saúde para posterior liberação dos recursos financeiros solicitados, garantia de alocação dos recursos de investimento (construção e equipamentos), em contrapartida com estado ou Município para a implantação das unidades da rede e contratação de recursos humanos (BRASIL, 1995).

As atribuições desenvolvidas pela Coordenação de Sangue e Hemoderivados restringiam-se em assessorar os órgãos envolvidos desde a fase de planejamento até a fase final de operacionalização da unidade, bem como, negociar os recursos financeiros para As obras de construção ou ampliação das unidades e

aquisição de equipamentos. O setor privado por sua vez possuía as mesmas características do setor público, sendo que aquele, atenderia exclusivamente a hospitais particulares. Ocorreria, no entanto, um perfeito relacionamento de trabalho entre os dois setores. A fiscalização se daria através da Comissão Estadual de Hemoterapia e Hematologia juntamente com as Vigilâncias Sanitárias Municipais e Estaduais.

CAPÍTULO 5: Evolução da Hemoterapia no Brasil: Período Atual

Preocupado com a segurança transfusional, Luis Gonzaga dos Santos em artigo publicado na revista Saúde em Debate em 1991, reconhecendo a necessidade do Estado assumir de forma global este problema faz o seguinte pronunciamento: “é fundamental organizar uma estrutura capaz de garantir a qualidade dos produtos hemoterápicos de forma continuada e competente de maneira que os usuários da terapêutica transfusional não estejam expostos aos riscos provenientes das falhas do sistema, refletidas através de inúmeras formas, desde a incompetência ou negligência de um profissional da área até o uso de material de má qualidade utilizado nas diversas etapas de preparação do sangue, ou seja, desde a coleta até a infusão no paciente”.

Em 1995 a Coordenação de Sangue e Hemoderivados – COSAH elaborou um Plano de Ação cujas diretrizes gerais contemplam alguns pontos contidos no escopo dos Programas anteriores quais sejam: Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pro-Sangue e Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE .

Este Plano de Ação propunha o desenvolvimento de instrumentos para garantir o controle da qualidade do sangue transfundido no País, assegurar a continuidade do processo de interiorização da Hemorrede Pública de forma racional e organizada de modo a ampliar a cobertura em sangue e componentes, a modernização institucional visando o aumento da eficiência e eficácia das atividades, redução do déficit existente entre a produção e a demanda de hemoderivados e finalmente articular projetos e programas que asseguram a expansão da capacidade de atendimento a pacientes com doenças hematológicas (BRASIL, 1994).

Os projetos a serem desenvolvidos no Plano de Ação estavam assim especificados: suprimento de produtos hemoterápicos com a redução do déficit existente entre a produção e a demanda dos produtos hemoterápicos, suprimento da demanda de sangue e hemoderivados e componentes pela Hemorrede Pública, tratamento ao paciente hematológico e redução do déficit entre a demanda e a capacidade de atendimento a candidatos a transplante de medula óssea, apoio e fiscalização da qualidade dos serviços hemoterápicos e controle de qualidade em imunohematologia e sorologia (BRASIL, 1994).

No mesmo ano, foi instituído através da Portaria nº 127 do Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde o Programa Nacional de Inspeções em Unidades Hemoterápicas – PNIUH, com o objetivo de “executar inspeções para avaliar a qualidade dos processos nas Unidades Hemoterápicas existentes no país”. Na mesma norma legal ocorre a vinculação do PNIUH à Divisão de Sangue e Hemoderivados – DISAH do Departamento Técnico-Normativo da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

Para a execução deste Programa, houve a necessidade de capacitar Auditores Federados com experiência em hemoterapia, bem como consultores técnicos credenciados pelo Ministério da Saúde. Técnicos de nível superior especializado no exercício das atividades de Vigilância Sanitária também foram capacitados tendo em vista que naquele momento todo o processo de inspeção era realizado através das Vigilâncias Sanitárias Estaduais.

Mario Ivo Serianolli Chefe da Divisão de Sangue e Hemoderivados – DISAH à época, realizou a partir de 1966, um estudo para avaliar as Unidades Hemoterápicas brasileiras. No seu estudo avaliou os 96 bancos de sangue públicos e privados mais importantes do Brasil responsáveis por 75% da coleta de sangue. O resultado mostrou que 61,46% das unidades estudadas foram consideradas satisfatórias e 38,54% insatisfatórias, mostrando que grande parte das unidades hemoterápicas não cumpria o Manual de Normas Técnica para coleta, processamento e transfusão de sangue (SERIANOLLI, 1999).

Em setembro de 1966 foi criado o Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia – PNCQES, para os serviços hemoterápicos

instituído através de Portaria nº 1.840. Neste dispositivo todas as unidades públicas e privadas existentes no país que executassem testes sorológicos para triagem de sangue deveriam obrigatoriamente participar deste programa. Para operacionalizar o PNCQES, as unidades hemoterápicas deveriam cadastrar-se junto ao Ministério da Saúde através das Vigilâncias Sanitárias (SAÉZ-ALQUÉZAR, 1997).

Este programa desenvolvido e executado por Amadeo Sáez-Alquézar e Márcia Mikito Otani tinha como objetivo estabelecer um sistema de controle de qualidade externo sobre os testes sorológicos pelas unidades hemoterápicas públicas e privadas que coletavam e processavam sangue para fins terapêuticos, assim como para as unidades sorológicas que realizavam testes para triagem de sangue. Para a realização do mesmo, foi composto um painel de soros formado por um conjunto de amostras de soros estáveis e bem caracterizado quanto à sua negatividade ou positividade para as seguintes patologias: sífilis, *Tripanosoma cruzi*, vírus da hepatite B (HVI), vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus da hepatite C (HCV), vírus linfotrópico humano I e II (HTLV I/II) (SAÉZ-ALQUÉZAR, 1997).

A sistemática de execução do PNCQES iniciava com o envio de painéis de soros para estas unidades com instruções detalhadas de como procederem. Por sua vez os laboratórios utilizariam estes painéis juntamente com os soros desconhecidos. Ao final, gerariam um documento comprovando a participação (laudo), e enviariam num prazo máximo de trinta (30) dias para o laboratório coordenador. Este analisava os dados e emitia ou não um documento de certificação daquela unidade. Este procedimento se realizava bimestralmente, no entanto as mudanças sucessivas nas administrações, a falta de comprometimento financeiro e a determinação política das instituições não geraram a continuidade deste programa (SAÉZ-ALQUÉZAR, 1997).

A Meta Mobilizadora Nacional do Setor Saúde lançada pela Presidência da República em 1998, tem com o tema “**Sangue com garantia de qualidade em todo seu processo até 2003**”. Nela, busca-se a garantia e auto-suficiência do Brasil na produção de hemoderivados. Esta meta atesta o comprometimento do Governo elegendo a qualidade do sangue e o engajamento da sociedade na sua implementação (BRASIL, 2000).

Desdobrada em doze projetos, a Meta Mobilizadora Nacional estabelece um marco na hemoterapia estabelecendo uma mudança comportamental passando pela humanização do atendimento hemoterápico até a revisão dos processos internos dos órgãos executores desta atividade: Formulação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados; Implementação do sistema nacional de informações gerenciais do sangue e hemoderivados; Instalação do programa de Infra-estrutura física e organizacional da hemorrede; Programa Nacional de Doação Voluntária de Sangue; Programa Nacional de Hemoderivados; Implantação do Programa de Qualidade Total na Hemorrede; Implantação de programa de capacitação de recursos humanos entre outros (BRASIL, 2000).

