

A HEMOTERAPIA NO BRASIL DE 64 A 80*

LUIZ A. DE CASTRO SANTOS

CLÁUDIA MORAES

VERA SCHATTAN P. COELHO

LINHAS GERAIS ATÉ 1964

A hemoterapia é uma especialidade recente da medicina: data do início deste século a descoberta, por Karl Landsteiner, dos grupos sanguíneos ABO. As técnicas transfusionais foram aperfeiçoadas principalmente durante as duas guerras mundiais, e muitas redes de coleta e transfusão européias foram organizadas por ocasião da Segunda Guerra.

Entre nós, já na década de 1920 realizavam-se transfusões braço a braço, em que se transfundia o sangue diretamente do doador ao receptor. Não se conheciam

* Este trabalho inicia uma série de artigos sobre a questão do sangue no Brasil. A série baseia-se em estudo realizado no Cebrap, em São Paulo, durante o ano de 1989, com financiamento da Finep e da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo. Luiz A. de Castro Santos, professor-adjunto da UERJ e pesquisador-doutor do Cebrap, ora licenciado, atuou como consultor e coordenador da pesquisa. Cláudia Moraes e Vera Schattan P. Coelho foram pesquisadoras-assistentes durante a realização do estudo.

ainda técnicas de estocagem de sangue e não havia, conseqüentemente, instituições hemoterápicas. Os serviços de hemoterapia mantinham um corpo de doadores registrados, convocado quando surgia necessidade. Geralmente, a transfusão direta era feita por um cirurgião.

O primeiro banco de sangue do mundo ocidental foi criado em 1937 nos Estados Unidos. Na década de 1940, surgiram os primeiros bancos de sangue no Brasil: em 1941, no Rio, o banco do Hospital Fernandes Figueira (ligado, ao que consta, ao esforço de guerra), e em novembro de 1945, o Banco de Sangue da Prefeitura do Distrito Federal.¹

Em 1949 foi realizado no Brasil o primeiro congresso de profissionais da especialidade. No ano seguinte, eles fundaram a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. Também em 1949 foi organizada a Associação de Doadores Voluntários de Sangue no Rio de Janeiro, que mais tarde se tornou nacional. A associação se contrapunha à doação paga, já então utilizada pelos recém-criados serviços de hemoterapia. O próprio banco de sangue da Prefeitura chegou a recrutar doadores através de pagamento. Desde que o uso do sangue e seus derivados se difundiu como recurso terapêutico, o sangue humano passou a ter um valor de mercado, contrapondo a idéia do sangue doado, expressão de altruísmo, à do sangue coletado, fonte de lucro.

A isto se refere a primeira lei federal (lei 1.075 de 27/3/50) a tratar do sangue, que abonava o dia de trabalho ao funcionário público, civil ou militar, que doasse voluntariamente sangue a banco mantido por organização estatal ou paraestatal. Além disso, a lei determinava que tal ato fosse registrado com louvor na folha de serviço do servidor. Já o doador voluntário não-servidor público "será incluído (...) entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e à Pátria". Imitada nos anos seguintes por estados e municípios, *essa foi a única lei referente ao sangue até 1964*. Seu texto e sua singularidade dizem muito.

Em primeiro lugar, na época não parecia haver consciência da necessidade de uma política estatal para o setor hemoterápico. A participação dos governos (federal, estaduais, municipais) restringia-se aos serviços que instalavam (bancos de sangue públicos que agiam isolados, sem integração), não havendo mesmo, ao que parece, consciência de que as atividades hemoterápicas deveriam ser um setor específico do conjunto de serviços de saúde. A hemoterapia era considerada uma prática acessória, ligada a pronto-socorros, hospitais e Santas Casas, exercida inclusive por farmacêuticos e enfermeiros (o que era então perfeitamente legal, uma vez que não havia qualquer regulamentação da atividade). Na ausência de normas

1. PONTES R., *Esboço preliminar da história da hemoterapia no Brasil*, mimeo.

legais, os bancos de sangue funcionavam como bem entendiam. A qualidade do serviço dependia das intenções do responsável, que podia desejar manter uma instituição 'de prestígio' ou, meramente, um negócio.

O emprego crescente do sangue pela medicina e a falta de fiscalização dos serviços permitiam aos bancos de sangue privados um negócio lucrativo: comprar a baixo preço o sangue dos 'doadores' e revendê-lo aos hospitais, praticamente sem qualquer controle de qualidade e a preços mais altos. A desatenção oficial em relação ao setor e sua vinculação ao 'comércio do sangue' parecem ter contribuído para que a hemoterapia se tornasse uma especialidade de pouco prestígio dentro da medicina, mal ensinada nas escolas e escolhida por um número reduzido de médicos (para isso, pode também ter contribuído o fato de o hemoterapeuta tratar sempre do paciente de outro médico). Até hoje, a hemoterapia não consta como disciplina dos currículos regulares das escolas de medicina. Pouquíssimos lugares oferecem especialização nessa área e o assunto geralmente é abordado em um parágrafo nos manuais e livros-textos. Não há também publicações nacionais sobre a especialidade.

A multiplicidade de serviços visando ao lucro (preocupados apenas com a *obtenção* do sangue e não com seu emprego terapêutico) estabeleceu um padrão de banco de sangue comercial de pequeno porte. Como constatou Pierre Cazal², este padrão impediu, juntamente com a falta de preocupação com a qualidade, que os bancos investissem em melhorias técnicas, que demandavam recursos acima das possibilidades de pequenos estabelecimentos e que eram tecnologicamente concebidas para serviços de maior porte.

Apesar do descaso oficial, a lei de 1950 indica que, na época, já se fazia uma distinção entre serviços públicos e privados, e entre doação voluntária e sua contrapartida, a doação remunerada. A dispensa de ponto, prevista em lei, indicava a preocupação de incentivar a doação voluntária, mencionada como um ato de heroísmo, como um sacrifício em prol da comunidade. A lei louvava publicamente esses heróis.

Um decreto estadual de 1959 (decreto 34.658 de 13/2/59) estendia, em São Paulo, a dispensa de ponto às doações voluntárias realizadas junto a bancos de sangue particulares nas localidades onde não houvesse bancos públicos, mas somente "se a entidade particular receptora não aplicar o sangue recebido mediante

2. Pierre Cazal veio ao Brasil como consultor da Organização Mundial da Saúde. O relatório por ele apresentado em 1969 contém uma das primeiras propostas para a implantação de uma política nacional de sangue através de um sistema de hemocentros descentralizados. Ver CAZAL P., *Relatório sobre a organização da hemoterapia no Brasil*. Organização Mundial da Saúde, 1969.

remuneração”. Ao mesmo tempo prevenia abusos: “a dispensa prevista no artigo se entende num máximo de três vezes por ano, mediando entre estas nunca menos de 45 dias e desde que as datas sejam previamente acertadas entre o servidor e seu chefe imediato”. Este decreto não opunha entidades públicas e privadas, mas entidades que comercializavam o sangue e aquelas que não o faziam. Ao mesmo tempo, a dispensa de ponto era encarada claramente como um objetivo em si por parte do doador, que não é então um herói, mas alguém que doa sangue para, em troca, receber determinadas vantagens.

