



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - MESTRADO

EUNICE MARIA ALVES

**O CARÁTER PÚBLICO E NÃO MERCANTIL DA POLÍTICA DE SANGUE
BRASILEIRA: limites e contradições no contexto de contrarreformas.**

MACEIÓ, AL
2016

EUNICE MARIA ALVES

**O CARÁTER PÚBLICO E NÃO MERCANTIL DA POLÍTICA DE SANGUE
BRASILEIRA: limites e contradições no contexto de contrarreformas.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dr.^a Maria Valéria Costa Correia

Maceió

2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Janaina Xisto de Barros Lima

A474c Alves, Eunice Maria.

O caráter público e não mercantil da política de sangue brasileira: limites e contradições no contexto de contrarreformas / Eunice Maria Alves. – 2016.
157f.

Orientadora: Maria Valéria Costa Correia.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 139-144.

Apêndice: f. 145-156.

1. Políticas de sangue. 2. Saúde pública. 3. Capitalismo. 4. Reforma sanitária. I. Título.

CDU: 364.04:614.39



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO



FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

Membros da Comissão Julgadora de Defesa da Dissertação de Mestrado de **Eunice Maria Alves**, intitulada **“O CARÁTER PÚBLICO E NÃO MERCANTIL DA POLÍTICA DE SANGUE BRASILEIRA: limites e contradições no contexto de contrarreformas”**, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas em 26 de setembro de 2016, às 17h, na Sala de Multimeios da Faculdade de Serviço Social (FSSO).

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Valeria Costa Correia
Orientadora (PPGSS - FSSO - UFAL)

Profa. Dra. Rosa Lúcia Prêdes Trindade
Examinadora interna (PPGSS- FSSO - UFAL)

Profa. Dra. Silvana Marcia de Andrade Medeiros
Examinador externo (CURSO DE SERVIÇO SOCIAL CAMPUS ARAPIRACA/UFAL)

*Dedico esta monografia a minha mãe, **Doralice Maria da Conceição Alves**, servidora aposentada da UFAL, que dedicou sua vida profissional à causa de salvar vidas através da coleta e transfusões de sangue no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Dela herdei o amor pela leitura e a aproximação com meu objeto de investigação.*

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta dissertação reflete a materialidade de um sonho que só se tornou possível graças aos professores, familiares e amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram com sugestões, críticas e incentivo. É imperativo agradecer de forma especial: primeiramente a Deus, por representar a fonte de inspiração e força.

A minha querida orientadora, hoje Magnífica Reitora da Universidade Federal de Alagoas, Maria Valéria Costa Correia, pelas preciosas orientações e pela oportunidade de uma convivência terna e carinhosa.

À banca examinadora, nas pessoas das Professoras Dra. Rosa Lucia Prêdes Trindade, minha referência desde a graduação em Serviço Social, e Professora Dra. Silvana Márcia de Andrade Medeiros, a quem admiro pelo bravo espírito de luta em defesa da saúde pública em nosso país.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social/UFAL, cujas disciplinas ministradas trouxeram a iluminação teórica, política e filosófica, tão necessária à construção deste texto.

À minha família, em especial a minha irmã Queila, pela ajuda incondicional nos cuidados com meus filhos em momentos de ausências, e a Raimundo, Joice e Rodrigo, meu nicho familiar de aconchego.

Às minhas companheiras de trabalho do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, pelo incentivo e apoio irrestrito.

À amiga Rita de Cássia, também companheira de jornada acadêmica, pelo incentivo e materialidade para a execução deste trabalho.

A minha turma de mestrado, pela amizade e torcida.

Aos amigos profissionais do serviço de Hemoterapia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, pelo companheirismo na jornada de trabalho e pelas contribuições valiosas à minha formação técnica na área de hemoterapia, com destaque para a Dra. Mariluce do Carmo Rocha e Verônica Guedes, representando o corpo médico, e à técnica de laboratório Roselma Souza, que por suas posições ético-políticas representa o corpo de técnicos administrativos daquela unidade.

A Luiz Antônio Silva, pelo auxílio e valiosas contribuições na pesquisa documental do sistema DATA SUS.

Aos revisores, Sidney Wanderley (Língua portuguesa) e Everton Melo (Normas técnicas de ABNT) pela leitura atenta e preciosidade das contribuições.

Enfim,

À oportunidade de ser UFAL.

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.” **Cora Coralina.**

RESUMO

O presente texto discute a política de sangue brasileira, que apresenta como maior característica o caráter não mercantil, sendo vedado pelo arcabouço legal qualquer forma direta ou indireta de comercialização do sangue, seus componentes e derivados. O objetivo é analisar o caráter público e não mercantil da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, suas contradições e limites na atual conjuntura de privatização da política de saúde. O processo metodológico utilizado na investigação foi a pesquisa documental e bibliográfica, com orientação do método dialético, buscando aproximar-se do objeto mediante a análise de suas múltiplas determinações e situando os fenômenos sociais investigados em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, na perspectiva de apreender a totalidade. Nesse sentido o estudo apresenta os antecedentes históricos da política de sangue brasileira que culmina no arcabouço legal conquistado nas lutas pela reforma sanitária brasileira imprimindo o caráter não mercantil a política; Apresenta ainda, a luz da categoria mercadoria, o processo de mercantilização do sangue humano e as discussões políticas, econômicas e bioética que o fenômeno promove, e por fim discute os limites e contradições da Política de sangue na atualidade em contexto de contrarreformas. Os resultados da pesquisa apontam que a hemoterapia brasileira esteve atrelada ao desenvolvimento capitalista do país desde a sua concepção, adquirindo uma organização institucional na década de 1960 e rompendo com o caráter comercial na virada da década de 1980. Na atualidade, os desafios postos são demarcados pela consolidação de políticas neoliberais, com forte tendência à mercantilização da área da saúde comprovados na análise dos dados de realidade referentes a produção hemoterápica nacional, revelando o paradoxo entre o que é preconizado no arcabouço legal que demanda o controle efetivo do estado e fortalecimento da rede pública de serviços hemoterápicos e a realidade de oferta de serviços na rede privada operando em muitos estados do Brasil em complementaridade invertida. Destaca-se na configuração da política de sangue na atualidade a possibilidade de produção de hemoderivados em território nacional pela Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) que tenciona o caráter não mercantil da política ao inserir o Brasil no circuito restrito de países com exploração econômica na área de fármacos produzidos a partir do sangue humano. O presente texto ao desvelar as problemáticas da comercialização dos produtos resultantes da manipulação do sangue humano busca contribuir para o fortalecimento da luta por políticas públicas, gratuitas e de qualidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-Chave: Políticas de Sangue. Saúde. Capitalismo. Reforma Sanitária.

ABSTRACT

The present paper discusses the politics of Brazilian blood, which has as main feature the non-market character, being sealed by the legal framework any direct or indirect marketing of blood, its components and derivatives. The goal is to analyze the public and non-market character of National Policy of blood components and blood products, its contradictions and limitations in the current economic climate of privatization of health policy. The methodological process used in the investigation was the documentary and bibliographical research, with guidance from the dialectical method, trying to approach the object by analyzing its multiple determinations and placing the social phenomena investigated in its complex and contradictory process of productions and reproduction, in order to grasp the entirety. In this sense the study presents the historical background of the blood policy culminating in the Brazilian legal framework won in the struggle for health reform printing non-market character Brazilian politics; Also, the light of category goods, the process of commodification of the human blood and the political, economic and bioethical discussions the phenomenon promotes, and finally discusses the limits and contradictions of current blood policy in context of counter-reformation. The survey results indicate that the Brazilian hemotherapy was pegged to the capitalist development of the country since its inception, acquiring an institutional organization in the 1960 and breaking with the commercial character at the turn in 1980s. Today, the challenges posts are marked by the consolidation of neoliberal policies, with a strong tendency towards commercialization of proven health data analysis reality for hemotherapy national production, revealing the paradox between what is established in the legal framework that demands the effective control of the State and strengthening of public services network hemotherapy and the reality of provision of service on the private network operating in many States of Brazil in reverse complement. Stands out on blood policy at the present time the possibility of productions of blood products in national territory by the Brazilian Company of blood products and biotechnology (Hemobrás), which is the non-market character of politics to enter Brazil in restricted circuit of countries with economic exploration in the area of pharmaceuticals produced from human blood. The present text to reveal the problems of marketing of products obtained from human blood handling search contribute to the strengthening of the fight for public policies, free and quality within the unified health system (SUS).

Keywords: Blood Policy. Health. Capitalism. Health Reform.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Arcabouço legal da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados	54
QUADRO 2	Identidade estratégica da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados/MS.....	61
QUADRO 3	Classificação dos tipos de serviços de hemoterapia brasileiros segundo a RDC 151/2001.....	63
QUADRO 4	Procedimentos De Medicina Transfusional	116
QUADRO 5	Comparativo entre os componentes dos planejamentos estratégicos HEMOBRÁS (PE2012-2015e PE2013-2016)	129

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Investimentos em hemoterapia, ano 2012	62
GRÁFICO 2	Distribuição numérica e percentual dos serviços de hemoterapia (n=2.066), em relação às regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2015	64
GRÁFICO 3	Distribuição numérica e percentual dos serviços de hemoterapia (n=2.066) em relação à natureza do estabelecimento, segundo a RDC 151/2001. Brasil, 2015	64
GRÁFICO 4	Distribuição numérica dos serviços de hemoterapia (n=2.066) em relação à natureza do estabelecimento, segundo a RDC 151/2001, por região geográfica. Brasil, 2015	65
GRÁFICO 5	Distribuição numérica dos serviços de hemoterapia (n=2.066) em relação ao tipo de serviço de hemoterapia, segundo a RDC 151/2001. Brasil, 2015	66
GRÁFICO 6	Coletas de sangue, Brasil, 2007 a 2014	104
GRÁFICO 7	Coletas de Sangue. 2013/2014, Brasil, por região administrativa e natureza da Instituição.....	106
GRÁFICO 8	Coletas de sangue para transfusão. Rede pública. BRASIL, 2013 a 2015.....	110
GRÁFICO 9	Coletas de sangue para transfusão. Rede privada. BRASIL 2013 a 2015	111
GRÁFICO 10	Recursos pagos pelo SUS (Módulo coleta de sangue). Ano 2014.....	112
GRÁFICO 11	Transfusões, Brasil, 2007 a 2014, por natureza da instituição prestadora	113
GRÁFICO 12	Quantitativo de transfusões de sangue por região administrativa. Brasil. 2013/2014	114
GRÁFICO 13	Valores pagos pela rede pública. (Medicina transfusional). Brasil, 2013 a 2015	118
GRÁFICO 14	Valores pagos pela rede privada conveniada(Medicina transfusional). Brasil, 2013 a 2015.....	119

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Coleta de sangue para transfusão, Alagoas, conforme instituição prestadora(CNES).....	120
TABELA 2	Coleta de sangue para transfusão por processadora automática. Alagoas,conforme instituição prestadora.(CNES)	120
TABELA 3	Medicina transfusional ambulatorial, Alagoas, 2013-2015.....	121
TABELA 4	Medicina Transfusional hospitalar, Alagoas, por hemocomponente, 2013-2015	122
TABELA 5	Medicina Transfusional ambulatorial, Alagoas, por município prestador	122
TABELA 6	Medicina Transfusional Hospitalar, Alagoas, por município gestor.....	123

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AT	Agência Transfusional
BM	Banco Mundial
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CGSH	Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados
CNH	Comissão Nacional de Hemoterapia
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CLT	Consolidação a das Leis de Trabalho
CTLD	Central de Triagem Laboratorial de Doadores
DNA	Ácido desoxirribonucleico
EUA	Estados Unidos da América
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FEDPs	Fundações Estatais de Direito Privado
GM	Gabinete Ministerial
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
HEMOBRÁS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
HC	Hemocentro Coordenador
HR	Hemocentro Regional
HEMOAL	Hemocentro de Alagoas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde

MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NAT	Testes de Ácidos Nucleicos
NH	Núcleo de Hemoterapia
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSs	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PIB	Produto Interno Bruto
PDV	Programa de Demissão Voluntária
PROADI-SUS	Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PROSUS	Programa de Fortalecimento das Entidades Filantrópicas e das Entidades sem fins lucrativas que atuam na área da saúde e que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde
PDRE	Plano de Desenvolvimento e Reforma do Estado
RDC	Resoluções da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Saúde
SBBH	Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue
STS	Serviço de Transfusão de Sangue
SNIS	Sistema Nacional de Inovação em Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares
SHs	Serviços de Hemoterapia
TCU	Tribunal de Contas da União(TCU)
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UCT	Unidade de Coleta e Transfusão
UC	Unidade de Coleta
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	SEÇÃO 01: POLÍTICA DE SANGUE E HEMODERIVADOS NO BRASIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E CONFIGURAÇÕES NA ATUALIDADE.....	25
2.1	OS PRIMÓRDIOS DA MEDICINA TRANSFUSIONAL NO BRASIL E O CARÁTER LIBERAL DA POLÍTICA DE SANGUE	26
2.2	POLÍTICA DE SANGUE NO GOVERNO MILITAR: COMERCIALIZAÇÃO INSTITUCIONALIZADA.....	36
2.3	A REDEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL NA DÉCADA DE 1980 E A CONQUISTA DO CARATER NÃO MERCANTIL DA POLÍTICA DE SANGUE	45
2.4	CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA DE SANGUE BRASILEIRA NA ATUALIDADE E OS DESAFIOS PARA O CARATER PUBLICO E NÃO MERCANTIL.....	54
3	SEÇÃO 02: A MERCANTILIZAÇÃO DO SANGUE HUMANO NA SOCIABILIDADE CAPITALISTA E A BIOÉTICA.....	69
3.1	ANÁLISE DA CATEGORIA MERCADORIA EM MARX.....	70
3.2	ASPECTOS ECONÔMICOS, POLÍTICOS E BIOÉTICOS QUE PERPASSAM A MERCANTILIZAÇÃO DO SANGUE HUMANO.....	79
4	SEÇÃO 03: CONTRADIÇÕES E LIMITES PARA O CARÁTER PÚBLICO E NÃO MERCANTIL DA POLÍTICA DE SANGUE BRASILEIRA NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS.....	91
4.1	O BRASIL EM CONTRARREFORMA: DESMONTE DO CARÁTER PÚBLICO E UNIVERSAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	92
4.2	A COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA NA HEMOTERAPIA BRASILEIRA.....	100
4.3	A HEMOBRAS E O ALINHAMENTO DA POLÍTICA DE HEMODERIVADOS AOS INTERESSES DO SUS X MERCADO.....	125
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
	REFERÊNCIAS.....	138
	APÊNDICES.....	144

APÊNDICE A – Coletas de Sangue Brasil (2007-2014)	145
APÊNDICE B –Transfusões de Sangue – Brasil (2007-2014).....	146
APÊNDICE C –Frequência e percentuais de Coleta de Sangue, por tipo de prestador, por região e unidade federada, Brasil, 2013.....	147
APÊNDICE D –Frequência e percentuais de Transfusões de Sangue, por tipo de prestador, por região e unidade federada, Brasil, 2013.....	148
APÊNDICE E –Frequência e percentuais de Coleta de Sangue, por tipo de prestador, por região e unidade federada, Brasil, 2014.....	149
APÊNDICE F – Frequência e percentuais de Transfusões de Sangue, por tipo de prestador, por região e unidade federada, Brasil, 2014.....	150
APÊNDICE G –Produção Ambulatorial – Coleta de Sangue – Brasil – Procedimento 0306010011.....	151
APÊNDICE H –Produção Ambulatorial – Coleta de Sangue – Brasil – Procedimento 0306010020.....	152
APÊNDICE I –Produção ambulatorial – Coleta de sangue – Brasil. Procedimento 0306010011 e 0306010020.....	153
APÊNDICE J – Coleta de Sangue p/ Transfusão. Valores pagos – Rede Pública 2013-2015.....	154
APÊNDICE K– Coleta de Sangue p/ Transfusão. Valores pagos – Rede privada conveniada 2013-2015.....	155
APÊNDICE L – Produção Ambulatorial. Valores pagos. Medicina Transfusional Brasil – por Estado federado - 2013 a 2015.....	156
APÊNDICE M - Produção hospitalar. Valores pagos. Medicina Transfusional Brasil por Estado federado - 2013 a 2015.....	157

1 INTRODUÇÃO

O sangue humano é um tecido vivo. É nele que circula o oxigênio, o gás carbônico, os nutrientes e as toxinas do corpo. O sangue é composto basicamente pelo plasma (aproximadamente 55%) e pelos componentes celulares (hemácias, leucócitos e plaquetas). No tocante ao objetivo deste estudo, destaca-se o fato de ser o sangue insubstituível, mas ao mesmo tempo renovável. Desta forma, uma perda de sangue em pequenas proporções é autorrenovável em algumas horas, pois o próprio corpo repõe o quantitativo adequado para o equilíbrio. No caso de uma perda substantiva, ou mesmo do desenvolvimento deficitário de um de seus componentes, recorre-se à transfusão como recurso terapêutico, utilizando o sangue de terceiros, desde que respeitada a compatibilidade sanguínea. Surge daí a ciência hemoterápica, especialidade da medicina responsável pela manipulação do sangue humano com vistas a transfusões (HEMOSC, 2016).

A crescente demanda por transfusão de sangue é uma realidade verificada nos Serviços de Saúde do Brasil; ao mesmo tempo, a ausência de uma cultura pela doação voluntária e sistemática de sangue é apontada como a principal causa do desabastecimento de produtos hemoterápicos. Segundo dados do Ministério da Saúde, menos de 2% da população do Brasil são doadores regulares de sangue. A meta segura apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de no mínimo 5%. Garantir a qualidade do sangue ofertado à população em quantidade suficiente para atender à demanda exige esforços diversos e evidencia a necessidade de aprimoramento de políticas públicas para a área (BRASIL, 2015).

A presente dissertação tem como objeto de estudo a política de sangue brasileira, com foco na análise do caráter público e não mercantil, em um contexto de contrarreformas. O tema desta pesquisa nasceu dos questionamentos e observações em nossa atuação profissional como assistente social do Núcleo de Hemoterapia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, da UFAL, mediante o acompanhamento, desde 2007, dos esforços para manter os estoques de sangue em níveis satisfatórios.

Os estudos em torno deste objeto iniciaram-se com a construção da monografia “A Política Nacional de Sangue e Hemoderivados e o Serviço Social no Núcleo de Hemoterapia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA)”, apresentada ao Curso de especialização “Gestão e controle social das

políticas públicas”, promovido em 2006/2007 pela faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas/UFAL.

Entre os anos de 2009 e 2011, realizamos a Pesquisa intitulada “Perfil socioeconômico dos candidatos à doação de sangue do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes”, quando foi possível aprofundar a temática a partir da percepção dos doadores sobre o ato de doar. Entre os anos de 2008 e 2012, coordenamos o Projeto de extensão “Doação em ação – Formação de agentes multiplicadores para a captação de doadores de sangue”, em parceria com a Pró-reitora de Extensão (PROEX/UFAL), na modalidade PIBIP ação, que também corroborou para o aprofundamento da temática e suscitou questionamentos sobre a Política Nacional de Sangue na atualidade.

O atual projeto de pesquisa foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da UFAL (Mestrado), estando relacionado à Área de Concentração: Serviço Social, Trabalho e Direitos Sociais, inserido na linha de pesquisa: Questão Social, Direitos Sociais e Serviço Social.

Inicialmente, é importante assinalar que neste texto, ao utilizar a expressão política de sangue brasileira, entende-se como abrangentes as políticas efetuadas tanto na produção e utilização de sangue total e/ou seus componentes para transfusões de sangue, como as políticas adotadas para a fabricação industrial de medicações que têm como matéria-prima o sangue humano (os denominados hemoderivados).

Parte-se do pressuposto de que a política de sangue brasileira busca a segurança transfusional no país através do arcabouço legal que determina, normatiza e fiscaliza as ações hemoterápicas na rede pública e privada de saúde. Arquitetada e implementada num contexto histórico de intensa efervescência política, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a questão do sangue ultrapassa as barreiras do discurso técnico e científico, exigindo respostas efetivas governamentais para atender às demandas da sociedade.

Diante dessa premissa, sustenta-se a hipótese de que a política de sangue brasileira revela as correlações de forças dos diferentes interesses socioeconômicos e embora sua implementação enquanto política pública de caráter não mercantil constitui um ganho para o conjunto de lutas dos trabalhadores e trabalhadoras, existe na atualidade a forte tendência para o desmonte das políticas públicas de caráter universal, a favor da hegemonia de um projeto privatizante.

Os questionamentos no tocante ao objeto de investigação na presente pesquisa surgem a partir da configuração da Política Nacional de Sangue na atualidade, em um contexto regressivo do caráter público e universal da política de saúde brasileira. Assim, questiona-se: a política de sangue brasileira, adotada no país a partir da Constituição de 1988, que apresenta um caráter público e não mercantil, sofre influência da tendência privatizante que ameaça a área da saúde? A política de hemoderivados implementada pela Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS) está alinhada aos interesses do mercado ou aos interesses do Sistema Único de Saúde (SUS)?

A partir desses questionamentos foi definido como objetivo geral: Analisar o caráter público e não mercantil da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, suas contradições e limites na atual conjuntura de privatização da política de saúde brasileira; e como objetivos específicos: 1. Contextualizar o caráter público e não mercantil da política de sangue brasileira, enquanto fruto das lutas do Movimento da Reforma Sanitária; 2. Conhecer o processo histórico de mercantilização do sangue humano; 3. Analisar a configuração e a relação entre os serviços de hemoterapia e a produção hemoterápica nacional no setor público, no privado contratado e no exclusivamente privado; 4. Conhecer o papel da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS) nos rumos da Política Nacional de Sangue.

Para responder a esses questionamentos foi definida a metodologia de investigação através de pesquisa documental e bibliográfica, com orientação do método dialético, que busca aproximar-se do objeto mediante a análise de suas múltiplas determinações e, conforme Behring e Boschetti (2008), promove uma investigação que situa e analisa os fenômenos sociais em seu complexo e contraditório processo de produção e reprodução, sendo este determinado por múltiplas causas, na perspectiva da totalidade.

Nesse caminho teórico metodológico foi realizado os procedimentos de leitura de livros, textos publicados em coletâneas, revistas científicas, anais de eventos, teses e dissertações relacionadas à temática e aos objetivos do estudo. As fontes bibliográficas foram tomadas como subsídios científicos, em busca da análise da realidade. O aprofundamento das categorias teóricas mercadoria e bioética mostraram-se essencial para o desvendamento do objeto de estudo.

Na pesquisa documental utilizaram-se documentos oficiais referentes à Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, que inclui Portarias, Decretos, Resoluções da Diretoria Colegiadas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC/ANVISA), bem como mapas, estudos de demandas transfusionais e produção hemoterápica, tendo como fonte de dados o sistema DATASUS, disponível nas páginas eletrônicas do Ministério da Saúde. Os dados catalogados em formato de tabelas, quadros e gráficos foram analisados criticamente, num movimento dialético de leitura da realidade.

Para a apresentação do resultado da pesquisa, o texto foi dividido em três seções. A primeira, denominada “Política de Sangue e Hemoderivados no Brasil: antecedentes históricos e configurações na atualidade” enfatiza os aspectos históricos, organizacionais e políticos que culminaram na atual Política de sangue brasileira. Para tanto realiza um recorte histórico crítico, situando a política de sangue no bojo das lutas pela transformação das condições de saúde da população brasileira, tendo como foco de análise o caráter mercadológico x desmercadológico da política de sangue em cada conjuntura investigada.

A seção foi subdividida em quatro itens, visando delimitar as conjunturas históricas e correlações com a política de sangue. No item 1.1, denominado “Os primórdios da medicina transfusional no Brasil e o caráter liberal da política de sangue”, foi apresentada a contextualização histórica da emergência e evolução da medicina transfusional brasileira, com destaque para o caráter liberal do setor e a forte influência do mercado, em um contexto de organização da política pública de saúde brasileira.

No item 1.2, denominado “Política de Sangue no Governo Militar: comercialização institucionalizada”, é feita uma análise da Política de sangue implementada no regime ditatorial instaurado em 1964, em que se observa, sob a ideologia de segurança nacional, o controle da área pelo Estado, porém com o incentivo oficial à atuação da livre-iniciativa no setor. A análise demonstra a força do regime militar na organização institucional do setor saúde, com a promulgação oficial da primeira Política Nacional de Sangue no Brasil e ao mesmo tempo a institucionalização da mercantilização dos produtos sanguíneos, a partir do incentivo oficial da compra de serviços hemoterápicos na rede privada.

No item 1.3, denominado “A redemocratização do Brasil na década de 1980 e a conquista do caráter não mercantil da política de sangue”, os processos

investigados têm como foco os movimentos sociais pela Reforma sanitária, e neste contexto a política de sangue ganha visibilidade por colocar em evidência as mazelas provocadas pela comercialização desordenada do sangue, especialmente no tocante a contaminação de pacientes hemodependentes com o advento da Aids. A política de sangue alcança ao final do processo de redemocratização do país o caráter não mercantil, inscrita na Carta Constitucional brasileira de 1988, sendo considerada uma conquista para o conjunto da sociedade.

No item 1.4, denominado “A Política de sangue brasileira na atualidade: configurações e desafios para o caráter público e não mercantil”, apresenta-se o arcabouço legal que normatiza o setor na atualidade, destacando o caráter público, não comercial, da política, que se reafirma na lei 10.205, de março de 2001, bem como nas portarias e resoluções que regulamentam essa lei. É destacada ainda a organização institucional, apresentando-se a estrutura do Sistema Nacional de Sangue (SINASAN), órgão responsável pela coordenação desta política. A análise deste sistema revela a presença da parceria público-privada na operação das atividades hemoterápicas, sendo assinalados os desafios para a manutenção do caráter não mercantil da política de sangue em tempos de efetivação de políticas sociais de cunho neoliberal.

Na segunda seção, é apresentada a fundamentação teórica que embasa as análises da política de sangue brasileira. Esta seção foi denominada “A mercantilização do sangue humano na sociabilidade capitalista e a bioética”, e busca realizar um movimento de apreensão dos fundamentos da lógica mercantil capitalista, de forma a clarificar a análise dialética na leitura da Política de sangue brasileira, que enquanto política não mercantil sofre tensão entre o legalmente instituído e orientações mercantilistas própria da sociabilidade do capital.

A seção foi subdividida em dois itens onde no primeiro, denominado “Análise da Mercadoria em Marx”, contém uma explanação sobre a categoria mercadoria e descreve sua base ontológica de formação, o surgimento e as consequências para a sociabilidade humana. O texto apresenta as argumentações de Marx (1996) em *O Capital*, onde o autor discorre sobre o processo de formação da mercadoria e o fetiche que esta opera nas relações sociais; há ainda as contribuições de Netto e Braz (2007), que na esteira de Marx abordam a temática, com ênfase no modo de produção, que tem na mercadoria sua razão de existência.

No segundo item é explicitada uma análise histórica do processo que culminou na mercantilização dos produtos resultantes do sangue humano. A análise identifica os debates econômicos, políticos e bioéticos que acompanham tal fenômeno. Destacam-se no texto as polêmicas levantadas por diferentes autores, sobre a necessidade de implementação das políticas de sangue não mercantil, especialmente a partir da década de 1980, quando se evidencia o impacto da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no setor hemoterápico e as mazelas que a mercantilização do sangue provoca. O debate no campo da bioética permite a apreensão das discussões sobre a manipulação do copo humano e o processo de mercantilização em suas diversificadas possibilidades no atual estágio de desenvolvimento capitalista.

O estudo das categorias mercadoria e bioética permitiu a apreensão dos desafios e limites de políticas públicas de caráter não mercantil, em uma sociabilidade que tudo mercantiliza, até mesmos produtos inalienáveis e vitais para a sobrevivência humana.

Na terceira seção, que tem como título “Contradições e limites para o caráter público e não mercantil da Política de Sangue brasileira no contexto de contrarreformas”, é realizada uma análise da política de sangue, com foco em dois aspectos fundamentais. O primeiro aspecto se refere à relação público-privada na execução terminal da política, seja nas coletas de sangue ou nas transfusões; e o segundo aspecto considera desafiadora para a manutenção do caráter não mercantil a produção de hemoderivados pela Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS), que insere o Brasil no circuito restrito de países que exploram esta atividade econômica.

A seção foi dividida em três itens. No item 3.1 é feita a discussão teórica da contrarreforma brasileira, embasando as análises efetuadas na seção sobre o desmonte do caráter público e universal das políticas públicas na atualidade e, especificamente, a tendência à mercantilização da política de saúde. As contribuições teóricas de Behring (2008), Netto e Braz (2007), Correia (2015) e Mendes (2011) colaboram para a apreensão das políticas neoliberais que promoveram a contrarreforma do Estado brasileiro, marcado especialmente pelos ditames dos organismos internacionais.

No item 3.2 é apresentada a discussão sobre a contradição entre as propostas de estatização progressiva para a política de sangue, defendidas na

constituente, e a realidade de tendência à complementaridade invertida, identificada nos dados sobre produção hemoterápica nacional e financiamento da área. Os dados apresentados em formato de tabelas e gráficos foram catalogados tendo como fonte publicações oficiais da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH) e do Sistema Data/SUS, e demonstram o quantitativo de coletas e transfusões, por regiões administrativas do Brasil, dando destaque no recorde da produção hemoterápica de Alagoas. O foco de análise desta produção é a natureza pública e/ou privada das instituições que prestam serviços, bem como os investimentos financeiros pagos pelo SUS à hemorrede pública. A análise crítica dos dados permite sustentar a hipótese da forte tendência privatizante em que a saúde brasileira está inserida, com repercussões na hemoterapia, embora exista a expressa proibição legal de comercialização do sangue no país. Na análise, constata-se complementaridade invertida, evidenciada pela transferência do fundo público para o setor privado, especialmente no tocante à medicina transfusional.

No item 3.3 é apresentado um destaque para a política de hemoderivados implantada pela HEMOBRÁS pontuando o alinhamento da Estatal ao SUS, e de forma contraditória ao mercado. É apresentado um estudo crítico da lei de criação da empresa e uma análise documental dos relatórios de gestão, fazendo um resgate histórico da consolidação da política inovadora de produção de hemoderivados no Brasil.

O texto evidencia que o aprimoramento de políticas públicas não mercantis para a área do sangue e hemoderivados torna-se imperativo para cumprir a finalidade da terapia do sangue, que é salvar vidas, sendo assinalado a necessidade do reconhecimento de que o sangue humano não tem preço equivalente e operacionalizar o desenvolvimento científico na área implica custos que devem ser socializados para o conjunto da sociedade, evitando-se assim que o sangue entre no processo de valorização do capital, como fonte de apropriação privada.

O intuito deste estudo é contribuir para a discussão das tendências e contradições da política de sangue brasileira, com vistas à consolidação do caráter público, gratuito e universal, bem como o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, de forma que, ao se discutir e desmistificar a histórica correlação de forças presente no setor hemoterápico entre os interesses mercantis e públicos, reste evidenciada a necessidade de ampliação de uma hemorrede autossuficiente no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2 SEÇÃO 01: POLÍTICA DE SANGUE E HEMODERIVADOS NO BRASIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E CONFIGURAÇÕES NA ATUALIDADE

A presente seção tem o propósito de discutir a política de sangue brasileira em seu processo de concepção, transformações e consolidação, enquanto uma política pública de Estado, de cunho essencialmente não comercial. Para tanto, a opção metodológica foi um recorte histórico crítico, situando a política de sangue no bojo das lutas sociais pelas transformações das precárias condições de saúde da grande maioria da população brasileira. O texto apresenta, portanto, a intercalação da história da hemoterapia no Brasil com a síntese do processo histórico da própria política de saúde em diferentes conjunturas.

No tocante à hemoterapia, as quatro conjunturas histórias investigadas, que formam o pano de fundo deste estudo, são: os primórdios da hemoterapia no Brasil, com destaque para as décadas de 1940 e 1950, quando o setor apresenta uma configuração liberal, com pouca intervenção estatal; a conjuntura do Regime Militar inaugurado em 1964, com transformações importantes na política de sangue brasileira, que passa a ser encarada como uma questão de segurança nacional; o período de abertura política e da redemocratização do país, em que é possível observar as lutas sociais em torno da questão hemoterápica, que culminaram na proibição do comércio de sangue no Brasil; e, enfim, a configuração da política de sangue e hemoderivados na atualidade, que apresenta dois aspectos desafiadores para o caráter não comercial. O primeiro aspecto se refere à contradição da legislação vigente, que veda de forma explícita a comercialização do sangue, componentes e hemoderivados no país, em um contexto de forte tendência privatista da área da saúde. O segundo aspecto é a possibilidade de produção de hemoderivados em escala industrial no território brasileiro, inserindo o país no circuito de exploração de atividades econômicas na área hemoterápica, bem como os arranjos sócio jurídicos que desafiam a não comercialização dos produtos resultantes desta produção.

Dadas as diversificadas possibilidades de abordagens presentes na literatura sobre a história da hemoterapia no Brasil, buscamos apreendê-la de forma crítica e dialética, que transcenda a historicidade linear tão presente nos textos publicados que resgatam esta história. O foco de análise situa-se no caráter mercadológico x

desmercadológico da política de sangue em cada conjuntura, salientando as lutas sociais em busca da responsabilização do Estado pelo Setor.

2.1 OS PRIMÓRDIOS DA MEDICINA TRANSFUSIONAL NO BRASIL E O CARÁTER LIBERAL DA POLÍTICA DE SANGUE

A consolidação do modo de produção capitalista no Brasil data do século XX e guarda traços peculiares, próprios de uma sociabilidade assentada numa produção da riqueza com base oligárquica, rural e exportadora. Neste sentido, o capitalismo no Brasil recebe dos historiadores a denominação de capitalismo tardio ou não clássico¹, com repercussões peculiares para a classe trabalhadora no Brasil.

O modelo de saúde adotado em cada período histórico apresenta-se como respostas às lutas que se travam entre capital e trabalho, no bojo da adoção de um modelo econômico que tem como base a exploração da classe trabalhadora, e como consequência, as mazelas provocadas pelo ampliado processo de urbanização. As políticas de saúde, juntamente com as demais políticas sociais, têm como função primordial a reprodução da força de trabalho. Desta forma, o movimento ora progressista, ora regressivo da área da saúde, desconsidera em muitas situações as possibilidades acumuladas pela cientificidade para a solução definitiva de males e enfermidades curáveis, mas que perduram por décadas por atender aos interesses da valorização do capital.

É nesse contexto que se insere o presente estudo da utilização clínica do sangue humano, que ao eleger como objeto o caráter não mercantil da política de sangue brasileira na atualidade, busca a apreensão dos processos históricos que permitiram a comercialização do sangue, seus componentes e hemoderivados².

Inicialmente, é importante destacar que o sangue desde a Antiguidade foi utilizado como forma de aliviar sofrimento e curar enfermidades. Estudos relatam a utilização de sangue em diversificados rituais, sejam eles religiosos ou celebrações

¹ Estudos profundos sobre a história do Brasil, com foco no desenvolvimento capitalista, podem ser encontrados em Caio Prado Jr (1981) e *Florestan Fernandes (1973)*.

² A lei 10.205, de 2001, estabelece que sangue, componentes e hemoderivados são entendidos como os produtos e subprodutos originados do sangue humano venoso, placentário ou de cordão umbilical, indicados para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, sendo definido que sangue é a quantidade total de tecido obtido na doação, componentes são os produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico, e hemoderivados são os produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico-químico ou biotecnológico.

de conquistas de territórios após sangrentas batalhas. Os primeiros experimentos registrados na história com a utilização de sangue revelam a ausência de conhecimento dos reais benefícios e efeitos colaterais que essa terapia causaria³.

Nunes (2010) relata que a prática de utilização do sangue para curar enfermos causava muitas mortes, em virtude tanto da técnica rudimentar como da utilização de sangue de animais em humanos. O caso mais clássico foram os experimentos do médico francês Jean-Baptist Denis. Este médico foi levado à corte francês, após ter sido acusado da morte de uma paciente em virtude do procedimento de transfusão sanguínea, e embora o médico tenha sido absolvido, as transfusões passaram a ser fiscalizadas e autorizadas pela faculdade de medicina de Paris.

Conforme assinala o autor,

Em 1668, a Bristish Royal Society e o Vaticano também proibiram as transfusões sanguíneas em razão das deliberações do parlamento francês, após o caso de Denis. Com essas proibições, a evolução das transfusões de sangue ficou paralisada por 150 anos⁴.