5.1. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária

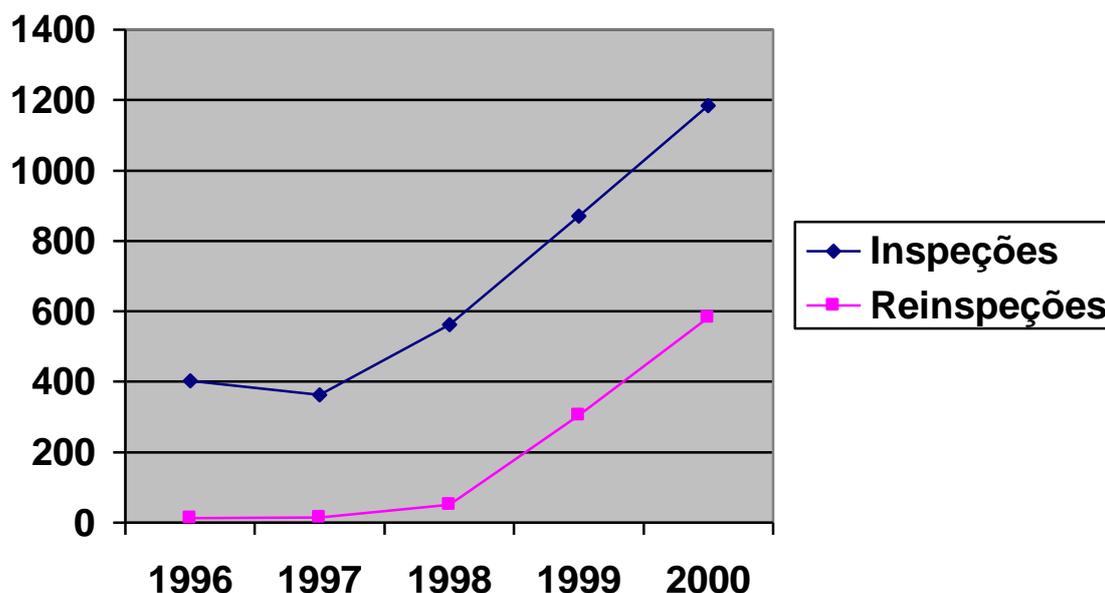
Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA em 1999, a área de sangue e hemoderivados anteriormente coordenada pela Secretária de Políticas de Saúde foi transferida para a Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados, setor específico para tratar do gerenciamento, formulação de políticas, fiscalização e controle do sangue.

Com a missão de “promover a proteção e a recuperação da saúde da população coordenando ações que disponibilizem sangue e hemoderivados com garantia de qualidade em todo seu processo e em quantidade suficiente para suprir a demanda no país”. Esta Gerência, disponibilizou os meios necessários à fiscalização de todo o seguimento hemoterápico público ou privado, já que na Meta Mobilizadora Nacional estas ações estão bem definidas (BRASIL, 2000).

Segundo dados da Gerência Geral do Sangue e Hemoderivados, a fiscalização das unidades hemoterápicas aumentou em todo o país. No período de 1996 a 1999 houve um incremento no setor de 2,15 vezes no número de inspeções sanitárias (BRASIL, 2000).

Os dados mais recentes sobre as inspeções e reinspeções são mostrados no gráfico abaixo:

Gráfico 1: Relatório de Inspeções e Reinspeções do PNIUM – Brasil (1966 a 2000)



Fonte: GGSH / ANVISA / MS

O parágrafo 4º do artigo 199 da Constituição Federal que trata da coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, somente foi regulamentado em 2001 através da Lei 10.205/2001. A “Lei do Sangue” ou “Lei Betinho”, assim denominada em homenagem ao Sociólogo Herbert de Sousa, falecido devido à utilização de sangue contaminado pelo vírus da Aids, ratifica a proibição da comercialização do sangue e seus derivados, permite o reembolso às unidades de saúde dos custos envolvidos nos procedimentos dos hemocomponentes usados no Sistema Único de Saúde – SUS, restabelece a Política Nacional de Sangue permitindo a todos os usuários sangue em quantidade com qualidade. Busca ainda a garantir a auto-suficiência do Brasil na produção de hemoderivados, unifica toda a hemorrede e constitui o Sistema Nacional de Sangue – SINASAN, permitindo efetivamente o cumprimento da Meta Mobilizadora Nacional do Setor Saúde prevista em 1988 (BRASIL, 2001).

Outro ponto importante a observar nesta lei refere-se à criação do Sistema Nacional de Sangue – SINASAN em níveis federal, estadual e municipal. Cada uma das esferas do governo adquire atribuições específicas e fundamentais.

Ao Governo Federal compete a regulamentação e a formulação relativa à Política Nacional de Sangue; os Estados por sua vez, estarão responsáveis pela fiscalização da lei e gestão das instituições de sangue, ficando também responsáveis pela execução desta política; aos municípios, caberá o planejamento e o suprimento de hemoderivados e juntamente com os Estados a fiscalização das instituições locais (BRASIL, 2001).

O Sistema Nacional de Sangue através da interação com as esferas do governo contará com o apoio dos laboratórios de referência para controle e garantia da qualidade do sangue, dos componentes e hemoderivados contando para tal com as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas dos Estados. É previsto no artigo 3º incisos IV, V, VI e VII, da legislação referida a prevenção diagnóstica e atendimento das reações transfusionais e adversas, a prevenção, triagem, diagnóstico e aconselhamento das doenças hemotransmissíveis, a orientação ao doador inapto e encaminhamento às unidades que o reabilitem ou promovam o suporte clínico, terapêutico e laboratorial deste doador/paciente (BRASIL, 2001).

A lei menciona a inclusão da hemoterapia como especialidade médica estruturada e subsidiária das diversas ações médico-sanitárias corretivas e preventivas de agravos ao bem estar individual e coletivo, integrado indissolivelmente ao processo de assistência à saúde. Isto torna o atendimento e tratamento mais humanitário integral e linear, visto que um dos princípios do Sistema Único de Saúde é a equidade no atendimento. Com a publicação da citada lei, O instrumento legal vigente, ou seja, a Lei 4.071, de 28 de junho de 1965, que regulamentava as ações hemoterápicas no Brasil.

Vale salientar que o avanço no setor hemoterápico foi concebido graças à participação da sociedade envolvida nos processos de saúde. Ato contínuo a esta participação, ocorreu à expansão das unidades de hemoterapia públicas em todo o país bem como a melhoria na qualidade de atendimento no setor privado, decorrente da ampla participação da hemorrede pública. Outro fato decisivo para a melhoria dos serviços foi à criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, atuando como órgão de inspeção em articulação com Estados e municípios participando inclusive da formulação e execução das Políticas Estaduais e Nacional do Sangue.

CAPÍTULO 6: O Sistema Hemoterápico do Ceará

O emprego do sangue como terapêutica no Ceará teve início com a instalação e funcionamento em 1952 do banco de sangue da Casa de Saúde Dr. César Cals. Em 1953, surgiu o Serviço de Gases Terepêuticas e Transfusão de Sangue do Ceará, instalado na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. O avanço da atividade médica associada à melhoria na utilização do sangue, aliado às novas técnicas transfusionais fizeram com que, em 1969, fosse introduzida a hemoterapia seletiva no Ceará, preparando-se os primeiros componentes (crio precipitado de fator VIII) usados no tratamento dos hemofílicos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (FUJISAN, 1988).

Mais tarde, em 1971, foi iniciado um movimento entre os hemoterapeutas do Ceará liderado por Laércio de Paula Colares para a extensão dos serviços hemoterápicos ao interior do Estado. Este movimento se resumia em juntar todos os setores que atuavam com o sangue em Fortaleza formando um “grande banco de sangue” para o atendimento das necessidades hemoterápicas no Estado. No entanto os interesses comerciais sobrepujaram os interesses de saúde, e a idéia de unificação dos bancos de sangue não surtiu o efeito desejado. Foi então criado o Banco de Sangue de Fortaleza, conhecido por Pro-San, inicialmente funcionando na Casa de Saúde Dr. César Cals pertencente à Maternidade Dr. João Moreira (CAMPOS, 2001).