Na década de 1960, a hemoterapia mundial avançou e se sofisticou, a partir das novas técnicas de conservação³ e fracionamento de sangue, que gradativamente restringiram a pouquíssimos casos a aplicação de sangue integral, substituindo este por suas frações e derivados. Isso fez aumentar o número de casos em que o sangue é utilizado como terapêutica e exigiu sofisticação dos serviços, recursos humanos especializados e aparelhagem própria. Como cada parte do sangue tem seu emprego específico, tornou-se necessário, do ponto de vista operacional, que a rede hemoterápica se integrasse cada vez mais para eliminar sobras e faltas (um pronto-socorro, por exemplo, utiliza muitas hemácias e pouco plasma; serviços de tratamento de hemofílicos usam plasma e derivados e poucas hemácias) e permitir uma distribuição mais eficiente do sangue.

Uma conseqüência do avanço tecnológico e do fracionamento do sangue foi o progresso da indústria de hemoderivados (surgida no segundo pós-guerra), que passou a extrair do plasma alguns componentes cuja obtenção não era possível em processo artesanal. A produção de componentes em escala industrial requer uma ampla rede de fornecimento (uma vez que opera com grandes quantidades de plasma sangüíneo) e torna mais problemática a questão do lucro ligado ao sangue. O fabrico de hemoderivados, que proporciona grandes lucros, passa a mobilizar um comércio em escala mundial. Tais produtos são estáveis, podendo ser transportados a longa distância e armazenados. Por sua lucratividade e pelas restrições que vários países fazem à obtenção e comercialização de sangue, muitas vezes este comércio toma a feição de contrabando, estimulado pelo diferencial dos (altos) preços no mercado internacional.

No Brasil, a primeira planta de produção de hemoderivados foi instalada pelo grupo Hoechst em Teresópolis (RJ), durante a década de 1950. A partir de sua instalação, surgiram no Rio de Janeiro vários bancos de sangue, operando em condições mínimas, vendendo toda ou grande parte de sua produção para o

3. Para se ter uma idéia dessas mudanças, os anticoagulantes, que antigamente duravam horas, hoje duram até 42 dias, mantendo todas as propriedades.

fracionamento industrial. Outro problema deriva da própria tecnologia complexa e especializada da indústria de hemoderivados: sua instalação demanda grandes investimentos e depende de pesquisa ou *know-how* já desenvolvidos no exterior.

Em um balanço superficial pode-se dizer que nesse período o setor hemoterápico se implantou e cresceu em total liberdade (expandindo-se mais de acordo com uma lógica de mercado do que com preocupações assistenciais), apresentando já as características e problemas que manteve, com poucas alterações, até hoje. Nos anos seguintes, modificou-se principalmente a atitude do governo em relação ao setor e se agravaram as falhas estruturais já existentes.

O PERÍODO 1964-1980

Nas duas décadas que medeiam 1964 e o aparecimento da AIDS, dois fatos marcaram o setor hemoterápico brasileiro. O primeiro foi o despertar do governo para a necessidade de uma política de coordenação das atividades hemoterápicas. Esta política se manifestou inicialmente através de uma legislação disciplinadora e, mais tarde, em 1980, deu origem a um programa de intervenção direta: o Pró-Sangue. Como se verá adiante, leis e programa pouco adiantaram para disciplinar o comércio de sangue e derivados e eliminar a baixa qualidade dos serviços do setor; expressaram, porém, por sua própria existência, a nova atitude governamental, uma vez que antes de 1964 a área não era objeto de qualquer regulamentação por parte do poder público (as leis existentes apenas incentivavam a doação voluntária). O segundo fato, este com efeitos diretos sobre o mercado de serviços de hemoterapia, foi a política de compra de serviços de saúde através da Previdência Social unificada. A política iniciada pelo INPS em 1967 e levada adiante pelo INAMPS a partir de 1977 — que consistia na compra tanto do sangue utilizado nos seus próprios hospitais como na rede particular contratada — favoreceu o aumento de pequenos bancos de sangue particulares. Estes bancos, que muitas vezes recorriam à remuneração dos doadores e que se dedicavam apenas a coleta e preparo do sangue para transfusões, terminavam por oferecer serviços de qualidade precária, já que o capital investido na sua instalação, o nível técnico do pessoal recrutado e a própria lógica com que eram implantados não permitiam qualquer grau de sofisticação.

Enquanto isso, como já se indicou, a hemoterapia se sofisticava internacionalmente, ampliando os usos terapêuticos do sangue e seus derivados. Este desenvolvimento gerou uma necessidade crescente de pessoal de nível médico e técnico e um maior aparelhamento tecnológico dos serviços hemoterápicos, que precisavam capacitar-se para fracionar e processar o sangue (o que demandava do serviço um tamanho mínimo que operacionalizasse técnica e economicamente esses

procedimentos). Mais importante: aumentou a necessidade de obtenção de sangue. O setor industrial (responsável pela produção de hemoderivados, cuja obtenção só é possível através de processamento em grande escala) também se expandiu e se sofisticou.

O Brasil não acompanhou esta evolução tecnológica. A estrutura hemoterápica, baseada em pequenos serviços que visavam ao máximo de lucro com o mínimo de investimento, não permitia que as novas técnicas e equipamentos fossem incorporados. Apenas alguns serviços governamentais e alguns bancos de sangue privados nas grandes capitais (orientados para uma clientela particular, e não para o atendimento ao INAMPS) mantiveram-se atualizados.

Além de pequenos, numerosos e desaparelhados em recursos técnicos e humanos, os bancos de sangue privados concorriam entre si, dificultando qualquer tipo de coordenação dos serviços. Isso ia contra o modelo considerado internacionalmente ideal, isto é, de integração de serviços. Neste modelo, os hemocentros são as unidades de referência que controlam, processam e distribuem o sangue para uma determinada região, além de atuarem como centros de treinamento de pessoal, pesquisa, tratamento de doenças ligadas ao sangue e órgão centralizador de estatísticas.

O atraso tecnológico da área não impediu que o sangue se popularizasse cada vez mais como recurso terapêutico no Brasil, a ponto de relatórios e entrevistados (em nossa pesquisa) chamarem unanimemente a atenção para o abuso de seu emprego. Atribui-se isso à falta de treinamento do pessoal médico na disciplina de hemoterapia, ao 'teatro' ligado ao ato transfusional ('salvar' vidas e encarecer a conta) e à idéia difundida do sangue enquanto panacéia revigorante.

O sistema de doação de sangue apenas acompanhou os movimentos ocorridos, não apresentando uma dinâmica própria. A "doação" remunerada, que se expandiu com a política do INAMPS e as necessidades industriais, sempre foi combatida em relatórios, artigos etc, mas nunca proibida legalmente. A doação voluntária, altruísta, embora destacada em princípio nas leis e nos planos, nunca teve o incentivo de uma campanha contínua e geral. Entre os dois extremos, a expansão do sistema como um todo se baseou na doação 'de reposição', em que familiares e amigos são convocados a doar para o paciente que precisa de sangue.