Em 1818, o médico Inglês James Blundell publica experimentos com transfusão sanguínea, defendendo que estas deveriam ser realizadas apenas entre animais da mesma espécie. Credita-se a este médico a primeira transfusão realizada com sucesso entre seres humanos⁵.

No século XX, com a descoberta do Sistema ABO por Karl Landsteiner, em 1900, a utilização do sangue como terapia ganha cientificidade. Esta descoberta foi um marco, separando a hemoterapia em duas fases: a fase empírica, que vai dos primeiros experimentos registrados até 1900, e a científica, que vai desta data até os dias atuais. A evolução da hemoterapia no século XX segue um processo acelerado, com grandes descobertas científicas que permitiram uma maior precisão na prescrição da terapia e sucesso do tratamento. As transformações no mundo

³ Um caso clássico descrito por diversos autores como o primeiro registro de transfusões ocorreu em 1492, no qual, na busca por curar o papa Inocêncio VIII, foi coletado o sangue de três jovens. O relato, embora controverso, pontua a morte tanto do papa como de seus jovens doadores. Um histórico detalhado sobre a evolução da transfusão de sangue na era pré-científica, com descobertas e tentativas frustradas de transfusões, pode ser encontrado em Nunes (2010).

⁴ Ibidem, p.14

⁵ Embora a transfusão homóloga fosse defendida como a mais apropriada, Nunes (2010) relata tentativas de utilização de sangue de animais e até mesmo de leite de cabra em humanos, que causava muitas reações transfusionais e mortes. As tentativas, embora controversas, acumularam conhecimentos sobre a circulação sanguínea e a possibilidade de sucesso de utilização clínica do sangue.

propiciadas pela Revolução Industrial trouxeram avanços significativos para as ciências. Neste contexto, as ciências médicas, que apresentavam uma configuração liberal, passaram a receber impulso crescente do modo de produção capitalista, configurando um setor de alta complexidade com tecnologia de ponta.

Cabe assinalar que, conforme aponta Nunes (2010), a técnica utilizada no início do século XX para a realização de praticas hemoterápicas causava dores profundas tanto no doador quanto no receptor de sangue, surgindo daí a necessidade de remunerar os poucos “doadores” que concordavam em praticar o ato. Conforme assinala a autora, nos Estados Unidos, “[...] para que alguma pessoa doasse o sangue, ela recebia US\$ 50 por doação”⁶. A utilização de sangue dos familiares dos doentes, denominada doação de reposição, em que o doador não recebe remuneração, e a comoção mundial no período das guerras fizeram surgir o doador altruísta, dicotomizando as perspectivas em torno da questão.

O evento de duas grandes guerras mundiais – a primeira em 1914-1918, seguida da segunda no período de 1939-1945⁷ –, trouxe novas necessidades para a área da hemoterapia. A utilização de transfusão braço a braço⁸, largamente utilizada no início do século, não se mostrava adequada à situação de calamidade que se instaurou nos campos de batalha. Surge daí a necessidade dos primeiros bancos de sangue, denominação dada aos serviços de hemoterapia, que permitiam estocar sangue para atender, especialmente, aos esforços de guerra.

Os primeiros serviços de hemoterapia com a nomenclatura de banco de sangue surgiram em Barcelona, em 1936 (durante a Guerra Espanhola), e nos Estados Unidos em 1937. Com o sucesso das transfusões nos campos de batalhas e a apropriação da tecnologia de conservação dos tecidos, os serviços de hemoterapia se multiplicaram pelo mundo, permitindo salvar a vida de muitos combatentes.

⁶ Ibidem, 2010, p.21.

⁷ Letizia (1995) faz uma análise marxista sobre o evento das duas grandes guerras do século XX. A análise apresenta o retrocesso da esquerda, no período denominado pelo autor de era perdida. Argumenta ainda que as duas grandes guerras do século XX não devem ser vistas como eventos diversos, mas como um período de continuidade. Assim, nas palavras do autor: “No que diz respeito às guerras mundiais, de fato, não houve duas guerras, mas sim um único e prolongado conflito interimperialista, com dois períodos agudos, separados pelo *intermezzo* dos anos 1918-39. Pois nenhum dos problemas colocados pelo capitalismo em sua fase imperialista teve sequer sombra de solução na grande matança de 1914-18” (LETÍZIA, 1995, p. 1).

⁸ Transfusão braço a braço é realizada transferindo o sangue do doador diretamente ao receptor, utilizando um equipamento criado para este fim. No Brasil, registra-se a utilização da seringa de Jubé, pela facilidade do manuseio e esterilização (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; JACOB, 2005).

A necessidade de recuperação econômica no mundo capitalista ao final da 2ª Guerra Mundial impulsiona o surgimento de novas tecnologias, assim como a utilização de protocolos e a disseminação do conhecimento científico. No tocante à hemoterapia, dois fatores podem ser destacados: a compra do sangue, consolidando a doação remunerada, e o surgimento da indústria de hemoderivados. Conforme Vertchenko (2005, p. 21), “com o desenvolvimento científico e o conseqüente aumento da demanda, ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, o pagamento pela doação foi utilizado para aumentar rapidamente os estoques do sangue coletado”.

Santos, Morais e Coelho (1991) assinalam que a indústria de hemoderivados surgiu no segundo pós-guerra, em consequência do avanço tecnológico e da possibilidade de fracionar o sangue. Com o processo de industrialização foi possível extrair do plasma sanguíneo alguns componentes que a produção artesanal não permitia. A indústria introduziu ainda novas necessidades, pois só seria possível operar em escala industrial tendo uma ampla rede de fornecimento de matéria-prima, o que impulsionou a criação de serviços de hemoterapia operando diretamente para este fim.

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 à comercialização de sangue, muitas vezes este comércio toma a feição de contrabando, estimulado pelo diferencial dos (altos) preços no mercado internacional⁹.

A década de 1940 marca a política hemoterápica no Brasil, embora registros de transfusões já fossem conhecidos desde 1879. Junqueira; Rosenblit; Jacob, (2005) destacam como primeira discussão sobre a hemoterapia registrada no Brasil, a tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 27 de setembro de 1879, de autoria de José Vieira Marcondes, filho do barão de Taubaté, que descrevia experiências empíricas realizadas até aquela época sobre a transfusão de sangue e questionava se a melhor transfusão seria a do animal para o homem ou entre os seres humanos. Segundo Junqueira, Rosenblit e Jacob (2005), a tese foi rejeitada por ser considerada muito polêmica. Já na era científica, foi

⁹ Ibidem, 1991, p.164.

defendida uma tese, de autoria de Laura Leitão, denominada “Transfusão sanguínea”, na qual a autora descrevia quatro casos de transfusão sanguínea realizada no Brasil.

No início do século XX surgem vários serviços de transfusão de sangue que, conforme Junqueira, Rosenblit e Jacob (2005, p. 202), contavam apenas com “[...] um médico transfusionista e um corpo de doadores universais, de indivíduos do grupo sanguíneo universal (O), que eram selecionados e examinados, para comprovação de suas boas condições de saúde”.

Este modelo de serviço especializado em transfusão de sangue espalhou-se rapidamente pelo país, tendo maior destaque o Serviço de Transfusão de Sangue (STS), fundado no Rio de Janeiro, em 1933, que, conforme assinalam Junqueira, Rosenblit e Jacob (2005, p. 202), “[...] aliava à assistência médica um enfoque científico voltado ao exercício da especialidade e às transfusões de sangue de forma geral”.

É importante ressaltar que o modelo de assistência hemoterápica adotado no Brasil desde o primórdio da especialidade foi predominantemente privatista. Neste sentido, Junqueira, Rosenblit e Jacob (2005) ressaltam que um artigo científico datado desta década discutia diversos aspectos sobre a transfusão de sangue e a organização dos STS, com destaque para o instalado no Rio de Janeiro. O autor chama a atenção para a discussão em torno dos valores cobrados para a realização das atividades hemoterápicas, e assim descreve a matéria publicada na Revista Brasil Médico:

Curioso no artigo é o relato sobre honorários médicos transfusionais e o pagamento a doadores de sangue. Os altamente selecionados eram remunerados a 500 réis por centímetro cúbico de sangue doado ou, no caso de doadores imunizados, a 750 réis/mm. Afirmam veementemente que não admitiam doadores benévolos, nem de emergência. Diziam que se o paciente não tivesse recursos para pagar os serviços e exames relativos às transfusões, estaria isento de qualquer débito; no entanto, o pagamento ao doador deveria ser garantido pelo serviço de transfusão e não pelo paciente, que poderia retardar o pagamento, o que não seria justo para com o doador¹⁰.

Sampaio (2013) destaca que na década de 1940 foram criados os primeiros bancos de sangue do país. O primeiro foi inaugurado em 1941, no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro. Em 1942, foram fundados o Banco de

¹⁰ Ibidem, p.203.

Sangue da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e o Banco de Sangue do Pronto-Socorro do Recife, em Pernambuco. Em 1943, a Universidade de São Paulo criou o Banco de Sangue do Hospital das Clínicas, e em 1944, no Rio de Janeiro, foi inaugurado o Banco de Sangue do Distrito Federal. O banco de sangue do Instituto Fernandes Figueira estava diretamente associado aos esforços de guerra, visando enviar sangue aos campos de batalha.

Ainda no final da década de 1940 foram criadas duas entidades importantes na história da hemoterapia brasileira. A primeira foi a Associação de Doadores Voluntários de Sangue no Rio de Janeiro, em 1949, que se tornou uma entidade nacional, sendo a primeira a fazer uma campanha a favor da doação voluntária e a denunciar os abusos da comercialização do sangue no país; a segunda foi a criação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH), em 1950, agrupando as especialidades médicas que lidam com a terapia transfusional e tornando-se representante direta dos interesses dos hematologistas e hemoterapeutas que atuavam no setor.¹¹

A lei 1.075, de 27 de março de 1950, foi a primeira lei federal que versava sobre a doação de sangue no Brasil. A legislação não tinha um caráter disciplinador da atividade, nem estabelecia uma política de sangue; apenas estimulava os servidores públicos, civis e militares a doarem sangue de forma voluntária. Essa lei dispensava o ponto dos doadores voluntários de sangue e estabelecia que o ato fosse registrado com louvor na folha de ponto dos servidores; estabelecia ainda que os trabalhadores que não fossem servidores públicos também gozariam do benefício da lei, por serem considerados prestadores de serviços relevantes à sociedade e à pátria.

Para Santos, Moraes e Coelho (1991, p. 163),

[...] 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.

¹¹ É importante ressaltar a dualidade das proposições para a área hemoterápica onde ressaltam-se a importância da doação voluntária, porém efetua-se a prática de compra e venda de sangue e seus derivados. Para CONH(2002), a dualidade sempre foi característica das políticas de saúde praticado no Brasil. A autora ressaltam como principais dicotomias o enfoque curativo x enfoque preventivo; serviços público x privados; assistência médica contributiva x assistência pública. Estas características tencionam as políticas implementadas revelando os interesses antagônicos na área.

Os autores assinalam ainda que Estados e municípios, em consonância com a lei federal, promulgariam decretos incentivando a doação voluntária de sangue em seus territórios. Em São Paulo, o decreto 34.658, de 13 de fevereiro de 1959, estendia a dispensa de pontos às doações voluntárias que fossem realizadas a bancos de sangue particulares, desde que estes serviços não fossem remunerados pelo sangue aplicado. Para os autores, a existência desta legislação estabelece um perfil diferente ao doador no Brasil, onde a ideia filosófica de altruísmo é subvertida, visto que o doador incentivado pela dispensa do ponto doa sangue para receber vantagens, não podendo, portanto, ser considerado um herói.

Para Santos, Moraes e Coelho (1991), a ausência de regulamentação das atividades hemoterápicas propiciou a proliferação dos serviços de hemoterapia pelo país. Nestes, a comercialização do sangue era permitida, e até mesmo praticada e estimulada pelo poder público.

Nas palavras dos autores:

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-se a idéia do sangue doado, expressão de altruísmo, à do sangue coletado, fonte de lucro¹².

Neste sentido, o que caracterizava a hemoterapia no Brasil era a comercialização, na qual os bancos de sangue, que proliferaram pelo país, incentivados pelo emprego crescente na medicina da terapia do sangue e ao mesmo tempo pela falta de fiscalização dos serviços por parte do Estado, puderam se desenvolver em um negócio altamente lucrativo. É possível observar que, não obstante a legislação citada louvar a doação voluntária, a maioria dos serviços hemoterápicos, majoritariamente pequenos bancos de sangue, davam preferência a “[...] comprar a baixo preço o sangue dos ‘doadores’ e revendê-los aos hospitais, praticamente sem qualquer controle de qualidade e a preços mais altos”¹³.

No que se refere à implantação no país da produção de hemoderivados, registra-se na década de 1950, no Rio de Janeiro, a instalação da primeira planta de produção de hemoderivados, instalada pelo grupo Hoeschst. Esta fábrica atraiu um grande número de bancos de sangue de pequeno porte e qualidade questionável, que passaram a vender toda a sua produção para o fracionamento industrial. Na

¹² Ibidem, p.162.

¹³ Ibidem, p.163.

análise de Sampaio (2013), a ausência de regulamentação para a área facilitou a comercialização do sangue de forma indiscriminada, especialmente em se tratando dos hemoderivados:

A hemoterapia era uma atividade restrita, tida como acessória e vinculada a prontos socorros e santas casas, sem regulamentação, sem normas legais, funcionando sem qualquer controle. Na ausência de fiscalização, o sangue tornava-se um negócio lucrativo, comprado a preço baixo e repassado a hospitais e empresas multinacionais, que aproveitavam o plasma para a produção de albumina, a preços bem elevados (SAMPAIO, 2013, p. 10).

Esta dicotomia – doação altruísta x doação remunerada –, presente também na literatura internacional, dividia opiniões das entidades criadas no país, porém o governo não atuava no sentido de instituir uma política de Estado para o setor, como assinalam os autores:

Na ausência de normas 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 (SANTOS; MORAIS; COELHO, 1991, p.162-163).

A apreensão deste caráter mercadológico da política hemoterápica nas décadas estudadas pode ser clarificada pela configuração da política de saúde adotada no período de inserção do modo de produção capitalista no Brasil. Bravo (2013) salienta que no século XVIII, as condições de saúde da população eram precárias, com surtos de doenças e pestilências como a varíola e a febre amarela. A assistência médica, pautada pela prática liberal ou pela filantropia, baseava-se em conhecimentos tradicionais com pouco grau de cientificidade. Conforme pontua Bravo, “a questão da saúde não estava diretamente relacionada aos médicos, pois não existia educação superior no país. Estes foram meros consultores dos poderes públicos, com a função de legitimar, mais do que propor”¹⁴.

No século XIX, em virtude das transformações políticas e econômicas no Brasil, com a entrada, ainda incipiente do capitalismo no país, a área da saúde também sofre transformações. As condições de saneamento eram péssimas, levando à mortandade elevada por doenças como hepatite, lepra, boubá, febre amarela, malária, tuberculose, entre outras.

¹⁴ Ibidem, p. 112.

A partir de 1850 surge a organização da saúde pública, visando à vigilância do exercício profissional e à realização de campanhas, bem como são criadas as primeiras associações mutuárias com vistas à promoção de ações assistenciais¹⁵.

No início do século XX, a ação estatal na saúde buscava minimizar os efeitos danosos para a consolidação das relações comerciais, de forma que

As medidas de saúde pública reduziram-se a soluções imediatistas para os agudos problemas, que poderiam comprometer o processo de acumulação na cafeicultura, ou tentativas de respostas aos quadros calamitosos de epidemia, que ameaçavam a população em geral e provocavam pressões políticas (BRAVO, 2013, p.118).

Em 1903, o médico bacteriologista Oswaldo Cruz (1872-1917) foi nomeado diretor-geral de Saúde Pública. Em sua gestão, deflagrou campanhas sanitaristas com vistas ao controle das endemias que assolavam o país. A mais polêmica delas desencadeou o movimento denominado “a Revolta das vacinas”, em 1904, em virtude da imposição da vacinação em massa contra a varíola. Conforme Bravo, as medidas visavam maior centralização no governo da União, de forma a “[...] proteger a economia, preservar a mão de obra e defender a classe dominante das epidemias que a atingiam”¹⁶.

A criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves, representou uma conquista da classe trabalhadora, sendo a primeira forma de previdência. Porém, os benefícios previdenciários conquistados não foram universalizados para o conjunto dos trabalhadores, sendo exclusivos à fração das grandes empresas com importância logística para a expansão capitalista. Desta forma, “[...] a maior parte dos assalariados estava excluída, precisando recorrer, para a assistência médica, à precariedade dos serviços filantrópicos e públicos, aos profissionais liberais ou às formas de medicina popular”¹⁷.

No que se refere à política de saúde adotada a partir da década de 1930, Bravo (2013) observa que predomina o caráter centralizado, com uma organização segmentada em dois subsetores. O setor de saúde pública tinha como foco as campanhas sanitárias, atuando tanto a nível nacional como estadual. Já a medicina

¹⁵ As principais associações que surgem são as ligas operárias, visando operacionalizar melhorias nas condições de vida dos associados, e as ligas de resistência, com um caráter mais político.

¹⁶ Ibidem, p.117.

¹⁷ Ibidem, p.123.

previdenciária surge com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Assim, o governo federal passa a intervir diretamente na gestão da previdência, visto que a organização anterior das CAPs tinha uma gestão mais autônoma. Uma das principais características deste modelo de previdência adotada no país após 1930 era o autofinanciamento, tendo nas contribuições dos trabalhadores a base de sustentação do sistema, com baixo custo para o governo.

Conforme assinala Bravo (2013, p. 135):

A previdência se transformou, no período, em virtude do montante de recursos mobilizados, num dos importantes “sócios” da União e das empresas semiestatais, sendo uma instituição financeira poderosa, com uma ponderável taxa de excedente, utilizada para os projetos centrais do governo como o apoio à industrialização.

Com a predominância da ideologia desenvolvimentista a partir de 1950, a questão saúde passa a ser encarada sob este enfoque, impondo-se a ideia de que “o desenvolvimento econômico traria, necessariamente, um melhor nível de saúde da população”¹⁸. Em 1954 foi criado o Ministério da Saúde (MS), em uma política de reaparelhamento do Estado.

Segundo a autora, a principal característica da Política Nacional de Saúde adotada no período é a racionalização administrativa, com investimento restrito em saúde e a adoção de um modelo inadequado para atender às necessidades da população, de forma que a ideologia desenvolvimentista privilegiava o crescimento econômico em detrimento das políticas sociais.

Em virtude da conjuntura de consolidação do Estado capitalista, a ação sanitária e preventiva proposta pelo Estado não conseguiu fazer predominar a perspectiva assistencial. Assiste-se ao crescimento progressivo da medicina previdenciária, visto ser esta considerada complementar ao salário direto dos trabalhadores.

Conforme assinala Bravo (2013, p. 148),

A medicina previdenciária passou a ser considerada como um aspecto importante para o processo de trabalho, pois a massa assalariada tinha péssimas condições de trabalho e baixa remuneração, sendo a previdência um complemento indispensável a sua renda.

¹⁸ Ibidem, p.146-147.

No que se refere à política de sangue, é possível evidenciar que este cenário, favorecedor da ampliação da medicina liberal e inexpressiva atuação do Estado na fiscalização dos subsetores que compunham a área da saúde, propiciou que até a década de 1960 o sangue no país fosse comercializado livremente, não havendo legislação específica que regulasse o setor. Na década seguinte, a atitude governamental ante a questão do sangue é substancialmente modificada, tendo em vista a implantação do regime autoritário e a ascendência da Ditadura Militar no país, em 1964.

2.2 POLÍTICA DE SANGUE NO GOVERNO MILITAR: COMERCIALIZAÇÃO INSTITUCIONALIZADA

A análise da política de sangue adotada no governo militar (1964-1985) requer um recorte da conjuntura do regime instaurado no país a partir do golpe de abril de 1964. Netto (2015, p.29), ao analisar o período, afirma que o desenvolvimento econômico, social e político do regime ditatorial “[...] acabou por modelar um *país novo*”, que consolidou o capitalismo no Brasil. O estímulo à indústria multinacional e as consequências sociais do amplo processo de industrialização trouxeram necessidades de ampliação de atuação do Estado, com vistas a dar legitimidade ao sistema.

O Estado erguido no pós-64 tem por funcionalidade assegurar a *reprodução do desenvolvimento dependente e associado*, assumindo, quando intervém diretamente na economia, o papel de repassador de renda para os monopólios, e politicamente mediando os conflitos setoriais e intersetoriais em benefício estratégico das corporações transnacionais, na medida em que o capital nativo ou está coordenado com elas ou com elas não pode competir(e não é infrequente que a coordenação se dê também por incapacidade para competir)¹⁹.

Conforme Netto (2015), a emergência da ditadura brasileira inseriu-se num contexto internacional de golpes de Estado que marca as alterações na divisão internacional capitalista do trabalho, na qual grupos imperialistas promoveram “contrarrevoluções preventivas” com vistas a eliminar as possibilidades de revoluções autênticas das classes trabalhadoras. O golpe trouxe como consequências tanto o desenvolvimento econômico subalterno quanto a exclusão

¹⁹ Ibidem, p.44-45, grifos do autor.

dos protagonistas comprometidos com projetos nacionais populares e democráticos. As especificidades do modelo econômico adotado pelo regime é, ao mesmo tempo, o corolário de sua ascensão, no denominado “milagre econômico brasileiro”, e o seu refluxo, pois a partir do esgotamento do crescimento econômico, o regime perde legitimidade e sua base de apoio.

Conforme anota Netto (2015, p. 51-52)

À medida que se clarifica, num processo nada idílico, que a parte do leão, no bloco vitorioso, cabe ao grande capital, a base de sustentação dos golpistas começa a erodir-se. E quando o projeto da “modernização conservadora” vai se corporificando, o grande capital perde a legitimidade política, isola-se – e resta-lhe o caminho da coação direta e cada vez mais abrangente. É também então que o processo de resistência democrática se alarga e se aprofunda, atraindo setores e protagonistas antes vinculados ao movimento golpista ou por ele neutralizados, levando o regime à defensiva, a concessões e, no limite, a negociar as vias de transição a outras formas de dominação.

Este sumário, porém essencial recorte da conjuntura macropolítica que culminou no período ditatorial no Brasil e no processo de redemocratização, possibilita a compreensão das políticas sociais adotadas no país, especialmente quando se observa o seu caráter mercadológico e favorecedor do capital estrangeiro. A concentração política administrativa, a modernização conservadora e a ideologia de segurança nacional legitimam o regime.

Na área da saúde, o Estado estabelece a junção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. Este órgão regulador centralizado garantiu o controle da sociedade, desmobilizando a força política da classe trabalhadora e negando-lhe a gestão da previdência.

Em virtude das novas políticas adotadas, fortemente favorecedoras do produtor privado, a medicina previdenciária cresceu em detrimento da saúde pública. O modelo adotado tinha como principais características o aumento da cobertura previdenciária; a ênfase em práticas médicas curativas, articulada aos interesses do capital internacional; a criação do complexo médico-industrial; a interferência estatal na previdência, orientada para a capitalização da previdência e organização da prática médica, atrelada à expansão capitalista no país. Em decorrência do modelo adotado, o atendimento das necessidades de saúde da classe trabalhadora não foi privilegiado e, neste sentido,

[...] a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2009, p.94-95).

Na análise da política de sangue adotada no Brasil a partir da implantação da governo militar de 1964, é possível destacar dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito ao novo olhar que um regime ditatorial adota em relação às políticas públicas, que devem ser controladas pelo Estado. O segundo aspecto se refere, conforme analisado acima, à consolidação do aparato capitalista, com a criação de instrumentos estatais favorecedores da expansão do capital.

A lei 4.701, de 28 de junho de 1965, determina as bases da primeira Política Nacional de Sangue no Brasil e insere-se na ideologia de segurança nacional apregoada pelo regime. Conforme assinalam Santos, Morais e Coelho (1991, p.168): “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”.

Assim, através do decreto 54.494, de 16 de outubro de 1964, o governo criou um grupo de trabalho que deveria elaborar o projeto de lei que estabeleceria a política nacional de sangue e instituir a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), órgão responsável por promover e fiscalizar as ações desta política.

A lei 4.701, de 28 de junho de 1965, é composta por 16 artigos, todos de caráter disciplinador da atividade hemoterápica. É possível verificar neste instrumento a preocupação com o estabelecimento de regras precisas e detalhadas, que marca o regime autocrático, impulsionando a marca do regime no país – a centralização e a burocratização administrativa. No que se refere à norma legal, verifica-se em seu artigo primeiro o imperativo de disciplinamento das atividades hemoterápicas, enquanto uma política nacional de sangue, rompendo desta forma com a descentralização e distribuição desordenada dos serviços espalhados pelo país.

Assim, no texto da lei, consta: “Art. 1º A atividade hemoterápica no Brasil será exercida de acordo com preceitos gerais que definem as bases da Política Nacional do Sangue”. No artigo 2º, a lei estabelece quais são as bases desta política, sendo destacados sete incisos, a saber: a definição dos sistemas de organizações responsáveis pelos adequados provimento e distribuição de sangue e de seus

componentes e derivados; o primado da doação voluntária de sangue; o estabelecimento de medidas de proteção individual do doador e do receptor; a fixação de critérios de destinação do sangue coletado e de seus componentes e derivados, assegurada a disponibilidade permanente de sangue total para transfusão; a constituição de reservas hemoterápicas à disposição do Estado, para emprego em casos de imperiosa necessidade e de interesse nacional; o disciplinamento da atividade industrial relativa à produção de derivados do sangue; e, enfim, o incentivo à pesquisa científica relacionada com o sangue, seus componentes e derivados, e aos meios para formação e aperfeiçoamento de pessoal especializado.

Destacam-se, entre as bases da Política Nacional de Sangue: a definição de quais organizações pode atuar no setor; o incentivo à doação voluntária de sangue, porém sem proibir a doação remunerada; a necessidade de estabelecimento de reservas à disposição do Estado em caso de necessidades extremas; e a necessidade de disciplinamento das atividades industriais na produção de derivados do sangue.

Fica clara a preocupação com a garantia de estoques no país, pois o sangue é considerado estratégico para a soberania nacional. No artigo 3º, os órgãos que realizam atividades hemoterápicas são classificados de acordo com o tipo de atividade que executam, podendo ser normativo, fiscalizador ou executivo. Neste sentido, define que as atividades hemoterápicas são resultantes da conjugação de serviços executados por organizações oficiais e/ou de iniciativa particular. O artigo define que as atividades devem ser executadas por: 1) um órgão normativo e consultivo, ocupando-se do disciplinamento da referida atividade em todo o território nacional; 2) órgãos de fiscalização, com autoridade de âmbito nacional, estadual, territorial e municipal, atuando no campo da saúde pública; 3) órgãos executivos, de iniciativa governamental ou particular, com finalidade e amplitude variáveis, operando com sangue ou seus componentes e derivados.

No artigo 4º, destaca-se o grande diferencial da política de sangue adotada no país no marco do Regime Militar, visto que ao considerar a área hemoterápica como estratégia ao regime, o governo centraliza o seu comando. Neste artigo fica estabelecido ser da alçada exclusiva do Governo Federal o disciplinamento e o

controle da hemoterapia, para a garantia de observância dos preceitos da Política Nacional do Sangue.²⁰

Já o artigo 5º cria a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), que é considerada “Órgão permanente composto de cinco membros indicados pelo Ministro da Saúde e nomeados pelo Presidente da República”. A composição deste órgão foi também regulamentada no artigo 9º, onde se lê:

Art. 9º São membros da Comissão Nacional de Hemoterapia, designados pelo Presidente da República na forma do Art.5º: 1 - Representante do Ministro da Saúde; 1 - Representante do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia; 1 - Representante do Instituto Oswaldo Cruz (IOC); 1 - Representante das Forças Armadas; 1 - Representante da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia.

É válido destacar a importância da CNH enquanto órgão ligado ao Ministério da Saúde, com membros nomeados pelo Presidente da República. As competências deste órgão são definidas no art. 6º e versam sobre os principais aspectos da política, podendo ser agrupadas em três grupos: a responsabilidade médica sobre as atividades hemoterápicas; o disciplinamento das organizações que processam o sangue, destinado seja a transfusão ou a processamento industrial; e a promoção de doações voluntárias com incentivo às instituições que colem e transfundem sangue de forma gratuita, bem como promover medidas que evitem “[...] o abuso financeiro dos que se dispõem a doar sangue em troca de remuneração”. A Comissão tem, portanto, a incumbência de regular tanto as instituições que transfundem comercialmente como as importações de hemoderivados, devendo ainda incentivar a formação técnica na área e as pesquisas científicas de aperfeiçoamento do setor.

Para Santos, Moraes e Coelho (1991), a legislação ora apresentada demonstra o caráter regulatório que se imprime à Política de Sangue na década de 1960. Entretanto, ao longo do período ditatorial, tais regulamentos não foram suficientes para mudar os rumos da política de sangue no Brasil.

Assim, nas palavras dos autores,

²⁰Fica evidenciada a importância que esta política assume para o governo recém-instalado, não obstante as deficiências que ainda persistiram ao longo do desenvolvimento da hemoterapia no Brasil durante o Regime Militar, tais como: comercialização, parca fiscalização e contaminação por doenças hemotransmissíveis.

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 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 (SANTOS; MORAIS; COELHO, 1991, p.168-169).

No que se refere ao segundo aspecto analisado na política hemoterápica durante o governo militar – a consolidação do capitalismo –, observa-se uma dualidade nas proposições do regime: enquanto o aparato legal acenava para o controle efetivo do setor hemoterápico pelo Estado, de forma a coibir abusos comerciais, a instalação de uma rede própria de assistência e o estabelecimento de regras de mercado para operar com o sangue e seus hemoderivados promovem, na prática, um estímulo à comercialização.

Santos, Moraes e Coelho (1991) identificam que paralelamente às atividades da CNH, outro órgão criado pelo Regime Militar, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), teve uma forte influência na política de sangue adotada no país, sendo responsável pela multiplicação dos serviços e, ao mesmo tempo, pelas distorções do sistema:

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 particulares²¹.

Neste período, muitos bancos de sangue contratados pelo INPS recorriam a doadores remunerados e ofereciam serviços de qualidade precária, considerando o pequeno grau de investimento em sua instalação e a lógica com que foram implantados. Ao mesmo tempo, a hemoterapia se sofisticava internacionalmente, tanto a nível técnico e operacional, quanto com a produção do setor industrial. No Brasil, entretanto, essa evolução só foi verificada em alguns serviços governamentais ou na rede privada dos grandes centros urbanos: “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”²².

²¹ Ibidem, p. 165.

²² Ibidem, p.166.

O crescimento do setor privado na área da saúde foi amplamente incentivado pelo Regime Militar. A política adotada neste período foi marcada pela lógica privatista, com incentivo ao desenvolvimento do capitalismo no Brasil. No que concerne à área hemoterápica,

[...] os pequenos bancos obtinham lucro certo e rápido com baixo investimento de capital. Tinham a compra de sua produção assegurada pelo INAMPS, e as indústrias de hemoderivados não sofriam qualquer fiscalização (o que as 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 (SANTOS, MORAIS; COELHO, 1991, p.173).

Saraiva (2005), em um estudo sobre a história da hemoterapia no Brasil, aponta que durante o Regime Militar os órgãos governamentais incentivavam a comercialização do sangue, assumindo a fiscalização inclusive dos pagamentos efetuados aos doadores de sangue.

Os fiscais do Ministério da Previdência exigiam dos serviços de hemoterapia, ainda na década de 70, a apresentação de recibos que comprovassem o pagamento dos doadores de sangue, por inferirem que o lucro do empresário não se poderia fazer à custa de doadores voluntários (SARAIVA, 2005, p.156).

As distorções apresentadas afetaram a qualidade do sangue transfundido no país, e com a ausência de uma fiscalização efetiva, possibilitaram a transmissão de doenças pós-transfusionais, e até mesmo entre doadores de sangue, na adoção da doação por plasmaferese²³, principal forma de coleta utilizada para a obtenção de matéria-prima para a indústria.

O caos que se instalou no setor hemoterápico brasileiro foi denunciado por um relatório realizado pelo francês Pierre Cazal, consultor da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1976, que fez um diagnóstico da área hemoterápica no Brasil e

²³Plasmaferese é uma técnica que permite a doação de apenas um dos componentes do sangue. O plasma, ou mesmo o concentrado de plaqueta, é retirado por um processo mecânico, e as hemácias retornam ao doador de sangue. O sistema é vantajoso por ser possível colher, sem prejuízo para o doador, um hemocomponente concentrado com alto valor econômico. Santos, Moraes e Coelho (1991, p. 174) registram que “[...] 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”.

concluiu que não bastaria ao país regular e fiscalizar o setor hemoterápico, sendo necessária uma intervenção direta, através de uma rede própria de serviços.

Conforme assinala Basílio (2002, p. 37), o relatório

[...] 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.

O Relatório de Cazal, como ficou conhecido, foi encaminhado para apreciação da CNH, onde as propostas apresentadas receberam críticas, por serem consideradas impossíveis de ser adotadas no país. Para a comissão, o relatório apresentava o modelo hemoterápico francês, sem uma adaptação à realidade brasileira. Outro estudo importante sobre o sistema hemoterápico no Brasil foi realizado em 1976 por Francisco Antonácio. Neste novo estudo, também encomendado pelo Ministério da Saúde, o diagnóstico não se diferenciou do apresentado no relatório Cazal.

Conforme observa Basílio, o estudo de Antonácio

[...] 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 Sanguenas 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 (BASÍLIO, 2002, p.40).

Santos, Moraes e Coelho (1992), em um artigo sobre a politização do sangue no Brasil, pontuam que em meio a pressões que a sociedade civil exerceu, insatisfeita com os rumos da saúde no país, após a crise econômica e durante a segunda metade da década de 1970, a questão do sangue é ressaltada.

Para os autores,

A criação do Pró-Sangue (Programa Nacional de Sangue) em 1980, articulando órgãos dos Ministérios da Saúde e da Previdência e propondo a total reorganização da atividade hemoterápica, pode ser vista como uma

resposta oficial á crescente insatisfação da sociedade organizada com o descontrolo do Sistema (SANTOS, MORAIS E COELHO, 1992, p.173).

É possível afirmar que o Pró-sangue foi a primeira política de sangue brasileira com a intervenção direta do governo. O principal foco do programa foi a criação e a consolidação dos hemocentros, à moda francesa, de forma a canalizar para o Estado a responsabilidade pela centralização dos serviços de hemoterapia. O programa foi duramente criticado pelos que viam na proposta o fortalecimento de uma possível estatização do setor, o que contrariava interesses divergentes.

Para Barca (2013, p. 38),

O Pró-Sangue apresentou-se como um marco histórico na estruturação e execução da hemoterapia brasileira, concebido a partir da estruturação de uma rede de serviços de sangue (hemorrede), contemplando a interiorização das ações e atividades hemoterápicas, com o objetivo de alcançar a cobertura hemoterápica em todo o país por meio da promoção da doação voluntária de sangue, da qualificação de recursos humanos e da padronização dos procedimentos técnicos. Os hemocentros foram concebidos como unidades operacionais desse programa.

Os hemocentros tinham como principal característica a coleta de sangue exclusivamente de doadores voluntários, considerada estratégica para a eliminação da comercialização no país. Porém, apesar dos investimentos, os hemocentros não davam conta da demanda, o que promovia a convivência com uma diversidade de serviços de qualidade variáveis, com fiscalização débil e escândalos frequentes, que envolviam desde a contaminação de pacientes até o comércio desordenado e o contrabando de sangue.

Conclui-se que a política de sangue implementada no regime militar traz como característica o ordenamento institucional, com forte controle estatal, em nível de arcabouço legal, porém é favorecedora em sua execução da mercantilização dos produtos resultantes da doação de sangue e permite, ainda, a doação remunerada, não obstante considerar um ato de heroísmo a doação voluntária.

A contradição do regime militar fica evidente na abertura política durante a década de 1980, quando o advento da AIDS transfusional evidencia as mazelas da política de sangue praticada. A efervescência e a luta pela redemocratização do país na década de 1980 marcam uma nova história para a política de sangue no Brasil.

2.3 A REDEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL NA DÉCADA DE 1980 E A CONQUISTA DO CARATER NÃO MERCANTIL DA POLÍTICA DE SANGUE

A análise da conjuntura no Brasil nos anos subseqüentes ao governo militar²⁴ evidencia uma efervescência política. Os movimentos sociais trazem à tona suas pautas multifacetadas, e aliadas às entidades representativas de vários segmentos profissionais ampliam a luta pela redemocratização do país e a efetiva participação nas instâncias de poder.