Uma das primeiras medidas adotadas pelos dirigentes do Pro-San foi à importação de equipamentos modernos (centrifuga refrigerada e congelador a menos quarenta graus centígrados), inexistentes nos pequenos bancos de sangue daquela época. Segundo Campos (2001), o Hospital Batista Memorial do Ceará recebia um sem número de doações Americanas. Numa delas, chegaram bolsas plásticas para coleta de sangue. Como os diretores daquele hospital não tinham conhecimento da utilização destas bolsas, ficou acordado que o Pro-San as

utilizaria; em troca, o hospital receberia o sangue processado quando necessitasse. Relata Ormando Campos, que com a utilização de bolsas plásticas para coleta do sangue tornava a produção de concentrado de hemácias mais segura, chegando inclusive a produzir frações sangüíneas. Esclarece ainda que naquele período o Pro-San já realizava sistematicamente testes sorológicos para detecção de doenças como sífilis, doença de Chagas e hepatite.

Em seu relato Campos (2001), ressalta que um dos problemas por ele enfrentado dizia respeito ao doador de sangue. Comenta que naquela época não se recrutavam doadores nem muito menos se fazia triagem clínica. Lembra que haviam duas pessoas encarregadas em conseguir doadores de sangue, e que estes eram conhecidas como “corretores de doador”. Diariamente perguntavam “doutor quantos homens o senhor quer”, e logo traziam a quantidade de pessoas solicitada sendo estas doações remuneradas financeiramente. Finalizando, informa que o Pro-San funcionou até a metade da década de 1970 encerrando então suas atividades.

Em 1973 foi fundado o Centro de Hemoterapia e Hematologia do Ceará – FUGISAN. Este banco de sangue proporcionaria a população cearense o atendimento hemoterápico desenvolvendo inclusive atividades de científicas. Além de oferecer cobertura hemoterápica aos hospitais públicos e privados do Ceará, estendeu seu atendimento a inúmeros hospitais no Estado do Piauí. Prestava também atendimento gratuito aos hospitais de Fortaleza como a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e Hospital São José de Doenças Infeciosas. Por ser o único serviço no Estado à época, colaborava com órgãos públicos de saúde na realização de diversos exames laboratoriais (FUJISAN, 1988).

Como atividade hemoterápica, o Fujisan transfundia o sangue e seus derivados ofertando aos médicos cearenses um arsenal hemoterápico empregado na medicina moderna, sempre dentro dos critérios exigidos pela legislação vigente. Sua cobertura de atendimento de hemoterapia abrangia 75% da rede hospitalar do Estado, ou seja, 49 hospitais e clínicas especializadas, tendo no período de 1973 a 1988 realizado um total de 555.493 transfusões de sangue e hemoderivados, assegurando também a população possuidora de planos de saúde o mesmo atendimento (FUJISAN, 1988).

Possuindo um cadastro de doador onde estes periodicamente retornavam para novas doações, o Fujisan realizava coletas de sangue tanto na sede do serviço (coleta interna), quanto em instituições militares, fábricas, universidades (coleta externa). A partir de 1982, aderiu à Campanha de doação voluntária desenvolvida pela Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, mudando radicalmente sua forma de captação de doador, passando de doação remunerada para a doação de reposição, mudando sobremaneira o padrão de qualidade do sangue utilizado nos procedimentos transfusionais. O Fujisan mantém ainda hoje seu serviço atendendo aos hospitais de Fortaleza (FUJISAN, 1988).

6.1. A Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Ceará

Uma das primeiras iniciativas organizacionais para implantação e funcionamento de um serviço público de hemoterapia no Ceará surgiu em 1979. Naquele ano foi elaborado o Estatuto da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Ceará por iniciativa de professores de hematologia da Universidade Federal do Ceará, médicos ligados ao setor de sangue inclusive do setor privado. Este estatuto estimulava a participação do Estado no controle dos procedimentos hemoterápicos preconizando uma Política de Sangue no Ceará.

Por seus estatutos a Fundação manteria um caráter científico e assistencial centralizando todo o processo de coleta e distribuição do sangue e seus derivados. Em sua estrutura possuía uma área de ensino da hematologia e hemoterapia a nível formal de graduação, pós-graduação e técnico de nível médio no referido campo e especialidade correlata. Desenvolveria pesquisas práticas e de interesse comunitário sobre a hematologia e hemoterapia, produziria hemoderivados, prestaria assistência de saúde à comunidade, bem como celebraria acordos, convênios e contratos com entidades públicas ou privadas. Era também garantido pelo estatuto da fundação a execução do Plano de Saúde do Estado do Ceará no tocante a hematologia e hemoterapia (CEARÁ, 1979).

Esta Fundação manteria um Conselho Administrativo com a participação de membros de instituições públicas como: Secretário de Saúde do Estado; Superintendente do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE

(em fase de construção), Prefeito de Fortaleza ou seu representante legal, Reitores das Universidades Federal do Ceará, Estadual do Ceará e UNIFOR, Secretário da Fazenda do Ceará, Secretário de Planejamento do Ceará, Superintendente do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, Presidente do Instituto de Previdência do Estado do Ceará – IPEC, Comandante da 10ª Região Militar, Comandante da Aeronáutica, Marinha e Polícia Militar do Ceará (CEARÁ, 1979).

A competência do Conselho Administrativo se manifestava na incumbência de aprovar e modificar os estatutos, autorizar a movimentação de recursos dos fundos destinados à pesquisa e desenvolvimento, aprovar o quadro de pessoal e a política salarial, aprovar tabelas de preços cobrados pelos serviços, autorizar a contratação de empréstimo no exterior, entre outros (CEARÁ, 1979).

O financiamento dos serviços prestado pela Fundação preocupava os fomentadores do projeto, tanto que na formulação do estatuto estava explícita a cobrança dos serviços mediante pagamento segundo os preços vigentes no mercado de acordo com os critérios aprovados pelo Conselho Administrativo. Caso estes serviços fossem custeados por entidades públicas ou privadas, a utilização terapêutica dos mesmos passaria a ser fornecida gratuitamente à sociedade (CEARÁ, 1979).

Constituía receita da Fundação os recursos provenientes de convênios para o fornecimento de sangue e seus derivados, a prestação de serviços médicos e laboratoriais, dotação orçamentária do Estado, recursos através de promoção de cursos, congressos e simpósios, subvenções concedida por pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou internacional, ou quaisquer outros que lhes fossem destinados (Ceará, 1979).

Entretanto, a idéia de criação da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Ceará não se viabilizou na prática. Seu estatuto não foi aprovado pelo Governo do Estado e, em conseqüência, houve um atraso na implantação das Políticas Públicas na área de hemoterapia, frustrando as expectativas dos seus idealizadores.

6.2. O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE

O processo de construção Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE foi iniciado antes mesmo de ser executado o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados - Pro-Sangue pelo Ministério da Saúde. Até meado de 1983 o prédio sede do HEMOCE permaneceu sem nenhum funcionamento atrasando ainda mais o processo de consolidação da Política do Sangue. Toda a aparelhagem adquirida pelo Ministério da Saúde ou doada por organismos internacionais não foi aproveitada. A estrutura física do prédio passou então a ser utilizada gradativamente pelos vários setores burocráticos da Secretária de Saúde, órgão ao qual estava vinculado. Várias tentativas neste intervalo foram feitas para colocar em funcionamento este serviço, porém a falta de decisão política e os entraves burocráticos e financeiros obstruíam a idéia.

Em novembro de 1983 por decisão do então Governador do Estado através de seu Secretário de Saúde, foi nomeado oficialmente o Diretor Executivo do HEMOCE que efetuou, juntamente com os técnicos especializados, a primeira coleta de sangue deste serviço. Em janeiro de 1984 o Governo do Estado assina contrato de comodato com a Universidade Federal do Ceará cedendo-lhe o prédio bem como os equipamentos e material permanente por um prazo de dez anos. Para seu real funcionamento, houve a necessidade de execução do termo aditivo ao convênio celebrado entre o Governo do Estado a Universidade Federal do Ceará e a Sociedade de Assistência a Maternidade Escola Assis Chateaubriand – SAMEAC, tornando viável administrativo-financeiramente o funcionamento pleno do HEMOCE. Isto aconteceu no mesmo dia da assinatura do contrato de comodato já referido (CEARÁ, 1983).

A formalização do convênio com a Universidade Federal do Ceará com a interveniência da SAMEAC gerenciadora do sistema, tornou viável a operacionalização do HEMOCE, que recebia recursos para seu funcionamento do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde – SESA/Ce.