Naturalmente a *qualidade* do sangue transfundido se ressentiu de todas as distorções do sistema. Os altos índices de Chagas, hepatite e malária transfusional constituem, juntamente com os freqüentes episódios de falta de sangue e reações transfusionais, provas eloqüentes das falhas do modelo hemoterápico brasileiro.

FATOS E FONTES PARA O PERÍODO

Na falta de estatísticas precisas, através das quais se possa avaliar a evolução do setor, foram utilizados relatórios do período, artigos de jornais e revistas especializadas, bem como dados colhidos em entrevistas, leis e programas.

Assim, o primeiro fato relevante, entre 1964 e 1980, foi a criação, em 1965, da Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), órgão de assessoria direta do ministro da Saúde, que nos anos seguintes produziu a maior parte da legislação para o setor, em vigor até hoje. Este órgão sofreu reestruturações que acabaram, na prática, por desativá-lo. Paralela (ou contraditória) à atividade normatizadora do Ministério da Saúde, cabe destacar, no nível federal, a atuação do INPS (depois INAMPS) que, embora sem ter uma política específica para o setor, influenciou neste, como já se indicou, através da compra de serviços.

Em 1980 foi instaurado o Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue)⁴, que representou a primeira ação direta e coordenada para o setor por parte do governo. Embora tenha sofrido impedimentos de ordem política (mudanças de governo, falta de verbas, pouca cooperação por parte do INAMPS), o Pró-Sangue chegou a implantar hemocentros nas capitais estaduais.

Alguns relatórios avaliaram nessa época a capacidade instalada e a iniciativa governamental (Cazal, 1969; Antonácio, 1976; Santos e Ramos, 1981).⁵ Embora, por inexistência de dados, não pudessem apresentar uma avaliação precisa do setor, os três concordavam nas principais críticas e na sugestão de uma intervenção do Poder Executivo.

Alguns artigos tratam do problema do sangue no Brasil, inserindo-o no contexto político da época (*Movimento*, 1971; *Saúde em Debate*, 1968 e 1977). Cabe lembrar que os escândalos periódicos, ligados às atividades hemoterápicas (contaminação, contrabando, venda ilegal de sangue), são abordados pela imprensa diária do Rio e São Paulo ao longo de todo o período. Algumas entrevistas com médicos ligados à área há mais tempo contêm também informações e opiniões relevantes, fruto da vivência profissional de cada um.

A POLÍTICA HEMOTERÁPICA

A Comissão Nacional de Hemoterapia e a legislação do setor

Até 1964, foram praticamente nulos os esforços de controle da atividade hemoterápica. Como já foi visto, a única lei referente ao sangue versava apenas

4. Conforme Portaria Interministerial publicada em 30/4/80 no *Diário Oficial*.

5. SANTOS L.G. e RAMOS N.G., *A hemoterapia no Brasil*. Hemope-Pró-Sangue. Recife, 1981.

sobre a doação e datava de 1950. Segundo Pontes, em *Esboço preliminar da hemoterapia no Brasil*, e entrevistados, o governo militar despertou para o problema do sangue logo após o golpe, ao constatar que, no caso de um conflito armado, não havia no país qualquer reserva hemoterápica. Depois de mais um ato simbólico (estabelecendo, pelo decreto 53.988 de 30/6/64, o Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue), o decreto 54.494, de 16/10/64⁶, criou um grupo de trabalho para, em 120 dias, elaborar “projeto de lei destinado a estabelecer as bases da política nacional do sangue e a instituir a Comissão Nacional de Hemoterapia, órgão permanente incumbido de promover e fiscalizar a execução dessa política”. A CNH foi implantada em 1965.

A lei 4.701, de 28/6/65, determinou as bases da Política Nacional de Sangue. Na verdade, definia as organizações que compunham o setor hemoterápico e a competência da CNH. Entre outras coisas, preocupava-se: a) em estabelecer “reservas hemoterápicas à disposição do Estado”, ligada à concepção de hemoterapia como área de segurança nacional; b) em promover o “disciplinamento da atividade industrial relativa à produção de derivados de sangue”, condicionando a exportação desses produtos à “existência de excedentes das necessidades nacionais”; c) em estabelecer o médico como responsável direto pela transfusão; d) em incentivar a doação voluntária, considerada “dever cívico-social”.

‘Disciplinamento’ parece ser a palavra-chave da política nessa época. O setor, definido pelo artigo 3, é formado “por organizações oficiais e/ou de iniciativa particular” assim classificadas: um “órgão normativo e consultivo” (a CNH), “órgão de fiscalização com autoridade de âmbito nacional, estadual, territorial e municipal, atuando no campo de saúde pública”, e “órgãos executivos, governamentais e particulares”. À CNH cabe “promover as medidas necessárias ao fiel cumprimento em todo território brasileiro dos postulados da Política Nacional do Sangue” (art. 5). Estava claramente expressa a concepção de que o setor exigia uma normatização. Esta, sem dúvida, era necessária, uma vez que não existiam então quaisquer limitações legais à atividade hemoterápica, ou mesmo definição do que fosse atividade hemoterápica e seus procedimentos. As várias portarias que a CNH passou então a emitir não tiveram muito êxito em seu propósito de disciplinamento, uma vez que a atividade de fiscalização (que deveria justamente ligar o “órgão

6. “Considerando (...) ser a hemoterapia, por suas implicações sociais, problema de saúde pública, com repercussão na área de segurança nacional; considerando a inexistência no país de disciplinamento geral da utilização do sangue humano e seus derivados; considerando a singularidade da terapêutica do sangue e de seus derivados no campo da atividade médica...”

normativo e consultivo” aos “órgãos executivos”) era exercida pelas divisões de vigilância sanitária estaduais, as quais, desaparelhadas e sobrecarregadas de atribuições, não eram capazes de fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas, que acabavam por se transformar em letra morta. Quanto aos “órgãos executivos” da atividade hemoterápica, a lei 4.701 não faz qualquer discriminação entre serviços privados ou públicos. Cabe ressaltar que o setor industrial é tratado em separado, tornando-se posteriormente objeto de uma série de portarias específicas, que geralmente versavam sobre exportação e importação de hemoderivados.

Outro ponto importante da lei é a declaração de que “são da alçada exclusiva do governo federal o disciplinamento e controle da hemoterapia, para garantia de observância dos preceitos da Política Nacional do Sangue”.

O registro obrigatório dos órgãos de hemoterapia, necessário para a sua atividade, foi instituído pela CNH em 27 de fevereiro de 1967 (decreto-lei 211). Esperava-se, com essa medida, sanar a atividade e recolher dados sobre o setor. Essa determinação foi posteriormente alterada pela Portaria de 19/3/70 do CNH, segundo a qual os órgãos hemoterápicos apenas precisavam do pedido de registro para funcionamento. Segundo *o Esboço da história da hemoterapia no Brasil*, de Ricardo Pontes, estes pedidos se perdiam nas malhas burocráticas e nem sequer eram catalogados. Isso mostra a falência da idéia de disciplinamento do setor através de uma atividade normativa e fiscalizadora.