Conforme Escorel (1998), a área da saúde sofre uma “reviravolta”, dadas as mudanças de fundo que a política de saúde adquire culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que eleva a saúde à condição de direito de toda a sociedade e dever do Estado. No caso particular da política hemoterápica, o rompimento com o caráter comercial que acompanha esta política desde os primórdios da especialidade no país é o grande diferencial; neste processo, merece destaque a atuação dos movimentos sociais encabeçados pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Não obstante as conquistas democráticas efetivadas no final da década de 1980, assiste-se a um processo de desmonte do padrão de sociabilidade conquistada pela classe trabalhadora, com a opção por um projeto neoliberal, a partir da década de 1990, configurando-se numa contrarreforma do aparelho do Estado brasileiro, que, alinhado aos ditames dos organismos financeiros internacionais, trouxe repercussões regressivas para a área social, privilegiando a acumulação do capital.

A análise do Movimento de Reforma Sanitária torna-se importante para compreender o protagonismo de um pensamento social que agregou os diversificados setores que compõem a área da saúde no sentido de promover mudanças democratizantes. A compreensão do quadro constitutivo do movimento sanitário pode esclarecer a força agregadora de diferentes segmentos sociais, que em busca de uma pauta comum aliaram-se para mudar os rumos da saúde brasileira.

²⁴ Netto(2015) aponta que a crise do regime autocrático burguês é evidenciada a partir da crise do “milagre econômico” brasileiro, deflagando o que ficou conhecido como “distensão lenta, segura e gradual”.

Escorel (1998), em um belíssimo trabalho intitulado “Reviravolta na Saúde”, desvenda este movimento e traz apontamentos importantes para compreender as principais propostas e o histórico de construção do movimento, com seus avanços e recuos diante da realidade efervescente da década de 1980. Conforme a autora, o Movimento Sanitário surgiu e articulou-se num panorama onde a política de saúde adotada no regime militar privilegiava a elite econômica.

A autora pontua que

[...] a política de saúde então hegemônica era a da mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra de serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US) (ESCOREL, 1998, p.51).

Conforme já analisado no item anterior, a preponderância do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que a partir de 1974 passou a ter o segundo maior orçamento da União, caracteriza a lógica do sistema de atenção estatal à saúde do período. O comando deste Ministério resguardava os interesses privados, e via previdência social, assistia-se à crescente privatização dos serviços médicos. Ao citar Cordeiro(1982), Escorel pontua que a política adotada no MPAS “estimulava um processo crescente e acelerado de transformações dos serviços de saúde em empresas lucrativas” (CORDEIRO, 1982 apud ESCOREL, 1998, p.51).

Para Escorel (1998), o Movimento Sanitário teve uma atuação setorial no Sistema Nacional de Saúde, criticando as propostas vigentes – tanto a política previdenciária, quanto a saúde coletiva promovida pelo Ministério da Saúde.

Conforme a autora,

Em oposição a essa modalidade de intervenção estatal nas condições de saúde da população e a essa organização institucional “hegemonizadora” pelos interesses privados, o movimento sanitário articulou-se durante os “anos Geisel”, ao fim dos quais se apresentou como um movimento propriamente dito, órgãos de representação, propostas de transformação, mecanismos de formação de agentes e de divulgação de seu pensamento²⁵.

²⁵ Ibidem, p.63.

Escorel (1998) salienta que o Movimento Sanitário se consolidou articulando três vertentes. A primeira foi a teoria social da medicina, representada pelo movimento estudantil e pelo CEBES; a segunda vertente, constituída pelo movimento dos médicos residentes e pelo movimento de renovação médica, que discutia as relações de trabalho; a terceira vertente era representada pela academia (docência e pesquisa), onde foram elaborados o marco teórico e o referencial ideológico do Movimento Sanitário²⁶.

A atuação do Movimento Sanitário foi ampla, congregando várias frentes que pensavam uma saúde desvinculada da ideia de seguro, com acesso livre e universal. Foi se formando, desta maneira, no parlamento, nas entidades representativas profissionais e nas experiências pioneiras nos espaços acadêmicos, um pensamento forte, que em virtude da conjuntura política, associava a saúde à democracia.

Ao analisar o movimento de Reforma Sanitária, Correia (2015) salienta que este promoveu a unificação dos movimentos sociais que questionavam o alinhamento do Estado ditatorial aos interesses do setor privado na saúde. Para Correia (2015, p. 69), o movimento “[...] opôs-se à regulação da saúde pelo mercado, pondo em xeque a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucros”.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, o Movimento de Reforma Sanitária inseriu no relatório final da conferência a proposta de criação do Sistema Único de Saúde, que deveria ter como meta uma progressiva estatização do setor e a alocação do fundo público exclusivamente no setor público estatal. A conferência trazia ainda à tona a necessidade de controle do setor privado pelo Estado, apresentando inclusive a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos que não observassem as normas estabelecidas pelo setor público.

Correia (2015, p. 70) salienta que as propostas da 8ª CNS foram levadas à Assembleia Nacional Constituinte e “[...] constituíram o arcabouço legal do SUS –

²⁶ A análise do Movimento de Reforma Sanitária realizada por Escorel (1998) destrinça o surgimento embrionário do movimento, suas bases de apoio de sustentação, bem como a atuação dos diferentes segmentos, que aliados a um projeto comum de democratização da saúde, imprimiram uma guinada nos rumos da saúde brasileira. O relato, rico em detalhes, revela a correlação de forças externas e internas ao próprio movimento que possibilitou as conquistas do pensamento hegemônico que se formou em torno da necessidade de um novo ordenamento para a política de saúde.

Art. 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, de 1990[...].”

Para Bravo (2011), a realização da VIII CNS foi um fato marcante para se discutir a saúde no Brasil. A autora destaca que o tema central da conferência tinha três pilares: “A saúde como direito inerente a personalidade e a cidadania”; “Reformulação do Sistema nacional de saúde”, e “Financiamento setorial”. A conferência contou com a participação de 4.500 pessoas. Bravo (2011, p.110) destaca ainda a ausência dos setores empresariais vinculados à área da saúde, “[...] em protesto contra o princípio da Conferência, que se fundamentou no conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado [...]”.

Bravo acrescenta:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (VIII CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, Anais, 1987 apud BRAVO, 2011, p.111).

Durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte, o Movimento Sanitário buscava garantir as propostas aprovados na 8º CNS, em meio aos retrocessos que as propostas originais vinham sofrendo nos espaços institucionais, diante da ameaça neoliberal que se insinuava.

Conforme Bravo (2011, p. 115),

A Assembleia Constituinte se transformou numa arena política em que os interesses na saúde se organizaram em dois blocos: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária nacional pela saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor.

Medeiros (2008), ao estudar a direção das lutas pela saúde, aponta os principais atores que influenciaram as mudanças conquistadas na área da saúde, a partir dos anos 1980. Para a autora, o Movimento Sanitário é uma parte constitutiva dessas lutas, tendo visibilidade dada a opção política de institucionalizar as demandas pela democratização da saúde. Ao mesmo tempo, a opção política pela via da institucionalização tenciona a arena política em disputa, faltando ao

movimento a hegemonia, e abrindo concessões à influência neoliberal para as políticas de saúde inseridas na constituição²⁷.

De acordo com a autora:

A partir de final da década de 1980, na arena sanitária brasileira apresentam-se dois projetos em permanente tensão, cuja dinâmica consolidou a hegemonia do projeto neoliberal como reciclagem conservadora do modelo médico-assistencial privatista e se conformou à proposta da reforma sanitária brasileira (MEDEIROS, 2008, p.193).

No que se refere à política de sangue, a denúncia de comercialização desordenada e o medo de uma pandemia da magnitude da AIDS²⁸ trouxeram à discussão a necessidade de um novo ordenamento que proibisse de forma definitiva a comercialização do sangue no Brasil. Os debates que se seguiram aprofundaram a questão; o setor hemoterápico era visto como uma prova do fracasso da política de saúde adotado no país.

Conforme Barca (2013, p. 39), “[...] no âmago da discussão da reforma sanitária, o tema Política Nacional de Sangue e Hemoderivados foi considerado de grande importância.”. O relatório final da conferência, no item 17 da temática “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” apontava para a necessidade de “[...] estatização da produção e comercialização de sangue e hemoderivados” (VIII CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.16).

Na discussão do setor durante a Assembleia Nacional Constituinte instalada em 1987, a matéria sangue recebeu um destaque especial, impulsionado tanto pelas discussões resultantes dos grandes escândalos que envolveram o setor nos últimos anos, denunciados pelos movimentos sociais organizados, como em virtude da comoção nacional causada pela morte do cartunista Henfil, em 4 de janeiro de 1988, hemofílico que havia sido contaminado com o vírus HIV através de transfusão sanguínea. A morte do cartunista durante os trabalhos da Assembleia Constituinte

²⁷ A discussão sobre o movimento de reforma sanitária pode ser consultada em ampla bibliografia, onde é possível identificar sua formulação política, avanços, contradições e recuos de suas propostas. Cabe salientar neste texto o destaque que este movimento, aliado aos demais movimentos pela redemocratização do país, alcançou na arena política da década de 1980, e a forte influência nas formulações da política de saúde vigente. Para maior aprofundamento, consultar Bravo (2013); Escorel (1988); Medeiros (2008) e Correia (2015).

²⁸ O aparecimento da AIDS transfusional foi a grande responsável pela transformação das políticas hemoterápicas em diversos países. Uma reviravolta sem precedentes, dada a magnitude dos problemas causados pelo sangue contaminado. Conforme Santos, Morais e Coelho (1992), no Brasil, o grande medo social de contaminação provocou uma gradual polarização da opinião pública e dos movimentos sociais em torno do Pró-Sangue, e mais tarde, do Planashe.

reacendeu o espírito cívico, exigindo dos parlamentares o controle efetivo da comercialização do sangue. O Movimento de Reforma Sanitária protagonizou os debates, trazendo para a Constituinte as propostas aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que previam a estatização do sangue.

Conforme matéria publicada na Revista Radis,

A Assembleia Nacional Constituinte aprovou em primeiro turno a estatização da rede de coleta, pesquisa, tratamento e transfusão de sangue e seus derivados, mas a vitória não foi fácil. No dia da votação, as galerias do Congresso Nacional ficaram lotadas de representantes de sindicatos de trabalhadores da área da saúde, de entidades médicas e conselhos profissionais, além de secretários municipais e estaduais de Saúde. Foram 313 votos a favor, 127 contrários e 37 abstenções (RADIS, 2008, p.23).

Após a votação, vários deputados constituintes criticaram a matéria, questionando a capacidade do Estado para assumir uma tarefa tão complexa quando a área hemoterápica. Os interesses dos lobistas do sangue foram afetados, resultando em críticas veementes, que acusavam os defensores da emenda de agirem emocionalmente, sem embasamento técnico e sem atentarem para as consequências da medida para o conjunto da população. Para os grupos ligados à iniciativa privada, as recomendações da 8ª Conferência seriam maniqueístas, porquanto prevalecia a ideia do Estado como o representante do bem, e a iniciativa privada como a representante do mal.

É possível perceber que o sangue foi um estopim que denunciava uma situação extremamente grave da saúde no país. A luta que se travou em torno da aprovação da matéria relativa à saúde foi árdua na Assembleia Constituinte. Os interesses divergentes se fizeram representar durante o período em que duraram os trabalhos. Entre atrasos, contrapropostas e manobras que tinham como objetivo retirar do texto constitucional as emendas sobre a saúde, os *lobbies* se fortaleciam e conseguiram rejeitar a estatização total da saúde. Entretanto, na votação final, o Movimento Sanitário foi vitorioso, pois “[...] boa parte dos princípios mais caros aos sanitaristas, de algum modo, foi preservada” (RADIS, 2008, p.21).

Em relação à emenda que proibia à comercialização do sangue, a matéria aponta que na

Única emenda votada em separado – os constituintes não chegaram a acordo em torno do tema nos dias em que foi debatido em plenário –, o texto foi aprovado sob gritos de “salve o sangue do povo brasileiro”, na

mesma sessão que aprovou por acordo o novo texto sobre saúde, seguridade, previdência e assistência social (RADIS, 2008,p.23).

O marco legal que proibiu de forma definitiva a comercialização do sangue, hemocomponentes e hemoderivados no Brasil foi o capítulo 199 da Constituição Federal de 1988, onde se lê;

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. **§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas 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.** (BRASIL, 1988, n.p., grifo nosso)

O significado deste arcabouço representou um ganho para o conjunto da sociedade, pois limitava os interesses de grupos privatistas atuantes no setor. O texto aprovado na Constituinte, proibindo a comercialização do sangue, mudou a lógica até então adotada no país em relação à área hemoterápica. A luta estava apenas começando, pois o princípio constitucional necessitava de regulamentação em lei complementar, tornando-se necessário um processo que buscasse efetivamente fazer valer o teor do texto aprovado, que passou a ser interpretado de forma diferenciada. Para os representantes do Movimento de Reforma Sanitária, só seria possível abolir a comercialização se o texto fosse interpretado como estatização do setor. Para os que representavam os interesses privados, apenas a doação remunerada estava proibida no país, o que não significaria necessariamente estatizar, visto que o artigo da Constituição que tratava da questão permitia a livre iniciativa do setor privado²⁹.

Saraiva (2005) aponta que a regulamentação do artigo que proibia o comércio de sangue gerou novos embates e que o principal elemento de discordância era a possibilidade de estatizar o setor:

²⁹ Chama atenção nos objetivos das discussões neste texto os parágrafos primeiro do art.199, que regulamenta a participação da iniciativa privada complementar ao SUS, enquanto brecha constitucional a complementaridade invertida. E, mais recentemente a aprovação da lei nº 13.097, que permite a participação de empresas e do capital estrangeiro, direta ou indiretamente, nas ações e cuidados à saúde, mudando o parágrafo 3º.

Assim é que, durante a discussão da chamada Lei do Sangue, que se arrastou por quase uma década, a participação da SBHH foi determinante para que o setor não fosse estatizado, evitando o absurdo de se pretender que inclusive as atividades de coleta ficassem sob a responsabilidade do Estado (SARAIVA, 2005, p.157).

Para o autor, que presidiu a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia entre os anos de 1994 e 1996, o projeto de lei que regulamentava a Constituição colocava em risco os interesses da iniciativa privada. Saraiva acrescenta que durante sua gestão, fazia *lobby* entre os parlamentares de forma a impedir que o texto fosse aprovado. Conforme assinala o autor, “[...] visitei inúmeros gabinetes de representantes legislativos estaduais e federais, tentando alertá-los para o perigo que o projeto de lei, formulado como estava, representava para a livre-iniciativa”³⁰.

Barca (2013) indica que a elaboração do projeto de lei para regulamentar o § 4º do artigo 199 da nova Constituição inicia-se assim que a Carta Magna é promulgada:

O referido projeto de lei, datado de 1991, percorreu um longo caminho até a sua aprovação, que só ocorreu em 2001, devido aos interesses privados na manutenção da situação anterior, na qual existia fragilidade no controle e fiscalização dos serviços de hemoterapia prestados no País (BARCA, 2013, p.39).

Assim, entre a Carta Magna que proibiu o comércio de sangue e a lei que de fato regulamentou o setor, o país viveu uma conjuntura de grandes embates. Na ausência da lei específica, várias portarias ministeriais passaram a disciplinar o setor, de forma a tentar garantir o cumprimento do texto constitucional, e ao mesmo tempo aumentar a segurança transfusional, visto que os casos de contaminação por doenças transmissíveis pelo sangue continuavam crescentes.

Conforme assinalam Pereima et al. (2007, p. 548):

Com uma história tão conturbada na hemoterapia mundial e também brasileira, diante da busca constante pela qualidade dos serviços hemoterápicos, no Brasil, somente em 1993 a legislação passou a ser mais rigorosa, com a Portaria nº 1.376/93, que determinou as normas técnicas para coleta, processamento e distribuição do sangue, e da Portaria nº 121/95, que expressou a necessidade de cumprir as etapas do controle de

³⁰ Ibidem, p. 157.

qualidade do sangue. Neste sentido, diversos exames sorológicos foram introduzidos gradativamente na análise do sangue humano para doação.

No que se refere à legislação brasileira que rege a matéria sangue, é possível identificar, no marco legal, uma tendência ao controle efetivo do Estado sobre esta política. Neste sentido, a lei 8.080/1990 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo em seu artigo 6º que a formulação e a execução da política de sangue e seus derivados estão incluídas no campo de atuação do SUS. Os artigos da lei que tratam da matéria definem as responsabilidades no âmbito federal, estadual e municipal para com a implementação e fiscalização de uma política efetiva de sangue e hemoderivados, formando uma rede hierarquizada com comando único, onde o poder público assume a coordenação desta área.

A regulamentação específica do setor foi promulgada com a lei 10.205, de 21 de março de 2001³¹, que ratifica a proibição da comercialização do sangue, promove o ordenamento institucional do Sistema Nacional de Sangue (SINASAN) e define, entre outras questões de caráter técnico-operacional, a possibilidade de ressarcimento aos serviços prestadores de assistência em hemoterapia, de seus custos operacionais, sem que isso seja considerado comercialização. Desta forma, a lei atende tanto a interesses progressistas, ao proibir o comércio de sangue, como à iniciativa privada, que consolida sua sobrevivência no setor, seja operando em complementaridade ao SUS, ou mesmo em rede própria, privada, articulada ou não à saúde suplementar.

Este movimento de conquista e desmonte do padrão de seguridade social inscrito no Brasil nas últimas trinta décadas forma o pano de fundo para a compreensão da hemoterapia brasileira na atualidade, que, enquanto política setorial da área da saúde, acompanha o movimento dialético da política de saúde adotado no país com a criação e a consolidação do Sistema Nacional de Saúde, mas em virtude de sua especificidade, apresenta no ordenamento legal a de mercantilização da área. Ou seja, a partir da Constituição Federal de 1988, o sangue, seus componentes e derivados não mais podem ser objeto de mercantilização no Brasil.

³¹ A lei 10.205 ficou conhecida nacionalmente como lei do sangue, ou lei Betinho, em homenagem ao sociólogo Herbert de Souza pelo seu engajamento visando à aprovação da lei. Vítima do vírus da AIDS e hepatite contraída em uma transfusão de sangue, o sociólogo faleceu em agosto de 1997 e se tornou símbolo da luta contra a comercialização do sangue.

2.4 CONFIGURAÇÕES DA POLÍTICA DE SANGUE BRASILEIRA NA ATUALIDADE E OS DESAFIOS PARA O CARATER PÚBLICO E NÃO MERCANTIL

O arcabouço legal que dá sustentabilidade e ordenamento institucional à política de sangue e hemoderivados foi construído ao longo dos anos e representa na atualidade uma base de sustentação para a rede hemoterápica nacional. As diversas leis, portarias, decretos e resoluções da diretoria colegiada da ANVISA vêm sendo aperfeiçoadas, atendendo às novas demandas para o setor. O quadro 1 expõe o resumo do aparato legal da política de sangue na atualidade.

Quadro 1 – Arcabouço legal da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados

Legislação	Finalidade
Art. 199 da Constituição Federal de 1988	Veda todo tipo de comercialização de sangue, componentes e hemoderivados.
Lei nº 7.649, de 1988	Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências.
Lei nº 10.205, de 2001	Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências.
Decreto nº 3.990, de 2001	Regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades.
RDC 151, de 21 de agosto de 2001	Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia.
Decreto nº 5.045, de 2004	Dá nova redação aos arts. 3º, 4º, 9º, 12 e 13 do Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001, que regulamenta os dispositivos da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001.
Lei nº 10.972, de 2004	Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS, e dá outras providências.
Portaria GM nº 1.737, de 2004	Dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no Sistema Único de Saúde – SUS, e o ressarcimento de seus custos operacionais.
Portaria GM nº 1.469, de 2006	Dispõe sobre o ressarcimento de custos operacionais de sangue e hemocomponentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), quando houver

	fornecimento aos não usuários do SUS e instituições privadas de saúde (tabela).
Portaria nº 1.854, de 12 de julho de 2010	Define a responsabilidade da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – HEMOBRÁS quanto à distribuição dos produtos hemoderivados obtidos mediante o fracionamento industrial do plasma captado no Brasil, bem como do hemocomponente cola de fibrina ao Sistema Único de Saúde – SUS.
Portaria Conjunta SAS/ANVISA nº 370, de 2014	Dispõe sobre regulamento técnico-sanitário para o transporte de sangue e componentes.
RDC Nº 34, DE 11 de junho de 2014	Dispõe sobre as boas práticas no Ciclo do Sangue
Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016	Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

Fonte: Quadro de Elaboração própria com dados extraídos do Portal Saúde/CGSH/MS

Cabe destacar nesse aparato legal a denominada Lei do Sangue, que foi batizada pelo Congresso Nacional de Lei Betinho³², em homenagem ao sociólogo Herbert José de Sousa. Composta por cinco capítulos, além das disposições preliminares e das disposições gerais e transitórias, a lei 10.205 ratifica a proibição do comércio de sangue e derivados e estabelece a criação do Sistema Nacional de Sangue (SINASAN), órgão responsável pela execução e fiscalização da Política Nacional de Sangue, hemocomponentes e hemoderivados, com o objetivo de garantir a autossuficiência do país no setor.

Nas disposições preliminares, destaca-se o artigo 1º, que veda **“a compra, venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional”**, ratificando o artigo 199 da Constituição Federal de 1988. Ao definir o que pode ser considerado a comercialização do sangue, a lei esclarece que **fica vedado o pagamento ao doador pelo sangue doado, bem como a venda do produto final obtido através de uma doação de sangue**. Estabelece, entretanto, que todos os custos

³² A homenagem ao sociólogo Herbert de Souza, conhecido como Betinho, foi realizado em 1991, quando a Câmara dos deputados aprovou o projeto de lei 1064/1991. De autoria do deputado Roberto Jeferson, o projeto de lei suscitou vários questionamentos, especialmente por ser objeto de disputa de interesses econômicos dos diversos serviços que atuavam no país, no âmbito de medicina transfusional e produção de hemoderivados. Merece destaque para a aprovação desta lei a atuação política do então deputado Sergio Arouca, que foi o relator do projeto e congregou os interesses nos textos substitutivos ao projeto original. Destaca-se que entre o projeto original e a sanção do presidente da república em 21 de março de 2001 passaram-se dez anos.

operacionais que envolvem a obtenção do sangue, hemocomponentes e hemoderivados podem ser ressarcidos, não sendo considerada comercialização.

Eis a redação dada ao parágrafo único do art. 2º:

Não se considera como comercialização a cobrança de valores referentes a insumos, materiais, exames sorológicos, imuno-hematológicos e demais exames laboratoriais definidos pela legislação competente, realizados para a seleção do sangue, componentes ou derivados, bem como honorários por serviços médicos prestados na assistência aos pacientes e aos doadores.(BRASIL, 2001, n.p.) .

No artigo 3º, a lei define que os órgãos que executam atividades hemoterápicas estão sujeitos à autorização anual, concedida em cada nível de governo, pelo Órgão de Vigilância Sanitária, obedecidas as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O artigo classifica como atividades hemoterápicas o conjunto de ações abaixo relacionado:

- Atividades operacionais que objetivem a cadeia produtiva do ciclo de sangue, como captação, triagem, sorologia, estocagem e transfusão de sangue e hemocomponentes;
- Atividades ou procedimentos especiais em hemoterapia que envolvam desenvolvimento científico e tecnológico;
- Atividades que visem o controle e garantia da qualidade dos procedimentos, equipamentos reagentes e correlatos;
- Ações de prevenção, triagem, diagnósticos e aconselhamento das doenças hemotransmissíveis;
- Proteção e orientação do doador inapto e seu encaminhamento às unidades que promovam sua reabilitação ou promovam o suporte clínico, terapêutico e laboratorial necessário ao seu bem-estar físico e emocional.

O primeiro capítulo determina o ordenamento institucional e afirma que o objetivo da Política Nacional de Sangue é “[...] garantir a autossuficiência do País nesse setor e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis de governo”. Para responder a este objetivo, fica definido no artigo 8ª que a composição do Sistema Nacional de Sangue (SINASAN) se dará por organismos operacionais que operam com o ciclo do sangue e por centros de produção de hemoderivados e de quaisquer produtos industrializados a partir do sangue venoso e placentário, ou

outros obtidos por novas tecnologias, indicados para o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças.

Como órgão de apoio ao SINASAN a lei aponta as agências de vigilância sanitária e laboratórios de apoio para controle de qualidade. Destaca-se o artigo 11, que determina:

A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados será desenvolvida por meio da rede nacional de Serviços de Hemoterapia, públicos e/ou privados, com ou sem fins lucrativos, de forma hierárquica e integrada, de acordo com regulamento emanado do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2001, n.p.).

Embora a composição da rede nacional de serviços de hemoterapia permita a atuação da livre-iniciativa no setor, a lei estabelece que a Política Nacional de Sangue e hemoderivados deve observar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os serviços privados, com ou sem fins lucrativos, assim como os serviços públicos, em qualquer nível de governo, que desenvolvam atividades hemoterápicas subordinam-se tecnicamente às normas emanadas dos poderes competentes.

O segundo capítulo versa sobre os princípios e diretrizes que regem a Política Nacional de Sangue e hemoderivados. O texto elenca 12 itens fundamentais que reforçam a segurança do processo, a universalização do acesso ao sangue, o caráter não mercantil da política e o ordenamento institucional:

I - Universalização do atendimento à população;

II - Utilização exclusiva da doação voluntária, não remunerada, do sangue, cabendo ao poder público estimulá-la como ato relevante de solidariedade humana e compromisso social;

III - Proibição de remuneração ao doador pela doação de sangue;

IV - Proibição da comercialização da coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, componentes e hemoderivados;

V - Permissão de remuneração dos custos dos insumos, reagentes, materiais descartáveis e da mão de obra especializada, inclusive honorários médicos, na forma do regulamento desta Lei e das Normas Técnicas do Ministério da Saúde;

VI - Proteção da saúde do doador e do receptor mediante informação ao candidato à doação sobre os procedimentos a que será submetido, os cuidados que deverá tomar e as possíveis reações adversas decorrentes da doação, bem como

qualquer anomalia importante identificada quando dos testes laboratoriais, garantindo-lhe o sigilo dos resultados;

VII - Obrigatoriedade de responsabilidade, supervisão e assistência médica na triagem de doadores, que avaliará seu estado de saúde, na coleta de sangue e durante o ato transfusional, assim como no pré e pós-transfusional imediatos;

VIII - Direito a informação sobre a origem e procedência do sangue, componentes e hemoderivados, bem como sobre o serviço de hemoterapia responsável pela origem destes;

IX - Participação de entidades civis brasileiras no processo de fiscalização, vigilância e controle das ações desenvolvidas no âmbito dos Sistemas Nacional e Estaduais de Sangue, Componentes e Hemoderivados;

X - Obrigatoriedade para que todos os materiais ou substâncias que entrem em contato com o sangue coletado, com finalidade transfusional, bem como seus componentes e derivados, sejam estéreis, apirogênicos e descartáveis;

XI - Segurança na estocagem e transporte do sangue, componentes e hemoderivados, na forma das Normas Técnicas editadas pelo SINASAN; e

XII - Obrigatoriedade de testagem individualizada de cada amostra ou unidade de sangue coletado, sendo proibida a testagem de amostras ou unidades de sangue em conjunto, a menos que novos avanços tecnológicos a justifiquem, ficando a sua execução subordinada a portaria específica do Ministério da Saúde, proposta pelo SINASAN.

No que se refere à produção e distribuição de hemoderivados, a lei define os critérios para a exportação de componentes de sangue, para a realização de estudos e/ou produção de hemoderivados, como também os critérios para a transferência dos plasmas excedentes, produzidos pelos serviços de hemoterapia que compõe o SINASAN, para os Centros de produção industriais.

No texto da lei tem-se a seguinte redação:

§ 1º É vedada a doação ou exportação de sangue, componentes e hemoderivados, exceto em casos de solidariedade internacional ou quando houver excedentes nas necessidades nacionais em produtos acabados, ou por indicação médica com finalidade de elucidação diagnóstica, ou ainda nos acordos autorizados pelo órgão gestor do SINASAN para processamento ou obtenção de derivados por meio de alta tecnologia, não acessível ou disponível no País.

§ 2º Periodicamente, os serviços integrantes ou vinculados ao SINASAN deverão transferir para os Centros de Produção de Hemoterápicos governamentais as quantidades excedentes de plasma.

§ 3º Caso haja excedente de matéria-prima que supere a capacidade de absorção dos centros governamentais, este poderá ser encaminhado a outros centros, resguardado o caráter da não comercialização.(BRASIL, 2001, n.p.)

No terceiro capítulo, é ressaltado o campo de atuação da Política Nacional de Sangue, componentes e hemoderivados, destacando-se diversificadas atuações que vão desde os incentivos a campanhas educativas de doação voluntária de sangue, as atividades que compõem o ciclo do sangue (coleta, exames e transfusões), as atividades referentes ao controle de qualidade, a fiscalização do setor, o desenvolvimento de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, bem como a produção de derivados industrializados e a autorização para a aquisição de produtos que visem ao diagnóstico e tratamentos.

O quarto capítulo versa sobre a direção e gestão da política de sangue, definindo que em nível federal um órgão específico do Ministério da Saúde responderá pela ordenação das ações do SINASAN, propondo os instrumentos legais necessários às atividades hemoterápicas (terapêuticas e industriais).

Para a descentralização administrativa, fica estabelecido que os estados e municípios devem coordenar e executar as ações do SINASAN em seu âmbito de atuação, em articulação com o Ministério da Saúde. Para tanto, cada estado da Federação deve estabelecer o Sistema Estadual de Sangue, em consonância com esta lei. Este capítulo destaca ainda que o Controle Social da Política Nacional de Sangue cabe ao Conselho Nacional de Saúde, que deve acompanhar a implantação e as ações do SINASAN.

O capítulo 5º da lei 10.205, que tratava do financiamento, foi vetado, tendo em vista a inconstitucionalidade do texto, ficando as verbas destinadas à política de sangue subordinadas à aprovação da lei orçamentária, matéria de competência exclusiva do Congresso Nacional.

Por fim, nas disposições gerais e transitórias fica evidenciada a preocupação com a normatização da produção de hemoderivados:

- Os Centros de Produção de Derivados do Plasma, públicos e privados, informarão aos órgãos de vigilância sanitária a origem e a quantidade de matéria-prima, que deverá ser testada obrigatoriamente, bem como a expedição de produtos acabados ou semiacabados;

- A distribuição e/ou produção de derivados de sangue produzidos no país ou importados será objeto de regulamentação por parte do Ministério da Saúde;

- A aférese não terapêutica para fins de obtenção de hemoderivados é atividade exclusiva do setor público, regulada por norma específica.

A leitura da lei 10.205 permite observar os avanços do arcabouço legal da política de sangue e hemoderivados, restando evidenciada a intenção de efetivar o controle do estado e garantir a desmercadorização do sangue. A legislação aprovada, entretanto, não avança na proposta original de estatização da política de sangue, sendo permitida a permanência de instituição privada, com ou sem fins lucrativos, desde que as atividades desenvolvidas não caracterizem comercialização.

É válido destacar, na análise da lei do sangue ora apresentada, o fortalecimento da coordenação pública da política de sangue, com comando único, porém com descentralização administrativa. É reforçado ainda o caráter não mercantil da política, não deixando dúvida quanto à participação de rede de serviço com fins lucrativos, que não pode operar com lucros.

A Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH) da Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde é, na atualidade, o órgão responsável pela política de sangue no país. Com vistas a promover a disponibilidade de produtos hemoterápicos e hemoderivados no Brasil, a CGSH tem como linhas de ações:

- Elaborar, revisar e atualizar normas técnicas relativas ao sangue, necessárias às atividades hemoterápicas;
- Avaliar, fomentar e acompanhar o desenvolvimento técnico das atividades dos sistemas de sangue, componentes e hemoderivados relativos à medicina transfusional;
- Promover assessoramento em hemoterapia aos integrantes do SINASAN e seus órgãos de apoio;
- Incentivar a promoção da doação voluntária de sangue e apoiar a pesquisa científica, acompanhando o desenvolvimento e a implantação de novas tecnologias relacionadas ao sangue, componentes e hemoderivados;
- Propor e executar Projetos de Cooperação Técnica Internacional.

No tocante à organização institucional da política de sangue na atualidade, o quadro 2 apresenta a identidade estratégica da Coordenação-Geral de Sangue e

Hemoderivados (CGSH) para o período 2012-2015, onde é possível observar a missão, a visão e os valores desta Coordenação.

Quadro 2 – Identidade estratégica da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados/MS

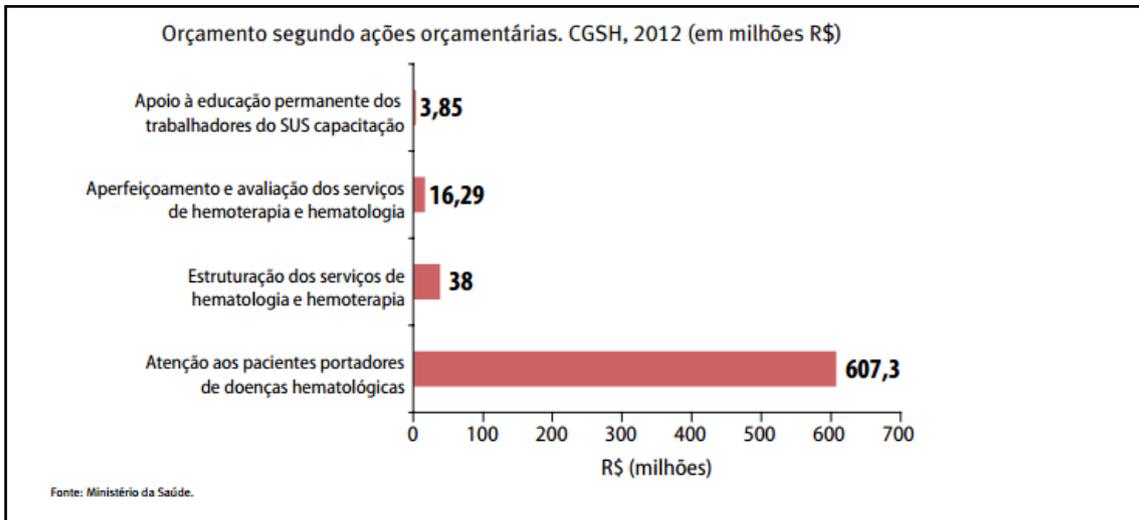
IDENTIDADE ESTRATÉGICA DA CGSH (2012-2015)
MISSÃO: Desenvolver políticas que promovam o acesso da população brasileira à atenção hematológica e hemoterápica com segurança e qualidade.
VISÃO: Ser reconhecida, nacional e internacionalmente, pela excelência na gestão da política nacional de sangue e hemoderivados.
VALORES: <ul style="list-style-type: none"> • Atuamos em consonância com os princípios e diretrizes do SUS • Atuamos com transparência e ética • Valorizamos a vida • Somos comprometidos com a excelência e com a atualização do conhecimento.

Fonte: Relatório de Gestão CGSH/MS (2014)

Conforme o Portal Saúde, em 2014 o Ministério da Saúde investiu R\$ 917,6 milhões na rede de sangue e hemoderivados. Os recursos foram destinados ao fortalecimento da rede nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) para a modernização das unidades, qualificação dos profissionais e processos de produção da hemorrede, além da atenção aos pacientes.

O gráfico 1 apresenta os investimentos na área da política de sangue e hemoderivados, distribuídos em quatro estratégias de ações: Apoio à educação permanente dos trabalhadores do SUS; Aperfeiçoamento e avaliação dos serviços de hemoterapia e hematologia; Estruturação dos serviços de hematologia e hemoterapia; e Atenção aos pacientes portadores de doenças hematológicas. O maior montante de recursos destina-se à atenção aos pacientes com doenças hematológicas, que entre outras ações são investimentos em medicamentos hemoderivados para atendimento da demanda nacional. Vale salientar que o Brasil importa a maior parte dos hemoderivados, em contrato de transferência de tecnologia com as empresas conveniadas com a HEMOBRÁS.

Gráfico1 – Investimentos em hemoterapia, ano 2012



Fonte: Relatório de Gestão CGSH/MS (2014) disponível em: Portal Saúde/MS

As instituições que prestam serviços de hemoterapia no Brasil são diversificadas, tanto em relação ao papel desempenhado no Sistema Nacional de Sangue/SINASAN, como também quanto à natureza e fontes de financiamentos. Analisando o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, é possível verificar a diversidade de serviços e a alocação destes na rede pública ou privada.