Neste convênio, coube a SAMEAC através da direção do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC o encargo de administrar o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE. Para alcançar os objetivos do

HEMOCE a SAMEAC poderia captar e aplicar recursos financeiros bem como recrutar recursos humanos e técnicos necessários ao desenvolvimento de suas atividades. Poderia ainda assinar convênios ou contar com as atividades das entidades públicas e privadas federal e municipais, bem como as estrangeiras ou internacionais. Finalmente o Governo do Estado destinaria recursos orçamentários anuais mediante planos de aplicação apresentados pela SAMEAC. Com a assinatura do termo aditivo, tornou-se viável o funcionamento pleno do HEMOCE. Mesmo assim as dificuldades persistiram, notadamente a falta de recursos humanos, ao lado dos exíguos recursos financeiros até então disponíveis (CEARÁ, 1984; MARTINS,1994).

Como órgão executor da Política Estadual do Sangue, componente do Sistema Único de Saúde - SUS e referência Estadual na área de hematologia e hemoterapia, a tendência do HEMOCE seria adotar um regime jurídico-administrativo que permitisse autonomia plena (orçamentária, financeira e administrativa), o que provavelmente não aconteceria se estivesse subordinado diretamente à Secretaria de Saúde. Neste mesmo tempo, o Ministério da Saúde através de sucessivos estudos advogava para que todos os hemocentros do País adotassem o modelo gerencial de Fundação a exemplos de modelos administrativos semelhantes incrementados em outros hemocentros brasileiro, proporcionando excelentes resultados (BRASIL, 1988).

Visando minimizar este problema no mesmo ano foi apresentada ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde uma proposta tendo como base a criação da Fundação Hemocentro do Ceará que executaria administrativamente todas as ações pertinentes ao sangue e hemoderivados. Esta proposta contemplaria a realização de concurso público para admissão de servidores especializados suprimindo a carência existente e formalizaria o processo jurídico-legal do gerenciamento do hemocentro através da Fundação ligada a Universidade Federal do Ceará, pondo um fim ao convênio em vigor. (POI/89).

No Ceará o modelo estrutural de fundação não foi aceito pelos gestores à época. Como a SAMEAC já possuía experiência gerencial em outros setores de saúde como o Hospital Universitário e a Maternidade Escola , utilizou-se esta experiência no gerenciamento administrativo-financeiro do HEMOCE o que de certa

forma foi favorável, pois não possuía o engessamento burocrático dos órgãos estatais.

Contribuindo para a consolidação e expansão das atividades do HEMOCE e objetivando o cumprimento de resolução 08/44-CIPLAN de 1986 que determinava a incorporação dos Centros de Hematologia e Hemoterapia nas Ações Integradas da Saúde - AIS, o núcleo de planejamento do Hemocentro do Ceará elaborou um plano operativo a ser desenvolvido no quadriênio 1988 – 1991 (BRASIL, 1991).

Neste plano já a partir de 1988 haveria a integração entre o Governo do Estado, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e INAMPS. A meta principal do plano operativo fundamentava-se no atendimento hemoterápico e hematológico aos hospitais pertencentes ao próprio INAMPS em todo o município de Fortaleza e região metropolitana aumentando assim em 70% as atividades do hemocentro. A justificativa deste plano previa a incorporação gradativa dos serviços hemoterápicos e hematológicos de toda a rede pública de saúde (MARTINS, 1987).

Elaborada em 1989, a Programação Orçamentária Integrada – POI/89 englobou o planejamento estratégico para aumentar e estender o atendimento hemoterápico e hematológico pelo hemocentro às cidades da Região Metropolitana de Fortaleza bem como alguns municípios próximos. Esta cobertura foi estendida para os seguintes hospitais: Hospital Universitário Walter Cantídio, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital São José, os Hospitais Gerais de Maracanaú e Messejana, Hospital César Cals, os Hospitais Regionais Gonzaga Mota (Messejana, Maranguape, Barra do Ceará, José Walter), Hospital Infantil Albert Sabin, os Institutos Dr. José Frota (Centro, Messejana, Antonio Bezerra, Parangaba), Hospital de Saúde Mental de Messejana, Hospital Geral da Polícia Militar, além dos Hospitais do interior do Estado localizado nos municípios de Baturité, Beberibe, Canindé, Cascavel, Iguatú, Itapipoca, Russas, e Senador Pompeu (MARTINS, 1987; POI/1989).

Desde o início de suas atividades em 1983 até a elaboração da Programação Orçamentária Integrada em 1989, hemocentro apresentou a seguinte

evolução em relação à captação de doador e transfusões que justificavam o atendimento hemoterápico aos hospitais citados.

Tabela 3: Série histórica da evolução do HEMOCE 1983/1989

Ano	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Nº doador	291	3.386	6.024	6.438	7.964	9.231	10.841
Transfusões					16.813	21.720	22.796

Fonte: HEMOCE/UFC/SESA

Não obstante este desempenho onde notamos um considerável crescimento o relatório de Atividades do Hemocentro relativo ao ano de 1989 citava como condições desfavoráveis para a continuidade dos serviços a modalidade gerencial existente que após esses anos ainda não tinha sido resolvida contribuindo para aumentar a irregularidade do desembolso e liberação de recursos financeiros, e as normas financeiras do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS que na interpretação dos gestores eram ambíguas e ditadas pós-programação conflitando com a POI/89

6.3. A Interiorização das Ações Hemoterápicas no Ceará

Com a ampliação do atendimento hemoterápico e hematológico no município de Fortaleza e cidades circunvizinhas à preocupação dos gestores do HEMOCE foram voltadas para o interior do Estado onde se detectava a não prestação dos serviços hemoterápicos e hematológicos devido o desconhecimento técnico desta especialidade médica e a não utilização da terapêutica transfusional, pondo em risco a população que porventura necessitasse de sangue, favorecia a interiorização destas ações.

O projeto de expansão da Hemorrede Pública, paralelo à preocupação com o controle sorológico dos doadores no interior do Estado com o risco de

transmissão de patologias como doença de Chagas, hepatite, sífilis e AIDS, preocupava os executores da Política do Sangue no Ceará.

Ao formular o Projeto de Expansão de Suprimento de Sangue e hemoderivados para o interior do Estado solicitado pela direção do HEMOCE, Fortuna et al (1987) assim se manifestava:

“a hemoterapia teve um grande avanço nas capitais brasileiras após a instalação dos hemocentros. No interior dos Estados – particularmente no Ceará – a situação é das mais graves, existindo inúmeras cidades em que a população está totalmente desassistida desse tipo de atividade médica. Poucas cidades interioranas possuem bancos de sangue, com freqüência transfundem sangue total, sem os cuidados sorológicos necessários, pondo em risco a saúde dos receptores”.

Foi constatado pelo o sistema de informação do Ministério da Saúde que dos 161 municípios do Ceará apenas 52 possuíam algum tipo de atividade hemoterápica. O HEMOCE por sua vez preocupado com a qualidade do atendimento prestado à sociedade apontava em suas estatísticas que de 25.631 candidatos a doador compreendido entre janeiro de 1984 a julho de 1987 apenas 20.109 (78,5%) representavam doações efetivas. Já os 5.522 (21,5%) dos doadores rejeitados apresentavam os seguintes índices de prevalência para as hemopatologias: 4,15% para sífilis, 0,42% para doença de chagas, 0,75% para hepatite e 0,1% para AIDS, e ainda cerca de 2% destes doadores apresentavam hemoglobina anômala (FORTUNA et al, 1987).

Em 1987, preocupado com o possível aumento de doenças transmitidas pelo sangue o HEMOCE elaborou um plano de trabalho para melhoria do controle sorológico de doadores de sangue no Estado do Ceará. A coordenação do plano caberia ao hemocentro que funcionaria como Unidade Coordenadora. Envolveria todas as instâncias gerenciais das Ações Integradas de Saúde – AIS e entidades privadas do setor saúde do Estado. Nas cidades interioranas onde estivessem instalados os Laboratórios Regionais de Saúde Pública, estes funcionariam como apoio laboratorial, até a implantação das que contribuiriam para melhorar o controle

de doadores visando assegurar que o sangue só seria utilizado após triagem sorológica sem risco para o receptor (FORTUNA et al, 1987).