Já em 1969, Cazal considerava em seu relatório ser insuficiente contar apenas com essa atividade normativa para sanar os problemas do setor, propondo medidas de intervenção direta. A atividade da CNH continuou, porém, nos mesmos moldes, e suas prerrogativas foram pouco a pouco diminuídas. O órgão permaneceu no Rio de Janeiro, quando o Ministério da Saúde se mudou para Brasília. E, em 1976, quando houve a reforma do Ministério da Saúde, a CNH foi transformada em Câmara Técnica de Hemoterapia, deixando assim de ser um órgão diretamente vinculado ao ministro, conforme determinava anteriormente o decreto 57.812, de 15/2/66. Com a criação da Comart (Comissão de Articulação Ceme-Fiocruz), pela portaria interministerial 2, de 11/2/78, esta e não a CNH (já então Câmara Técnica) passou a ser a condutora da política do sangue.

O Programa Nacional de Sangue: Pró-Sangue

A introdução da Portaria Interministerial 7/BSB/MS/MPAS, de 30/4/1980, que instituiu o Programa Nacional de Sangue (Pró-Sangue), menciona que a ausência de controle das atividades hemoterápicas facilitou “o crescimento desmesurado de especulação com o sangue, seus derivados e seus doadores”, ampliando substancialmente a faixa de doadores remunerados entre “a população

marginalizada dos grandes centros urbanos”. O Pró-Sangue se propunha, entre outras coisas, a “estimular a doação voluntária não remunerada”, com a participação orientada da comunidade, a fim de evitar especulação na coleta e distribuição de sangue, reorientando-a para a sua legítima finalidade social. O programa previa que uma das ações básicas a serem executadas “consistirá na implantação da Rede Nacional de Centros de Hematologia e Hemoterapia” (os hemocentros). Entre as atividades dos hemocentros estavam as de “proteger a saúde do doador, tratando os que tiverem doenças do sangue”, “instituir mecanismos de incentivo à permanência do doador no exercício deste nobre e humanitário ato social” e processar os dados referentes aos doadores “para utilização como indicadores de saúde da população”. Na projeção de resultados previa-se que, com a implantação do Pró-Sangue, a doação voluntária passaria a representar a base de todo o processo e assumiria sua “função social relevante”.

O SISTEMA HEMOTERÁPICO

A doação

No espírito da legislação de 1950, a Política Nacional de Sangue estabelecia “o primado da doação voluntária” e o “estabelecimento de medidas de proteção individual do doador e do receptor”.

Pela lei de 1965, competiria à CNH “o incentivo à doação voluntária, considerada dever cívico-social”, e “o incentivo e auxílio às organizações que promovam o aliciamento e a utilização de doadores voluntários”, assim como “a promoção de medidas que assegurem a utilização de sangue dado por doação voluntária nas organizações oficiais, paraestatais e beneficentes e estimulem a doação do sistema de crédito em sangue nas organizações devidas à iniciativa particular”, “a adoção de medidas de apoio e proteção aos doadores não remunerados”, e “a adoção de medidas que evitem o abuso econômico-financeiro dos que se dispõem a doar sangue em troca de remuneração”. Note-se que se a doação voluntária é vista como desejável, nada é feito para coibir a doação remunerada. Pretende-se, apenas evitar “abusos”.

A portaria CNH 4, de 25/9/1969, dispõe que a coleta e a transfusão não deverão apresentar outros riscos ao doador e receptor que aqueles inerentes ao processo hemoterápico. Estipula os dados referentes ao doador que deverão constar no Cadastro de Doadores de Serviço e institui a responsabilidade médica pela seleção de doadores e a coleta de sangue. Determina que “dos achados da ficha por ocasião do segundo comparecimento resultará a decisão de aceitar ou não o doador para o Corpo de Doadores Autorizados do órgão”. Segue-se lista de “condições de rejeição definitiva ou provisória ou de aceite condicional de candidato a doação”

e modelo de “carteira de doador de sangue”. Tudo - registro, carteira, ficha para doador - mostra que a portaria tem em mente que se crie um corpo estável de doadores, tratados como uma categoria geral, sem distinção entre voluntários, de reposição ou remunerados.

A portaria 5, da mesma data, trata da doação por plasmaférese, considerada uma técnica de exceção. Nesse procedimento, o plasma é separado do sangue doado e as hemácias são reintroduzidas no doador, o que permite aumentar a quantidade de plasma retirado por vez de cada doador. Esse tipo de doação está geralmente ligado à indústria de hemoderivados, que se utiliza do plasma como matéria-prima. O doador, por esse processo, recebe carteira especial, que o vincula à organização que solicitou a autorização. As condições para doar são muito mais rígidas do que para o método convencional.

A questão da doação remunerada e sua ligação com as distorções no setor foi sempre reportada nos relatórios e artigos sobre hemoterapia no Brasil no período. Cazal, em 1969, estimava a porcentagem de doadores remunerados entre 10% e 60%, conforme a região e o serviço. A remuneração, por sua vez, variava segundo a entidade coletora e o grupo RH. Quanto ao INPS, considerava que “o sistema adotado por esse serviço é uma fonte de complicações administrativas e favorece a utilização de doadores remunerados. O INPS, na realidade, paga o sangue ao médico que faz a transfusão segundo uma tarifa oficial (70 US/litro por RH positivo, 100 US/litro por RH negativo, sendo US a unidade de serviço...) e os enfermos do INPS consideram que suas famílias não têm, pois, que fornecer sangue”. Para corrigir a situação, propõe “a diminuição do pagamento pelo INPS, de modo que o preço corresponda apenas ao trabalho de preparação, e não ao pagamento do doador. Os bancos de sangue estariam ainda livres para pagar os doadores, mas sua margem de benefício diminuiria na mesma proporção: os bancos teriam, pois, interesse em utilizar doadores voluntários”. Considera que a tarifa paga ao ato transfusional em si é “muito baixa” (US 10), e “força os médicos a procurar compensação no preço do sangue”. Propõe que o INPS explique à sua clientela que “o dever cívico de toda pessoa é doar sangue ao próximo, em geral, ou pelo menos por dever de família, a um parente”. Preconiza a instalação de Centros de Transfusão de Sangue (CTS), que jamais utilizarão doadores remunerados. Só depois que estes estiverem funcionando em número suficiente “poderá o Ministério da Saúde (...) propor uma lei contra a comercialização de sangue e em favor do caráter sempre gratuito da sua doação”.