O funcionamento dos serviços de hemoterapia no país é regulado, em termos sanitários, pelas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em concordância com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde. Atualmente essas legislações correspondem à RDC 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Outro regulamento importante para a área de sangue é a RDC 151, de 21 de agosto de 2001, que aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia.

O quadro 3 apresenta a classificação dos serviços de hemoterapia, considerando os níveis de atuação, bem como a natureza da instituição prestadora de serviços.

Quadro 3 – Classificação dos tipos de serviços de hemoterapia brasileiros segundo a RDC 151/2001

Tipos de serviço	Níveis de atuação	Natureza
Hemocentro Coordenador (HC)	Atuação central no Estado.	Pública
Hemocentro Regional (HR)	Atuação macrorregional no Estado	Pública
Núcleo de Hemoterapia (NH) Hemonúcleo	Atuação local ou microrregional	Pública ou privada
Unidade de Coleta e Transfusão (UCT)	Atuação local (municípios), unidade ou hospitalar	Pública ou privada
Unidade de Coleta (UC)	Atuação local, unidade fixa (posto de coleta), unidade móvel (veículo de coleta)	Pública ou privada
Central de Triagem Laboratorial de Doadores (CTLD)	Atuação local, micro ou macrorregional	Pública ou privada
Agência Transfusional (AT)	Atuação intra-hospitalar	Pública ou privada

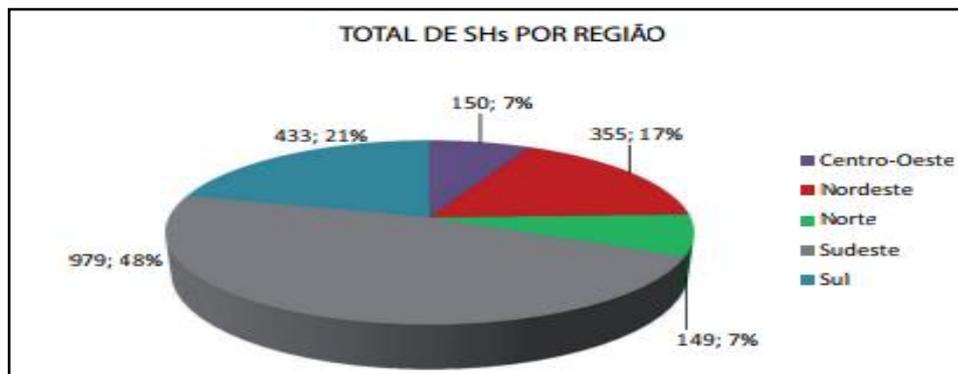
Fonte: Boletim de Serviços de Hemoterapia no Brasil, ANVISA, 2015 (Transcrito com adaptações)

Conforme dados da ANVISA, foram contabilizados no ano de 2015, 2.066 Serviços de Hemoterapia relacionados ao ciclo do sangue, ou seja, serviços que realizam as etapas de captação de doadores, coleta de sangue, realização de exames imuno-hematológicos e sorológicos, bem como fornecimento de sangue para transfusões. Os dados, disponibilizados no Boletim de Serviços de Hemoterapia no Brasil (2015), foram catalogados com base em informações geradas a partir do banco de dados do Sistema Nacional de Cadastro de Serviços de Hemoterapia (Hemocad) e de dados atualizados dos serviços de hemoterapia (SHs) em funcionamento, encaminhados pelas Vigilâncias Sanitárias (Visas) estaduais e municipais.

O gráfico 2 apresenta a distribuição numérica e percentual dos serviços de hemoterapia (n=2.066), em relação às regiões geográficas brasileiras. No gráfico 3 está representada a distribuição dos SHs quanto à sua natureza (pública, privada ou privada contratada pelo SUS). Já o Gráfico 4 expõe a distribuição numérica dos SHs por sua natureza, em cada região geográfica brasileira. Essa distribuição corresponde à estruturação da hemorrede de caráter público, com a atuação dos

serviços privados de forma complementar, conforme preconizado pela lei 8.080/1990, que criou o SUS. O Gráfico 5 apresenta a distribuição numérica e percentual dos serviços de hemoterapia (n=2.066) em relação à natureza do estabelecimento, segundo a RDC 151/2001. Brasil, 2015.

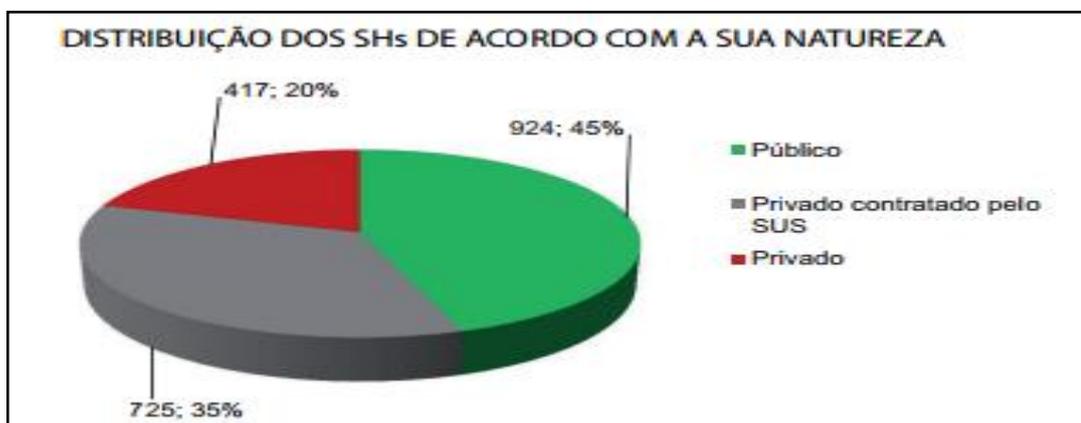
Gráfico 2 – Distribuição numérica e percentual dos serviços de hemoterapia (n=2.066), em relação às regiões geográficas brasileiras. Brasil, 2015



Fonte: Boletim de Serviços de Hemoterapia no Brasil, ANVISA, 2015(Transcrito)

Quanto ao quantitativo de estabelecimentos em cada região administrativa do Brasil, o Norte apresenta o menor número de estabelecimentos (7%), e o Sudeste o maior número (48%). Este dado deve ser analisado considerando a densidade populacional, mas também disparidades regionais, quando se analisa a assistência em alta complexidade no Brasil.

Gráfico 3 – Distribuição numérica e percentual dos serviços de hemoterapia (n=2.066) em relação à natureza do estabelecimento, segundo a RDC 151/2001. Brasil, 2015

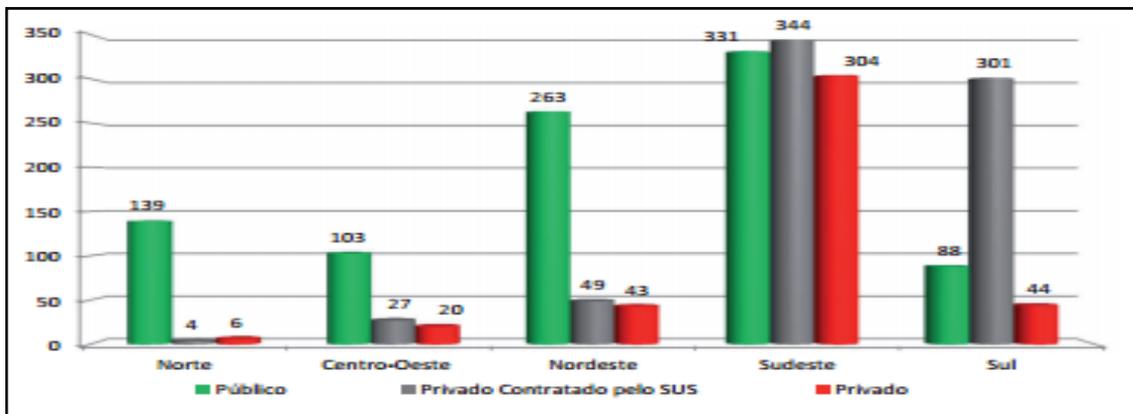


Fonte: Boletim de Serviços de Hemoterapia no Brasil, ANVISA, 2015 (Transcrito)

No que se refere à natureza das instituições que prestam serviços hemoterápicos, o gráfico evidencia a prevalência da rede pública (45%), seguida pela rede privada contratada pelo SUS (35%). A rede privada que atende exclusivamente à saúde suplementar ou reembolso direto corresponde a 20% do total de estabelecimentos. Caso seja considerado o atendimento aos leitos SUS, conclui-se que 80% dos estabelecimentos hemoterápicos atendem ao SUS, porém, caso se considere natureza da instituição, 55% dos serviços de hemoterapia no Brasil têm natureza privada.

A leitura crítica dos dados demonstra que o quantitativo de serviços hemoterápicos com natureza privada supera a rede pública, invertendo a lógica legal da complementaridade, conforme comprovam os estudos de Correia (2014), que apontam a complementaridade invertida como a tendência predominante na área da saúde, no atual contexto de contrarreformas.

Gráfico 4 – Distribuição numérica dos serviços de hemoterapia (n=2.066) em relação à natureza do estabelecimento, segundo a RDC 151/2001, por região geográfica. Brasil, 2015

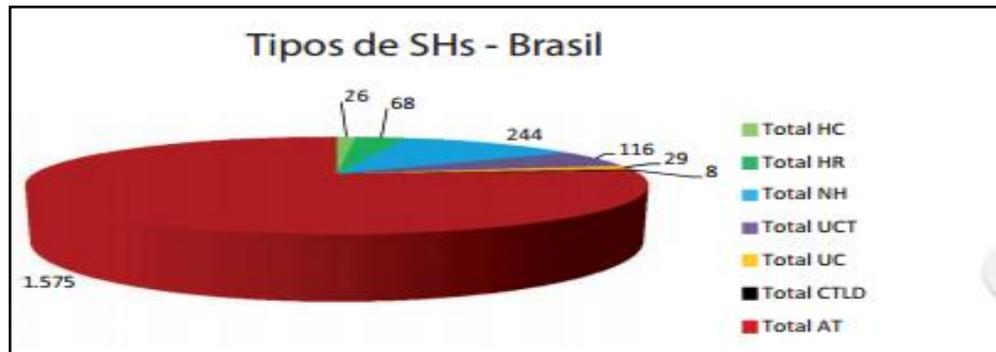


Fonte: Boletim de Serviços de Hemoterapia no Brasil, ANVISA, 2015 (Transcrito)

A análise dos serviços de hemoterapia, conforme a natureza por regiões administrativas no Brasil, revela um quadro bem diversificado. No Norte e Centro-Oeste, os serviços de natureza pública prevalecem; no Nordeste, o quantitativo de serviços públicos é bem acentuado, aparecendo, entretanto, um maior número de serviços privados – tanto conveniados ao SUS, quanto não conveniados. No Sudeste cresce o número de serviços, nas três modalidades classificadas, com um leve acréscimo dos conveniados ao SUS e forte presença do exclusivamente

privado. Na região Sul o quantitativo de serviço público é pequeno, sendo prevalentes os serviços privados conveniados ao SUS.

Gráfico 5 – Distribuição numérica dos serviços de hemoterapia (n=2.066) em relação ao tipo de serviço de hemoterapia, segundo a RDC 151/2001. Brasil, 2015



Fonte: Boletim de Serviços de Hemoterapia no Brasil, ANVISA, 2015 (Transcrito)

No tocante ao tipo de serviço hemoterápico, classificado conforme a RDC 151/2001, é possível verificar que a grande maioria se refere a agências transfusionais (AT) que realizam as atividades de transfusões sanguíneas, geralmente em ambiente hospitalar. É expressivo também o número de núcleos de hemoterapias que realizam as atividades que compõem o ciclo do sangue (da coleta a transfusão), num total de 244 instituições. Os hemocentros coordenadores correspondem ao número de estados brasileiros, respondendo pela política estadual de sangue de cada ente federado, e os hemocentros regionais realizam atividades do ciclo do sangue com uma área de abrangência maior, sendo fornecedores de sangue para uma dada região administrativa em cada estado.

A leitura dos dados produzidos pela ANVISA qualifica a análise do setor de hemoterapia, tanto em virtude da diversidade de dados apresentados, como por apresentar dados coletados através de visitas aos serviços cadastrados que recebem a autorização anual para funcionar. Conforme o Portal do Ministério da Saúde, o lançamento do Sistema de Gerenciamento de Unidades hemoterápicas (HEMOVIDA WEB), em março de 2015, visou permitir o controle efetivo das etapas do ciclo do sangue, produzindo dados confiáveis e substituindo as fontes de dados atualmente existentes. O sistema foi disponibilizado para 1.700 serviços de hemoterapia, devendo ser implantado em toda a rede nacional, a fim de gerar relatórios fidedignos.

Analisando a configuração da política nacional de sangue na atualidade, verifica-se que a operacionalização do SINASAN está em sintonia com a lógica da política de saúde brasileira que opera em subsistemas, o que, em síntese, contraria os princípios do SUS, que propõem a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, com universalidade de acesso e gratuidade dos serviços prestados.

Para Mendes (1999), cinco razões devem ser observadas para a rejeição da opção neoliberal na regulação dos sistemas de saúde, a saber: a natureza dos serviços de saúde, que não podem ser considerados objetos de transações comerciais; a perversidade do mercado ao operar o campo sanitário; as dificuldades que o mercado apresenta nos cuidados com doentes crônicos e idosos, que acabam sendo penalizados; e enfim, a experiência já consolidada no Brasil de ineficiência, ineficácia e desigualdade que o projeto neoliberal proporciona na área da saúde. Entre as questões levantadas pelo autor, cabe assinalar, em consonância com as análises realizadas neste texto, que “[...] a saúde, enquanto estado complexo de construção individual e social, é inerente à vida, à morte e à doença e, portanto, não é um bem passível de troca num mercado”³³.

Com esse entendimento, a próxima seção busca realizar um movimento de apreensão dos fundamentos da lógica mercantil capitalista, de forma a clarificar a análise dialética que este texto se propõe a efetuar na leitura da política de sangue brasileira. Esta política possui dois aspectos fundamentais, que necessitam de compreensão diferenciada. O primeiro aspecto diz respeito à de mercantilização do sangue, com a proibição do seu comércio em todo território nacional. O segundo aspecto é o desafio, também amparado na legislação estudada, de manter o caráter não comercial no tocante à fabricação industrial de hemoderivados. Neste particular, a lógica capitalista gera tensão entre o legalmente instituído e as necessidades de fomentar uma indústria competitiva para atuar no setor hemoterápico brasileiro³⁴.

A necessidade de apreender essa dinâmica que gira em torno do objeto investigado leva à análise de duas categorias, a saber: mercadoria e bioética. Um

³³ Ibidem, p.83.

³⁴ A análise do aspecto relacionado à fabricação de hemoderivados será apresentada na terceira seção deste texto. Cabe salientar no momento as novas configurações e desafios para a política nacional de sangue a partir da fabricação, em território nacional, de fármacos que têm como matéria-prima o plasma humano, oriundo das doações sanguíneas. Neste sentido, merece destaque a análise da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS), estatal criada especificamente para atuar neste setor.

mergulho nessas duas categorias, de forma a apreender suas nuances, é a quanto se propõe a próxima seção.

3 SEÇÃO 02: A MERCANTILIZAÇÃO DO SANGUE HUMANO NA SOCIABILIDADE CAPITALISTA E A BIOÉTICA

Neste capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica que subsidiará as análises da política de sangue brasileira. A escolha do referencial teórico dialético permite a sucessiva aproximação do objeto de forma a transcender a aparência dos fenômenos investigados. O centro de análise desta seção são as relações societárias capitalistas, que permitem a mercantilização do sangue humano. Partindo do pressuposto de que a sociedade capitalista é essencialmente produtora de mercadorias e de que nela operou-se a mercadorização de todos os processos societários pelo fenômeno da fetichização, busca-se apreender, à luz da dialética marxista, como o sangue se inscreve no circuito de valorização do capital.

A necessidade de suspender o objeto investigado no sentido de fazer a abstração teórica ora apresentada, elegendo como fundamentação as categorias mercadoria e bioética, foi suscitada pela análise realizada na primeira seção, que apresenta a trajetória histórica da política de sangue. Observou-se que a mudança proposta, que culminou na configuração não mercantil da política de sangue brasileira, partiu da compreensão de que sangue não seria mercadoria, e sim um bem inalienável.

Parte-se do reconhecimento, com base em dados da realidade vivenciada pela sociedade brasileira, das mazelas que a comercialização desordenada do sangue trouxe, não apenas no aspecto relacionado à contaminação de pacientes com doenças hemotransmissíveis, mas também no reconhecimento de que o corpo humano não pode ser um mero objeto de comercialização. A retomada destes aspectos nos tempos atuais, de profunda crise econômica e reestruturação produtiva que ameaça as políticas universais, recolocam a necessidade deste debate não apenas nos aspectos econômico e político, como também no campo da bioética.

Esta seção foi dividida em dois subitens. O primeiro aborda a categoria mercadoria, sendo apresentada a síntese dos estudos de Marx, em *O Capital*, e de Netto e Braz(2007), que retomam a análise marxista. Os estudos enfocam a mercadoria enquanto riqueza elementar e fundamental no modo de produção capitalista, trazendo subsídios teóricos para a afirmativa de que só é possível compreender o sangue humano como mercadoria, na complexa rede de relações societárias que, ao eleger o dinheiro enquanto o equivalente geral do mundo das

mercadorias, opera pela via da fetichização a possibilidade de inserir produtos inalienáveis na troca, equiparando-os a quaisquer outras mercadorias. É neste aspecto que a opção pelo desvendamento das nuances da categoria mercadoria feita por Marx permite clarificar as assertivas e os equívocos comumente cometidos no campo da saúde, no uso da categoria mercadoria.

No segundo item são apresentadas as relações sócio-históricas que permitiram a inserção do sangue humano no circuito de valorização do capital, trazendo à tona a discussão teórica, política, filosófica e bioética que o fenômeno suscita. Nesta discussão privilegiam-se as contribuições de estudiosos da hemoterapia, com destaque para Santos, Moraes e Coelho (2005), que realizaram um profundo estudo histórico sobre a politização do sangue, tanto em literatura nacional, como na internacional.

Visando à apreensão das discussões da manipulação do sangue humano na atualidade é apresentado o debate no campo da bioética, com base nas contribuições de Berlinguer (2015), profundo estudioso da área e grande influenciador da reforma sanitária brasileira, e Sarmento (2005), que traz a discussão da bioética para o Serviço Social.

3.1 ANÁLISE DA CATEGORIA MERCADORIA EM MARX

O estudo da categoria mercadoria é necessário para que se possa entender como na sociedade capitalista tudo pode se transformar em mercadoria, desde os mais simples objetos que, enquanto valor de uso, atendem às necessidades de sobrevivência dos seus produtores, até o exponencial processo de coisificação do homem.

É neste entendimento que Marx (1996) inicia sua principal obra, *O Capital*, afirmando ser a mercadoria a forma elementar da riqueza da sociedade capitalista. Neste sentido, apresenta a necessidade de conhecer as nuances desta categoria em seus processos mais simples.

Nas palavras do autor,

A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que, pelas suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa (MARX, 1996, p.165).

Para Marx, as coisas podem ser úteis sob diversos aspectos, constituindo um ato histórico descobrir os múltiplos modos de usar as coisas, bem como a medida social para medir essas coisas. O autor salienta ainda que “A utilidade de uma coisa faz dela um valor de uso. Essa utilidade, porém, não paira no ar. Determinada pelas propriedades do corpo da mercadoria, ela não existe sem aquele”³⁵.

Marx (1996) esclarece que para compreender a mercadoria é necessário percebê-la enquanto uma coisa útil, valor de uso, e ao mesmo tempo portadora de um valor de troca. Assim, toda mercadoria tem esse duplo caráter. Caso uma coisa, produto de um trabalho humano, atenda apenas à necessidade de seu produtor, ou seja, lhe seja útil em determinado aspecto, isso não a faz mercadoria. Para ser mercadoria o produto deve portar um valor para outro, de forma a ser confrontado com outro produto em um processo de troca.

Assim,

O valor de troca aparece, de início, como a relação quantitativa, a proporção na qual valores de uso de uma espécie se trocam contra valores de uso de outra espécie, uma relação que muda constantemente no tempo e no espaço³⁶.

O valor que é atribuído a uma mercadoria não é aleatório, embora apareça na troca de produtos diferentes de forma fetichizada. O processo que permite a mensuração do valor das mercadorias é o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção da mesma.

Nas palavras do autor:

Portanto, um valor de uso ou bem possui valor, apenas, porque nele está objetivado ou materializado trabalho humano abstrato. Como medir então a grandeza de seu valor? Por meio do *quantum* nele contido da “substância constituidora do valor”, o trabalho³⁷.

O tempo de trabalho que entra na medição da grandeza do valor das mercadorias é a força conjunta de trabalho da sociedade, isto é, a força média de trabalho social. Neste sentido, Marx (1996, p.169) esclarece que tempo de trabalho socialmente necessário “[...] é aquele requerido para produzir um valor de uso

³⁵ Ibidem, p.166.

³⁶ Ibidem, p.166.

³⁷ Ibidem, p.168.

qualquer, nas condições dadas de produção socialmente normais, e com o grau social médio de habilidade e de intensidade de trabalho”.

Desvelado o processo de valorização da mercadoria – o *quantum* de trabalho empregado em sua produção –, Marx pontua que as mercadorias ao se confrontarem revelam seu valor equiparando-se com outras produzidas nas mesmas condições.

Assinala que

O valor de uma mercadoria está para o valor de cada uma das outras mercadorias assim como o tempo de trabalho necessário para a produção de uma está para o tempo de trabalho necessário para a produção de outra³⁸.

Marx (1996) destaca que circunstâncias diversas, tais como o grau médio de habilidade dos trabalhadores, o nível de desenvolvimento da ciência e sua aplicabilidade tecnológica, a combinação social do processo de produção, o volume e a eficácia dos meios de produção e as condições naturais, ou seja, as mudanças na força produtiva podem alterar o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção das mercadorias necessário para a produção de um artigo, tanto maior o seu valor³⁹, influenciando desta maneira em sua grandeza de valor.

Segundo Marx,

Genericamente, quanto maior a força produtiva do trabalho, tanto menor o tempo de trabalho exigido para a produção de um artigo, tanto menor a massa de trabalho nele cristalizada, tanto menor o seu valor. Inversamente, quanto menor a força produtiva do trabalho, tanto maior o tempo de trabalho⁴⁰.

A análise inicial da mercadoria leva a conclusões fundamentais, muitas vezes ofuscadas por sua forma aparente. Clarificando o processo, Marx (1996) afirma que a substância do valor das mercadorias é o trabalho, e a medida da sua grandeza é o tempo de trabalho. O autor salienta ainda que para ser confrontada como mercadoria a coisa necessariamente tem de ser útil. Neste sentido, argumenta que “[...] nenhuma coisa pode ser valor sem ser objeto de uso. Sendo inútil, do mesmo

³⁸ Ibidem, p. 169.

³⁹ Ibidem, p.170.

⁴⁰ Ibidem, p. 170.

modo é inútil o trabalho nela contido, não conta como trabalho e não constitui nenhum valor” (MARX, 1996, p. 170-171).

Tendo decifrado o duplo caráter da mercadoria – valor de uso e valor de troca, ou simplesmente valor–, Marx avança no estudo e aponta o duplo caráter do trabalho representado na mercadoria. Nas palavras do autor, “[...] o trabalho, à medida que é expresso no valor, já não possui as mesmas características que lhe advêm como produtor de valores de uso”⁴¹.

Desta forma, compreender o trabalho enquanto produtor de valor de uso é fundamental, visto que,

Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana⁴².

Considerando-se o trabalho enquanto produtor de valores de uso, verifica-se que sua produção guarda uma finalidade específica, e seus produtos representam trabalhos privados, diferenciando-os dos demais. Esta é, portanto, a condição para que os produtos sejam confrontados como mercadoria. Marx (1996) salienta que a generalização dos produtos, fruto do trabalho útil, enquanto mercadoria se dá historicamente, na consolidação de um modo específico de organização do trabalho, no qual a produção de mercadorias se torna a razão de ser desta sociedade, consolidando a divisão social do trabalho.

Nas palavras do autor:

Numa sociedade cujos produtos assumem, genericamente, a forma de mercadoria, isto é, numa sociedade de produtores de mercadorias, desenvolve-se essa diferença qualitativa dos trabalhos úteis, executados independentemente uns dos outros, como negócios privados de produtores autônomos, num sistema complexo, numa divisão social do trabalho⁴³.

Analisando o trabalho enquanto produtor de valor, Marx esclarece que esse processo apresenta-se como algo complexo, mistificado pelo corpo das mercadorias, entretanto, como já foi assinalado, o valor da mercadoria “[...] representa simplesmente trabalho humano, dispêndio de trabalho humano,

⁴¹ Ibidem, p.171.

⁴² Ibidem, p.172.

⁴³ Ibidem, p.172.

sobretudo” (MARX, 1996, p.173). Conforme assevera Marx, se uma mercadoria for um produto de um trabalho complexo, seu valor a equipara “[...] ao produto do trabalho simples e, por isso, ele mesmo representa determinado *quantum* de trabalho simples”⁴⁴.

O que marca, portanto, a diferença entre o trabalho empregado na produção de valores de uso e o trabalho empregado para produção de valor é que, enquanto valor de uso, o trabalho apresenta qualidades diferentes; o que sobressai é sua quantidade, ou o *quantum* de trabalho nele incorporado, embora na produção de valor também esteja incorporado o trabalho útil.

O valor da mercadoria se apresenta na troca de duas formas específicas: a forma relativa e a forma equivalente. Na forma relativa o valor de uma mercadoria é expresso na forma corpórea de outra mercadoria à qual se contrapõe. Em relação à forma equivalente, Marx (1996, p. 183) esclarece que esta “[...] é conseqüentemente a forma de sua permutabilidade direta com outra mercadoria”. Nesta relação de equivalência é necessário que as mercadorias se relacionem com outras de natureza diferente, pois nenhuma mercadoria “[...] pode figurar como equivalente de si mesma”⁴⁵.

Marx (1996) analisa como historicamente as relações de troca foram evoluindo até que se chegasse à mercadoria socialmente aceita como equivalente geral. Neste particular, apresenta a variação entre várias etapas, quando se trocava uma mercadoria por outra, equiparando desta forma seu valor (*quantum* de trabalho objetivado). Ocorre o equivalente geral quando uma mercadoria, abstraída totalmente de seu valor de uso, funciona no processo de troca apenas como corporificação do valor das demais mercadorias.

Para Marx, esse processo é eminentemente social, pois

Uma mercadoria só ganha a expressão geral do valor porque simultaneamente todas as demais mercadorias expressam seu valor no mesmo equivalente e cada nova espécie de mercadoria que aparece tem de fazer o mesmo. Evidencia-se, com isso, que a objetividade do valor das mercadorias, por ser a mera “existência social” dessas coisas, somente pode ser expressa por sua relação social por todos os lados, e sua forma, por isso, tem de ser uma forma socialmente válida⁴⁶.

⁴⁴ Ibidem, p. 173-174

⁴⁵ Ibidem, p.184.

⁴⁶ Ibidem, p.193.

Na mercadoria dinheiro, a forma equivalente se funde socialmente à sua forma natural; a função específica desta mercadoria é, nas palavras de Marx, “[...] desempenhar o papel de equivalente geral dentro do mundo das mercadorias” (1996, p.196).

Tendo desvendado a estrutura da mercadoria expressa em seu valor, Marx (1996) passa a analisar o caráter fetichista da mercadoria, de forma a revelar seu segredo. Assim, afirma que “À primeira vista, a mercadoria parece uma coisa trivial, evidente. Analisando-a, vê-se que ela é uma coisa muito complicada, cheia de sutileza metafísica e manhas teológicas”⁴⁷. Desse modo, não se pode encontrar o caráter místico da mercadoria nem no valor de uso, nem nas determinações do valor já analisadas.

O misterioso da forma mercadoria consiste, portanto, simplesmente no fato de que ela reflete aos homens as características sociais do seu próprio trabalho como características objetivas dos próprios produtos de trabalho, como propriedades naturais sociais dessas coisas e, por isso, também reflete a relação social dos produtores com o trabalho total como uma relação social existente fora deles, entre objetos⁴⁸.

Assim, a forma mercadoria se distancia de sua natureza física, transformando-se em “[...] determinada relação social entre os próprios homens, e para eles assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas”⁴⁹. Desse modo, conforme analisa o autor, o fetichismo adere aos produtos do trabalho quando eles são produzidos como mercadoria: “Esse caráter fetichista do mundo das mercadorias provém, como a análise precedente já demonstrou, do caráter social peculiar do trabalho que produz mercadorias”⁵⁰. Portanto, a produção de produtos para a troca é que caracteriza este modo peculiar de produção que fetichiza o produto do trabalho humano.

Esclarece o autor:

Somente dentro da sua troca, os produtos recebem uma objetividade de valor socialmente igual, separada da sua objetividade de uso, fisicamente diferenciada. Essa cisão do produto de trabalho em coisa útil e coisa de valor realiza-se apenas na prática, tão logo a troca tenha adquirido extensão e importância suficientes para que se produzam coisas úteis para ser

⁴⁷ Ibidem, p.197.

⁴⁸ Ibidem, p.198.

⁴⁹ Ibidem, p.198.

⁵⁰ Ibidem, p.199.

trocadas, de modo que o caráter de valor das coisas já seja considerado ao serem produzidas. (MARX, 1996, p.199).

Conforme salienta o autor, os trabalhos privados, ao se confrontarem como equivalentes, satisfazem a necessidade de seus produtores, adquirindo o duplo caráter social. É, entretanto, uma igualdade que só pode ser apreendida “[...] na redução ao caráter comum que eles possuem como dispêndio de força de trabalho do homem, como trabalho humano abstrato”⁵¹.

A equiparação de produtos diferentes na troca, enquanto valor significa a equiparação de diferentes trabalhos. Esse processo, porém, não é evidenciado, pois o que aparece é a troca entre coisas. Nas palavras de Marx, “o valor não traz escrito na testa o que ele é. O valor transforma muito mais cada produto de trabalho em um hieróglifo social”⁵².

A produção de mercadorias em sua forma desenvolvida consolida o fetiche da mercadoria ao ocultar sobre a forma corpórea da mercadoria o trabalho humano abstrato, bem como o tempo de trabalho necessário à produção da mercadoria, como o verdadeiro produtor do valor.

Marx salienta que o valor da mercadoria é fixado pelo seu preço:

É exatamente essa forma acabada – a forma dinheiro – do mundo das mercadorias que objetivamente vela, em vez de revelar, o caráter social dos trabalhos privados e, portanto, as relações sociais entre os produtores privados.

A forma social que tem a mercadoria como base de produção consolida este princípio de fetichizar o produto do trabalho humano e a própria sociabilidade humana. Conforme aponta Marx (1996), apenas uma nova ordem social que recoloca nas mãos dos produtores o controle e a destinação da riqueza produzida pode retirar esse véu nebuloso.

Todo o misticismo do mundo das mercadorias, toda a magia e a fantasmagoria que enevoam os produtos de trabalho na base da produção de mercadorias desaparecem, por isso, imediatamente, tão logo nos refugiemos em outras formas de produção⁵³.

⁵¹ Ibidem, p.199.

⁵² Ibidem, p.200.

⁵³ Ibidem, p. 201-202.

A análise ora explicitada não esgota a teoria de Marx sobre a categoria mercadoria, que é especialmente rica em determinações, a partir das quais é possível compreender o modo de produção burguês e sua sociabilidade fetichizada pelo mundo das mercadorias. Netto e Braz (2007) enfatizam o modo de produção capitalista, que transforma todas as coisas em objeto de comercialização. Ao introduzir o tema, os autores reforçam a afirmativa de Marx que apresenta a mercadoria como a forma elementar da riqueza no modo de produção capitalista e questionam a aparente naturalidade dos fenômenos cotidianos que envolvem a mercadoria, com o qual estamos habituados, a saber: comprar-vender-comprar. Para os autores, este processo é historicamente datado, podendo ser identificado de forma intensa apenas nos últimos trezentos anos.

Em relação à definição de mercadoria, os autores mencionam quais os elementos fundamentais que transformam um produto em mercadoria, assim como Marx decifrou em *O Capital*. Neste sentido, destacam que: a utilidade de uma mercadoria faz dela valor de uso; enquanto valor de uso, a mercadoria é produto do trabalho (intercâmbio entre a sociedade e a natureza); só podem ser considerados mercadoria valores de uso que possam ser reproduzidos; mercadoria é um valor de uso que se produz para a troca; e finalmente, mercadoria é a unidade que sintetiza valor de uso e valor de troca.

Netto e Braz destacam as duas condições básicas para a produção de mercadorias. Nas palavras dos autores, “[...] **a produção de mercadorias tem como condições indispensáveis a divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção**” (NETTO; BRAZ, 2007, p.80, grifos do autor). Neste entendimento, os autores discorrem sobre a produção mercantil simples e a produção capitalista, enfatizando as principais diferenças.

Quanto à produção mercantil simples, ela se assenta em dois pilares: o trabalho pessoal e a propriedade dos meios de produção (que pertencem ao produtor direto, os artesãos e os camponeses). Na produção mercantil capitalista a principal característica é o fato de o capitalista ser o proprietário dos meios de produção, mas não ser ele quem trabalha, pois compra a força de trabalho. A produção capitalista se assenta na exploração da força de trabalho. Assim, o lucro do capitalista se produz na esfera da produção e não na circulação. É na produção da mercadoria que é possível ao capitalista extrair a mais-valia, ou seja, o trabalho excedente.

Avançando na compreensão deste modo específico de produção, os autores assinalam que na produção capitalista dois sujeitos são fundamentais, a saber: o capitalista e o proletário. Ambos os sujeitos aparecem como proprietários e, portanto, sujeitos “livres”. O capitalista é proprietário do dinheiro e dos meios de produção. O proletário é proprietário de sua força de trabalho, vendo-se compelido a vendê-la. Na análise dos autores, o modo de produção capitalista universaliza as relações mercantis.

Desse modo,

[...] quando até a força de trabalho se converte em mercadoria, está posta a possibilidade de mercantilizar o conjunto das relações sociais – isto é: não somente de introduzir a lógica mercantil (compra e venda) em todas as relações econômico-materiais, mas, também, de generalizá-la às outras relações sociais. Nas sociedades onde impera o modo de produção capitalista, quanto mais este se desenvolve, mais a lógica mercantil invade, penetra e satura o conjunto das relações sociais: as operações de compra e venda não se restringem a objetos e coisas. Tudo é objeto de compra e venda, de artefatos materiais a cuidados humanos. (NETTO; BRAZ, 2007, p.85).

Netto e Braz (2007) retomam as duas categorias fundamentais para a compreensão da mercadoria, a saber: valor e dinheiro. Assim, na esteira de Marx, afirmam que o valor de uma mercadoria é medido pelo trabalho socialmente necessário para a sua produção. O valor só se manifesta na troca entre mercadorias distintas. O processo histórico mercantil favorece que determinada mercadoria assuma um papel especial – equivalente (ou seja, a medida do valor de outras mercadorias). O surgimento do equivalente universal, ou geral, ampliou a circulação de mercadorias.

Em relação ao papel do dinheiro na produção mercantil, os autores assinalam que o dinheiro é a mercadoria especial que historicamente desempenha diversificados papéis, conforme listado: equivalente geral; meio de troca; medida de valor; meio de acumulação ou entesouramento; e meio de pagamento universal. O dinheiro originalmente se fez representar nos metais (especialmente os metais preciosos) e, a partir do século XVII, pelo papel-moeda, ainda utilizado na atualidade.

Referindo-se ao fetichismo da mercadoria, os autores explicitam como o produtor privado não percebe o trabalho, no modo de produção capitalista, enquanto trabalho social. Assim, expõem algumas características da fetichização da

mercadoria, a saber: as relações sociais dos produtores aparecem como se fossem relações entre mercadorias (relações entre coisas); a mercadoria, criada pelos homens aparece como algo que lhes é alheio e os domina; as características dos produtos do trabalho prevalecem sobre as características sociais do trabalho.

Dadas essas características, fica evidenciado que no modo de produção capitalista o fetichismo alcança a sua máxima gradação e as relações sociais formam a aparência de relações entre coisas. De forma que “O fetichismo daquela mercadoria especial que é o *dinheiro*, nessas sociedades, é talvez a expressão mais flagrante de como as relações sociais são deslocadas pelo seu poder ilimitado” (NETTO; BRAZ, 2007, p. 93, grifos do autor).