Até o pleno funcionamento dos Hemocentros Regionais a serem construídos, as Centrais Sorológicas operavam selecionando em média 100 doadores potenciais submetendo-os a exames clínicos utilizados na seleção de doadores. Em seguida colhia amostra de sangue e encaminhava ao Laboratório Regional de Referência Sorológica a que estava submetido cada município e realizar todos os testes. Este procedimento deveria ser repetido bimestralmente. (Fortuna, 1987)

O sistema de acompanhamento e avaliação das Centrais Sorológicas funcionava enviando para a Unidade Coordenadora toda estatística referente à sorologia de doadores. Aqueles com sorologia positiva seriam sumariamente rejeitados como doador de sangue e seriam encaminhados ao serviço médico local para providências médico-epidemiológicas. Os doadores aptos seriam liberados para uma eventual coleta do sangue (BRASIL, 1994).

Este foi um dos primeiros passos para a interiorização da hemoterapia no Ceará. Fato contínuo foi apresentado de acordo com as políticas operacionais do sistema Banco Nacional de Desenvolvimento e Social - BNDES, um projeto de interiorização da Hemorrede no Ceará intitulado *Projeto de Expansão da Rede de Suprimento de Sangue e Hemoderivados Paralelamente ao Controle Sorológico de Doadores de Sangue no Estado do Ceará*.

Este projeto se enquadrava dentro das diretrizes da CIPLAN/DINASHE – Pro-Sangue/Política Estadual do Sangue tendo como objetivo básico à expansão da rede de cobertura do HEMOCE mediante a implantação de quatro Núcleos Regionais de Hemoterapia – NHR (posteriormente transformado em Hemocentros Regionais). Nos municípios cearenses não contemplados com as Centrais Sorológicas seriam implantadas as Agências Transfusionais articuladas com os Núcleos Regionais (FORTUNA et al, 1987).

No entanto, a justificativa mais concreta deste projeto se pautava no fato de que a exemplo dos usuários de sangue da Capital já atendida pelo HEMOCE, a população interiorana mereceria ter acesso ao sangue de boa qualidade manipulado

de forma “cientificamente correta e socialmente digna” sem a interveniência lucrativa de terceiros, e pelo surgimento de enfermidades fatais de transmissão sangüínea como a AIDS (FORTUNA et al, 1987).

O Plano apresentado permitiria a integração das ações hemoterápicas em todo o Estado operando com serviços do mais elevado padrão ético e científico, além de estabelecer novo conceito de Políticas Públicas no setor saúde. O Plano contemplava tópicos importantes como: Aumento da participação e integração do Estado do Ceará na Hemorrede Pública Nacional segundo as diretrizes traçadas pelo Pro-Sangue. Asseguraria a todos os cearenses o acesso aos serviços hematológicos e hemoterápicos praticados sobre os mais rigorosos critérios éticos e científicos em especial para a seleção e controle sorológico de doadores de sangue, promoveria junto as Vigilâncias Sanitárias mecanismos que permitissem disciplinar as ações de coleta de sangue, sua utilização, produção e distribuição de hemoderivados, e o mais importante, implantaria até 1988 dois Hemocentros Regionais um na região norte e outro na região sul do Estado. Já no biênio 1989/1990, seriam implantados dois outros Hemocentros Regionais com as mesmas características nas regiões Centro-Sul do Estado e médio Jaguaribe (FORTUNA et al, 1987).

A política de interiorização sinalizava para uma incrementação do sistema de captação de doadores visto que o “doador de reposição” naquele momento era responsável pelo maior contingente de sangue. Este tipo de doador era objeto de discussão no Hemocentro Coordenador visto que a idéia era acabar com esta prática fortalecendo a doação altruísta. Iniciou-se então um processo de educação voltado para vários setores da sociedade como as universidades, as indústrias, o comércio, as escolas de ensino médio etc. Os doadores que se apresentavam pela primeira vez eram trabalhados no sentido de retornarem ao hemocentro periodicamente pelo menos duas vezes por ano.

Passou-se então a ser visitado os grandes municípios do Ceará discutindo-se a questão da doação de sangue entre a classe médica, profissional de saúde e a sociedade em geral numa forma de conscientiza-los, pois em breve estas localidades estariam sendo beneficiadas com os serviços do hemocentro.

Paralelamente à política de captação de doadores desenvolvida pelo HEMOCE o “doador de reposição” também foi objeto de discussão em todo o Estado, visto que a idéia era acabar justamente com esta prática fortalecendo a doação altruística. Este projeto buscava mostrar a real importância do doador voluntário, figura totalmente desconhecida e desvalorizada no interior do Estado.

6.4. A Necessidade dos Hemocentros Regionais

Segundo os formuladores do Projeto de Expansão da Rede de Suprimento de Sangue e Hemoderivados apresentado ao Banco Nacional de Desenvolvimento Social – BNDES e aprovado no final de 1987, a escolha das cidades sedes dos Hemocentros Regionais se baseava em primeiro plano na divisão geoadministrativa do Estado, mais precisamente as regiões do Cariri, Norte, Alto Jaguaribe e Sertões do Quixeramobim.

Ainda como processo de escolha levou-se em consideração o sistema de comunicação, o grau de organização civil de cada município, o estágio de participação comunitária, o desempenho, a tradição na promoção do progresso e a localização geográfica em relação aos municípios jurisdicionados. Acrescente-se ainda a presença no local de duas Universidades: Universidade Vale do Acaraú – UVA e Universidade Regional do Cariri – URCA, critério de estimável peso, já que a Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados – DINASHE/MS, preconizava o mais íntimo entrosamento - Universidade/Hemocentro – em face do grau de tecnologia envolvida nas atividades ligada ao ensino e a pesquisa (FORTUNA et al 1987).

A estratégia de implementação deste plano utilizaria o HEMOCE como Unidade Coordenadora que concentraria as ações na sua sede em Fortaleza. Posteriormente, no interior do Estado, ocorreria a descentralização regionalizada, elegendo-se as cidades de Sobral, Juazeiro do Norte, Iguatú e Quixadá como sede dos Laboratórios Regionais de Referência Sorológica e conseqüentemente sede dos Hemocentros Regionais Núcleos Regionais de Hematologia e Hemoterapia ou Hemonúcleos.

Devido a circunstâncias outras, a cidade de Juazeiro do Norte não foi contemplada como sede do Hemocentro Regional (isto porque a escolha e cessão