Antonácio, em seu Programa Nacional de Sangue, de 1976, afirma que “o doador comercial é geralmente um indivíduo explorado na sua situação de ignorância ou de necessidade”, situação que o leva a omitir informações. Segundo ele, esse tipo de doador apresenta uma soropositividade quatro vezes maior para o

vírus da hepatite B e duas vezes maior para Chagas do que o doador de reposição. Pondera que as indústrias de hemoderivados “desencadeavam verdadeira corrida pela obtenção de matéria-prima, o que gerou tráfico internacional de plasma cada vez mais intenso e que permanece até hoje”. As restrições à doação remunerada nos EUA levaram os empresários do plasma a buscar matéria-prima para a indústria em países das Américas Central e do Sul. Entre as conclusões, afirma que “a característica comercial que rege as relações entre doador remunerado e serviço particular faz com que, com freqüência, aquele desenvolva recursos para burlar as exigências para doação” (p. 18). Identifica ainda o “interesse comercial e a utilização de sangue de doadores remunerados como causas primárias das irregularidades e limitações técnico-científicas” (p. 21).

As medidas legais para incentivar a doação voluntária e coibir a doação remunerada não parecem ter passado dos adjetivos; pouco se fez além de louvar a doação voluntária: “ato em que se manifesta de forma mais significativa o sentimento de solidariedade humana”, “dever cívico-social”, “nobre e humanitário ato social”. Mesmo com o Pró-Sangue houve pouco progresso no setor, na medida em que as próprias atividades de *fiscalização*, instrumento importante da política hemoterápica, careceram de eficácia.

A fiscalização

Responsabilidade da esfera governamental frente aos serviços públicos e privados, a fiscalização parece ter sido inexistente no período, em que pese sua menção em normas, portarias etc. Tal atividade era delegada aos departamentos de vigilância sanitária das secretarias estaduais de saúde, completamente desaparelhadas e atribuladas com um acúmulo de encargos acima de suas forças. Mesmo quando o Pró-Sangue investiu diretamente no setor, não foram destinados recursos para o aparelhamento da fiscalização. Não havia, junto às vigilâncias sanitárias estaduais, departamento ou órgão específico encarregado de fiscalizar os bancos de sangue. Esse encargo somava-se às mais variadas atividades fiscalizatórias (alimentos, estabelecimentos comerciais, medicamentos etc).

Tal inoperância impossibilitou que a legislação, que então se criava, fosse efetivamente implantada. Também impediu que o governo tivesse uma avaliação clara do setor: não se sabia sequer o número de estabelecimentos hemoterápicos em atividade, nem se conheciam estatísticas sobre transfusões, doações, transmissão de doenças etc. Isso impedia qualquer diagnóstico mais preciso, bem como tentativas de planejamento e coordenação das atividades.

A ausência de fiscalização teve como mais grave conseqüência a negligência sistemática de boa parte dos serviços quanto ao sangue que colhiam e preparavam. Os testes sorológicos, previstos por lei com o objetivo de evitar a incidência de

doenças transfusionais, eram realizados apenas pelos serviços que, por conta própria, mantinham algum padrão de qualidade.

O INAMPS

A política instaurada pelo Instituto de Previdência Social (INPS) em 1970 e levada adiante pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) a partir de 1977 permitiu que parcelas mais amplas da população brasileira tivessem acesso aos serviços de saúde. Essa política, no entanto, deparou com tais dificuldades de ordem gerencial e tecnológica e foi marcada por distorções tão graves na utilização dos recursos públicos, que a qualidade dos serviços prestados pelo sistema como um todo acabou por revelar-se extremamente precária.

Cabe considerar que a situação era caótica apenas sob a óptica da saúde pública. No caso do sangue, os pequenos bancos obtinham lucro certo e rápido com baixo investimento de capital. Tinham a compra de sua produção assegurada pelo INAMPS e a indústria de hemoderivados, não sofriam qualquer fiscalização (o que os eximia de penalidades e possibilitava o aumento dos lucros, pela redução dos gastos, à custa da qualidade mínima indispensável para se obter um sangue seguro), conseguiam bons preços para seus serviços (por intermédio de associações representativas dos interesses do setor, como a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia) e não tinham dificuldade de obter matéria-prima através da doação remunerada. Quanto a material e recursos humanos, o investimento era pequeno e o grau de especialização, mínimo. Considerava-se mesmo que, para o INAMPS, era mais barato comprar o sangue do que manter serviços próprios.

É preciso considerar, quanto a isso, que em termos de custos sociais o sistema saía mais caro, não tanto em termos monetários diretos, mas sobretudo em termos dos custos que as falhas do sistema acarretavam, através das seqüelas transfusionais (malária, hepatite etc, o que leva ao custo de tratamento dessas doenças e às horas produtivas perdidas por causa delas). Esses custos, porém, não recaíam sobre o setor privado.

O setor privado cresceu, em boa parte movido pelo dinheiro do INAMPS. Antonácio estimou em 1976 que o INPS patrocinava, direta e indiretamente, “a transfusão de 2.000.000 de unidades de 500 mil por ano”. Embora não tenhamos dados para comparar os montantes investidos nos dois países, enquanto nos EUA a indústria médico-hospitalar cresceu em volume e em sofisticação tecnológica à custa de verbas federais, no Brasil o dinheiro gasto na compra de serviços não aumentou o maior investimento em equipamentos para o setor hemoterápico nem, muito menos, pesquisa tecnológica ou formação de pessoal especializado. O dinheiro gasto apenas gerava lucros imediatos.

A qualidade do sangue transfundido

As distorções apontadas no setor hemoterápico afetam os que precisam de sangue e os que vão doá-lo (em doações por plasmaferese, para acelerar o processo, o banco de sangue injetava em um doador as hemácias já separadas do doador anterior, possibilitando a transmissão de doenças entre doadores). Sangue desviado para contrabando, sangue vencido e jogado fora, ou propositalmente vencido para poder ser repassado à indústria de hemoderivados, doadores desmaiando ao tentar vender sangue sem condições de saúde para fazê-lo, operações adiadas e mesmo mortes por falta de sangue ou derivados. Dentre todos esses problemas, o que mais cresceu no período foi o do sangue contaminado, causando incidência crescente de doenças transfusionais, em sua maioria evitáveis se o sangue transfundido fosse submetido a um controle sorológico rigoroso (aliás, previsto por lei). Crescimento paradoxal, uma vez que as técnicas de triagem sorológica se tornam mais e mais precisas e baratas, e já que em todo mundo a triagem do doador para assegurar um sangue de boa qualidade tem sido reconhecida como fundamental.

No que diz respeito ao funcionamento dos serviços hemoterápicos, o aumento do índice de doenças transfusionais deveu-se, por um lado, à inexistência de fiscalização, fazendo com que muitos bancos de sangue simplesmente não realizassem os exames prescritos por lei, ao despreparo técnico dos encarregados pela triagem dos doadores e testagem do sangue colhido e à utilização de doadores remunerados ou 'de cabresto' (doadores de reposição que são praticamente intimados a doar para garantir a internação de um parente), que, por dinheiro ou obrigação, escondiam informações sobre o seu estado de saúde. Por outro lado, considerando a lógica do sistema como um todo, a política de compra de serviços do INAMPS incentivava esse tipo de procedimento. Remunerado a preço fixo, o sangue propiciava lucro tanto maior quanto menor fossem os custos reais de seu processamento. O acompanhamento pós-transfusional era precário, e o banco de sangue não sofria qualquer sanção por fornecer sangue contaminado (os casos de contaminação transfusional raramente eram comunicados às autoridades competentes).