Para Marx (1996, p.217), “O enigma do fetiche do dinheiro é, portanto, apenas o enigma do fetiche da mercadoria, tornado visível e ofuscante”. O modo de produção capitalista opera uma inversão nas relações sociais, trazendo a possibilidade de transformar todas as coisas em mercadoria, até mesmo as inalienáveis.

Desse modo,

Coisas que, em si e para si, não são mercadorias, como, por exemplo, consciência, honra etc., podem ser postas à venda por dinheiro pelos seus possuidores e assim receber, por meio de seu preço, a forma mercadoria.⁵⁴

É exatamente neste sentido que, à luz da categoria mercadoria explicitada por Marx, torna-se possível apreender como o processo de coisificação do homem permitiu em diferentes momentos históricos a operacionalização do sangue humano – tecido inalienável e vital para a sobrevivência da espécie, em objeto de mercantilização. As teias societárias a partir da apropriação dos avanços da cientificidade, pela lógica do modo de produção capitalista, clarificam esse fenômeno.

3.2 ASPECTOS ECONÔMICOS, POLÍTICOS E BIOÉTICOS QUE PERPASSAM A MERCANTILIZAÇÃO DO SANGUE HUMANO.

Retomando a compreensão básica da categoria mercadoria, explicitada acima, verifica-se que a mercadoria é um produto resultante do trabalho humano

⁵⁴Ibidem, p.226.

abstrato que tem necessariamente um duplo caráter, a saber: valor de uso e valor de troca. Enquanto valor de uso, a mercadoria atende a necessidades humanas, e enquanto valor, busca a valorização do capital, realizando-se na troca.

Nesse entendimento, o primeiro aspecto a ser salientado no tocante à comercialização do sangue é o caráter da mercadoria. O sangue é, neste sentido, um produto natural que ao ter o trabalho objetivado (no início do processo, a coleta de sangue), transforma-se em matéria-prima para a fabricação de produtos. Neste aspecto, o que pode ser mercantilizado são os produtos oriundos do sangue humano, a saber: hemocomponentes e hemoderivados.

O que chama atenção neste processo é a qualidade especial da matéria-prima: o sangue humano. Portanto, ao ser transformado em produtos através do trabalho objetivado e transcender seu valor de uso (historicamente identificado com o componente ético de salvar vidas), o sangue se insere na troca e equipara-se às demais mercadorias, sendo confrontado o seu valor com o equivalente geral (dinheiro).

Dada a especificidade das operacionalizações possíveis na utilização dos produtos oriundos do sangue humano, é necessário resguardar sempre seu componente útil. O valor relevante de uso dos produtos não perde sua validade, mesmo este sendo confrontado em uma transação mercantil. Trata-se, portanto, de produtos especiais, de valor inquestionável, e por este mesmo motivo, geradores de contradições entre os que os concebem enquanto produtos possíveis de ser operacionalizados pelo livre mercado e aqueles que, em uma compreensão progressista, insistem num controle e operacionalização estatal, na socialização dos custos pelo conjunto da sociedade e na distribuição pública, de forma gratuita.

É impreciso datar a inserção do sangue humano no processo de valorização do capital. Estudos demonstram que a necessidade de recuperação econômica no mundo capitalista ao final da 2ª Guerra Mundial impulsionou o surgimento de novas tecnologias, a utilização de protocolos e a disseminação do conhecimento científico. No tocante à hemoterapia, dois fatores podem ser destacados: a compra do sangue, consolidando a doação remunerada, e o segundo, estreitamente atrelado ao primeiro, o surgimento da indústria de hemoderivados.

Conforme Vertchenko (2005, p.21).

Com o desenvolvimento científico e o conseqüente aumento da demanda, ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, o pagamento pela doação foi utilizado para aumentar rapidamente os estoques do sangue coletado.

Santos, Moraes e Coelho (1993)⁵⁵ mencionam os fatores fundamentais que impulsionaram a utilização do sangue enquanto mercadoria comercializável, bem como as discussões teóricas, políticas e filosóficas que nortearam as políticas de sangue nos diferentes países de capitalismo avançado, com maior ou menor influência do mercado. Para os autores, a utilização do sangue enquanto mercadoria comercializável foi impulsionada especialmente pelo alto grau de desenvolvimento tecnológico.

Na década de 1960, a hemoterapia mundial avançou e se sofisticou, a partir das novas técnicas de conservação 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 própria⁵⁶.

A indústria de hemoderivados surgiu no segundo pós-guerra, em consequência do avanço tecnológico e da possibilidade de fracionar o sangue. Com o processo de industrialização foi possível extrair do plasma sanguíneo alguns componentes que a produção artesanal não permitia. A indústria introduziu ainda novas necessidades, pois só seria possível operar em escala industrial tendo uma ampla rede de fornecimento de matéria-prima, o que impulsionou a criação de serviços de hemoterapia operando diretamente para este fim.

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. (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991, p.164).

Na análise da literatura internacional sobre a hemoterapia, Santos, Moraes e Coelho (1993) identificam um amplo debate em torno da questão do sangue desde a

⁵⁵ Os autores publicaram uma série de artigos baseados em estudo retrospectivo sobre a hemoterapia no Brasil e no mundo. O estudo foi realizado no Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP), durante os anos de 1988 e 1989.

⁵⁶ Ibidem, p.164.

década de 1970. Os posicionamentos dos autores estudados divergem especialmente sobre a atuação do livre mercado na área em contraposição ao controle do Estado ao sistema hemoterápico.⁵⁷ Os autores que defendiam a ideia do sangue como uma mercadoria alegavam que as leis de mercado regulariam a demanda e evitariam desperdícios. Os que rejeitavam a ideia de comercialização do sangue alertavam para os perigos que a remuneração dos doadores representava para o sistema, dada a possibilidade de que estes, incentivados pela compensação monetária, escondessem aspectos importantes que pudessem excluí-lo, transmitindo desta forma doenças aos receptores.

Na análise comparativa entre os sistemas hemoterápicos da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos (que incorpora a discussão de outros países, como União Soviética e Suécia) há uma preocupação de questionar a medicina privada e a racionalidade das leis de mercado como garantia de melhores serviços (SANTOS; MORAES; COELHO, 1993, p.171).

O principal autor que defendia os sistemas hemoterápicos não mercantis foi R.M.Titmuss (1968; 1971). Em sua obra encontra-se a defesa do altruísmo como elemento que salvaguardaria a saúde de doadores e receptores de sangue, e promoveria uma sociedade disponível ao ato da doação. O autor critica ainda os sistemas hemoterápicos mercantis, especialmente o praticado nos Estados Unidos, por considerar a remuneração ao doador e o comércio de sangue os responsáveis pelo alto índice de contaminação por hepatites. As ideias de Titmuss influenciaram na orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a área hemoterápica, sendo o maior exemplo identificado por Santos, Moraes e Coelho (1993) a resolução da OMS sobre a “utilização e provisão de produtos sanguíneos de origem humana” (WHA 28.72), adotada pela 28ª Assembleia Mundial de Saúde, de maio de 1975.

Do lado oposto, o economista Kenneth J. Arrow (1981 apud SANTOS; MORAES; COELHO, 1991) sustentava que a criação de um mercado para o sangue e hemoderivados não reduziria o potencial de altruísmo existente da sociedade, e que o altruísmo e o mercado poderiam operar juntos, para benefício de todos. Para este autor, o sistema hemoterápico não poderia ser sustentado apenas por doações altruístas, visto ser o sangue um bem escasso⁵⁸.

⁵⁷Os principais autores que discutiam a questão em âmbito internacional identificados por Santos Moraes e Coelho são: M. H. Cooper e A. J. Culyer (1968); R. M. Titmuss (1968; 1971); K. J. Arrow (1981); P. Singer (1981); J. P. Isbister (1988) e H. M. Sapolsky (1989). Uma visão detalhada sobre a politização do sangue no primeiro mundo é apresentado por Santos, Moraes e Coelho (1993).

⁵⁸ Cf. Santos, Moraes e Coelho (1993, p. 173).

Na contramão deste pensamento, o cientista político Peter Singer defende o comportamento altruísta, sustentando que o sangue não é um bem escasso, visto que quanto mais utilizado, mais ele se reproduz. Afirma ainda que o mercado, ao introduzir o individualismo que lhe é próprio, causaria prejuízo ao setor. Neste sentido, pondera: “[...] parece muito mais difícil agir com consideração pelos outros quando a norma do círculo de pessoas com as quais me relaciono é agir egoisticamente” (SINGER, 1981 apud SANTOS; MORAES; COELHO, 1993, p.174).

A transmissão do vírus da Síndrome de Imunodeficiência adquirida (AIDS) por transfusão de sangue, evidenciado na década de 1980, obrigou os diversos países a repensar a organização do setor, instituindo políticas de controle. Os movimentos dos usuários de sangue apontavam como responsável pelos danos a comercialização. Entretanto, políticas restritivas ao comércio de sangue só foram adotadas por alguns países. Os países de capitalismo avançado instituíram políticas de segurança, investindo em controle da endemia, permitindo, porém, a sobrevivência das indústrias capitalistas que atuam no setor.

Santos, Moraes e Coelho (1993) destacam que nas décadas que precederam a propagação da AIDS, a crítica à falta de coordenação dos serviços de sangue por parte do Estado, a defesa da doação voluntária e o fornecimento de sangue e seus derivados como bens “livres” tornaram-se símbolos de uma sociedade civilizada. Entretanto, diante do impacto da AIDS, esses pontos de vista começaram a ser questionados.

A preocupação com a contaminação do vírus da AIDS ficou patente em um encontro que aconteceu em 1983, nos EUA, entre autoridades federais e técnicas da área. Neste encontro discutiu-se a proposta de excluir grupos de alto risco do “*pool* de doadores”⁵⁹, o que gerou divergência de opiniões entre os coletores de plasma e aqueles serviços que coletam sangue total⁶⁰.

Citando Sapolsky, Santos, Moraes e Coelho apontam que

⁵⁹O *pool* de doadores é a denominação dada aos hemocomponentes/hemoderivados obtidos através de coletas de um conjunto de doadores. As amostras colhidas são misturadas e aplicadas nos receptores. A utilização na atualidade é utilizada na fabricação de hemoderivados, que demanda uma quantidade grande de plasma..

⁶⁰As indústrias farmacêuticas que coletavam plasma para processamento industrial remuneravam os doadores e concordaram em excluir os “grupos de risco”. O complexo de serviços hemoterápicos que colhiam sangue total para transfusão, em sua maioria de doadores não remunerados, temia o desabastecimento. Este setor, composto pela Cruz Vermelha Americana, a Associação Americana de Bancos de Sangue (AABB) e o Conselho Comunitário dos Hemocentros, mostrou-se relutante à proposta de exclusão de doadores de alto risco. Cf. Santos, Moraes e Coelho (2013, p. 182).

Em muitas cidades americanas a comunidade *gay* foi uma coletividade acessível e bem organizada com a qual, em repetidas campanhas, os bancos de sangue construíram boas relações, reconhecendo-a como uma boa fonte de doações. (SAPOLSKY, 1989 apud SANTOS, MORAES E COELHO, 1993, p. 182)⁶¹.

Para os autores, os estudos de Sapolski apontavam a urgência de medidas que o poder público deveria adotar para conter o avanço da AIDS, visto que nos Estados Unidos, “Em um quadro de aproximadamente 3,5 milhões de transfusões anuais [...] elas seriam responsáveis diretamente por 350 a 700 novos casos de AIDS por ano”⁶². A doação remunerada é apontada pelos estudos de Isbister (1988) e Sapolski (1989) como uma forma de salvaguardar o setor dos riscos de contaminação.

Os estudos questionam os sistemas centralizados, bem como a possibilidade de maior contaminação nos denominados doadores altruístas. Propõem ainda uma série de ajustes para os sistemas hemoterápicos, sugerindo mudanças como a adoção de incentivo a transfusões cruzadas⁶³; obter sangue de doadores apenas em localidades com baixa incidência de AIDS; pagar aos doadores de forma a criar um grupo seletivo fidedigno; e incentivar a doação entre mulheres e pessoas de meia idade, supostamente um grupo menos vulnerável ao risco do HIV.

As mudanças propostas referem-se à combinação adequada entre a pressão que o sistema de doação deve aceitar e a que os receptores devem exercer; à definição sobre o tipo de serviços seriam centralizados e quais descentralizados; às áreas onde a iniciativa privada poderia funcionar, em um conjunto *coordenado* de atividades, ao lado do setor público ou beneficente (SANTOS; MORAES; COELHO, 1993, p.180).

É importante observar que o aparecimento da AIDS transfusional reordena as políticas de sangue nos diversos países. A repercussão dos casos de contaminação em escala global deixa transparecer as mazelas de um setor que, ao longo de décadas, explorou comercialmente o sangue e seus derivados, em uma rede de

⁶¹ A alta taxa de incidência da AIDS na comunidade *gay* levou vários países a adotarem medidas restritivas para a doação de sangue a este grupo populacional. No Brasil, a legislação atual é considerada dúbia, visto que embora determine que o candidato à doação de sangue não pode ser discriminado em virtude de orientação sexual, desabilita, entretanto, por 12 meses candidatos do sexo masculino que tenham tido relação sexual com outro homem (RDC nº 34, de 11 de junho de 2014). As polêmicas em torno da questão persistem em vários países, onde se adotam critérios diferenciados.

⁶² *Ibidem*, p.183.

⁶³ Por transfusão cruzada entende-se o sangue utilizado em receptores designados previamente mediante a doação de um ente conhecido. Na legislação brasileira atual essa prática não é permitida, sendo incentivado o ato de doação altruísta e anônimo.

relações para o fornecimento de matérias-primas com pouca ou total ausência de fiscalização.

A resposta no centro do mundo capitalista, especialmente onde a produção industrial representa um grande potencial, difere das soluções apresentadas pelos Organismos Internacionais para os países periféricos, potencialmente fornecedores de plasma para as indústrias multinacionais. Nestes, a adoção de medidas restritivas ao mercado e o incentivo ao controle efetivo do Estado representavam a possibilidade do sangue seguro.

Na atualidade, o sangue continua a ser objeto de discussões políticas, econômicas, ideológicas e, sobretudo, bioéticas. A questão central levantada refere-se ao alto grau de cientificidade que o setor alcançou com a manipulação molecular, a identificação do DNA e a produção de hemoderivados sintéticos. O campo de possibilidades que se abre para a hemoterapia parece inesgotável, assim como parece estar longe de resolução as polêmicas que a questão da mercadorização do sangue e seus componentes suscita⁶⁴. Neste particular, ganha destaque na atualidade o debate sobre a bioética.

Sarmiento (2005), a partir de uma concepção marxista que afirma a ética como uma construção histórica humana, ressalta a impossibilidade da sociabilidade capitalista para desenvolver os valores éticos, enquanto o homem real estiver alienado em sua própria essência: o trabalho.

Nas palavras do autor:

Desta forma, as condições materiais concretas, em que vive a maioria da sociedade, impedem a existência plena de um ser humano que realize os valores éticos, para que estes se efetivem. É fundamental que a própria sociedade seja transformada, para que a ética se concretize em uma nova sociedade e em uma nova racionalidade⁶⁵

⁶⁴ Reportagem publicada pelo BBCBrasil.com no portal Terra relata a existência de um amplo mercado ilegal de sangue na Índia. Entre as diversas possibilidades de comercialização do sangue no país, destaca-se a descoberta de uma “Fazenda de sangue” na cidade de Gorakhpur, perto da fronteira da Índia com o Nepal, onde imigrantes pobres eram atraídos com promessas de empregos e convencidos a vender o próprio sangue a um custo de US\$ 7 a unidade. Segundo o relato de 17 imigrantes que foram resgatados da fazenda, eles eram obrigados a fornecer sangue três vezes por semana e ao tentarem fugir foram presos e torturados, além de não receberem o preço combinado. O sangue coletado era vendido aos hospitais locais pelo valor de US\$ 18 a unidade. A reportagem estima que o mercado ilegal de sangue na Índia pode movimentar até US\$ 45 milhões (aproximadamente R\$ 120 milhões), e embora a compra e a venda de sangue estejam judicialmente proibidas no país desde 1996, o déficit de sangue para atender à demanda do país chega a 50%, o que estimula o comércio desordenado e perverso.

⁶⁵ Ibidem, p.35,

Conforme Sarmento (2005, p. 42), “a bioética tem se apresentado como o estudo dos fundamentos e consequências morais, sobre o avanço tecnológico e suas intervenções na vida natural e social do homem”. Para o autor, a bioética não é apenas uma disciplina, mas um movimento científico e cultural, e como tal “[...] traz em seu bojo diferentes tendências, concepções e posturas que dão o tom do debate ético e político”⁶⁶.

Berlinguer (1996, p. 13) anota que o século XX foi dominado pela economia e pela política, porém, ao findar o século, dá-se o ressurgimento da ética, “[...] não apenas como disciplina filosófica, mas também como exigência geral”, influenciando tanto a política como a economia. Na área da política, o autor destaca a reação moral dos cidadãos ante a corrupção. Na área econômica prevalece a ideia de que o “*Homo economicus* deve ser moralmente neutro”⁶⁷; mas as imperfeições causadas pelas regulamentações do mercado têm levado à inclusão de teorias éticas nos estudos e cálculos dos economistas.

Conforme pontua Berlinguer, existem na ciência duas hipóteses opostas. A primeira vê na ciência a possibilidade de resolver todos os problemas do gênero humano, e a outra hipótese atribui à ciência a introdução de crescentes e “demoníacas complicações” para o ser humano. Para o autor, as reflexões éticas nos fins deste século surgem a partir da constatação de que “O mundo físico e biológico, que compreende os seres humanos, encaminha-se a uma condição de alto risco para sua integridade e mesmo sobrevivência”(BERLINGUER, 1996, p.15).A bioética constitui então o novo campo da filosofia moral, sendo o setor mais dinâmico do renascimento da ética.

Berlinguer (1993, p. 167) salienta a necessidade de se lançar o olhar para a profundidade dos temas tratados pelas ciências bioéticas, no tocante à manipulação do corpo humano, visto que “[...] as forças que se defrontam neste campo (ciência, leis, informações, mercado) assumem hoje dimensões e comportam impactos internacionais e imediatos”.

As polêmicas que a ideia de patentear e tornar propriedade particular parte do corpo humano vêm levantando, tanto no campo ético como no religioso, colocam a ciência biológica e a medicina profissional na mediação de um conflito ético.

⁶⁶ Ibidem, p. 50.

⁶⁷ Ibidem, p. 13.

A ciência biológica e a medicina profissional assumem, portanto, uma responsabilidade particular. Neste campo, ambas enfrentam um dilema de ordem moral, pois os mesmos conhecimentos e técnicas que podem ser fator de bem-estar humano, que permitem utilizar gametas e sangue de pessoas vivas ou órgãos de pessoas mortas a fim de vencer a esterilidade as doenças, podem também transformar o corpo humano e cada uma de suas partes em objeto, posto à venda e comercializável, como qualquer outra mercadoria (BERLINGUER, 1993, p.171).

Ressaltando as contribuições da ciência biológica e da medicina durante o século XX para a valorização do corpo humano, Berlinguer(1993, p.171) destaca que “o desejo de conhecer e aprimorar o corpo, a aspiração à saúde, a plenitude das capacidades físicas, e até mesmo a beleza tornaram-se traços característicos do homem e da mulher de nossos tempos”. Assim, para o autor, não obstante as críticas que devem ser feitas aos excessos, é possível destacar a tendência a auto realização do ser humano e, neste particular, a doação de sangue e órgãos se tornam elementos constitutivos.

Conforme assinala o autor,

Uma das espécies mais elevadas dessa realização, coincidente com a solidariedade para com os outros, consiste na possibilidade de transferir para o corpo alheio uma parte de nosso próprio corpo (em vida, por meio do sangue e dos gametas; após a morte, por meio dos órgãos) a fim de vencer a esterilidade, tratar de uma doença, prolongar uma vida. Esse procedimento constitui um dos fenômenos mais positivos de nossa época, para cuja afirmação contribuem as ciências biológicas e as profissões da área da saúde. Essas mesmas habilitações, porém, podem fazer com que o corpo seja rebaixado à condição de mercadoria (BERLINGUER, 1993, p.171).

A análise de Berlinguer (1993) sobre a disponibilidade de órgãos e tecidos, diante das demandas crescentes, demonstra um desequilíbrio entre “oferta e procura”, que longe de ter como causa a inexistência de órgãos disponíveis, nos casos particulares dos transplantes, e de tecidos sempre renováveis, no caso do sangue, apresenta como pano de fundo para a escassez a pouca confiabilidade na redistribuição justa destes elementos vitais.

Conforme o autor, o comércio que historicamente se estabeleceu utilizando o corpo humano apresentado enquanto mercadoria é reescrito. Se desde a sociedade escravista o corpo humano era explicitamente negociado como um todo, na sociedade atual seus fragmentos, guardadas as devidas proporções, prestam-se ao mesmo fim, a saber, alimentar a cobiça dos possuidores pela acumulação do capital (BERLINGUER, 1993).

Quanto à doação de órgãos, Berlinguer (1993) assinala uma tendência ao abrandamento dos termos mercadológicos, tornando-os adequados à sociabilidade dominada por explicações bioéticas. Neste sentido, a compra se transforma em “doação remunerada”, e a venda se revela na figura do “doador remunerado”. Este, livre e consciente de seu ato, exerce a liberdade de dispor de seu corpo ou mesmo de parte dele. Tais termos também foram cristalizados na área hemoterápica, em contraponto ao denominado doador voluntário. Na legislação brasileira, fica explícita a necessidade de clarificar os seguintes termos: doação não remunerada, doador voluntário e doador de reposição.

Para os defensores da mercantilização dos órgãos e tecidos, os argumentos que a justificam são a escassez desses produtos e a possibilidade de saná-la rapidamente pela remuneração. Berlinguer (1993, p. 182) questiona o posicionamento dos que veem no mercado a solução para a sempre crescente demanda por órgãos e tecidos (sangue) e sustenta que “[...] não se poderia justificar a queda de um princípio moral e jurídico de caráter fundamental: a recusa de considerar o corpo humano como objeto de propriedade e comércio”.

Conforme o autor, a perspectiva de avanços científicos abre a possibilidade de alternativas diversificadas para a substituição de órgãos e tecidos humanos. No caso particular do sangue, “[...] já é possível dispor de alguns componentes de sangue produzidos com DNA recombinante” (BERLINGUER, 1993, p.185). de forma que para o autor:

O recurso ao mercado, seja como for que se concebe regulamente – selvagem ou monopólico– bloqueia indiretamente outros caminhos, justamente por parecer oferecer um atalho fácil e rápido. Sabe-se há tempo, por exemplo, que acenar com retribuições a fim de obter-se o sangue necessário às transfusões dificulta o recurso às doações espontâneas⁶⁸.

As análises de Berlinguer (1993) contribuem para o debate sobre as alternativas aos ditames do mercado, quando a questão fere a dignidade da pessoa humana. Se a doação de sangue é um fator motivador para a solidariedade, ou mesmo para a auto realização, o processo de mercantilização anula o componente positivo do ato.

⁶⁸ Ibidem, p.186.

Vedem (2005), em um artigo intitulado “Quando o sangue se torna mercadoria”⁶⁹, questiona o valor de troca do sangue humano, chamando a atenção para a perversidade de se colocar como equivalentes o capital e fragmentos do corpo.

Nas palavras do autor:

Uma reflexão como essa deverá apontar para o incômodo geral provocado por práticas que colocam no mesmo nível o capital e fragmentos corporais, indicando que a equivalência de sangue e mercadoria é, fundamentalmente, um mecanismo perverso, fundado na desigualdade entre os que dispõem do dinheiro e aquelas parcelas da população forçadas a ceder seus corpos – sangue, células, tecidos, órgãos para transplantes, cadáveres – para, desse modo, terem algum acesso a recursos básicos⁷⁰.

A bioética caminha em um terreno marcado pela força do mercado em tempos de barbárie; em um campo minado onde todas as relações societárias são passíveis de transações mercantis. No caso particular que vem sendo discutido neste texto, observa-se que na atualidade o corpo humano é elevado a um patamar superior de valorização, sendo possível

[...] retirar, modificar, conservar, transferir e utilizar, em benefício de outros, partes separadas do corpo humano: os órgãos retirados dos cadáveres, assim como o sangue, a medula, as células, os tecidos, os gametas masculinos e femininos fornecidos por doadores vivos (BERLINGUER, 2015, p.184).

Conforme o autor, as possibilidades de manipulação do corpo humano representam o sucesso da biomedicina e a salvação para muitos pacientes, ampliando a solidariedade humana; entretanto, os benefícios apregoados não são universalizados, visto que “[...] o acesso a todos esses benefícios é seletivo e injusto, uma condição difundida dificilmente aceitável em termos morais”⁷¹.

⁶⁹O artigo publicado no *site* www.comciencia.com relata a luta dos indígenas da tribo Kantiana, que reclamam na Justiça de Rondônia uma reparação monetária por danos causados à tribo ao colocarem à venda, na rede mundial de computadores, a sequência de DNA de sua população. As coletas teriam sido feitas por um geneticista entre os anos de 1986 e 1987, e posteriormente por um grupo cinegrafistas britânicos, com a colaboração de uma equipe de pesquisadores brasileiros, em 1996. A reparação monetária solicitada pela tribo tinha como justificativa o não cumprimento das promessas dos pesquisadores, que no momento da coleta alegaram que os estudos contribuiriam para a saúde da tribo, porém nunca houve o retorno. A disponibilidade dos estudos à comunidade científica interessada, ao custo de US\$ 85 (linhagem celular) e US\$ 55 (DNA), excitou a polêmica em torno da questão, indo parar na CPI da biopirataria do Congresso Nacional brasileiro.

⁷⁰ *Ibidem*, n.p.

⁷¹ *Ibidem*, p. 185.

O autor ressalta ainda que, paralelamente à valorização do corpo humano, no presente século se assiste a outro fenômeno que se opõe ao componente positivo ora analisado: a mercantilização. Berlinguer (2015, p.185) assevera que, “[...] de fato, me parece que nunca, exceto durante o predomínio da escravidão e da servidão, o corpo humano fora tão amplamente transformado em mercadoria”.

Na área da saúde, o poder do mercado vem prevalecendo sobre as instancias morais, sendo apresentado como “[...] a única via para reduzir a diferença entre a demanda e a oferta”⁷², o que, para o autor, é contraditório, pois apelar ao mercado desencoraja as soluções alternativas, conforme já apontado.

Por fim, Berlinguer (2015) traz à tona outra questão que necessita ser observada, para além das questões já levantadas, e que no objeto de estudo deste texto ficou evidenciada na análise histórica da hemoterapia, apresentando-se como um fato novo na fronteira da biociência. Embora em praticamente todos os países exista a proibição expressa da comercialização aberta dos componentes do sangue, não se veda a importação de plasma de países vizinhos para utilização na indústria de hemoderivados. O autor faz a analogia com a escravidão imposta aos países pobres, onde se admitia a inferioridade dos escravos. Berlinguer é enfático ao afirmar que, “[...] quando a utilização das partes do corpo é regulada pelo mercado e não pelas doações, um outro tipo de inferioridade torna-se dominante: o desequilíbrio da riqueza e do poder entre vendedores e compradores”⁷³.

É importante salientar, a fim de clarificar os fundamentos das análises realizadas no decorrer do texto, que a mercantilização do sangue humano apresenta aspectos econômicos, políticos e bioéticos que devem ser observados à luz da teoria dialética, que não reduz os fenômenos sociais à sua linearidade histórica. As relações societárias na sociabilidade capitalista são múltiplas em suas determinações, sendo necessário desvendá-las, na busca da apreensão da realidade.

É neste sentido que na próxima seção se abordará a política nacional de sangue na atualidade, e neste caminho de volta, revisitada pela teoria ora discutida. Será possível perceber nitidamente a presença marcante do mercado na política de sangue brasileira e os limites para o caráter público em tempos de contrarreforma.

⁷² Ibidem, p. 194.

⁷³ Ibidem, p.204.

4 SEÇÃO 03: CONTRADIÇÕES E LIMITES PARA O CARÁTER PÚBLICO E NÃO MERCANTIL DA POLÍTICA DE SANGUE BRASILEIRA NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMAS

Esta seção objetiva discutir as contradições e limites observados para o caráter público e estatal da política de sangue brasileira na contemporaneidade. Considerando o arcabouço legal apresentado na segunda seção, e ao mesmo tempo o resgate histórico e a configuração da política nacional de sangue apresentada na primeira seção, é possível pontuar que o processo de mercantilização do sangue no Brasil, na virada dos anos 1980, foi um marco importantíssimo para romper com o caráter comercial da política de sangue praticado não apenas no país, como também na maioria dos países capitalistas. As lutas que se travaram, tendo como bandeira a compreensão de que sangue não é mercadoria, favoreceram as políticas não mercantis propostas para o setor.

Neste entendimento, nesta seção não se busca questionar o caráter mercantil ou não da política de sangue brasileira, visto já ser definido, no arcabouço legal, a não comercialização do sangue e seus derivados, em todo o território nacional. O que se questiona, enquanto contradição da política implementada nas últimas décadas, é o caráter público e estatal que garante a universalização do acesso ao sangue, seus componentes e seus derivados, para o conjunto da população, de forma gratuita, enquanto direito do povo e dever do Estado.

Para empreender essa análise buscou-se apreender dialeticamente a configuração do Estado brasileiro, especialmente na área que interessa ao objeto deste estudo, a saber, a área da saúde. Intenta-se analisar o que os autores vêm denominando de contrarreformas do Estado, que têm impactado todas as políticas sociais, e mais especificamente, as políticas de seguridade social. Este pano de fundo permite apreender a configuração da política de sangue na atualidade.

Optou-se ainda por apresentar os dados de realidade com foco em dois aspectos primordiais da política de sangue brasileira. O primeiro aspecto se refere à denominada produção hemoterápica nacional, que engloba a produção de hemocomponentes (coleta de sangue e fracionamentos em hemocomponentes) e a medicina transfusional brasileira (transfusão de sangue e procedimentos terapêuticos). O segundo aspecto é a configuração da política de hemoderivados,

que no Brasil adquire maior complexidade a partir da proposta de fabricação nacional pela Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS).

Assim, o item 4.1 apresenta a discussão teórica sobre a contrarreforma do Estado, tendo como norte os estudos de Behring (2008), Netto e Braz (2008), Correia (2015) e Mendes (1999). No item 4.2 buscou-se analisar a produção hemoterápica nacional com foco na distribuição desta produção na hemorrede pública, na hemorrede privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como na hemorrede privada não conveniada ao SUS, onde se observa a tendência a complementaridade invertida. Já no item 4.3 é apresentado um panorama da política de hemoderivados, apontando o alinhamento da HEMOBRÁS tanto ao SUS como ao mercado mundial de hemoderivados.

4.1 O BRASIL EM CONTRARREFORMA: DESMONTE DO CARÁTER PÚBLICO E UNIVERSAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A análise apresentada sobre a contrarreforma no Estado brasileiro visa clarificar o objeto deste estudo, concernente aos limites e contradições do caráter público, não mercantil, da política de sangue na atualidade. Desta forma, busca-se a interlocução com autores que apresentam o termo contrarreforma em oposição ao que se vem denominando, desde os anos 1990, como reforma do Estado, especialmente as “reformas” de fundo estrutural que foram propostas e implementadas nas duas gestões do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que consolidou o projeto neoliberal no Brasil. Diante dessa premissa, é possível apontar os estudos de Behring (2008), Netto e Braz (2008) e Correia (2007) como esclarecedores desse processo.

Behring (2008) apresentam em seu texto o que pode ser apontado como a matriz da contrarreforma do Estado brasileiro, a saber, o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), arquitetado em 1995, no Governo FHC, pelo então ministro Bresser Pereira. Para a autora, as propostas deste plano, apresentado como instrumento de reforma do Estado, “[...] se trata de uma contra-reforma conservadora e regressiva”⁷⁴.

⁷⁴ Ibidem, p. 171.

A base de sustentação ideológica do PDRE, segundo a autora, é a criação de um Estado Social democrático, mas que tenha como sustentáculo um Estado Social liberal, ou seja, o Estado manteria suas responsabilidades na área social, buscando, porém, no mercado a execução terminal dos serviços, incluindo neles os da área social. Desta forma, a lógica do Estado muda, deixando o papel de executor das atividades produtivas e sociais, não exclusivas, e passando para a esfera da coordenação destas políticas.

Nas palavras da autora,

No sentido amplo, propõe-se uma redefinição do papel do Estado. Parte-se do pressuposto de que se ele continua sendo um realocador de recursos, que garante a ordem interna e a segurança externa, tem os objetivos sociais de maior justiça e equidade, e os objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento (BEHRING, 2008, p.178).

Para Behring (2008), longe de garantir a justiça social apregoada, o Estado Social liberal, proposto no Plano Diretor de Reforma do Estado, é funcional à supervalorização da economia, em detrimento das propostas sociais recém-conquistadas pela classe trabalhadora no Brasil, com a Constituição de 1988. Neste aspecto, a autora identifica no PNRE os caminhos que apontam numa direção de retrocesso, a saber: abertura comercial e privatizações das estatais, transferindo para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado; reforma da previdência social, com perda do caráter universal do regime de previdência e introdução da previdência privada, complementar; inovação dos instrumentos de políticas sociais, transferindo para o setor “público não estatal” serviços que não envolvam o exercício do poder de Estado, como educação, saúde, cultura e pesquisa científica; e por fim, a própria reforma do aparelho do Estado, com reforço ao que se denominou de *governance* (administração gerencial, flexível e eficiente).

Behring (2008) identificam ainda nos discursos dos defensores das “reformas” a desqualificação do ambiente de redemocratização do país, que culminou na Carta Constitucional de 1988; esta é apresentada como corporativa e atrasada, requerendo revisões que viabilizem a redução do Estado. Para a autora, entretanto, a crise, utilizada como justificativa para as reformas efetivadas pelo PDRE no governo FHC, é erroneamente identificada como crise do Estado, em uma visão mono causal que é facilmente contestada caso seja utilizada a perspectiva crítica marxista, que apreende as mudanças em curso no capitalismo contemporâneo como

uma “[...] reação do capital ao ciclo depressivo aberto no início dos anos de 1970[...] que pressiona por uma funcionalização do Estado, a qual corresponde a transformações no mundo do trabalho e da produção, da circulação e da regulação” (BEHRING, 2008, p.197).

Nesta perspectiva, na tentativa de retomada das taxas de lucros, o capital investe em três eixos viscerais: a reestruturação produtiva, a mundialização e o neoliberalismo. A reforma do Estado tal como foi e continua sendo conduzida no país seria “[...] a versão brasileira de uma estratégia de *inserção passiva e a qualquer custo* na dinâmica internacional e representa uma *escolha político-econômica*, não um caminho natural diante dos imperativos econômicos”⁷⁵. Verifica-se com isso que o centro da reforma proposta é o ajuste fiscal, favorecedor do capital internacional.

Conforme Netto e Braz (2008), o capitalismo contemporâneo apresenta grandes transformações nos últimos quarenta anos, em que se assiste à mundialização do capital assentado num modo específico de funcionamento: o capital financeiro. Para os autores, tais transformações tiveram origem com o fim das ilusões dos “anos dourados”, que expressaram a onda longa de expansão econômica do pós-Segunda Guerra. Porém, a partir dos fins dos anos 1960, a onda expansiva esgotou-se; contribuiu para este esgotamento o colapso do ordenamento financeiro mundial e o choque do petróleo.

A resposta do capital à onda longa recessiva que se seguiu aos anos dourados, não alterou, conforme pontuam Netto e Braz (2008), o perfil da onda recessiva, permanecendo o crescimento econômico com índices reduzidos, não obstante ter recuperado as taxas de lucros dos grandes capitalistas. É perceptível que as políticas implementadas nos países periféricos, que se configuraram na contrarreforma ora analisada, estão alinhadas à estratégia política global para reverter a conjuntura negativa ao capital.

Netto e Braz sintetizam essas estratégias nos seguintes pontos: ataque ao movimento sindical, reduzindo o poder de barganha da classe trabalhadora; instauração da acumulação flexível (reestruturação produtiva); desconcentração industrial com desterritorialização da produção; e intensa incorporação de tecnologia (avanços técnico-científicos).

⁷⁵ Ibidem, p.198, grifos da autora.

Os autores destacam três implicações desse deslocamento da produção rígida para a produção flexível, a saber: expansão das fronteiras do trabalho coletivo; força de trabalho qualificada e polivalente x desqualificação de diversas atividades laborativas; e gestão da força de trabalho com foco na quebra da consciência de classe. Para os autores, o ônus de todas as medidas adotadas pelo capital recai sobre os trabalhadores, especificamente na redução salarial e na precarização do trabalho.