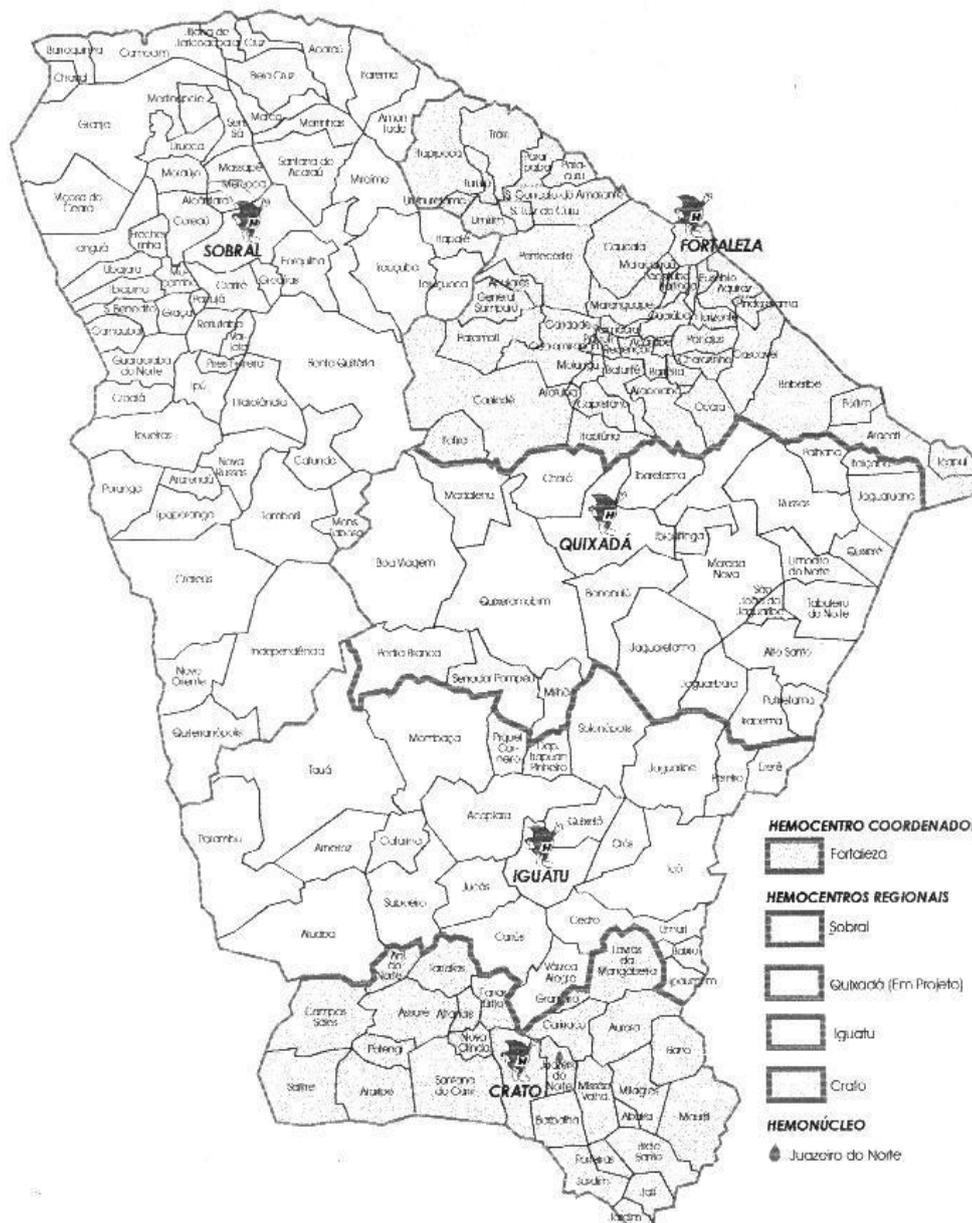
do terreno não atenderam as condições que o projeto preconizava). Assim sendo, as autoridades do município de Crato, notadamente o Reitor da Universidade Regional do Cariri – URCA, em articulação com a Diocese do município, entendendo a magnitude e importância de se ter na cidade um serviço especializado, conseguiram e doaram um terreno em condições superior aquelas exigidas, conquistando o direito de sediar o Hemocentro Regional do Cariri (FORTUNA et al, 1987).

O modelo hemoterápico Francês onde o Centro Nacional de Transfusão sangüínea coordena todos os hemocentros espalhados nas localidades previamente determinadas com atendimento de coleta, processamento e distribuição de sangue aos hospitais, já tinha sido sugerido por Cazal e Antonácio nos idos de 1960 e 1970, sendo absoldido pelo Pro-Sangue em 1980 e seguido por todos os Estados brasileiros.

Obviamente o Ceará também incorporou este modelo por entender que não seria viável a construção de um hemocentro em cada município. No processo de interiorização das ações hemoterápicas o Estado do Ceará foi dividido em cinco regiões com raio de abrangência previamente determinado. Os Hemocentros Regionais desenvolvem todas as atividades hemoterápicas com as mesmas características técnicas e funcionais do Hemocentro Coordenador.

O quadro geral da Hemorrede no Ceará é mostrado na figura a seguir.

HEMORREDE DO CEARÁ



Como já foi citado anteriormente, o Banco Nacional de Desenvolvimento e Social - BNDS através do FINSOCIAL, participou com alocação de recursos financeiros suficientes para a complementação das obras de construção dos Hemocentros Regionais contemplando ainda os gastos com a aquisição de equipamentos e material permanente, além de custear o treinamento de pessoal recrutado da Secretária de Saúde do Estado e Universidade Federal do Ceará.

Não obstante as dificuldades na execução do projeto em 1991 entravam em funcionamento os primeiros Hemocentros Regionais com sede nas cidades de Sobral e Crato atendendo as regiões Norte e Sul do Estado. Em 1994 foi inaugurado o Hemocentro Regional de Iguatú cobrindo a região Centro-Sul do Estado. O Hemocentro Regional localizado na cidade de Quixadá no Sertão Central esta em fase de construção sendo sua conclusão prevista para o ano de 2002.

Com a necessidade de fortalecimento da infra-estrutura dos Serviços de Sangue e Hemoderivados, em 1995 foi construída a Agência Transfusional Especial na cidade de Juazeiro do Norte com capacidade de atendimento aos hospitais daquele município . Apresentamos abaixo o quadro geral de cobertura hospitalar e populacional da Hemorrede do Ceará organizada no processo descrito.

Tabela 4: Quadro demonstrativo da cobertura hemoterápica hospitalar da Hemorrede do Ceará.

Local	Nº hospitais	Atendimento hemorrede	Nº municípios	População alvo	Implantação
Fortaleza	120	49	47	3.583.857	23.11.1983
Sobral	91	41	59	1.415.990	08.03.1991
Crato	43	38	28	783.739	01.11.1991
Iguatú	32	32	24	602.081	24.04.1994
Quixadá	30	13	26	645.559	Em implantação
Juazeiro do Norte*	*	*	*	*	28.07.1998

Fonte: HEMOCE/UFC/SESA.

*Agência Transfusional Especial pertencente ao Hemocentro Regional do Cariri (Crato).

Desta forma a cobertura hemoterápica do Ceará abrange a totalidade dos municípios cearenses. No entanto nem todos os hospitais foram contemplados com este atendimento devido ainda não se integrarem na Política do Sangue. Mesmo assim sucessivas tentativas estão sendo efetuadas para que no futuro a cobertura transfusional atinja sua totalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Público de Hemoterapia do Ceará após a implantação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – Pro-Sangue, apresentou um crescimento e desenvolvimento compatível com a evolução técnica dos Sistemas Públicos em funcionamento no Brasil. Não podemos, no entanto traçar um comparativo em termos numéricos, devido às divergências regionais bem como o quadro populacional dos municípios brasileiros, mesmo assim vislumbramos a melhoria no que diz respeito às políticas de sangue dentro do próprio Estado, tendo em vista não só a interiorização destas ações terem conseguido eliminar algumas aberrações existentes na área de hemoderivados ou seja a unificação dos pequenos bancos de sangue existentes nos hospitais públicos em um único órgão controlador desta atividade.

Em relação ao uso indiscriminado de sangue total prática largamente usada em todos os procedimentos para os quais eram solicitados, houve uma diminuição drástica tendo em vista que com a implantação dos hemocentros cerca de 90% do sangue coletado usam-se apenas suas frações, como mostra o quadro a seguir.

Tabela 5: Número de unidades coletadas e processadas no período de 1994 a 2000, na Hemorrede Pública do Ceará.

Hemocentro	Fortaleza	Crato	Sobral	Iguatú	Total
Doações	227.394	49.174	57.145	24.229	367.942
Unidades Processadas	623.520	107.729	108.038	38.942	878.229

Fonte: HEMOCE/UFC/SESA

O avanço tecnológico e científico da hemoterapia tem permitido hoje que o sangue seja fracionado em seus componentes, preservado e estocado para uso posterior. Sendo assim o sangue total representa apenas o produto inicial que origina seus componentes e derivados, proporcionando mais eficácia na terapêutica clínica em termos quantitativos e qualitativos. Em conseqüência, a terapêutica transfusional teve que se adaptar as novas tendências da moderna hemoterapia, ou seja, a utilização do sangue por parte dos prescritores de cada componente sangüíneo compatível com o procedimento adotado. Isto representa uma maior racionalidade na utilização do sangue, bem como uma maior segurança nos procedimentos transfusionais.