As leis, relatórios e artigos do período fornecem alguns dados e considerações sobre a questão da contaminação do sangue, tanto o empregado integralmente quanto o fracionado, e também sobre os derivados industrializados.

Quanto à legislação: a lei 4.701, de 25/6/1965, embora não mencione a questão do controle sorológico do sangue, determina competir à Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH) "a fixação da responsabilidade médica direta sobre a indicação e a execução da transfusão de sangue total e seus componentes", o disciplinamento da atividade médica ligada à obtenção, processamento e transfusão de sangue e o processamento de "derivados industriais do sangue, por

empresas estatais ou de iniciativa particular”. Quanto à falta de sangue, previa a constituição de uma reserva hemoterápica, “tendo em vista atender situações de emergência e de interesse nacional, inclusive pela mobilização de doadores voluntários”, reserva esta que jamais foi constituída. Também a “responsabilidade médica direta” é, na maioria das vezes, nominal, como se pode observar, por exemplo, no caso da triagem de doadores, que apesar de ser de responsabilidade direta do médico é na quase totalidade dos serviços realizada por atendentes de enfermagem.

A portaria CNH 4 determina uma série de normas para triagem de doadores, “para assegurar a dupla proteção do doador e do receptor” (o que constitui o primeiro passo para garantir a qualidade do sangue). Considera que “não deverá o sangue coletado representar para o receptor de transfusão outro risco senão o inerente à própria terapêutica”. Para tanto, determina que é vedada a doação por pessoas “capazes de transmitir doença pelo emprego de seu sangue para fins terapêuticos, seja como sangue total, seja como um de seus derivados”. Para assegurar que isso não se dê, “deverão ser feitas (...) provas sorológicas para lues e doença de Chagas que, se positivas, determinarão seja a rejeição do doador, seja a inutilização do sangue que haja sido coletado”. A portaria determina ainda que a seleção de doadores deverá ser feita por médico, e o candidato só poderá ser considerado apto a doar “após ter sido submetido a investigação que inclua o exame de todas as condições relacionadas (arroladas na tabela que acompanha a portaria), fazendo-se constar da ficha o apurado para cada uma delas. Na tabela de condições de rejeição do candidato à doação, sífilis, suspeita de Chagas ou hepatite determinavam a rejeição definitiva do doador; já malária ocasionava rejeição temporária, suspensa caso a doença se tornasse assintomática por dois anos.

As portarias que tratam da importação de derivados industriais não prevêm a realização de qualquer controle sorológico nos produtos que entram no país⁷ (o relatório Cazal menciona um surto de hepatite B havido no país por causa do emprego de gamaglobulina importada).

A resolução CNH de 2/5/1975 — considerando “a) o elevado risco de transmissão de hepatite a vírus B pela transfusão de sangue, componentes e derivados; b) a existência no mercado brasileiro de reagentes para a execução da pesquisa do vírus da hepatite B (...)” — baixava a seguinte resolução: “1 - O sangue humano e seus derivados só poderão ser empregados como meio terapêutico

7. As atividades ligadas à produção de hemoderivados, por serem de natureza industrial, são sempre tratadas em separado daquelas que se referem aos serviços médicos ligados à hemoterapia.

profilático ou diagnóstico depois de terem sido submetidos a provas laboratoriais adequadas que os mostrem não reativos para o vírus da hepatite B. 2 - O resultado da pesquisa do sangue de cada doador para o vírus da hepatite B constará do rótulo identificador da respectiva unidade doada, juntamente com (...) os informes relativos às provas para sífilis e doença de Chagas. 3 - Os derivados obtidos por mistura de plasma serão obrigatoriamente processados com plasmas que tenham sido individualmente examinados (...).” Decorridos dois anos, as condições do sistema permaneciam adversas, como se lia em trabalho de *Saúde em Debate* (1977): “os estados de São Paulo e Rio de Janeiro detêm, hoje, os maiores índices de possibilidade de contaminação sangüínea através de transfusões de sangue”. Em São Paulo formou-se um grupo para propor medidas, por causa da crescente ocorrência de Chagas transfusional. Este grupo explicou tal incidência da doença por: a) emprego não justificado de sangue fresco; b) presença de doadores remunerados provenientes de áreas onde Chagas é endêmica; c) migrações internas, levando à região metropolitana indivíduos de regiões endêmicas; d) triagem de doadores inadequada, feita com *kit* sorológico pouco sensível que “não concede satisfatória e desejável segurança”; e) “falta de qualquer providência seletiva vigente em pelo menos 40 dos bancos de sangue brasileiros” (em 1978, segundo a *História da hematologia no Brasil*, o IBGE registrou 1.813 bancos de sangue de diversos tamanhos); f) “falta de cooperação de patologistas para diagnosticar a doença”. O grupo destacou também que 1) “os acidentes de caráter infeccioso ligados à hemoterapia não têm implicação apenas com a assistência médica individual e, na verdade, traduzem problemas no campo da Saúde Pública (...)”. 2) “só descuidos grosseiros justificam a contaminação de receptores por sífilis”. Considerou-se “infecções dignas de atenção prioritária” “Chagas, hepatite viral, malária, sífilis e ainda cuidados com citomegalovírus”. Ou seja, segundo a avaliação do grupo de estudos, tudo estava errado quanto ao sangue, da seleção de doadores, testagem e prescrição (sangue fresco não justificado) à ação do governo (“problemas no campo de saúde pública”). De qualquer modo, a contaminação passou a ser o problema tratado com maior destaque, deixando em segundo plano a obtenção de doadores e a formação de pessoal especializado. Ela demonstrava de forma irrefutável o descontrole do sistema hemoterápico brasileiro. No seu combate, defrontaram-se duas alternativas: controle através da atividade fiscalizatória do governo sobre entidades públicas e privadas, ou controle direto de todo o processo, via estatização das atividades hemoterápicas.

Setores público e privado

A partir das iniciativas estatais para o setor, dos relatórios de especialistas, do crescimento das atividades hemoterápicas, do aumento dos problemas relaciona-

dos ao setor e da experiência de outros países, começou a tomar corpo nesse período a discussão sobre a estatização das atividades hemoterápicas. Os relatórios aconselhavam a estatização, mas diferiam na maneira de implantá-la. *Saúde em Debate* interpretou as iniciativas governamentais no setor como uma tentativa de acalmar os ânimos e driblar uma estatização mais efetiva. O setor privado, através de entidades a ele ligadas, considerou o governo incapaz de assumir tão pesada tarefa. Ponderava-se que a atividade governamental devia restringir-se ao controle e à fiscalização dos serviços. Se tais responsabilidades não eram assumidas a contento, como então poderia o governo ser considerado capaz de assumir toda a atividade executiva?