Para os autores, os novos domínios do capital têm obtido um alcance extraordinário, tanto em nível científico quanto tecnológico. Citam como exemplos a manipulação de engenharia molecular; a biotecnologia; a engenharia genética; as energias alternativas e a nanotecnologia. Os novos monopólios que se formaram têm alto grau de concentração e realizam entre si interações que lhes asseguram interferência nas instâncias de poder político. A política conduzida pela elite orgânica é operacionalizada através das instituições supranacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

Nas palavras dos autores,

O poder de pressão dessas instituições sobre os Estados capitalistas mais débeis é enorme e lhes permite impor desde a orientação macroeconômica, freqüentemente direcionada aos chamados “ajustes estruturais”, até providências e medidas de menor abrangência (NETTO; BRAZ, 2007, p. 225, grifos do autor).

Netto e Braz (2007) afirmam que o capital, no estágio atual, visa romper com todas as barreiras sociopolíticas, objetivando a máxima liberdade para seus movimentos. O conjunto ideológico, designado de neoliberalismo, dá sustentação ao estágio atual do capitalismo; o principal alvo da ideologia neoliberal é o Estado, que passa a ser apresentado como um “trambolho anacrônico” e deve ser reformado.

Na análise dos autores, considerando que a palavra reforma sempre foi empregada em conjunturas de mudanças para ampliar direitos, a partir dos anos 1990, sob o rótulo de reformas, um processo de contrarreformas vem sendo conduzido pelo grande capital, no sentido de propiciar a supressão ou a redução de direitos e garantias sociais. Desmistificando o ataque do capital ao Estado, os autores demonstram que o capital sempre demanda do Estado a defesa de seus interesses; portanto, a ideologia tão amplamente apregoada de Estado mínimo

resulta num **“Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital”** (NETTO; BRAZ, 2007, p. 227, negrito do autor).

Os autores identificam a amplitude do ataque do grande capital às dimensões democráticas da intervenção do Estado em várias frentes: desregulamentação do trabalho; privatização e redução dos sistemas de seguridade social; privatização de complexos industriais lucrativos, representando profunda desnacionalização da economia; e privatização de serviços controlados pelo Estado. Desse modo, as propostas que visavam reformar o Estado brasileiro foram reflexos de uma orientação mundial com vistas à recuperação das taxas de lucro capitalista.

Retornando ao pensamento de Behring (2008) no tocante à contrarreforma brasileira, no que concerne às políticas sociais, o programa de publicização que foi apontado como elemento crucial da PDRE, explicita-se com a criação de agências executivas e organizações sociais, combinadas com o serviço voluntário, tão em voga na política social do governo FHC. Neste arranjo, a autora identifica que o elemento primordial é a “[...] separação entre formulação e execução das políticas, onde o núcleo duro do Estado formula e as agências autônomas implementam”⁷⁶.

O programa de publicização torna os direitos à saúde restrita, ao ignorar a reforma democrática do Estado conquistada na área da saúde na década anterior. Conforme Behring (2008), no campo da saúde, o conceito de universalização excludente confirma-se por meio da dualização: um sistema pobre para os pobres e um padrão de qualidade maior para os que podem pagar pelos serviços mais corriqueiros. A configuração real do setor saúde no Brasil, não obstante o arcabouço jurídico institucional apontar na direção da universalização, baseia-se nos elementos abaixo descritos:

- Subsistema público para os mais pobres;
- Subsistema privado com qualidade mais elevada para quem pode pagar;
- Alta complexidade subsidiada pelo setor público, porém com acesso privilegiado pela rede privada;
- Média complexidade prioritariamente no setor privado, configurada em privatização indireta.
- A privatização via planos de saúde e convênios eleva a política ao patamar de direito de consumidor e não a direito social.

⁷⁶ Ibidem, p.206.

No que se refere ao financiamento das políticas sociais, mais especificamente às políticas de seguridade social em seu conjunto, Behring identifica que o mecanismo de Desvinculação das Receitas da União (DRV), arquitetado no governo FHC, permitiu o desvio de recursos para o setor financeiro, prejudicando os investimentos na área social. O ajuste fiscal configura uma pseudoeconomia de recursos, de forma que os interesses das elites econômicas foram, de fato, protegidos e ampliados.

Correia (2015) salienta que os interesses do capital na área da saúde promoveram uma contrarreforma no setor, um retrocesso para as conquistas históricas da década de 1980, com a influência do Movimento de Reforma Sanitária. Para Correia (2015, p.67), “[...] as raízes da privatização e mercantilização da saúde estão determinadas pelos interesses do capital em usar a saúde como mercadoria e fonte de lucro”.

Ainda conforme a autora, o capítulo da saúde expresso na Constituição de 1988 revela a disputa entre interesses privatistas consolidados e as novas propostas levantadas no âmbito da sociedade civil, de forma que se observa uma ambiguidade da Constituição no que se refere à saúde, visto que ao inaugurar um sistema único de saúde, ao mesmo tempo o franqueia à livre-iniciativa privada (artigo 199, CF/1988).

Desta maneira,

Abriram-se precedentes legais para a continuidade da compra e venda da saúde no livre mercado, e da compra, pelo setor público, de serviços privados; precedentes estes que facilitaram a expansão dos interesses do capital, na área da saúde (CORREIA, 2015, p.71).

Segundo a autora, a meta de progressiva estatização da saúde, proposta na VIII CNS, não foi alcançada nas conjunturas subjacentes, sendo observado o inverso, ou seja, uma progressiva privatização com amplo apoio do Estado. Conforme já pontuado, este contexto regressivo insere-se numa ofensiva do capital para o enfrentamento da crise contemporânea, visando à recuperação das taxas de lucro, de forma que se efetiva o realinhamento das políticas sociais dissociado de seu caráter universal.

Neste processo, o Estado desempenha um papel fundamental ao apoiar a ampliação do setor privado da saúde, utilizando vários mecanismos para este fim, que vão desde a compra de planos de saúde para seus servidores, a subsídios e

isenções fiscais tanto aos grandes hospitais com selos de filantrópicos, como também a pessoas físicas, que contratam individualmente os planos de saúde. Para Correia (2015, p. 72), “[...] todas essas isenções produzem uma soma significativa de recursos que poderiam compor o financiamento da saúde pública”.

As medidas de fortalecimento da rede privada, financiada pelo Estado, incluem ainda programas como Proadi – SUS⁷⁷ e PROSUS⁷⁸, bem como a alocação de recursos na rede privada, que conforme norma constitucional, inscrita no referido artigo 199 da CF/1988, garante que entidades filantrópicas complementem os serviços prestados pelo setor público, quando os recursos públicos forem insuficientes para atender a população. Entretanto, conforme assinala Correia (2015, p.76), “O volume de recursos públicos, alocados na compra de serviços privados filantrópicos pelo setor público, especialmente nos procedimentos hospitalares, demonstra que a referida complementaridade está invertida”.

Este cenário reatualiza o modelo de saúde já vivenciado no Brasil durante o regime militar e que foi alvo de críticas dos movimentos que lutaram pela reforma sanitária. Assim, a complementaridade invertida, na visão de Correia (2015, p.77), “[...] tanto contraria a Constituição de 1988, como contradiz um dos pilares da Reforma Sanitária brasileira, pois, ao invés da progressiva estatização da saúde, tem ocorrido um processo de progressiva privatização [...]”.

Para Correia (2015), no contexto atual do capitalismo, a busca incessante por lucros encontra na área da saúde uma fonte rentável; desta forma, sob o manto de Cobertura Universal em Saúde (CUS), apregoada pelos organismos internacionais, escondem-se interesses mercadológicos que “[...] transformam o acesso universal pela via do direito social em acesso pela via do mercado” (CORREIA, 2015, p.83). Tais arranjos fragilizam o projeto de Reforma Sanitária brasileira, pois se achamna contramão da estatização progressiva.

Destaca-se, portanto, que as mudanças operadas no setor saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram a possibilidade de cobertura universal de saúde em todos os níveis de complexidade para o conjunto da

⁷⁷O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) foi lançado em 2009; hospitais privados de reconhecida excelência nacional receberam investimentos governamentais, na ordem 976 milhões de reais, para desenvolver projetos em diversas áreas do SUS.

⁷⁸O PROSUS foi criado pela lei 12.873/2013 e visa ao fortalecimento de entidades privadas filantrópicas e das entidades sem fins lucrativos que atuam na área da saúde e participam de forma complementar ao SUS. Com esta lei, as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos que estavam em situação financeira difícil obtiveram a moratória de suas dívidas vencidas.

população brasileira, exigindo a ampliação de serviços públicos em todas as esferas de governo. Entretanto, nos anos que se seguiram à promulgação da Constituição de 1988, inaugura-se no país a inserção de políticas sociais e econômicas baseadas no modelo neoliberal, com desmonte e desrespeito ao arcabouço progressista recentemente conquistado.

Neste sentido, a legislação do SUS torna-se contraditória ao considerar o direito universal à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e ao mesmo tempo manter a permissão para a exploração de atividade econômica no setor, instituindo a saúde como mercadoria explorável.

Conforme Costa (2007, p. 94),

O Sistema Único de Saúde nasceu com o desafio de se efetivar em meio à proposta de Reforma do Estado; à ausência de percentuais mínimos de recursos destinados à saúde; a sucessivos cortes de orçamento; à precarização dos investimentos na capacidade de atendimento e na manutenção da rede de serviços; à política de corte de pessoal nos estados – denominada de Programa de Demissão Voluntária (PDV); à falta de medicamentos e ao montante de recursos aplicados no setor privado.

A análise realizada por Mendes (1999) sobre as mudanças operadas na área da saúde nos anos de 1980 explicita a penetração do projeto neoliberal nos rumos das políticas socioeconômicas, com forte repercussão para o sistema de seguridade social do Brasil. Para o autor, os dois projetos de saúde em disputa nos anos que antecederam à elaboração da nova Carta Constitucional de 1988 eram o modelo médico assistencial privatista, consolidado especialmente durante o regime militar, e o projeto neoliberal, que abrangendo parte da ideologia proposta pela reforma sanitária, acabou por se configurar no país no decorrer dos anos 1990.

Essa análise clarifica a permanência dos interesses divergentes no Sistema Nacional de Saúde brasileiro, que se em termos legais e regimentais aponta para uma política de saúde universal, em termos operacionais promove a operação de subsistemas, de caráter racionalizador, seletivos e marcados pelo que se denominou de “universalização excludente”. Conforme Mendes (1999, p. 59), “[...] no final dos anos 1980, está consolidado o projeto neoliberal da saúde, composto por três subsistemas: o subsistema de alta tecnologia, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema público”⁷⁹.

⁷⁹ Para um maior aprofundamento sobre a configuração destes subsistemas e o entrelaçamento entre eles no projeto hegemônico de saúde com orientação neoliberal, conferir Mendes (1999). No que

As políticas de cunho neoliberal também incidem na hemoterapia e se refletem na estagnação dos serviços públicos e no crescimento dos serviços privados que operam conveniados ao SUS, especialmente no tocante à realização de transfusões em leitos SUS, nos hospitais privados conveniados.

A recuperação histórica da construção da política de sangue brasileira, articulada à dinâmica dos movimentos sociopolíticos na área da saúde, nas diferentes conjunturas, realizada na primeira seção, permitiu compreender as correlações de forças presentes na área da saúde desde o início do século XX, visando à consolidação de um sistema de saúde que atenda aos interesses do mercado, ou, na contramão, aos interesses da ampla maioria da população. É válido destacar neste movimento o protagonismo dos movimentos sociais, que atrelados a uma visão sanitária, imprimem à política de sangue, em seu aparato legal, o caráter não comercial.

Não obstante a orientação neoliberal imposta à área da saúde nas últimas décadas do século XX e na virada dos anos 2000, constata-se na Política Nacional de Sangue uma dualidade entre a proposição legal e o instituído em termos operacionais. Nos próximos itens serão discutidos os limites e as contradições da política de sangue brasileira na atualidade, apresentando os dados de realidade concernentes à produção hemoterápica nacional, a fim de subsidiar as assertivas efetuadas na presente seção, que apontam para a forte influência do mercado na prestação de serviços hemoterápicos no Brasil.

4.2 A COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA NA HEMOTERAPIA BRASILEIRA

Neste item, busca-se demonstrar, à luz dos dados consolidados sobre a produção hemoterápica nacional, como se configura a política de sangue brasileira no tocante aos limites e contradições para o caráter público e não mercantil. A partir do conceito de estatização progressiva, proposto pelo Movimento Sanitário na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, e da análise realizada por Correia (2015),

se refere aos objetivos deste estudo, cabe assinalar o reconhecimento, dentro da hemoterapia, da coexistência de modelos de assistência hemoterápica nos três níveis de atenção assinalados pelo autor, tornando complexo o entendimento da permanência do mercado em um setor com explícita proibição legal de comercialização dos produtos resultantes da manipulação do sangue. O fato de ser a hemoterapia indispensável à operacionalização de qualquer serviço hospitalar pode ser uma explicação razoável para a manutenção de uma operação “não lucrativa” na fatia de mercado que se reproduz na efetivação do lucro. Entretanto, não se pode excluir a possibilidade de lucros embutidos e velados pelos custos operacionais.

que apresenta a saúde brasileira a operar em complementaridade invertida, foi possível pontuar os aspectos concernentes ao setor hemoterápico. Os dados levantados nas fontes oficiais do Ministério da Saúde demonstram que a tendência privatizante, no interior do SUS, já é uma realidade na hemoterapia brasileira, sendo considerada neste texto como uma contradição da política ora estudada.

A produção hemoterápica brasileira é o consolidado de tudo quanto se produz a partir da manipulação do sangue humano, compreendendo a coleta do sangue total ou por aférese, o fracionamento deste sangue em diferentes hemocomponentes e a transformação industrial de parte dos hemocomponentes em hemoderivados. Soma-se a esta produção o que se denomina medicina transfusional, ou seja, os processos de aplicação dos componentes sanguíneos (transfusões) e as terapias clínicas que exigem a manipulação do sangue, sendo as mais conhecidas as aféreses terapêuticas e as sangrias terapêuticas.

Neste estudo, a análise da produção hemoterápica nacional tem como foco apreender a distribuição desta produção nos diferenciados tipos de serviços de hemoterapia, levando em conta o caráter público e/ou privado das instituições prestadoras, de forma a esclarecer como se processa o financiamento dessas atividades. Dadas as diversificadas atividades que compõem a área hemoterápica, o texto apresenta a consolidação dos dados já produzidos pelo Ministério da Saúde, no tocante a coletas de sangue e medicina transfusional, embora a gama de atividades desenvolvidas nos setores que compõem o SINASAN seja abrangente, envolvendo desde a produção de equipamentos médicos (bolsas de sangue, instrumentos para transfusões etc.) até a produção de biotecnologia e pesquisas de ponta nas áreas biológica e molecular.

Ressalta-se, na apresentação dos dados abaixo, a análise do caráter público da política nacional de sangue, que em consonância com a legislação vigente apresenta um caráter não comercial. Os dados lidos a partir desta ótica evitam a interpretação equivocada de que o sangue humano no Brasil estaria sendo objeto de comercialização. Os valores pagos no tocante à produção hemoterápica nacional são identificados como ressarcimento de custos operacionais, e conforme a lei 10.205, não são considerados comercialização.

Entretanto, a análise criteriosa dos dados produzidos permite identificar contradições para o caráter público da política, sendo possível observar a tendência privatizante, no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), o que debilita o caráter

não mercantil. É importante fazer uma análise separada entre a produção hemoterápica que se destina às transfusões sanguíneas, que tem clara proibição de comercialização, e a produção de hemoderivados sanguíneos, dado o caráter ainda comercial desta produção (compra dos produtos acabados na indústria internacional) e a distribuição gratuita no SUS dos produtos gerados a partir do sangue brasileiro, em caráter de cooperação técnica (transferência de tecnologia).

Os serviços de hemoterapia são classificados pelo Sistema Nacional de Sangue (SINASAN) de acordo com sua natureza (pública; privada com fins lucrativos; privada sem fins lucrativos; e filantrópicos). Outro fator importante de análise se refere ao vínculo desses serviços com o Sistema Único de Saúde (SUS). A Hemorrede Nacional é composta por serviços que atendem os usuários do SUS, sendo estes serviços de natureza pública ou privada contratada ao SUS, bem como por serviços que atendem os usuários da iniciativa privada, seja através de planos de saúde ou reembolso direto. É comum observar ainda serviços de hemoterapia que atendem às duas redes (SUS e privado).

A ausência de um sistema de informações que abranja toda a hemorrede nacional faz com que os dados consolidados pelo SINASAN não correspondam à totalidade do que se produz no país em termos hemoterápicos. A fonte de dados consolidados pelo Ministério da Saúde no tocante à hemoterapia são os “Cadernos de Informações – Sangue e Hemoderivados: Produção Hemoterápica”, editados anualmente pela Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (CGSH/MS). Nestes relatórios é possível encontrar a produção informada pelos serviços de hemoterapia, no tocante às doações e transfusões de sangue, bem como a distribuição desta produção em cada estado da federação, considerando a natureza das instituições prestadoras. Em relação à produção aprovada e paga pelo SUS, foi necessário utilizar diretamente o Sistema Data/SUS, porquanto o Ministério da Saúde não dispõe de publicações que consolidem o financiamento da hemoterapia de forma detalhada.

Os “Cadernos de Informações – Sangue e Hemoderivados: Produção Hemoterápica” tiveram a primeira edição publicada em 2007, apresentando os dados consolidados nos anos de 2004 a 2006 na hemorrede pública. O primeiro caderno foi publicado pela CGSH, em parceria com a Empresa Brasileira de Hemoderivados (HEMOBRÁS), e apresenta o quantitativo de doações e transfusões por regiões administrativas e natureza da instituição (pública e privada contratada

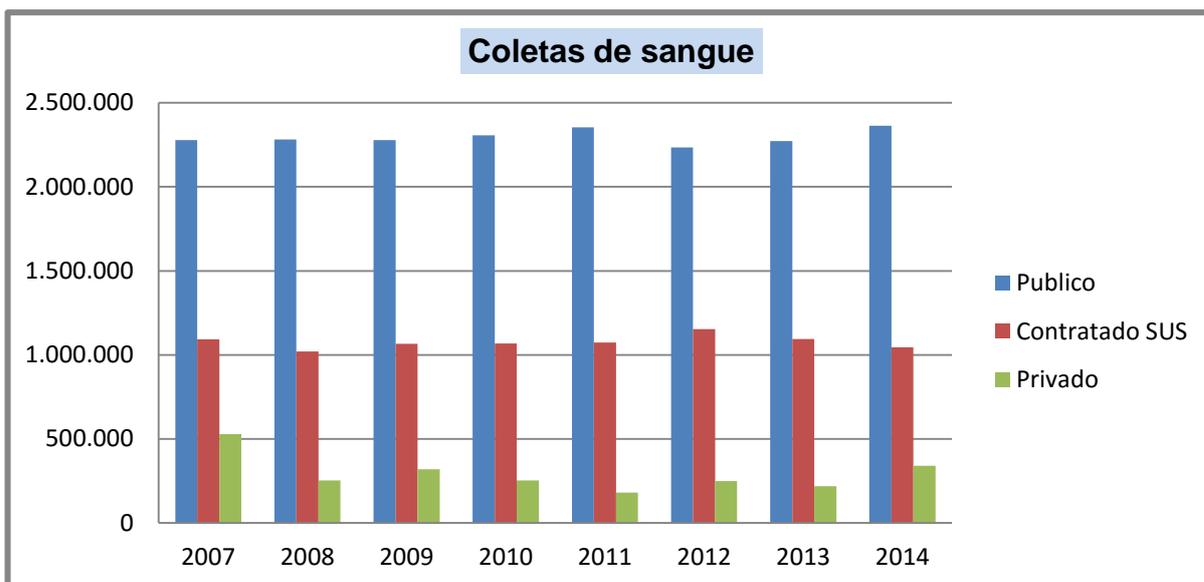
pelo SUS). As fontes de informações da primeira edição dos cadernos foram Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS(SIH/SUS) e a Base Demográfica – Projeções Intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A partir da segunda edição (2008), os Cadernos passam a disponibilizar a produção anual da hemorrede nacional (serviços públicos, privados e filantrópicos contratados pelo SUS, bem como os serviços privados não contratados pelo SUS). Cabe destacar que os dados da rede privada não contratada pelo SUS são disponibilizados pela Associação Brasileira de Bancos de Sangue (ABBS), instituída em 1998 com o intuito de representar os serviços privados de hemoterapia. Conforme relatório dos cadernos, a produção da rede privada apresentada anualmente não corresponde à totalidade dos serviços associados, o que resulta em subnotificação no quantitativo apresentado.

A apresentação dos gráficos abaixo, referentes aos dados pesquisados na produção hemoterápica nacional e o destaque no recorde da produção hemoterápica no estado de Alagoas, permite a visualização e a análise crítica dos dados coletados. Inicialmente, foram construídas tabelas tendo como fonte os “Cadernos de informações: sangue e hemoderivados”, publicadas na página eletrônica do Ministério da Saúde e no Sistema DATA/SUS. A partir dos dados das tabelas foram construídos gráficos. Os valores absolutos das tabelas estão disponibilizadas nos apêndices.

Nos Gráficos 6 a 10, são apresentados os dados referentes à frequência de coletas de sangue realizadas no Brasil, considerando a natureza da instituição prestadora de serviço, a distribuição regional e os valores pagos pelas modalidades dos procedimentos. O período estudado refere-se aos anos de 2007 a 2014 na análise do quantitativo. Para a análise da distribuição regional foram considerados os anos de 2013 e 2014. Já no quesito financiamento foi estudado o período de 2013 a 2015. Os valores absolutos referentes às coletas de sangue estão disponíveis nos apêndices A, C,E,G,H,I,J e K.

Gráfico 6 – Coletas de sangue, Brasil, 2007 a 2014



Fonte: Cadernos de informações: Sangue e Hemoderivados, CGSH 2ª a 9ª edições

Analisando inicialmente as coletas de sangue realizadas no Brasil, como se observa no gráfico 6, constata-se que a rede pública de hemoterapia é a responsável pela grande maioria das coletas no país. Este fato é justificado especialmente por concentrar as coletas nos hemocentros, que como serviços coordenadores da política de sangue estão sob a administração direta dos estados. Estes serviços têm ainda sobre sua responsabilidade as coletas externas, realizadas através de unidades móveis, o que permite aumentar o quantitativo das coletas de sangue. A legislação não permite coletas por unidade móvel para os serviços de hemoterapia de natureza privada, conforme estabelece o artigo 3º da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC 151 de 2001).

Percebe-se uma leve oscilação em relação ao número absoluto de doações de sangue no país. Isso demonstra que, embora a política de sangue brasileira apresente como desafio a consolidação da produção nacional de medicamentos hemoderivados e para tanto se projete a necessidade de dobrar a produção nacional de hemocomponentes a serem utilizados como matéria-prima para a indústria, não se verifica nos dados consolidados esta tendência de aumento das coletas, sendo observada até mesmo uma queda no número de coletas nos anos de 2012 e 2013, com leve recuperação em 2014.

No que se refere a coletas de sangue na rede privada, é importante destacar duas questões que desafiam o caráter universal da política de sangue, enquanto

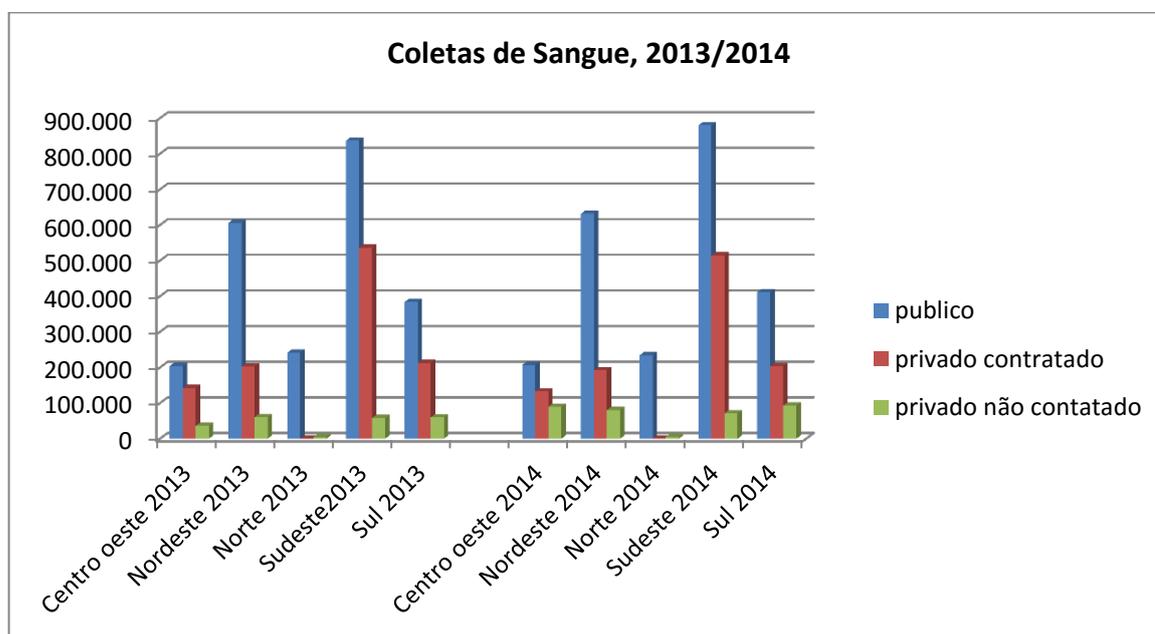
uma prática não mercantil. A primeira se refere aos serviços de hemoterapia conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), que conforme o gráfico representa em torno de 30% das coletas realizadas no país. Considerando que a comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, conforme já discutido, é terminantemente proibida no país, o convênio com o Sistema Único de Saúde, permitiu a sobrevivência destes serviços através do recebimento de recursos com vistas à cobertura dos custos operacionais. Por outro lado, o repatriamento dos recursos do SUS via contratualização entre os prestadores de serviços de saúde indica a opção pela política neoliberal praticada no país nas últimas décadas, que promove a alocação de recursos para a qualificação dos serviços públicos, que poderiam estar atendendo esta demanda em rede própria.

A segunda questão que merece destaque concerne ao serviço de hemoterapia não conveniado ao SUS. No gráfico apresentado evidencia-se a ausência de controle pelo Sistema Nacional de Sangue sobre o que é produzido, e especialmente sobre os preços praticados para a cobertura dos custos operacionais. É importante destacar que, conforme dados já apresentados na primeira seção, esses serviços têm o registro e acompanhamento da Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA), recebendo a autorização anual para o funcionamento.

Assim, como todos os estabelecimentos de saúde compõem o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, todos os serviços de hemoterapia que fazem parte da hemorrede nacional estão sob o controle do Estado. Entretanto, as falhas identificadas no envio de dados sobre a produção denotam a ausência de fiscalização efetiva.

O gráfico 7 apresenta o quantitativo de coletas de sangue referentes aos anos de 2013 e 2014, por região administrativa e natureza da Instituição. O gráfico foi construído tendo como base as 8ª e 9ª edições dos “Cadernos de Informações: Sangue e Hemoderivados”, publicados ambos no ano de 2015 no Portal Saúde/MS. Optou-se por detalhar os dados mais recentes que foram consolidados pelo MS, fazendo um comparativo, no sentido de identificar a configuração da política na atualidade, levando em consideração as diferenças regionais. A análise está focada na identificação da natureza das instituições prestadoras em cada região e o vínculo com o SUS, bem como no quantitativo de coletas de cada estado federado.

Gráfico 7 – Coletas de Sangue. 2013/2014, Brasil, por região administrativa e natureza da Instituição



Fonte: “Cadernos de Informações: sangue e Hemoderivados”, 8ª e 9ª edições (Construída pelo autor)

Analisando os dados do gráfico 7, referente às coletas de sangue realizadas pela hemorrede nacional, e considerando as regiões administrativas do Brasil e a natureza das instituições prestadoras de serviços hemoterápicos, é possível tecer algumas considerações importantes no que se refere à análise do caráter público da política de sangue na atualidade. A primeira delas, e que se destaca na leitura visual do gráfico, é a disparidade regional em relação à cobertura assistencial na área hemoterápica, o que se explica, entre outros fatores, pela densidade populacional.

Na região Norte as coletas de sangue são majoritariamente realizadas pela rede pública (98,25% em 2013 e 97,47% em 2014). Na análise global das nove edições dos “Cadernos de informações”, verifica-se que até o ano de 2012, 100% das coletas de sangue da região Norte foram realizadas na rede pública. Em 2013 foi informado um percentual pequeno (1,75%) de coletas por serviço privado não contratado pelo SUS; em 2014 esse índice sobe para 2,16% e acrescentam-se informações de coleta em serviço privado conveniado ao SUS, num montante pequeno de coletas (0,37%). É importante destacar que embora a produção destes serviços represente um pequeno percentual, isso demonstra a tendência da crescente presença da iniciativa privada na área hemoterápica.

Na região Nordeste, que apresenta a segunda maior cobertura da rede pública em termos de coletas de sangue, verifica-se uma disparidade entre os estados. A média da região para a cobertura pública é de 69,74% em 2013 e 69,81% em 2014. Entre os nove estados que compõem a região, dois deles só apresentam coletas na rede pública (PB e PI), três apresentam coletas na rede pública com índices acima de 80% (AL, CE e MA), e quatro estados apresentam produção na rede privada não conveniada ao SUS acima de 20%. O estado de Sergipe aparece no relatório de 2013 e 2014 com 0% de coletas na rede pública⁸⁰. A análise desta região requer atenção, dada a disparidade socioeconômica de seus estados-membros. É possível observar que os estados mais desenvolvidos têm uma cobertura hemoterápica com configuração público-privada.

A região Centro-Oeste apresenta a menor cobertura da rede pública no tocante a coletas de sangue (53,36% em 2013 e 48,21% em 2014). Contribui para este índice o estado de Goiás, que apresenta a complementaridade invertida (45,05% das coletas em 2014 foram efetuadas por serviços privados contratados, contra 24,33% por serviço público); ao mesmo tempo, neste estado, o serviço privado não contratado corresponde a 30,57%, o maior índice nacional. Já o estado de Mato Grosso do Sul tem as coletas realizadas em instituições 100% públicas. Comparando com os demais estados do Brasil, é o menor índice de cobertura pela rede pública, e o maior índice da rede privada não contratada.

A região Sudeste apresenta um quadro diferenciado para cada unidade federada. No Espírito Santo as coletas são realizadas de modo mais uniforme pelos três tipos de prestador (público, 43,17%; privado contratado, 38,53%; e privado não contratado, 18,30% – dados de 2013). Em Minas Gerais prevalece o setor público, com 87,06% das coletas. No Rio de Janeiro o público responde por 78,98% das coletas e o setor privado não contratado (16,87%) supera o setor privado contratado (9,15%), o que é um diferencial na região. Em nota publicada nos “Cadernos”, informa-se que no Sistema SIA/SUS o Hemocentro do Rio de Janeiro (HEMORIO) é cadastrado como privado contratado ao SUS por ser uma fundação, mas na publicação dos “Cadernos” o quantitativo obtido para este serviço é subtraído do

⁸⁰No estado de Sergipe a administração do hemocentro está sob a gestão da Fundação de Saúde Parreira Hortas (FSPH), que tem razão social de direito privado. Até a 7ª edição dos “Cadernos de informações” este estado apresentava a produção na rede pública, porém nas 8ª e 9ª edições todo o quantitativo achava-se direcionado para a rede privada conveniada. Não é possível identificar na leitura do “Caderno” se houve uma migração da natureza do hemocentro ou um erro no relatório do MS, visto que este não apresenta nota explicativa para tal mudança.

privado e somado ao público, por se tratar, na avaliação da CGSH, de uma instituição pública. O mesmo cálculo é efetuado para o hemocentro de Santa Catarina (HEMOSC). Em São Paulo os dados de 2014 revelam a prevalência do privado contratado ao SUS, com 49,34% das coletas, seguido do setor público, com 48,94%, o que revela a complementaridade invertida. O setor privado não contratado corresponde apenas a 1,72%.

Na região Sul identifica-se uma cobertura hemoterápica diferenciada para cada um dos três estados federados. Na análise global da região, as coletas de sangue foram majoritariamente realizadas na rede pública (58,50% em 2013 e 58,08% em 2014). Considerando os estados, verifica-se em Santa Catarina que 97,58% das coletas são realizadas pela rede pública e 2,42% pela rede privada contratada, estando ausentes dados sobre a rede privada não contratada ao SUS neste estado. Conforme já citado, o hemocentro de Santa Catarina é cadastrado como privado no Sistema SIA/SUS, porém é considerado pela SINASAN como uma entidade pública. No Paraná, a rede pública realizou em 2014 50,26% das coletas, seguida da rede privada não conveniada ao SUS, com 25,20%, que superou a rede pública conveniada com índice de 24,54%. Já no Rio Grande do Sul, em 2014 a rede pública realizou 50% das coletas e a rede privada conveniada, 47,16%. A cobertura de rede privada não contratada é pequena, com apenas 2,84%.

A análise da cobertura assistencial hemoterápica por região administrativa revela a tendência privatizante nas regiões mais desenvolvidas do país, onde os modelos de gestão público-privado vêm se consolidando. Ao mesmo tempo, demonstra a importância dos hemocentros no atendimento das coletas de sangue, ficando evidenciado que a doação de sangue, que em essência deve ser voluntária, é dirigida preferencialmente aos serviços públicos. Mesmo em localidades onde existe a presença dos serviços privados, estas coletas na maioria dos estados não supera o quantitativo realizado na rede pública.

Cumprido destacar o alto índice de subnotificação da rede privada. Conforme nota técnica publicada nos "Cadernos", dos 35 serviços credenciados pela ABBS em 2013, apenas 22 serviços enviaram dados sobre produção, e em 2014 apenas 28 serviços informaram sua produção, o que influencia no percentual de cobertura apresentado. Outro ponto que merece destaque neste sentido é a existência de serviço de hemoterapia com natureza privada, não afiliado à ABSS, já que esta não é obrigatória.

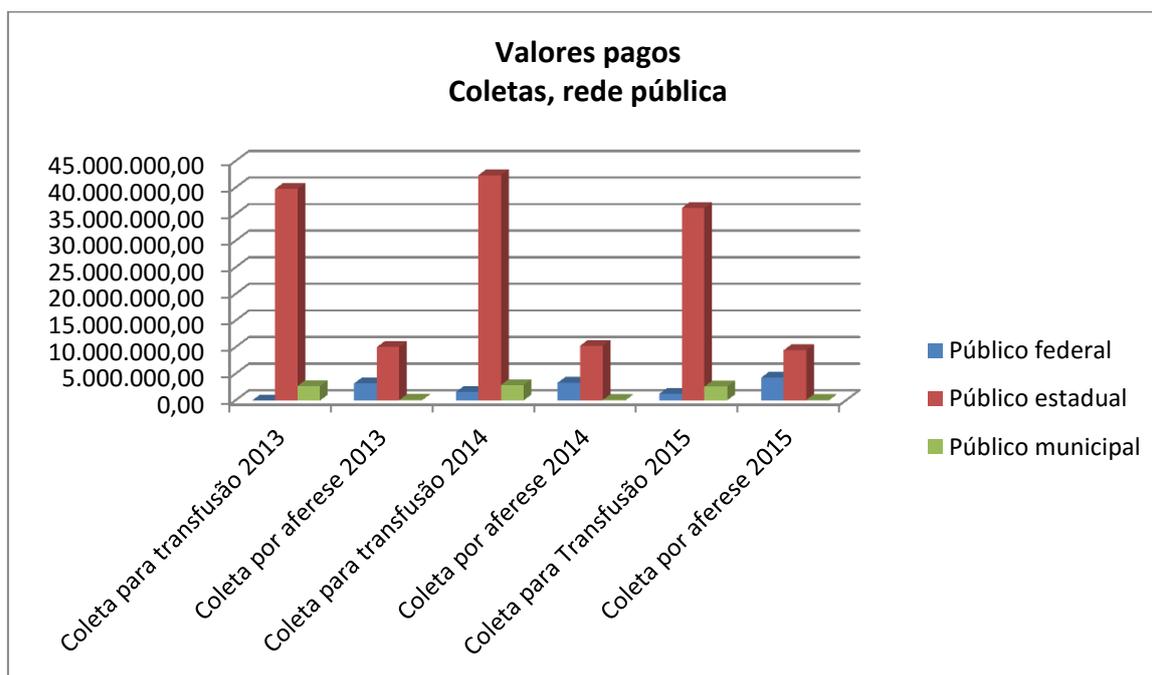
O financiamento das atividades hemoterápicas é um indicador importante nos objetivos deste estudo, porquanto permite visualizar a distribuição dos recursos nos diferentes tipos de serviços hemoterápicos. Os gráficos 8 e 9 expõem os valores pagos aos serviços hemoterápicos para o ressarcimento dos custos operacionais das coletas de sangue. Conforme o padrão já apresentado, os serviços foram classificados de acordo com a natureza das instituições prestadoras. É importante destacar que os valores apresentados foram catalogados no sistema Data/SUS e se referem exclusivamente aos serviços executados e pagos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa não encontrou dados consolidados referentes ao financiamento da hemoterapia na rede privada não contratada, especialmente porque se trata de serviços com a lógica da livre-iniciativa, onde os cálculos dos valores referentes a custos operacionais dependem de fatores econômicos ligados ao mercado consumidor, que consideram o nível técnico de especialização dos serviços, bem como a concorrência, própria do sistema capitalista.