Visualizamos uma mudança comportamental por parte da sociedade em acatamento as campanhas de doação de sangue desenvolvidas pelos hemocentros em relação à doação espontânea de sangue. No início das atividades na década de 1980, o quantitativo de doadores remunerados superava os doadores espontâneos. Hoje este quadro esta mudando haja vista o desaparecimento da classe de doadores remunerados e a plena ascensão dos doadores voluntários ou de reposição. As doações espontâneas nos Hemocentros Regionais do Ceará referentes aos anos de 1994 a 2000 representam 45,39% do total das doações (Crato 37,34%, Sobral 51,46% e Iguatú 47,45%).

Outro fato que merece ser comentado diz respeito aos critérios adotados quando da realização da triagem clínica. Ao apresentar-se para a doação, o doador é avaliado clinicamente com o objetivo de protege-lo de qualquer risco no ato da doação e, ao mesmo tempo, excluí-lo temporário ou definitivamente inibindo a possibilidade de transmissão aos receptores. Com o Aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na década de 1980 e a constatação de sua transmissão pelo sangue, o procedimento da triagem clínica passou a ser encarado com maior severidade. Em 1989 com a publicação do Manual de Normas Técnicas em Hemoterapia, as diversas condutas desde a seleção de doadores até a transfusão de sangue foi modificada, isto sem contar com os procedimentos preconizados por organismos internacionais como o Federal and Droug Administration – FDA, a Organização Mundial da Saúde – OMS.

Não só a triagem clínica como também a triagem sorológica realizada após a doação do sangue deve ser realizada em todas as amostras do sangue coletado. Antes do funcionamento dos hemocentros isto certamente não acontecia. Transfusões eram realizadas sem o mínimo de cuidado técnico, em consequência os acidentes transfusionais eram inevitáveis, principalmente no interior do estado onde a prática médica era menos desenvolvida.

Entretanto, com a chegada dos Hemocentros Regionais este quadro foi literalmente alterado. Inicialmente devido à concentração em um mesmo local dos procedimentos básicos: triagem, coleta, fracionamento realização de provas imunohematológicas e distribuição do sangue. Segundo porque em todas as unidades coletadas são realizados sistematicamente os testes sorológicos preconizados pelo Ministério da Saúde como: Reação imunoenzimática para a triagem dos retrovirus HIV 1+2 e HTLV I/II. Pesquisa do antígeno de superfície da hepatite B (AgHBs). Pesquisa do anticorpo contra o antígeno de core da hepatite B (anti-HBc). Pesquisa do anticorpo contra o vírus da hepatite C (anti-HCV). Reação de hemaglutinação e reação imunoenzimática para a triagem da doença de Chagas. Detecção de reaginas ou anticorpo não treponêmico associado à infecção sífilítica (reação de VDRL). Alanina-amino-transferase – ALT, teste colorimétrico para detecção desta enzima.

A informatização, mecanismo essencial para eliminar possíveis falhas e erros foram implementados não só no Hemocentro Coordenador como também nos Hemocentros Regionais fazendo com que todos os resultados sejam transcritos automaticamente. Com este mecanismo tende-se a eliminar a falha humana.

Em última análise apresentamos algumas sugestões para melhorar a demanda de doador, bem como os serviços oferecidos pelos hemocentros: Formulação de política de aprimoramento técnico-científico contínuo, como forma de ampliar e melhorar os recursos humanos na área afim; Programa contínuo de divulgação dos serviços prestados pela Hemorrede através da imprensa (rádio, jornal, televisão, panfletos educativos), como forma de chamamento da população para a doação de sangue; Fomentar a criação da disciplina de hemoterapia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, favorecendo aos futuros profissionais, o conhecimento aprimorado desta especialidade médica; Criar em

conjunto com a Faculdade de Medicina, Hospital Universitário, outros hospitais conveniados e o HEMOCE, a residência médica na área de hemoterapia; Em parceria com as Secretaria Estadual e Municipais de Saúde, desenvolver um trabalho com os Agentes de Saúde, mostrando as vantagens e benefícios da doação voluntária de sangue; Priorizar as campanhas de doação voluntária de sangue voltada para o sexo feminino tendo em vista serem estas a maioria da população e minoria nas doações de sangue.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALCANTARA, L.G. de. **A importância dos hemocentros no estado do Ceará.** Fortaleza, /1996/.12f.

ANÁLISE da legislação e normas técnicas existentes no Brasil, sobre serviços de hemoterapia, bem como indicações de necessidades para sua modernização. [1986?]. 11f.

ANTONACIO, F. **Programa Nacional de Sangue.** Brasília, /1976/.85f.

BASILIO, F. P. S. **Virologia transfusional.** Fortaleza, /1994/.5f.

_____. **O perfil do doador de sangue .** Fortaleza, /1988/.6f.

BECHER, H. S. **Método de pesquisa em ciências sociais.** 2ª ed: São Paulo: 1994, 117p.

BLUNDELL, J. **Experiments on transfusion of blod by the syringue.** 1818, 9, 56.

BRANDRES, J. R. **Transfusion de sangue.** Mabron: Madri: 1967: 682p.

BORGES, A. **Campanha de doação comunitária.** São Paulo, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). [1987?].08f.

BRASIL. Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950. Dispõe sobre a doação voluntária de sangue. **Diário Oficial.** Rio de Janeiro, 1950.

BRASIL. Leinº 4.701, de 28 de junho de 1965. Dispõe sobre o exercício da atividade hemoterápica no Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial.** Brasília, 1965. p. 6113.

BRASIL. Decreto Lei nº 211, de 27 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre o registro de órgãos executores da atividade hemoterápica a que se refere o art.3º, item 3, da Lei 4.701, e dá outras providências. **Diário Oficial.** Brasília , 1967.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 721, de 29 de agosto de 1989. Aprova normas técnicas para a coleta, processamento, e transfusão de sangue, componente e derivados e dá outras providências. **Diário Oficial**. Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério do Estado da Saúde. Portaria nº 1, de 31 de janeiro de 1974. Instituída conceituação das operações desempenhadas pelos órgãos executivos da atividade hemoterápica. **Diário Oficial**. Brasília, 1974. p.6438.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas de Saúde (Pró-Sangue). **Informações sobre Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados e hemocentros**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1987. 73p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência a Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Sangue e Hemoderivados. **Programa de Interiorização**. Fortaleza, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência à Saúde. Coordenação de Sangue e Hemoderivados/COSAH. **Plano de ação**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados. **Sangue e Hemoderivados**. Brasília, /1986/.13f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Sangue e Hemoderivados. **Normas para implantação de unidades de hemoterapia e hematologia**. Brasília, /1992/.43f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados. **Projeto de cooperação técnica Brasil-França triênio 1987/1989**. Brasília, /1986/.07f

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1367, de 19 de novembro de 1993. Aprova normas técnicas para coleta, transfusão de sangue componentes e derivados. Altera Portaria nº 721, de 9 de agosto de 1989 e dá outras providências. **Diário Oficial**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados. **Documento básico para o tema sangue de boa qualidade para todos**. Brasília, /1986/.4f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados. **Manual de Trabalho: orçamento e finanças – 1986/87**. Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas especiais de Saúde. Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pro-Sangue) e os Hemocentros. **Informações sobre as atividades da Divisão Nacional de sangue e Hemoderivados**. Brasília, 1987.18f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados. **Da Política Nacional de Sangue**. Brasília, /1994/.7f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Sangue e Hemoderivados. **Diretrizes normativas para a interiorização da hemorrede pública**. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de qualidade do sangue e hemoderivados**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados. **Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados – PLANASHE**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamente o parágrafo 4º do artigo 199 da Constituição Federal, relativo a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados. **Diário Oficial da União**, seção 1. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados. **Informações sobre a reunião dos diretores de hemocentros**. Brasília, 1991.

BRITO. M. C. C. Investimento na hemorrede pública para a área de infra-estrutura. **Boletim COSAH**. Brasília, v.1, n.12, p.7-9, 1991.

BRITO. R. de M. **Política Nacional de Sangue**. ex. 2, /1966/.4f.