As críticas à ineficiência ou à ausência de iniciativas governamentais, tanto no sentido de criar uma rede pública como de controlar os serviços instalados, privados ou públicos, seguiam *grosso modo* duas vertentes: aquela preocupada em dar uma solução técnica ao problema e a que via no comércio de sangue e no descaso do governo um exemplo de um problema maior, social, político, econômico, ligado à situação política nacional e à condição terceiro-mundista do país. As denúncias da imprensa sobre casos de compra de sangue, contrabando e contaminação tratavam o assunto não como um problema da organização hemoterápica, mas como um exemplo da exploração econômica e do descaso quanto à saúde da população.

Se as discussões ocorridas não provocaram modificações práticas, serviram no entanto para fazer do sangue uma área específica dentro do setor saúde, cujos problemas demandavam atenção particularizada e uma solução global. Essa área se constituiu pouco a pouco numa questão política mais geral. O que era antes um pontilhado de serviços dispersos e autônomos passou a ser encarado como um sistema, com sua dinâmica própria, responsável pela coleta, circulação e distribuição do sangue e derivados, do doador ao receptor.

Como foi visto, os profissionais médicos ligados à área apresentavam soluções técnicas específicas, a serem implantadas por planos governamentais. Aqueles com uma visão de saúde pública colocavam a questão do sangue dentro do problema mais amplo das políticas do setor: a lógica do sistema de saúde é que deveria ser reorientada, de uma atividade de mercado para um atendimento preocupado com as condições de saúde do povo brasileiro, uns e outros considerando o governo responsável por uma intervenção direta que organizasse o setor em um sistema integrado. Essa “óptica de saúde” em oposição à “óptica de mercado” não é porém, uma “óptica do governo”. Os defensores da primeira visão lutam, justamente, para que o governo a encampe.

A óptica privatista não partilhava essa visão sistêmica. O setor privado se manifestava enquanto grupo apenas quando se sentia ameaçado em seus interesses.

Na prática, cada um tinha como referência o seu serviço e se recusava veementemente a ser considerado em conjunto. Assim, havia serviços bons e ruins, e mesmo desonestos, mas caberia ao governo, através da fiscalização efetiva, separar o joio do trigo. Cada serviço era orientado por seus próprios propósitos: qualidade (geralmente nos bancos de sangue que atendem clientela particular), lucro, contrabando... Os bancos de sangue comerciais, longe de formarem uma rede, concorriam entre si, chegando, segundo um entrevistado, a oferecer sangue abaixo da tabela de remuneração do INAMPS. Embora as associações representativas dos interesses privados no setor (como a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia) fossem céleres ao se defenderem das ameaças de estatização⁸, elas pouco fizeram para combater o submundo das atividades hemoterápicas (como os bancos de sangue clandestinos ligados ao contrabando), que chegava até a causar desprestígio à especialidade dentro da medicina.

Cabe notar que, muitas vezes, os órgãos públicos ligados à hemoterapia comportavam-se de forma semelhante ao setor privado, isto é, agindo de acordo com uma óptica 'individualista'. Muitos serviços preocupavam-se exclusivamente com a sua qualidade e eficiência, opondo-se mesmo a integrar uma rede mais ampla de atendimento. Setor público e setor privado não são compartimentos estanques. A escassez de hemoterapeutas faz com que, muitas vezes, um mesmo profissional dirija um serviço público e um seu próprio. Aqueles chamados para participar da formulação de uma política hemoterápica governamental muitas vezes dirigem serviços privados de vulto, dando origem a uma ambigüidade de interesses.

Atraso Tecnológico

Finalmente, observe-se que, em pleno período de especialização e aparelhamento tecnológico na área da saúde, a hemoterapia no Brasil manteve-se em geral à margem desse processo. O número de especialistas de nível médico e laboratorial vai se tornando cada vez mais insuficiente para aparelhar os serviços que se multiplicam. A maioria dos responsáveis por bancos de sangue acaba vindo de especialidades com pouca ou nenhuma ligação com a hemoterapia. O aparelhamento tecnológico dos laboratórios continua mínimo, atrasando a introdução,

8. Diz Ricardo Pontes em *Esboço preliminar da história da hematologia no Brasil* (p. 14): "O surgimento do Pró-Sangue desencadeou grande polêmica no seio dos hematologistas, que o consideravam um programa estatizante e irrealista para a nossa realidade. A SBHH produziu inúmeros documentos de análise crítica do programa. Simultaneamente, desencadeou, a partir de 1980, uma campanha nacional na tentativa de eliminar os doadores remunerados nos bancos de sangue, um dos principais argumentos utilizados no Pró-Sangue contra a organização dos serviços de hematologia privados no país."

no Brasil, de novas técnicas de fracionamento de sangue e terapias específicas mais eficientes para doenças do sangue, como a hemofilia, que em outros países é tratada através de concentrados de fator de coagulação, extraídos do plasma através de processamento industrial. Essas inovações ficaram restritas a um ou outro serviço especializado. Muitos novos hemoderivados, não fabricados no Brasil, passaram a ser importados, criando uma dependência cada vez maior nessa área. Tal situação perdura até hoje, pois se estima que 80% a 90% dos hemoderivados utilizados no Brasil são importados.

OS RUMOS DA POLÍTICA HEMOTERÁPICA - DO RELATÓRIO CAZAL AO PRÓ-SANGUE

A compreensão dos novos rumos que a política hemoterápica tomou a partir de 1980 exige que se leve em conta, além do quadro descrito, o teor da crítica e das propostas que o Relatório Cazal lançou em 1969 e o modo como influenciou os novos programas oficiais.

O relatório, bastante sintético e preciso, inicia apontando os problemas com que o leitor já se familiarizou: a multiplicidade de pequenos serviços, a comercialização do sangue, a falta de campanhas para promover a doação voluntária e a ausência de qualquer política centralizadora, capaz de racionalizar os serviços. As propostas que apresenta poderiam ser resumidas, *grosso modo*, no desenvolvimento de um sistema integrado de centrais de coleta e processamento de sangue, sustentadas na doação voluntária e coordenadas pelo Estado.

Esta proposta é inteiramente inovadora, tanto pelo papel que atribui ao Estado — ele deixaria de ser apenas normatizador para assumir um papel executivo —, como pela idéia de que toda organização hemoterápica integraria um sistema único, organizado por princípios de máxima racionalidade técnica e social.

Talvez a prova mais eloqüente de seu impacto tenha sido a influência que exerceu, na década seguinte ao seu lançamento, sobre o Pró-Sangue. As semelhanças são tantas que não é difícil entender a tentação em que tantos caíram de acreditar que todo o programa oficial para o setor a partir do Pró-Sangue é o programa 'do francês', que aliás para muitos já se tornou o próprio 'modelo francês'. Essa similaridade entre ambos tem servido inclusive de base à crítica de que se estaria querendo adotar o modelo francês sem levar em conta as especificidades da realidade brasileira.