No que se refere ao financiamento da rede SUS, é possível observar que os valores aprovados seguem a tabela SIA/SUS, que remunera as atividades por procedimentos realizados, em âmbito ambulatorial. No módulo coleta de sangue, a tabela apresenta duas modalidades, a saber: coleta de sangue para transfusão (Procedimento 0306010011, valor unitário R\$ 22,00) e coleta de sangue para transfusão com processadora automática (Procedimento 0306010020, valor unitário R\$ 504,90), também denominada coleta por aférese. No apêndice estão disponibilizadas tabelas com o detalhamento dos valores pagos referentes às coletas de sangue nos anos de 2013 a 2015.

Optou-se por construir gráficos conforme os valores identificados na pesquisa, de forma a facilitar a visualização do financiamento dos serviços hemoterápicos, permitindo uma análise qualitativa dos dados. No gráfico que aborda os serviços públicos, considerou-se a gestão dos serviços (estadual, federal e municipal), e no gráfico que analisa a rede privada, a finalidade da instituição (com fins lucrativos, sem fins lucrativos e filantrópicos, com selo de CNAS).

Gráfico 8 – Coletas de sangue para transfusão. Rede pública. BRASIL, 2013 a 2015

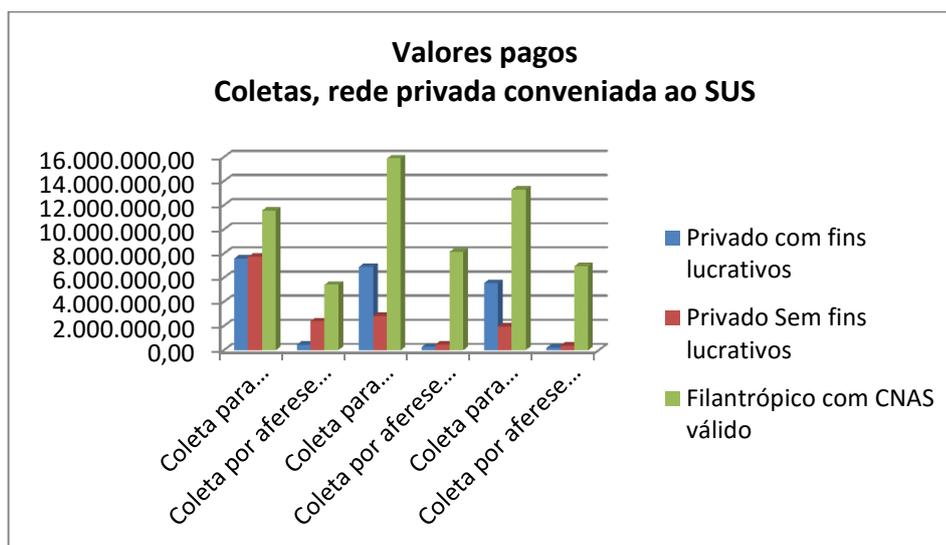


Fonte: Sistema DATA/SUS(gráfico construído pelo autor)

Conforme o gráfico 8, na hemorrede pública prevalecem as coletas realizadas pela gestão estadual, o que se justifica, visto que os hemocentros coordenadores e regionais estão majoritariamente sob a gestão das Secretarias Estaduais de Saúde (SAS). A rede pública federal, composta majoritariamente pelos hospitais de ensino, tem um quantitativo de coletas inferior à rede municipal, porém, as coletas por aférese apresentam um maior número e, conseqüentemente, um maior número de recursos pelo grau de especificidades.

O volume de recursos pagos depende da aprovação pelo SUS, que é informada pelos serviços conveniados. De acordo com o gráfico, houve uma queda nos recursos pagos relativos à coleta de sangue no ano de 2015.

Gráfico 9 – Coletas de sangue para transfusão. Rede privada. BRASIL 2013 a 2015

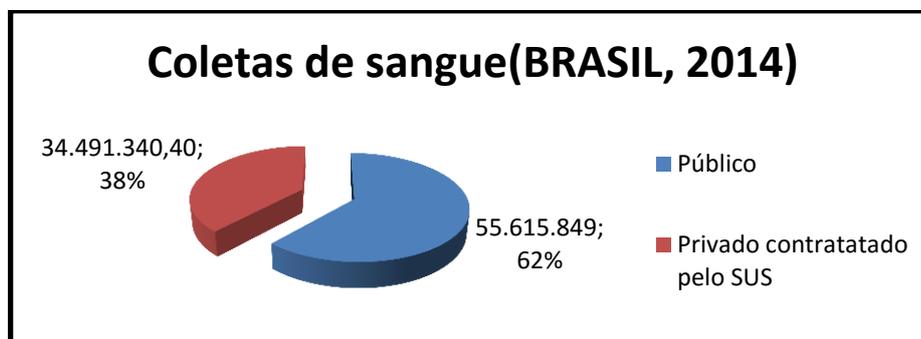


Fonte: Sistema DATA/SUS(gráfico construído pelo autor)

No gráfico 9 verifica-se que, na rede privada conveniada ao SUS, o maior volume de recursos nos três anos estudados é direcionado para os serviços filantrópicos, seja na coleta para transfusão, seja na aférese. Em 2013 o volume de recursos destinados aos serviços privados sem fins lucrativos equipara-se ao destinado aos privados com fins lucrativos(em torno de R\$ 8.000,000,00). Nos anos seguintes, cai o percentual de recursos para a rede privada(com e sem fins lucrativos) e elevam-se os recursos para a rede filantrópica. Em 2015 os recursos sofrem queda nas três modalidades de serviços, assim como se observou na rede pública. No tocante à coleta por aférese em 2014 e 2015, apenas os serviços filantrópicos receberam recursos significativos nesta modalidade de coleta.

O gráfico 10 foi construído a partir do dados consolidados no ano de 2014, objetivando permitir a visualizaçãoda distribuição dos recursos pagos pelo SUS no módulo coleta de sangue, considerando a distribuição na rede pública e privada conveniada ao SUS.

Gráfico 10 –Recursos pagos pelo SUS (Módulo coleta de sangue). Ano 2014



Fonte: SISTEMA DATA/SUS(gráfico construído pelo autor)

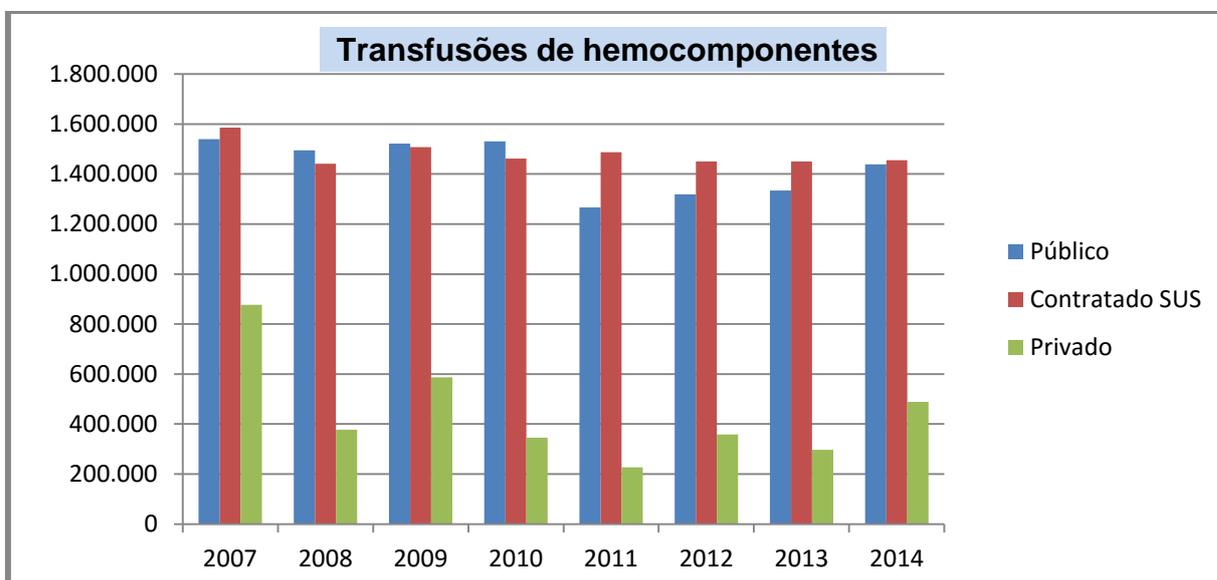
Na análise global do financiamento dos custos operacionais para coletas de sangue no Brasil, é possível observar, considerando o ano de 2014, que 62% dos recursos destinados a coletas de sangue no Brasil foram aplicados na rede pública, com administração direta do estado, e 38% na rede privada contratada. Este dado é relevante para a análise do objeto deste estudo, pois embora os hemocentros hajam sido criados para a absorção das coletas voluntárias de sangue, ainda se faz necessária a presença de uma ampla rede de serviços privados, que complemente os serviços do SUS. As oscilações identificadas no quantitativo de coletas apresentadas e também aprovadas pelo SUS, nos oito anos estudados, não revelam mudanças significativas que favoreçam a absorção da demanda pela rede pública.

É importante salientar que os contratos de gestão com fundações de direito privado constituem um fator importante que não aparece nos gráficos apresentados pelo SINASAN, mas que reflete quando se observa o financiamento das coletas, em virtude da compreensão diferenciada da natureza das instituições pelo Sistema DATASUS, e pelo corpo técnico do Ministério da Saúde, que edita os cadernos de Informações, sangue e hemoderivados.

Outro ponto que merece destaque na análise dos gráficos apresentados acima é a complementaridade invertida que se verifica em alguns estados brasileiros onde a coleta de sangue é majoritariamente executada por serviços privados, que deveriam, por lei, complementar o SUS apenas na ausência de possibilidade de cobertura assistencial em rede própria. O que se observa é a tendência privatizante, no interior do SUS, da política de sangue. Este fato fica mais evidenciado na análise sobre medicina transfusional, conforme será exposto abaixo.

No tocante à medicina transfusional, nos gráficos 10 e 11 são apresentados os dados referentes à frequência de transfusões e procedimentos terapêuticos realizados no Brasil, considerando a natureza da instituição prestadora de serviço, a distribuição regional e os valores pagos pelas modalidades dos procedimentos. Na análise do quantitativo, o período estudado refere-se aos anos de 2007 a 2014; na análise da distribuição regional foram considerados os anos de 2013 e 2014, e no quesito financiamento foi estudado o período de 2013 a 2015. Os valores absolutos referentes à medicina transfusional estão disponíveis nos apêndices B,D, F, L e M.

Gráfico 11 – Transfusões, Brasil, 2007 a 2014, por natureza da instituição prestadora



Fonte: Cadernos de Informações: Sangue e Hemoderivados, CGSH 1ª a 9ª edições

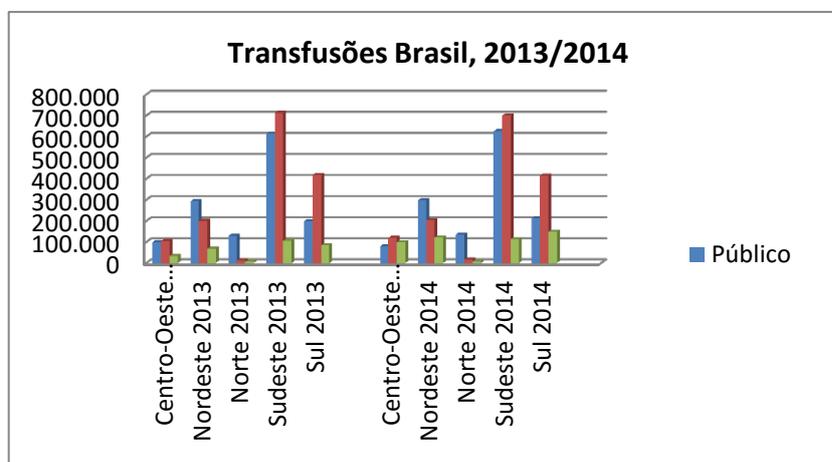
A análise crítica dos dados apresentados no gráfico 11 evidencia a presença marcante da rede privada nas prestações de serviços referentes ao módulo transfusional. Verifica-se também que a produção hemoterápica nacional ao longo do período estudado não é estável em termos quantitativos, havendo oscilações importantes a cada ano. No ano de 2011 constatou-se uma queda no número de procedimentos na rede pública, com uma leve recuperação nos anos subsequentes. As transfusões realizadas na rede privada contratada pelo SUS também apresentam oscilações nos números absolutos, porém só foram superados pela rede pública nos anos de 2008 a 2010. Na rede privada não contratada constata-se que no ano de 2007 o número de transfusões, que se situava em torno de oitocentos mil, caiu, mas, conforme já salientado, trata-se de subnotificação.

É importante pontuar que a diminuição no número de transfusões não implica necessariamente uma deficiência, podendo significar uma política positiva de hemovigilância, na qual a prescrição de transfusões sobre a rigorosa avaliação de comitês transfusionais estabelece o uso de sangue em casos de real necessidade. Entretanto, a ausência de dados consolidados com esta nota explicativa pode evidenciar também a dificuldade dos serviços para atender às demandas geradas no país.

Conforme já visto, no que se refere à análise global das transfusões realizadas no Brasil, foi identificado que os serviços privados operam no SINASAN em uma complementaridade invertida, tendência que vem se confirmando ao longo dos anos estudados. Na análise regional, são identificadas diferenciações importantes que merecem ser destacadas.

O gráfico 12 mostra o quantitativo de transfusões de sangue realizadas nos anos de 2013 e 2014, considerando a região administrativa e a natureza das instituições prestadoras de serviços. A leitura do gráfico permite apontar em que regiões do país a complementaridade invertida já é uma realidade e onde a rede pública ainda possui hegemonia na prestação de serviços. Vale destacar que enquanto as coletas de sangue são realizadas em âmbito majoritariamente ambulatorial, as transfusões podem ser realizadas tanto em pacientes ambulatoriais como no âmbito hospitalar, tornando o módulo transfusional mais complexo, por depender da gestão dos hospitais que realizam a transfusão.

Gráfico 12 – Quantitativo de transfusões de sangue por região administrativa. Brasil. 2013/2014



Fonte: Cadernos de Informações sangue e Hemoderivados, 8ª e 9ª edições

A análise do gráfico 12 permite destacar que, no tocante às transfusões de sangue, a complementaridade invertida evidencia-se em três das cinco regiões administrativas do Brasil. A região Sul é o exemplo mais contundente, onde se observa a prevalência de oferta de transfusões aos usuários do SUS pela rede privada (59,62% em 2013 e 53,53% em 2014).

Chama a atenção no gráfico ainda a região Sudeste, tanto pelo volume de procedimentos realizados, em virtude da grande densidade populacional, como, especialmente, na análise em questão da relação público/privado. Nos anos estudados, os serviços privados contratados pelo SUS constituem a maioria (49,76% em 2013 e 48,63% em 2014), seguidos do público.

Na região Norte, assim como as doações, as transfusões de sangue também são majoritariamente ofertadas pela rede pública (84,34% em 2014). Os estados do Amazonas e do Pará apresentam a maior participação da rede privada contratada ao SUS, e exclusivamente no Pará existe produção da rede privada, filiada à ABBS. No estado de Roraima, 100% das transfusões foram realizadas no serviço público.

Na região Centro-Oeste verifica-se uma migração das transfusões do setor público para o privado: em 2013 a rede pública respondia por 41,95% dos procedimentos, e em 2014 passou a responder por 26,52%. O setor privado contratado teve uma variação de dois pontos percentuais, e o privado não contratado pelo SUS passou de 13,86% em 2013 para 33,26% em 2014. Verifica-se ainda que até 2013 apenas o estado de Goiás apresentava dados da rede privada; em 2014 o Distrito Federal e Mato Grosso passam a informar dados à ABBS, com índices superiores aos da rede pública.

No Nordeste, seis estados apresentam maior índice de transfusões na rede pública, e três na rede privada contratada (AL, PI e SE). Nos estados de Rio Grande do Norte e Ceará, as transfusões na rede privada não contratada superam a rede contratada pelo SUS. O menor índice de transfusões na rede pública apresentada foi no estado de Sergipe. Em Alagoas, 68,71% das transfusões foram realizadas na rede privada contratada pelo SUS. O estado não tem serviços hemoterápicos filiados à Associação Brasileira de Bancos de Sangue (ABBS), embora existam serviços hemoterápicos de natureza privada para o atendimento das demandas geradas pelos hospitais privados.

No Sudeste, apenas o estado do Rio de Janeiro apresenta o maior índice de transfusões nos serviços públicos (55,52% em 2013 e 56,81% em 2014). Nos demais

estados, os serviços privados contratados pelo SUS apresentam o maior número de transfusões, seguidos pelos serviços privados não contratados. O quantitativo acentuado de procedimentos realizados por esta região influencia a configuração da média nacional.

A análise global das transfusões realizadas no Brasil por região administrativa demonstra a disparidade regional, presente também em outros setores socioeconômicos. Assim, nas regiões mais desenvolvidas aparece a predominância do modelo de gestão público/privado, e nas regiões menos desenvolvidas o setor público é o responsável pela prestação direta de serviços. Verifica-se, portanto, que mesmo a hemoterapia, que vivenciou grandes mazelas com o modelo privatizante de saúde adotado no país até a consolidação do SUS, não está imune à crescente privatização, no interior do SUS, dos serviços e procedimentos de saúde, em que o fundo público deixa de ser investido nos serviços com administração direta do Estado e é deslocado para a rede privada.

Conforme Correia e Santos (2014), a alocação do fundo público no setor privado, complementar ao SUS, vem se constituindo na complementaridade invertida, no momento em que o montante de recursos deixa de financiar a rede própria de serviços públicos e promove o deslocamento para o fortalecimento da rede privada, especialmente as que detêm o selo de filantropia.

No que se refere ao pagamento aos prestadores de serviços, referente às transfusões de sangue, observa-se uma complexidade na consolidação dos dados, em virtude de o pagamento ser efetuado considerando tanto o tipo de transfusão que foi realizada (ambulatorial ou hospitalar), como também o tipo de hemocomponente utilizado.

O sistema DATASUS, utilizado na base desta pesquisa, classifica como medicina transfusional o conjunto de procedimentos apresentados no quadro abaixo.

QUADRO 4–PROCEDIMENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

Procedimentos
0306020017 AFÉRESE TERAPÊUTICA
0306020025 APLICAÇÃO DE FATOR IX DE COAGULAÇÃO
0306020033 APLICAÇÃO DE FATOR VIII DE COAGULAÇÃO
0306020041 SANGRIA TERAPÊUTICA
0306020050 TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE GRANULÓCITOS
0306020068 TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

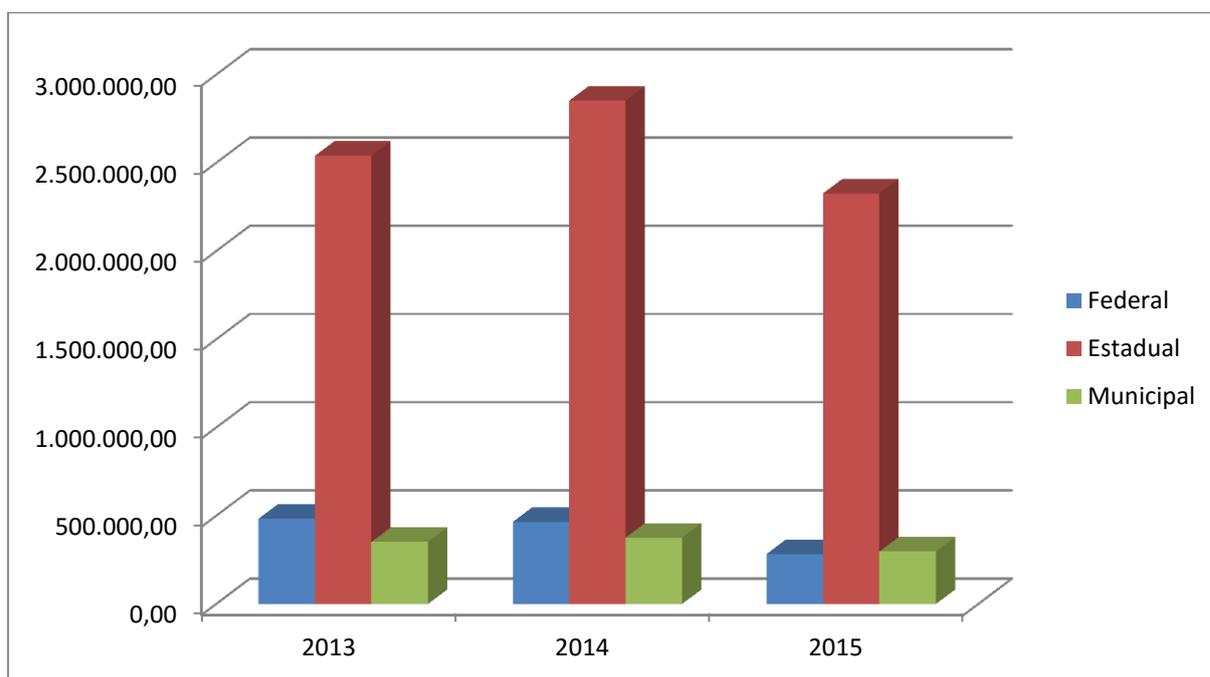
0306020076 TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS
0306020084 TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO
0306020092 TRANSFUSÃO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE
0306020106 TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO
0306020114 TRANSFUSÃO DE PLASMA ISENTO DE CRIOPRECIPITADO
0306020122 TRANSFUSÃO DE SANGUE / COMPONENTES IRRADIADOS
0306020130 TRANSFUSÃO DE SUBSTITUIÇÃO / TROCA (EXSANGUINEOTRANSFUSÃO)
0306020149 TRANSFUSÃO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL
0306020157 TRANSFUSÃO FETAL INTRAUTERINA

É possível observar no quadro 4 os diversificados tipos de transfusões que são realizadas, tanto na rede ambulatorial quanto na rede hospitalar, e alguns procedimentos clínicos que utilizam a manipulação do sangue como terapia (aférese e sangria terapêuticas). Observa-se também que se insere no módulo transfusional a aplicação de hemoderivados (fator VIII e VIII) produzidos a partir do plasma humano. Desta forma o financiamento das transfusões apresentadas nas tabelas a seguir não corresponde exclusivamente aos procedimentos elencados nos “Cadernos de informações: sangue e hemoderivados”, já especificados nos gráficos acima, abrangendo o conjunto de procedimentos demonstrados no quadro 4. Este diferencial se deve à ausência de fonte de dados já consolidados pelo Ministério da Saúde que apresente os valores pagos aos serviços de hemoterapia, tendo sido necessário pesquisar os valores diretamente no sistema DATA/SUS.

No tocante ao financiamento dos procedimentos hemoterápicos referentes à medicina transfusional, é importante salientar que toda a produção se refere ao financiamento pelo Sistema Único de Saúde. A pesquisa não englobou os valores praticados na rede privada, tendo em vista, conforme já salientado, a ausência de informações consolidadas nas fontes oficiais do Ministério da Saúde.

No gráfico13 estão discriminados os procedimentos pagos à rede pública, considerando a gestão (federal, estadual ou municipal), e no gráfico14 estão discriminados os procedimentos pagos à rede privada conveniada ao SUS.

Gráfico 13 – Valores pagos pela rede pública. (Medicina transfusional). Brasil, 2013 a 2015

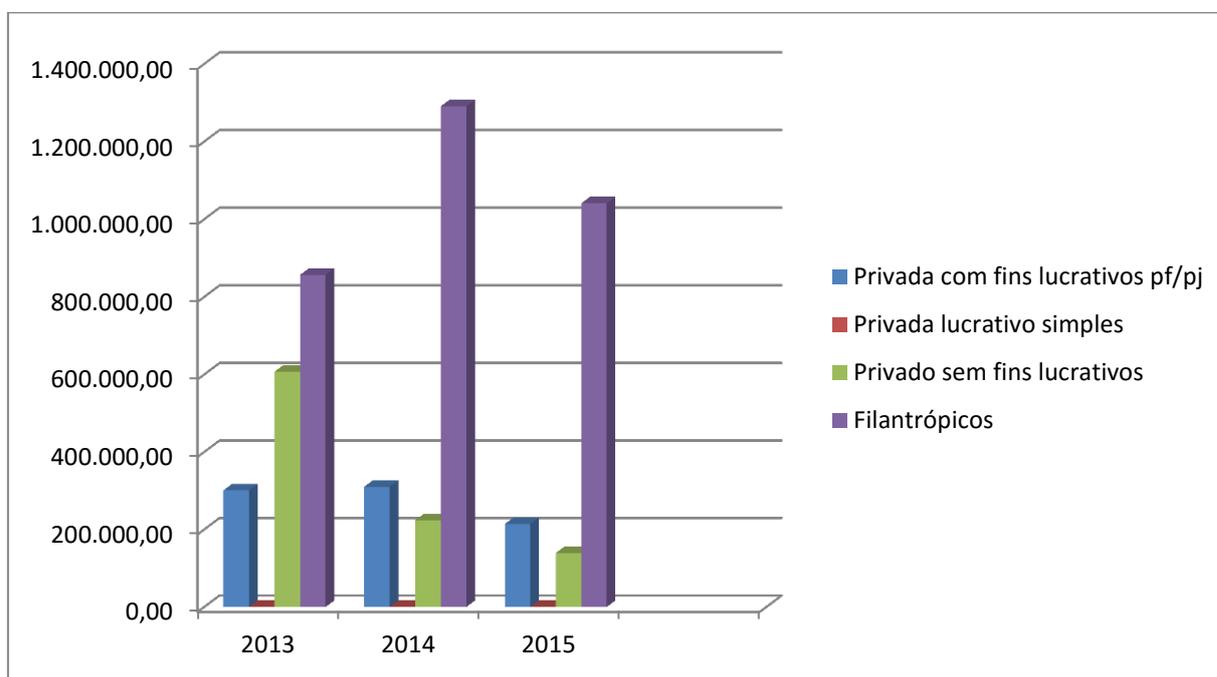


Fonte: elaboração própria.

No tocante ao ressarcimento dos custos operacionais na rede pública, destaca-se, conforme a leitura do gráfico acima, a presença majoritária da rede estadual, demonstrando a prevalência dos hemocentros, especialmente no que tange às transfusões realizadas ambulatoriamente. Também no caso das transfusões hospitalares, a rede de urgência emergência hospitalar, que na maioria dos estados ainda está sob gestão estadual, consome um grande volume de hemocomponentes.

No tocante aos procedimentos terapêuticos, o Estado também concentra um maior volume, dada a oferta nos próprios hemocentros de serviços de hemoterapia e hematologia, atendendo pacientes com doenças hematológicas. A alocação dos recursos dentro deste módulo de medicina transfusional, referentes aos medicamentos hemoderivados (Fator VIII e Fator VIII), que têm preços elevados, contribui para a destinação de um maior recurso, o que pode ser visualizado no gráfico na rede pública. Comparando-se os três anos estudados, verifica-se um aumento de procedimentos pagos no ano de 2014 e uma queda acentuada em 2015.

Gráfico 14 – Valores pagos pela rede privada conveniada (Medicina transfusional). Brasil, 2013 a 2015



Fonte: Elaboração própria.

No que concerne aos recursos pagos na rede privada conveniada ao SUS, considerando a finalidade das instituições prestadoras, fica evidenciada a prevalência dos serviços filantrópicos. Os recursos destinados à rede credenciada com fins lucrativos (pessoa física/pessoa jurídica e lucrativo simples) e à rede sem fins lucrativos apresentam uma variedade diferenciada em cada ano estudado.

Na análise global do gráfico 14, verifica-se em 2014 um aumento substantivo de recursos para a rede filantrópica e uma queda acentuada para a rede privada sem fins lucrativos. O estudo não permite identificar se este quadro se deve a descredenciamento pelo SUS destas unidades ou se houve uma migração para a rede filantrópica com selo CNAS.

É importante frisar que a análise do financiamento da hemoterapia não pode ser considerada completa no presente estudo em virtude da ausência de dados consolidados da hemorede privada não financiada pelo SUS. A ausência de controle oficial por parte do SINASAM da hemorede nacional fica evidenciada nesta lacuna de informações, sendo necessários instrumentos de controle social sobre o que é produzido no país, e os preços praticados para cobertura dos custos operacionais.

Nas tabelas abaixo, é realizado um recorte das coletas de sangue e da medicina transfusional no estado de Alagoas. Embora a Política Estadual de Sangue do estado de Alagoas não seja objeto de discussão no presente estudo, os dados permitem uma aproximação com um exemplo concreto da distribuição da coleta de sangue e medicina transfusional entre os diferentes serviços hemoterápicos que atuam no Estado. Nas tabelas 1 e 2 é possível visualizar as coletas de sangue para transfusão realizadas pelas instituições, conforme Cadastro Nacional de Instituições de Saúde(CNES). Nas tabelas 3 e 4 é apresentado o módulo de medicina transfusional ambulatorial em Alagoas para os anos de 2013 a 2015, considerando os módulos ambulatorial e hospitalar, os diferentes hemocomponentes e os valores pagos.

A tabela 5 apresenta as transfusões no estado de Alagoas por hemocomponente em cada município de atendimento, e na tabela 6 a apresentação das transfusões leva em conta a gestão das unidades prestadoras de serviços.

Tabela 1 – Coleta de sangue para transfusão, Alagoas, conforme instituição prestadora(CNES)

Estabelecimento-CNES-AL	0306010011 COLETA DE SANGUE P/ TRANSFUSAO			
	2013	2014	2015	Total
2003899 HEMOCENTRO DE ALAGOAS HEMOAL	18.560	21.473	19.795	59.828
2006197 HOSPITAL UNIVERSITARIO PROF ALBERTO ANTUNES	1.710	2.298	2.156	6.164
2007029 HEMOPAC HEMOTERAPIA E PATOLOGIA CLINICA DE MACEIO	2.233	2.307	2.093	6.633
2007037 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO	6.283	6.494	7.154	19.931
2010348 CENTRO DE TRANSFUSAO E COLETA DE CORURIFE	0	77	0	77
2720019 HEMOCENTRO DE ARAPIRACA HEMOAR	9.399	9.658	9.542	28.599
Total	38.185	42.307	40.740	121.232

Tabela 2 – Coleta de sangue para transfusão por processadora automática. Alagoas, conforme instituição prestadora.(CNES)

Estabelecimento-CNES-AL	0306010020 COLETA DE SANGUE P/ TRANSFUSAO (C/ PROCESSADORA			
	2013	2014	2015	Total
2003899 HEMOCENTRO DE ALAGOAS HEMOAL	75	122	168	365
2006197 HOSPITAL UNIVERSITARIO PROF ALBERTO ANTUNES	0	0	0	0
2007029 HEMOPAC HEMOTERAPIA E PATOLOGIA CLINICA DE MACEIO	25	25	23	73
2007037 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO	0	40	137	177
2010348 CENTRO DE TRANSFUSAO E COLETA DE CORURIFE	0	0	0	0
2720019 HEMOCENTRO DE ARAPIRACA HEMOAR	0	0	0	0
Total	100	187	328	615

No estado de Alagoas existem seis serviços de hemoterapia, credenciados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que atuam na área de coletas de sangue para transfusões. Quatro serviços são públicos (um com gestão estadual, um com gestão federal e dois com gestão municipal) e dois serviços privados, sendo um filantrópico e um com fim lucrativo. O estado não conta com serviços hemoterápicos exclusivamente privados. Ambos os serviços da rede privada têm convênio com o SUS.

No tocante aos procedimentos de coleta de sangue apresentados e aprovados pelo SUS, é possível perceber que o maior quantitativo de procedimentos de coletas é realizado pelo hemocentro coordenador de Alagoas (HEMOAL), seguido do hemocentro regional de Arapiraca (HEMOAR). Os privados seguem a tendência nacional, em que o maior volume se encontra na rede filantrópica – no caso de Alagoas, na Santa Casa de Misericórdia de Maceió.

O quantitativo de coletas de sangue por aférese no estado é baixo, em virtude do nível de complexidade e da dificuldade para manter doadores fidelizados a esta modalidade de coleta. As tabelas 1 e 2 demonstram o importante papel desempenhado pelo hemocentro coordenador (HEMOAL) na política estadual de sangue, no tocante ao atendimento das coletas de sangue.

Tabela 3 – Medicina transfusional ambulatorial, Alagoas, 2013-2015

Procedimentos	2013		2014		2015		Total	
	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
0306020025 APLICACAO DE FATOR IX DE COAGULACAO	1.066	5.745,74	833	4.489,87	398	2.145,22	2.297	12.380,83
0306020033 APLICACAO DE FATOR VIII DE COAGULACAO	3.645	19.646,55	2.916	15.717,24	2.225	11.992,75	8.786	47.356,54
0306020041 SANGRIA TERAPEUTICA	653	3.062,57	935	4.385,15	1.000	4.690,00	2.588	12.137,72
0306020068 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	3.265	26.413,85	3.332	26.955,88	3.197	25.863,73	9.794	79.233,46
0306020076 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	366	2.960,94	468	3.786,12	521	4.214,89	1.355	10.961,95
0306020092 TRANSFUSAO DE PLAQUETAS POR AFERESE	13	105,17	16	129,44	21	169,89	50	404,50
0306020106 TRANSFUSAO DE PLASMA FRESCO	10	80,90	9	72,81	63	509,67	82	663,38
0306020149 TRANSFUSAO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL	125	1.048,75	277	2.324,03	195	1.636,05	597	5.008,83
Total	9.143	59.064,47	8.786	57.860,54	7.620	51.222,20	25.549	168.147,21

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

Tabela 4 –Medicina Transfusional hospitalar, Alagoas, por hemocomponente, 2013-2015

Procedimentos	2013		2014		2015		Total	
	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
0306020025 APLICACAO DE FATOR IX DE COAGULACAO	2	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,00
0306020041 SANGRIA TERAPEUTICA	1	4,69	0	0,00	0	0,00	1	4,69
0306020068 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE HEMACIAS	5.392	107.501,07	5.899	114.716,47	7.124	142.915,26	18.415	365.132,80
0306020076 TRANSFUSAO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS	288	18.592,24	353	22.359,35	441	32.913,97	1.082	73.865,56
0306020092 TRANSFUSAO DE PLAQUETAS POR AFERESE	4	56,63	22	323,60	22	469,22	48	849,45
0306020106 TRANSFUSAO DE PLASMA FRESCO	750	16.268,21	798	16.947,80	831	18.399,27	2.379	51.615,28
0306020122 TRANSFUSAO DE SANGUE / COMPONENTES IRRADIADOS	10	272,64	0	0,00	0	0,00	10	272,64
0306020149 TRANSFUSAO DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL	2	25,17	13	151,02	3	33,56	18	209,75
Total	6.449	142.720,65	7.085	154.498,24	8.421	194.731,28	21.955	491.950,17

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS).

Em relação à medicina transfusional realizada em Alagoas (transfusões de hemocomponentes e hemoderivados, bem como procedimentos terapêuticos), as tabelas 3 e 4 revelam que o maior quantitativo de hemocomponentes utilizado é o de concentrados de hemácias, seguido do plasma fresco. As transfusões são majoritariamente realizadas na rede hospitalar, com exceção das plaquetas, cujas transfusões também são realizadas a nível ambulatorial, especialmente nos hemocentros. Os hemoderivados também são aplicados ambulatoriamente, com exceção de poucos casos registrados na rede hospitalar, porém com distribuição pelo hemocentro, o que não gera pagamento pelo procedimento. Observa-se no ano de 2015 um aumento no número de transfusões realizadas na rede hospitalar.