CAIRUTAS, C. M. In. **Seminário Franco Brasileiro de Hematologia, imunologia e recrutamento de doadores de sangue**. 1993. Maceió, anais... Maceió.

CAMPANHA. de doação de sangue comunitária da sociedade brasileira de hematologia e hemoterapia. [1976?].

CAMPOS, Ormando Rodrigues. Doação de sangue inexistente por falta de esclarecimento. **O Povo**, 30 jan. 1980. Caderno 1.

_____. Hemoterapia. Fortaleza, 3 abr. 2001. Entrevista concedida a F.P.S. Basílio.

CARVALHO, R. I. O Brasil precisa de sangue. **Ciência Hoje**. V.9, n. 55, p.46-61. abr. 1989.

CARVALHO, R. I. **Política de sangue no Brasil**. Belo Horizonte, /1980/.5f.

CAZAL, P. **Relatório sobre a organização da hemoterapia no Brasil**. Organização Panamericana de la Salud. Oficina Sanitária Panamericana. Washington, 1969.

_____. **L'informatique dans les centres de transfusion sanguine**. Montpellier, /1969/.15f.

_____. **L'originalité medico-sociale de la transfusion sanguine et les principes de base pour une organisation nationale de transfusion sanguine**. Montpellier, /1969/.21f.

CEARÁ. Governo do Estado. Contrato de comodato... **Diário Oficial do Estado do Ceará**. Fortaleza, 9. fev. 1984. n. 13.768. pt. 1.

CEARÁ. Governo do Estado. Primeiro termo de ajuste... **Diário Oficial do Estado do Ceará**. Fortaleza, 28.abr. 1987. n. 14.559. pt.1.

CONSTITUIÇÃO. República Federativa do Brasil. Empresa Gráfica da Bahia, Salvador, 1988.

Estatuto da fundação de Hematologia e Hemoterapia do Ceará. Fortaleza, /1979/.23p.

FORTUNA, F. ^a da S. LIMA, José Lindemberg da Costa, J. L. da C. **Projeto de expansão da rede de suprimento de sangue e hemoderivados, paralelamente**

ao controle sorológico de doadores de sangue no estado do Ceará. Fortaleza, /1987/, 14p.

FURTADO, V. P. Política Nacional de Sangue. **Informe.** Curitiba, v.2, n.2, p 1-4. ,jul.1989.

FUJI – SAN. 15 anos em Fortaleza. 1988

GENEBRA. Organização Mundial da Saúde. Segurança de transfusão de sangue. **Sangue e produtos sangüíneos seguros.** Doação segura de sangue. Módulo, 1. Genebra, 2000. 122p.

GENETET, B. MANNONI, P. **La transfusion.** Paris: Medicine Sciences, 1978, 680p.

GONÇALVES, O. R. SILVA, F. de A C. **Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados.** Pró-sangue. Brasília, /1980/. 16f.

HAGUETTI, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis: Vozes, 3ª ed. 1992.

HEMOCENTRO de São Paulo. Uma realidade necessária. **Jornal APM,** São Paulo, p. 3-7, 1989.

HEMOTERAPIA, Sociedade Brasileira de Hematologia, Doação comunitária de sangue: Nova fase da campanha. **Diário Popular,** São Paulo, p.3, fev, 1981.

JUNQUEIRA, P. C. **Relatório sobre o sistema nacional de prestação de serviços hemoterápicos.** Brasília, /1975/. 19f.

LIMA FILHO, L. C. Disque-sangue. O doador sendo visto como cliente. **Boletim COSAH,** Brasília, v.1, n.12, p.15-16, 1997.

MARTINS, J. M. C. **Formação de recursos humanos para hematologia e hemoterapia: experiência do HEMOCE.** Fortaleza, /1994/. 24f.

_____. **Política estadual de sangue.** Fortaleza, /1987/ 09f.

_____. **Uma realidade – Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE.** Fortaleza, /1979/. 14f.

MINAYO, M. C. S. C. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde: 6ª ed: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

- MONTEIRO, J. A questão do sangue. **Saúde em Debate**. P.17-20, jun. 1989.
- MOSS, W. **Oral history program manual**. Proeger publishers: 1974.
- NETO, Pontes. Para obter sangue é preciso investir. **O Povo**, 9 mai. 1981. Caderno 2.
- OLIVEIRA, M. F. Viver é uma doação. Associação Brasileira de Doadores Voluntários de Sangue. MEC/DDD. Brasília. [1991?].
- O PROBLEMA de ética no sistema de sangue nos países subdesenvolvidos. F.I.O .D.S. Revue. Federation Internacionalle des Organization de Donneurs de Sang Benévoles. França. 3º trim; n.15, 1984.
- PINTO, A. L. **Análise institucional da área de sangue e hemoderivados: problemas e perspectivas**. Brasília, 1991.
- _____ . **Modelo conceitual de institucionalização do sistema nacional de sangue e hemoderivados – SINASHE**. São Luiz, /1989/. 20f.
- PONTES, R. J. S. Esboço preliminar da história da hemoterapia no Brasil. Ribeirão Preto. [1989?]. 28f.
- _____ . **Projeto para implantação do hemocentro de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, [1989?]. 23f.
- PRO-SANGUE em debate. **Saúde em Debate**, Revista do centro brasileiro de estudos da saúde. Bahia, n.12, p.50-51, set.1980.
- ROSEMBLIT, Jacob. Hemocentro de São Paulo – a farsa de um projeto. **Jornal da A.P.M.** [s.l.s.d], p.7
- SAÉZ-ALQUÉZAR, A **Programa nacional de controle de qualidade em bancos de sangue – sorologia (P.N.C.Q.E.S)**. Brasília. v.1, n.12, p 2-4, jan. 1997.
- SANGUE e hemoderivados. Ampliação do tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Documento final. Manaus, /1987/. 8f.
- SANTOS, L. G. dos. RAMOS, N. G. **A hemoterapia no Brasil**. Recife: HEMOPE, 1981, 70p.

SANTOS, L. G. dos. Hemocentro na Secretaria de Saúde. **Projeto de um centro de hematologia e hemoterapia em Pernambuco_Recife, /1975/**. 29p.

_____. O problema da confiabilidade da transfusão de sangue no Brasil. **Saúde em Debate**. n.28, p.31-32.1991.

SANTOS, L. A de C. MORAES, C. COELHO, V. S. P. Os anos 80: A politização do sangue. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p.108-149. 1992.

_____. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**. V.1, n.1, p.162-183, 1991.

_____. A politização do sangue no primeiro mundo. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**. V.3, n.2, p.166-192, 1993.

SANTOS, M. B. L. Parecer nº 1.252-22.180. **Conselho Regional de Medicina de São Paulo**. (ac.c. nº0671/80-p). São Paulo, /1980/. 3f.

SCHMIDT, P. J. Transfusion in historical perspective. In: SEMINAR ON CURRENT TECHNICAL TOPICS. [1967?]. American Association of blood banks.

SERINOLLI, M. I. A tragédia Vermelha. **Médicos**. Rio de Janeiro, p.90-94, mar/abr. 1999.

SOUSA, A . de Q. **Plano de trabalho do projeto de fortalecimento da infraestrutura dos serviços de sangue e hemoderivados**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, Gabinete do Secretário, /1995/. 07f.

STREIFF, F. L'organization de la transfusion em France. **Le benevolat**. França, v.22, n.1, 1972.

SUJOS de sangue: descaso e corrupção envolvendo autoridades de saúde podem ter contaminado 400 mil franceses. **Isto é senhor**. V.1154, p. 46, nov. 1991.

SZTERLING, Leonel. Nulmam. Hemocentro, na secretaria de saúde. **Jornal APN**. São Paulo, p, 3. 1976.

VIEIRA, Maria do Pilar de Araújo, Peixoto, M. da C, KHOURY, Y. M. A. **A pesquisa em história**. São Paulo: editora Ática, 3ª ed. 1995. 80p.

WOOD, C. A short history of blod transfusion: **Transfusion**. California, V.7, p.299-303. 1967.