Acreditamos que essa crítica — baseada no fato de ambos (Cazal e Pró-Sangue) proporem o fim da doação remunerada e a criação de Centros Regionais de Transusão estatais, capazes de centralizar e coordenar a atividade hemoterápica — desconsidera uma importante proposta do texto de Cazal. Ele enlaça a organi-

zação regional à intervenção federal e procura aglutinar regionalmente, como participantes nos processos decisórios, todos aqueles ligados à área. Este aspecto introduz, a nosso ver, uma distinção de peso entre os dois projetos.

No texto de Casal, a responsabilidade pela qualidade do sangue e a decisão de se optar por um sistema hemoterápico mais eficiente cabem ao Estado. Este deverá adotar, como medida preliminar que garanta a implantação do novo sistema, a criação de dois órgãos federais: uma unidade de planejamento e uma comissão consultiva.

Ao núcleo de planejamento caberia elaborar um plano de longo prazo. À comissão consultiva, composta por vinte ou trinta membros, sobretudo especialistas em hemoterapia vindos de diferentes estados, caberia elaborar recomendações sobre assuntos pertinentes e dar pareceres sobre a aprovação das Centrais Regionais de Transfusão e sobre a nomeação dos seus diretores.

De início, fazendo a ponte entre os níveis federal e estadual, um ou mais encarregados promoveriam a criação dos futuros Centros Regionais de Transfusão. Para tanto, uma vez de posse do plano, iriam ao Estado e, junto com as autoridades sanitárias - após estudo das condições geográficas, demográficas e da localização dos hospitais - definiriam as unidades territoriais que corresponderiam a uma futura Central. Feito isso, organizariam um grupo de trabalho integrado pelas autoridades sanitárias, diretores de hospital que possuíssem banco de sangue, representantes de bancos de sangue particulares, órgãos de coleta e todas as autoridades que intervêm em hemoterapia. Esse grupo de trabalho ficaria responsável pela redação de um projeto detalhado (avaliação dos custos de operação etc) que seria encaminhado à comissão consultiva para definição das prioridades e solicitação das verbas necessárias (pp.21,22,26,27).

O Pró-Sangue propõe um modelo de organização inteiramente diverso, no qual a ação federal prescinde dessa articulação regional. Mesmo mantendo objetivos muito próximos, o Pró-Sangue designa apenas as instituições do setor público federal e estadual que atuarão no programa, não apresentando qualquer preocupação em garantir a articulação dos grupos já atuantes no setor.

Há uma orientação profundamente divergente entre as duas propostas. Para Casal, só o Estado teria força para orientar uma profunda reorganização do sistema, mas sem prescindir de uma articulação com os grupos que atuam na área. O Pró-Sangue é um programa que reserva à instância federal todas as determinações técnicas e as indicações sobre os nomes que ocuparão os cargos de poder. Nesse sentido, não deveria passar despercebida a sugestão de Casal sobre o procedimento para a escolha dos diretores dos Centros Regionais: os nomes deveriam ser indicados pelo grupo de trabalho que estuda a criação do Centro e, depois, submetidos à comissão consultiva, composta sobretudo por especialistas.

É difícil avaliar a exeqüibilidade do Plano Cazal no Brasil, mas é importante frisar que todo esse movimento que articula os níveis regional e federal *foi suprimido no Pró-Sangue*. Este, além da construção de hemocentros e do início de um período no qual Estado se responsabiliza pela execução e racionalidade de uma política de sangue, aprofundou o corte público-privado, que parece se sobrepor à idéia da hematologia como uma especialidade cujo interesse maior não seja a privatização ou a estatização, mas uma tal reorganização da comunidade hemoterápica que possa torná-la mais eficiente. O problema do sangue, longe de ser apenas um problema técnico ou político, é um intrincado quebra-cabeça. Uma nova dimensão trouxe, a partir do início dos anos 80, maiores dificuldades para a montagem deste quebra-cabeça. Trata-se do aparecimento da AIDS, a ser analisado em um próximo artigo.

RESUMO**OA Hemoterapia no Brasil de 64 a 80**

Só recentemente a hemoterapia tornou-se *questão de política social*, para além do interesse imediato da medicina e da saúde pública. Procura-se aqui apresentar o quadro geral, histórico e institucional, em que se delineou o tema — anteriormente à “politização do sangue”, com o surgimento da AIDS transfusional.

ABSTRACT**Hemotherapy in Brazil from 1964 to 1980**

Only recently has hemotherapy become a *social policy issue*, transcending the immediate concerns of medicine and public health. The article outlines the general historical and institutional picture within which this issue took shape, prior to the ‘politicization of blood’ that was a consequence of the appearance of transfusional AIDS.

RESUME**L'hémothérapie au Brésil de 64 a 80**

Ce n'est que récemment que l'hémothérapie est devenue une *question de politique sociale*, par delà l'intérêt immédiat que lui portent la médecine et la santé publique. Les auteurs de ce travail s'efforcent de présenter le cadre général, historique et institutionnel, au sein duquel ce thème est apparu avant même que ne surgisse la “politisation du sang” qu'a provoqué l'apparition du SIDA transfusionnel.

PHYSIS
A PUBLIC HEALTH JOURNAL
Issue nº 1: Health and Social Policy

Introduction: <i>The Physis of Collective Health</i> JOEL BIRMAN	7
<i>Law and the Body</i> ANTOINETTE CHAUVENET	13
<i>Social Medicine and the Woman's Question</i> SILVIA ALEXIM NUNES	49
<i>Notes on Health Policies in Brazil under Democratic Transition — The 1980s</i> MADEL THEREZINHA LUZ	77
<i>Policy and Population: Data on a State with Two Different Faces</i> MARIA VALÉRIA JUNHO PENA	97
<i>Social Policies and Citizenship</i> MÁRCIA DA SILVA P. LEITE	117
<i>Notes on Social Policy</i> MARIA LÚCIA WERNECK	133
<i>Hemotherapy in Brazil from 1964 to 1980</i> LUIZ ANTONIO DE CASTRO SANTOS CLÁUDIA MORAES VERA SCHATTAN P. COELHO	161

PRÓXIMO NÚMERO:

1. *Interpretando a saúde coletiva*
JOEL BIRMAN
2. *A problemática da representação social: a sua utilidade no campo da doença*
CLAUDINE HERZLICH
3. *Sexualidade e reprodução*
MARIA ANDREA LOYOLA
4. *Relações de gênero, possessão e sexualidade*
PATRÍCIA BIRMAN
5. *Individualismo libertário no imaginário social dos anos 60*
TANIA SALEM
6. *Psicologismo e mudança social*
TÂNIA COELHO DOS SANTOS
7. *A interpretação e singularidade do sujeito na experiência psicanalítica*
JOEL BIRMAN
8. *Corpo e doença*
REGINA HERZOG

Impressão e Encadernação



"MARQUES-SARAIVA"
GRÁFICOS E EDITORES S.A.
Telex: (021)273-9498 - 273-9447