Tabela 5 –Medicina Transfusional ambulatorial, Alagoas, por município prestador

Município de Atendimento	2013		2014		2015		Total	
	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
270030 Arapiraca	1.848	10.148,12	1.990	11.289,30	2.346	12.962,74	6.184	34.400,16
270230 Coruripe	0	0,00	19	159,41	0	0,00	19	159,41
270430 Maceió	7.258	48.617,02	6.754	46.224,56	5.247	38.037,13	19.259	132.878,71
270630 Palmeira dos Índios	25	202,25	14	113,26	0	0,00	39	315,51
270930 União dos Palmares	12	97,08	9	74,01	27	222,33	48	393,42
Total	9.143	59.064,47	8.786	57.860,54	7.620	51.222,20	25.549	168.147,21

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

Tabela 6 – Medicina Transfusional Hospitalar, Alagoas, por município gestor

Município Gestor	2013		2014		2015		Total	
	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
270030 Arapiraca	970	15.320,14	1.181	19.859,13	1.391	26.394,94	3.542	61.574,21
270230 Coruripe	128	2.222,45	187	3.137,86	163	2.391,15	478	7.751,46
270400 Junqueiro	13	201,36	9	192,97	6	92,29	28	486,62
270430 Maceió	2.753	72.123,93	3.587	86.086,18	4.345	114.506,10	10.685	272.716,21
270630 Palmeira dos Índios	306	5.608,68	298	7.542,61	137	3.154,64	741	16.305,93
270640 Pão de Açúcar	6	33,56	0	0,00	0	0,00	6	33,56
270860 São Miguel dos Campos	124	2.240,13	200	3.960,08	138	2.517,00	462	8.717,21
270930 União dos Palmares	35	620,86	33	486,62	52	713,15	120	1.820,63
270000 Gestão estadual - Alagoas	2.114	44.349,54	1.590	33.232,79	2.189	44.962,01	5.893	122.544,34
Total	6.449	142.720,65	7.085	154.498,24	8.421	194.731,28	21.955	491.950,17

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS).

Na tabela 5 é possível identificar que cinco municípios do estado dispõem de serviços hemoterápicos que realizam transfusões ambulatoriais. O maior quantitativo destes procedimentos está nos hemocentros coordenador e regional (Maceió e Arapiraca). No tocante às transfusões hospitalares, observa-se na tabela 6 a distribuição destas transfusões de acordo com a gestão municipal dos hospitais conveniados. A capital apresenta o maior índice dos procedimentos, seguido pelos hospitais que possuem gestão estadual. No interior do estado destaca-se o município de Arapiraca. A gestão municipal abrange tantos os serviços públicos quanto os serviços privados conveniados ao SUS, via contratualização.

A realidade da hemoterapia em Alagoas segue o padrão do Nordeste, onde os serviços públicos ainda respondem por um número expressivo de procedimentos de coletas, mantendo, porém, a presença histórica da iniciativa privada, especialmente no tocante aos serviços filantrópicos.

Destaca-se no Estado de Alagoas que em relação à medicina transfusional, a rede privada contratada pelo SUS realiza o maior número de procedimentos. Em 2013, 60,6% das transfusões realizadas no estado de Alagoas foram efetuadas na rede hospitalar privada conveniada ao SUS. Em 2014 este índice subiu para 68,71%. Este quadro supera a média nacional, que apresentou índice médio global para a medicina transfusional na rede privada conveniada de 47,05% em 2013 e de 44,20% em 2014.

A baixa cobertura de rede hospitalar com gestão pública no estado induz a complementaridade invertida no estado de Alagoas, refletindo desta forma na área hemoterápica, que conforme já descrito anteriormente, realiza os procedimentos

transfusionais, atendendo às demandas dos pacientes internos. A presença de um serviço privado com fins lucrativos em convênio com o SUS, porém com produção não tão expressiva, leva a um questionamento quanto à necessidade de complementaridade ao SUS, conforme define a lei orgânica da saúde, visto que um pequeno percentual de aumento da produção nos hemocentros permitiria atender à demanda. A tendência na área da saúde, na atualidade, conforme já explicitado nos capítulos anteriores, é a relação público/privado, em uma clara política de fortalecimento da rede privada.

Em uma análise global, comparando-se as tabelas e gráficos apresentados sobre a produção hemoterápica nacional, é possível afirmar que embora o setor público seja responsável pelo maior número de coletas, é o setor privado, especialmente os contratados pelo SUS, que realiza mais procedimentos de transfusão sanguínea. A leitura dos dados permite salientar a importância que os hemocentros públicos têm na coleta e distribuição de sangue e hemoderivados, na Política Nacional de Sangue, e ao mesmo tempo, a dificuldade dos estados e municípios para manter uma rede hospitalar pública, sendo necessária a contratação de prestadores de serviços privados via contratualização. Desta forma, a transfusão, que por questões de segurança e logística é majoritariamente realizada na rede hospitalar, vem sendo transferida para a iniciativa privada.

A deficiência de informações sobre a produção na rede privada não contratada pelo SUS mostra que consolidar os dados reais de produção hemoterápica no Brasil ainda vem sendo um desafio para o SINASAN, embora a prerrogativa legal determine o controle do processo pelos órgãos responsáveis (lei 10.205). Conforme texto publicado nos “Cadernos de informações”, os dados fornecidos pela ABBS referentes aos serviços privados não credenciados ao SUS “[...] apresentam limitações no que se refere à totalização dessa produção, uma vez que não é obrigatória a vinculação desses serviços a essa Associação, podendo variar, inclusive, o quantitativo de serviços que informam a produção” (BRASIL, 2015, p.15).

Conclui-se este item reafirmando que a configuração da hemoterapia no Brasil tem um caráter não mercantil, sendo a rede pública responsável pela promoção das atividades hemoterápicas, porém se observa a tendência privatizante, no interior do SUS, com alocação do fundo público na rede privada. Destaca-se ainda o desafio para o controle efetivo do setor hemoterápica pela gestão pública,

evidenciado na falta de informações detalhadas do que é produzido no Brasil em sua totalidade, bem como os valores praticados na livre-iniciativa, que opera paralelamente aos serviços públicos.

No próximo item será apresentada de forma mais detalhada a política de hemoderivados no Brasil. A opção por uma análise em separado foi meramente instrumental e didática, visto os hemoderivados não se acharem deslocados da política de sangue brasileira ora analisada. Entretanto, a configuração do caráter inovador da política de hemoderivados no país, a partir da fabricação nacional destes fármacos, insere os hemoderivados em uma dinâmica específica, com forte tensão entre o caráter público e os ditames do mercado que opera na área.

Conforme apresentado na primeira seção, a inserção do sangue humano no processo de mercantilização se consolida, a nível mundial, a partir da possibilidade de produção industrial de produtos oriundos do sangue humano. Na atualidade, os desafios postos pela biociência permitem não apenas a fabricação em larga escala, como também a própria substituição da matéria-prima, no caso específico, o plasma, por processos de engenharia genética. É neste terreno que a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS) pode representar uma nova configuração para a política de sangue brasileira.

4.3 A HEMOBRAS E O ALINHAMENTO DA POLÍTICA DE HEMODERIVADOS AOS INTERESSES DO SUS X MERCADO

Consolidar o caráter público e não mercantil da política de sangue brasileira é um grande desafio na atualidade. Um aspecto de extrema relevância nesta análise é a produção nacional de hemoderivados, medicamentos que têm como matéria-prima o sangue humano e que são vitais para o tratamento de doenças hematológicas. A discussão em torno da viabilidade de autossuficiência do Brasil no setor levou, em 2004, à opção pela fabricação nacional destes hemoderivados, com vistas a substituir as importações e ao mesmo tempo fortalecer o complexo industrial farmacêutico no país.

Assiste-se desde então a um novo ordenamento na política de sangue, visto que a efetivação da fabricação nacional de hemoderivados repercute em toda a cadeia produtiva do ciclo de sangue. A necessidade de produção em escala industrial exige a adoção de medidas que eliminemos riscos de contaminação do

sangue coletado, a produção de hemocomponentes com padrão de qualidade industrial, bem como o aumento da oferta de sangue disponível no país.

Soares (2002), em um estudo sobre a política de hemoderivados no Brasil, indica a necessidade de o país promover a autossuficiência nesta área e aponta para a fabricação nacional de hemoderivados para atingir tal objetivo. A autora resgata a situação de disponibilidade de hemoderivados no Brasil no início dos anos 2000 e discute as questões éticas, sociais e econômicas que deveriam levar o país a adotar a fabricação nacional, com vistas a substituir as importações de produtos oriundos do sangue humano, o que representaria uma relevante economia para o Estado.

Para Soares, três aspectos necessitam ser levados em consideração na escolha da fabricação interna de hemoderivados. O primeiro diz respeito à demanda transfusional por estes produtos, que não é atendida pelo país através das importações; o segundo aspecto é o fato de o Brasil descartar uma enorme quantidade de plasma, matéria-prima riquíssima para a produção de hemoderivados, especialmente pelo uso restrito desse hemocomponente nas transfusões e pela durabilidade destes produtos; o terceiro aspecto a ser considerado são os custos de uma produção em larga escala no país. Como principal desafio para a produção interna de hemoderivados, a autora aponta a legislação brasileira, que conforme já discutido em itens anteriores, proíbe a comercialização do sangue, de hemocomponentes e hemoderivados.

A criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS), autorizada pela Lei nº 10.972, de 2 de dezembro de 2004, teve por objetivo a concentração da produção nacional, em larga escala, com comando direto do governo federal, evitando as distorções geradas pelo mercado e visando atender à demanda interna por esses produtos com redução de custos.

Conforme relatório de gestão da HEMOBRÁS, exercício 2014, a empresa vem se consolidando na área de hemoterapia, com foco no objetivo para o qual foi criada: a produção de hemoderivados, assumindo, a partir de determinações do Ministério da Saúde, novas responsabilidades, tais como exportação de plasma excedente e importação e distribuição de medicamentos acabados, oriundos tanto de plasma brasileiro como também de engenharia genética. A empresa participa ainda do controle e da certificação dos hemocentros fornecedores de matéria-prima. Neste sentido, ao longo dos 11 anos de criação, a estatal atuou em diferentes

frentes, encampando atividades relacionadas com a produção de hemoderivados, embora ainda não tenha instalado a fábrica produtiva em sua totalidade.

O relatório de gestão traz o histórico da empresa e aponta que esta iniciou suas atividades em Brasília em 2005. Seu estatuto foi aprovado em 28 de março desse ano (decreto 5.402). Em outubro de 2007, a HEMOBRÁS assinou contrato com o Laboratoire Français du Fractionnement e des Biotechnologies (LFB), visando à transferência de tecnologia para a futura fábrica.

Conforme texto do relatório,

De 2007 a 2009, a HEMOBRÁS focou sua atuação no processo de transferência de tecnologia, preparando as plantas e projetos detalhados para a construção da fábrica, a primeira do Brasil e a maior da América Latina. [...] Os custos do empreendimento estão hoje projetados em R\$ 1,4 bilhão, incluindo construção dos diversos blocos, transferência de tecnologia e equipamentos. Vale registrar que atualmente os sistemas públicos e privados do Brasil despendem, anualmente, cerca de R\$ 1 bilhão com importação de hemoderivados. (HEMOBRÁS, 2014, p.15).

Em 2010, a HEMOBRÁS inicia a construção de dois blocos da fábrica em Goiânia – Pernambuco e inaugura seu escritório em Recife, visando dar celeridade ao processo de implantação da fábrica. Ainda em 2010, o Ministério da Saúde transfere para a estatal a responsabilidade pelo fracionamento do plasma brasileiro no exterior e pela distribuição dos respectivos medicamentos ao Sistema Único de Saúde/SUS. Esse processo, segundo o relatório, visava “[...] propiciar suficiente acúmulo de conhecimento e práticas para antecipar etapas da transferência de tecnologia” (HEMOBRÁS, 2014, p.15).

O primeiro bloco da fábrica foi inaugurado em 2011. Denominava-se Bloco B01 e continha a câmara fria. Nesse mesmo ano são iniciadas as obras para a construção dos demais blocos da planta industrial. Já em 2012, a empresa assume novas responsabilidades, como consta no relatório: a qualificação de hemocentros; a distribuição da cola de fibrina ao SUS; a aquisição de uma importadora de medicamentos; e a transferência de tecnologia, visando à aquisição e ao desenvolvimento produtivo do fator VIII recombinante, através de contrato assinado com indústria destes produtos nos Estados Unidos, a Baxter International.

O fato importante de 2013, ressaltado pelo relatório, refere-se à qualificação de 126 serviços de hemoterapia no Brasil, como fornecedora de matéria-prima, o que possibilitou a exportação 120 mil litros de plasma de uso industrial para a

produção de hemoderivados no exterior. Já em 2014, foram disponibilizados para uso industrial 121.475 litros de plasma e qualificados 109 hemocentros.

Como aponta o relatório,

A HEMOBRÁS cumpriu a programação de distribuição de medicamentos ao SUS, distribuindo 289.931 frascos de medicamentos hemoderivados e aproximadamente 350.000.000 UIs de fator VIII recombinante, contribuindo para o aumento do acesso aos medicamentos pelos usuários do SUS. (HEMOBRÁS, 2014, p.16).

O relatório expõe ainda as dificuldades encontradas em 2014 para a continuidade das obras dos demais blocos da fábrica, que permitirão a fabricação os hemoderivados no país, e cita dificuldades administrativas dos consórcios responsáveis pela obra estrutural⁸¹. Avançando na explicitação da lógica adotada pela empresa para a implantação da fabricação de hemoderivados no país, o relatório explicita que a transferência de tecnologia programada segue a lógica da engenharia reversa, onde são incorporadas inicialmente as atividades do final do processo produtivo e se avança até a incorporação do fracionamento do plasma propriamente dito.

Assim, conforme pontua o relatório,

A empresa já realiza a totalidade das operações logísticas envolvidas na estocagem e distribuição de plasma e medicamentos (hemoderivados e biotecnológicos) em todo o território brasileiro. As próximas atividades a serem assumidas seguindo-se a lógica que parte do fim para o início do processo produtivo são a rotulagem e a embalagem dos medicamentos recebidos dos seus transferidores de tecnologia. Mais adiante, serão incorporadas as etapas de envase dos produtos e, ao final, a HEMOBRÁS assumirá o fracionamento propriamente do plasma. Enquanto isso não ocorre, o plasma brasileiro continuará sendo fracionado no exterior e distribuído ao SUS pela HEMOBRÁS (HEMOBRÁS, 2014, p. 33).

No quadro abaixo é possível visualizar os componentes do planejamento estratégico da estatal, referentes aos períodos de 2012-2014, e ao período 2013-2016, quando a estatal implanta uma nova forma de gestão, mudando o planejamento para adequação aos novos objetivos que foram acrescentados aos inicialmente planejados pela empresa. Uma análise qualitativa permite vislumbrar o

⁸¹Reportagens recentes apontam para indícios de irregularidades nos contratos de licitações da estatal, o que culminou com a operação Pulso, deflagrada pela Polícia Federal em dezembro de 2015. Os constantes atrasos nas obras de construção da fábrica levaram à reformulação dos cronogramas para a operacionalização da produção industrial, prevista inicialmente para 2010. Atualmente a plena produção de hemoderivados no território nacional está prevista para 2020.

crescimento da estatal em termos operacionais, a vinculação desta com o mercado consumidor de hemoderivados, bem como a necessidade de mudanças operativas nos serviços hemoterápicos, produtores de matéria-prima, com vistas à produção nacional destes produtos.

Quadro 5– Comparativo entre os componentes dos planejamentos estratégicos HEMOBRÁS (PE2012-2015e PE2013-2016)

	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2012-2015	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2013-2016
MISSÃO	Pesquisar, desenvolver e produzir hemoderivados, medicamentos biotecnológicos e reagentes, com excelência, responsabilidade socioambiental e satisfação de seus profissionais e clientes, para atender ao Sistema Único de Saúde (SUS)	Produzir, desenvolver e pesquisar medicamentos hemoderivados e biotecnológicos, com excelência na qualidade, sustentabilidade e satisfação do corpo funcional e de clientes, para atender prioritariamente ao Sistema Único de Saúde (SUS)
VISÃO	Ser uma empresa pública certificada nacional e internacionalmente e reconhecida pela contribuição para a redução progressiva da dependência externa de medicamentos hemoderivados e reagentes, na busca pela autossuficiência nacional nesses produtos e pela melhoria da vida das pessoas usuárias	Ser uma empresa que contribui para a autossuficiência nacional em medicamentos hemoderivados e biotecnológicos e para a melhoria da vida das pessoas
VALORES	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação e segurança dos usuários • Ética • Competência empresarial Ressalta ainda, no processo de implantação de suas atividades, os valores: <ul style="list-style-type: none"> • Cooperação • Responsabilidade socioambiental • Profissionalismo na atuação • Espírito de equipe • Transparência • Espírito inovador 	<ul style="list-style-type: none"> • Ética e Transparência • Comprometimento e competência profissional • Inovação • Respeito à vida, à diversidade humana e ao meio ambiente
FOCOS ESTRATÉGICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Início do funcionamento da indústria de hemoderivados em 2014 • Qualificação e quantitativo de plasma para uso industrial • Gestão estratégica por resultado, com foco na garantia da qualidade, integração de processos e desenvolvimento de pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação da indústria de medicamentos: hemoderivados, com início do funcionamento em 2014; e recombinante, com início do processo de transferência de tecnologia • Aumento da disponibilidade de plasma para uso industrial e gestão de produtos estratégicos • Gestão estratégica por resultado, com foco na qualidade, no desenvolvimento das pessoas e na melhoria e integração de Processos

Fonte: Relatório de Gestão Hemobrás/2009-2013(Transcrito com adaptações do autor)

Para se efetivar, a produção nacional de hemoderivados necessita de mudanças importantes na política de sangue brasileira, com maior incentivo à captação de doadores de sangue. Para que a fábrica atinja a capacidade máxima,

será necessário dobrar a produção hemoterápica do plasma, utilizado como matéria-prima. Conforme pontua o Relatório da HEMOBRÁS 2009-2013: “Atualmente, os hemocentros recebem 3,6 milhões de doações de sangue por ano, que resultam em 150 mil litros de plasma com qualidade industrial. Para começar a operar, a fábrica da HEMOBRÁS vai precisar de 300 mil litros de plasma por ano” (HEMOBRÁS, 2013, p.164).

Analisando a lei 10.972, que criou a HEMOBRÁS, é possível identificar alguns pontos importantes quanto à finalidade e natureza jurídica da estatal, que permitem compreender a inserção do Brasil no mercado mundial, com tecnologia de ponta capaz de produzir tanto produtos oriundos do sangue humano como produtos biotecnológicos. O artigo primeiro define a HEMOBRÁS como uma empresa pública, “[...] sob a forma de sociedade limitada [...] vinculada ao Ministério da Saúde” (art. 1º). O parágrafo 1º deste artigo define que a função social da HEMOBRÁS é “[...] garantir aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia”.

Não obstante a função social acima citada, a lei define como finalidade da HEMOBRÁS:

Explorar diretamente atividade econômica, nos termos do art. 173 da Constituição Federal, consistente na produção industrial de hemoderivados **prioritariamente para tratamento de pacientes do SUS** a partir do fracionamento de plasma obtido no Brasil, **vedada a comercialização somente dos produtos resultantes**, podendo ser ressarcida pelos serviços de fracionamento, de acordo com o previsto no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. (BRASIL, 2004, art. 2º, grifos nossos).

A lei define ainda a possibilidade de atuação da empresa para além do âmbito do SUS, caso a demanda dos pacientes do SUS seja atendida e existam excedentes na produção.

Consta da redação deste parágrafo:

§ 1º Observada a prioridade a que se refere o *caput* deste artigo, a HEMOBRÁS **poderá fracionar plasma ou produtos intermediários obtidos no exterior para atender às necessidades internas do País ou para prestação de serviços a outros países, mediante contrato.** (BRASIL, 2004, §1º, art. 2º, grifo nosso).

No artigo 4º, a lei determina que na distribuição do capital social da empresa, a União integralizará no mínimo 51%, podendo o restante ser integralizado por

estados da Federação ou entidades da administração indireta federal ou estadual. Quanto aos recursos da HEMOBRÁS, a lei determina fontes de receitas diversificadas, a saber: dotações orçamentárias e créditos que lhe forem destinadas; produto de operações de crédito; doações e rendas provenientes de outras fontes. Estas receitas podem ser decorrentes de: a) serviço de fracionamento de plasma para a produção de hemoderivados e demais serviços compatíveis com as suas finalidades; b) serviços de controle de qualidade; c) repasse de tecnologias desenvolvidas; e d) fundos de pesquisa ou fomento.

A lei define ainda que a HEMOBRÁS sujeitar-se-á à fiscalização do Ministério da Saúde e entidades a este vinculadas, da Secretaria Federal de Controle Interno e do Tribunal de Contas da União (TCU). No parágrafo único, é determinada a forma de controle social a que a empresa está sujeita:

Compete ao Conselho Nacional de Saúde exercer o controle social da HEMOBRÁS, apontando ao Ministério da Saúde situações de desvirtuamento dos objetivos da empresa e de descumprimento das diretrizes do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN. (BRASIL. 2004, Art. 13).

A partir da análise do arcabouço legal que cria e normatiza a estatal, é possível destacar que a HEMOBRÁS não exercerá atividade exclusiva para atendimento ao SUS, mas poderá exercer atividade econômica ao fornecer hemoderivados para serviços de saúde da rede privada, tanto no Brasil como no exterior, através de contratos. Este ordenamento evidencia o caráter mercadológico da estatal, com possibilidade de retorno ao investimento nela efetuada, bem como a possibilidade de participar do mercado competitivo internacional que opera nesta área.

A contradição que se apresenta no tocante à produção de hemoderivados é perceptível na análise das finalidades e objetivos da HEMOBRÁS. A importância da estatal para o SUS é inquestionável, tanto em relação ao atendimento das necessidades dos medicamentos para os pacientes, com custos reduzidos para o Estado, como no tocante à possibilidade de maior cobertura assistencial, mais especificamente, na qualificação da hemorrede pública, com investimentos importantes que visam qualificar o plasma para o atendimento das necessidades e padrões industriais. O que parece destoar, tendo em vista que a fábrica ainda não entrou em operação em sua totalidade, acha-se na missão da estatal que visa, além

de atender às demandas dos pacientes do SUS, participar do mercado mundial de hemoderivados, numa lógica atrelada ao desenvolvimento capitalista.

Preservar o caráter público, não mercantil, da política de sangue brasileira, e participar ao mesmo tempo do mercado mundial, onde comprar e vender produtos oriundos do sangue humano é uma regra legal, faz com que a política de sangue opere de forma dúbia. Neste aspecto, é necessário preservar a lógica pública da estatal, utilizando instrumentos efetivos de controle social, de forma a, em nome dos avanços tecnológicos e biotecnológicos conquistados, não sucumbir à lógica perversa capitalista, com suas históricas mazelas já analisadas neste texto.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo sobre a política de sangue brasileira permitem afirmar que, na atualidade, a principal característica dessa política é o caráter não mercantil, inscrito no arcabouço legal. Não obstante, constata-se que, na conjuntura atual de contrarreformas, a afirmação do caráter público e desmercantilizado dessa política sofre tensões, ao ser fortemente confrontado pela orientação neoliberal da política de saúde, que transfere para a esfera privada parte substancial do financiamento dos serviços de saúde, utilizando o fundo público.

A análise crítica que perpassa o texto demonstra que a hemoterapia brasileira esteve atrelada ao desenvolvimento capitalista do país desde a sua concepção, adquirindo uma organização institucional na década de 1960 e rompendo com o caráter comercial na virada da década de 1980. Na atualidade, os desafios postos são demarcados pela consolidação de políticas neoliberais, com forte tendência à mercantilização da área da saúde.

Conforme discutido na primeira seção, até a década de 1960 o sangue no Brasil era comercializado livremente, sem nenhum tipo de regulação. A partir da instalação do Regime Militar de 1964, o forte controle estatal promove ao mesmo tempo a organização institucional e legitima a comercialização dos produtos resultantes da manipulação do sangue. A contradição do regime ditatorial fica evidente na abertura política durante a década de 1980, quando o advento da AIDS transfusional evidencia as mazelas da política de sangue praticada.

O texto aprovado na Constituição de 1988, proibindo a comercialização do sangue, muda a lógica adotada no país e, em termos legais, a política de sangue se apresenta como uma política pública, de caráter não mercantil.

As contradições observadas entre o que preconiza a legislação vigente no país, no tocante ao setor hemoterápico, e as tendências privatizantes na área da saúde observada nas últimas décadas, suscitou a necessidade de apreensão do fenômeno da mercantilização. Dados os objetivos do texto e a opção teórica metodológica dialética, buscou-se, à luz da teoria marxista, fundamentar o processo investigado.

O estudo da categoria mercadoria em Marx possibilitou desvendar como produtos que, dada a especificidade de deter em si um valor de uso inalienável, entram no processo de valorização do capital sendo confrontados na troca com

outras espécies de mercadoria. O debate sobre bioética, articulado à compreensão da mercantilização do corpo humano, suscitou reflexões que permitiram concluir que o sangue humano, seja em seus processos de venda através da doação remunerada, seja na compra de produtos acabados que têm no sangue a matéria-prima, é questionável do ponto de vista ético, sendo, entretanto, praticado, tendo como justificativa bioética a pouca oferta dos produtos e o atendimento das demandas. Constatou-se que o fator econômico, na sociedade capitalista, transcende as questões éticas, sendo necessária a ampliação do debate.

Compreende-se, portanto, que a existência de produtos que atendam às necessidades de sobrevivência dos produtores, sem que sejam utilizados no circuito de valorização do capital, é possível e necessária, porém, em uma sociabilidade alienante e alienada pelo fetiche da mercadoria, a produção mercantil se impõe em praticamente todos os processos imagináveis. Romper com a alienação do mundo das mercadorias exige a desmistificação deste modo de apreender as relações societárias que, conforme já apontava Marx, vem se coisificando ao longo dos séculos.

O estudo evidenciou, ainda, que o modo de produção capitalista necessita constantemente criar novas formas de valorização do capital e que, na atualidade, as políticas públicas são fontes de lucros inesgotáveis. Deste modo, alicerçado no ideário neoliberal, observa-se um processo de contrarreformas que opera, entre outras medidas, a transferência do fundo público para salvaguardar as taxas de lucro do capital.

Como visto no decorrer do trabalho, o processo histórico de mercadorização do sangue foi propiciado pelo desenvolvimento científico, que permitiu o fracionamento do sangue e a inserção do setor no circuito de fabricação industrial de fármacos. Importa destacar as mazelas que a prática inescrupulosa de mercantilização desordenada causou, com a morte de muitos pacientes hemodependentes pela contaminação por vírus de várias doenças transmitidas pelo sangue, bem como pela ausência de cuidados com a saúde do doador.

A análise da política de sangue brasileira na atualidade revelou um paradoxo entre o que é preconizado em sua base legal, com um ordenamento institucional que demanda o controle do setor pelo Estado e o fortalecimento da rede pública, e a política adotada na prática, com a atuação crescente da rede privada, especialmente

nos estados mais desenvolvidos. A tendência observada é compatível com a orientação neoliberal do Sistema Nacional de Saúde.

O agravante, no caso específico da hemoterapia, é o fato de que embora a exploração de atividade econômica na área de saúde seja legal, porquanto consta do capítulo 199 da Constituição Federal, no mesmo artigo a proibição do comércio de sangue torna a hemoterapia uma exceção a tal exploração. A análise do financiamento e levantamento dos custos operacionais bem como a discussão quanto à distribuição de produtos oriundos do sangue humano necessitam ser publicizadas de forma a permitir o controle social desta política.

No tocante aos questionamentos levantados neste estudo sobre o processo de privatização da área da saúde e a influência no setor hemoterápico, é possível afirmar que esta tendência é real, não obstante a expressa proibição da comercialização dos produtos resultantes da manipulação do sangue humano. A correlação de forças que perpassa a história da hemoterapia em diferentes conjunturas evidencia os interesses divergentes na área. É importante pontuar, entretanto, que a possibilidade de o país voltar a permitir, no ordenamento jurídico, o pagamento ao doador de sangue é improvável. A conquista da doação voluntária, não remunerada, seja ela altruísta ou não, está consolidada no Brasil.

O que pode ser apontado na área hemoterápica como tendência privatizante é, conforme foi apontado, a denominada complementaridade invertida, na qual, em sintonia com a ótica neoliberal, parte expressiva do fundo público passa a financiar os serviços privados. Os dados apresentados neste estudo, referentes à produção hemoterápica, explicitam a tendência de migração da modalidade medicina transfusional – da rede pública para a rede privada conveniada ao SUS.

Retomando os dados referentes à produção hemoterápica nacional e considerando os dois últimos anos estudados (2013 e 2014), em relação às coletas, a rede pública responde por 63,38% em 2013 e 63,38% em 2014; a rede privada conveniada ao SUS responde por 30,50% em 2013 e 27,87% em 2014, e a rede privada não conveniada, por 6,12% em 2013 e 9,06% em 2014, porém com índices de subnotificação. No tocante às transfusões o quadro se inverte, sendo o setor público responsável por 43,31% em 2013, e 40,96% em 2014; a rede privada conveniada ao SUS, por 47,05% em 2013 e 44,20% em 2014, e a rede exclusivamente privada, por 9,64% em 2013 e 14,84% em 2014.

Considerando as regiões administrativas do Brasil, é possível perceber a complementaridade invertida em relação à medicina transfusional na região Sul, Sudeste e Centro-Oeste, o que se reflete nos índices nacionais. Na região Nordeste, o índice de transfusões na rede privada conveniada situa-se em torno de 35%, e na análise global, apresenta tendência ao crescimento da rede privada, sem, entretanto, ultrapassar a assistência hemoterápica pública.

As tabelas demonstram ainda que enquanto alguns estados do Nordeste dependem da rede pública, outros apresentam a complementaridade invertida, como é o caso de Alagoas, que se acha acima da média nacional, com 60,6% das transfusões realizadas na rede privada conveniada. A região Norte difere das demais regiões do país, apresentando uma cobertura pública em torno de 98% dos procedimentos.

É possível concluir que, em relação à assistência hemoterápica nacional, o papel do Estado é redimensionado, e este passa a atuar como coordenador dos serviços, porém sem a execução direta da atividade. Um ponto importante que merece destaque nesta configuração atual da política de sangue é a existência da hemorrede privada sem o efetivo controle por parte do Estado, o que fere o arcabouço legal.

No tocante à produção de hemoderivados no território nacional, o estudo demonstrou que a margem criada pela legislação para a comercialização de produtos oriundos do sangue humano é ampla. Esta conclusão parte do pressuposto de que a função social da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS) é a garantia de distribuição gratuita de hemoderivados aos usuários do Sistema Único de Saúde; entretanto, o objetivo da estatal, expresso na lei que a criou, é a exploração de atividade econômica na área de hemoderivados, sendo permitida não apenas a manipulação dos produtos que têm como matéria-prima o sangue, como o atendimento ao mercado privado nacional e internacional, caso haja o atendimento de toda a demanda SUS.

A análise concreta da política de hemoderivados no país ainda não é possível, tendo em vista as dificuldades que a HEMOBRÁS vem apresentando para instrumentalizar a produção nacional. A importação e a distribuição dos produtos ainda tem sido a principal função da estatal, aliadas a uma política de qualificação da hemorrede nacional fornecedora de matéria-prima.

Importa destacar que este estudo, ao desvelar as raízes da problemática na operacionalização do sangue humano como mercadoria, contribui para a construção de uma reflexão teórica que subsidie a luta por políticas públicas gratuitas e de qualidade no âmbito do SUS. Considera-se imperiosa a necessidade de constantes investigações na área, com vistas ao controle social desta política.

O aprimoramento de políticas públicas não mercantis para a área do sangue e hemoderivados torna-se imperativo para cumprir a finalidade da terapia do sangue, que é salvar vidas. Nesse processo, a correlação de forças entre os defensores da saúde não mercantilizada precisa ser fortalecida, a fim de que se evite o desmonte das conquistas na área, em face da ofensiva neoliberal.

Por fim, assinala-se que a necessidade de ampliar políticas públicas que reiterem o caráter não mercantil do sangue passa pelo reconhecimento de que o sangue não tem preço equivalente. Operacionalizar o desenvolvimento científico na área implica custos que devem ser socializados para o conjunto da sociedade, evitando-se assim que o sangue entre no processo de valorização do capital, como fonte de apropriação privada.

A análise global da dissertação permite concluir que a organização política e institucional adquirida pela política de sangue brasileira, a partir de um aparato legal que desmercadoriza o sangue e seus componentes, é uma conquista da sociedade brasileira; porém, a permanência de uma ampla rede privada a atuar no setor – seja complementando o Sistema Único de Saúde (SUS), seja atuando na rede privada suplementar que se consolida no país – demonstra o modelo privatista adotado no Brasil na área da saúde. O caráter público e não mercantil da política de sangue tem como desafio enfrentar o ataque mercadológico da política de saúde, afirmando-se como uma política viável, na contramão do ideário que tudo mercantiliza, próprio da sociedade capitalista.

Conclui-se enfatizando que todos os avanços científicos na área de hemoterapia devem ser valorizados, visto que a possibilidade de preservação da vida – potencializada tanto pelo ato transfusional simples, como pela possibilidade de utilização do sangue como matéria-prima, criando derivados vitais para o controle e a cura de doenças antes mortais – é um legado histórico do desenvolvimento científico, constituindo um inegável ganho para o conjunto da sociedade.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Boletim de Serviços de Hemoterapia no Brasil**. Nº 1. Brasília, 2015. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/219401/boletim_hemoterapia_brasil_1_%2B%25282%2529.pdf/7fb452a0-3607-4374-8f80-55760f13248a Acesso em: 26 mai 2015.

BASILIO, Francisco Plácido de Sousa. **Evolução das políticas de hemoterapia no Brasil**: o sistema público de hemoterapia do Ceará. 1990. 98f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Camilo Castelo Branco, Fortaleza. 2002.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Senado Federal. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 15 mar 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderno de informação**: sangue e hemoderivados: dados de 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderno de informação**: sangue e hemoderivados: dados de 2013 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Caderno de informação**: sangue e hemoderivados / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. 7.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. **Caderno de informação**: sangue e hemoderivados: produção hemoterápica: Sistema Único de Saúde – SUS (serviços públicos e privados contratados): serviços privados não contratados pelo SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. **Caderno de informação** [recurso eletrônico]: sangue e hemoderivados: produção hemoterápica: Sistema Único de Saúde – SUS (serviços públicos e privados contratados): serviços privados não contratados pelo SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de informação** [recurso eletrônico]: sangue e hemoderivados: rede física – serviços de hemoterapia, produção hemoterápica, matriz de indicadores / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. **Técnico em hemoterapia**: livro texto / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Relatório de gestão 2012 [da] Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 152 p. : il.

_____.Legislação brasileira sobre doação de órgãos humanos e de sangue. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 2008.

_____.**Lei no 4.701, de 28 DE Junho de 1965. Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4701impressao.htm. Acesso em: 15 mar 2015.

_____.**Lei no8.080, de 19 de Setembro de 1990. Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 15 mar 2015.

_____. Lei no 10.205, de 21 de março de 2001.**Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10205.htm. Acesso em: 15 mar 2015

_____. Lei nº 10.972, de 2 de dezembro de 2004. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia-HEMOBRÁS e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 3 de dezembro de 2004. Presidência da República.

_____. Portaria no 158, de 4 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. DOU de 5/2/2016, nº 25, Seção 1, p. 37.

BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Brasília: UnB,2015.

_____. **Ética da saúde. Saúde em debate 100.**.. Editora HUCITEC: São Paulo, 1996.

_____. **Corpo humano:** mercadoria ou valor? Estudos Avançados 7(19), São Paulo: s/e. 1993.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social, fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço Social no capitalismo:** Fundamentos sócio históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Serviço social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 4.ed.São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete.; BRAVO, Maria Inês de Souza.; UCHÔA, Roberta.; NOGUEIRA, Vera.; MARSIGLIA, Regina.; GOMES, Luciano.; TEIXEIRA, Marlene (Org.) **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, 2009.

BBC BRASIL.com. Conheça o mercado ilegal de venda de sangue na Índia. Disponível em:<http://noticias.terra.com.br/mundo/asia/conheca-o-mercado-ilegal-de-venda-de-sangue-na-india.cd73f0eef064b410VgnCLD200000b1bf46d0RCRD.html>. Acesso em: 25 fev2015.

BARCA, Daniela Augusta Accioly. Política Nacional de Sangue, componentes e hemoderivados no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. **Técnico em hemoterapia:** livro texto / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Diário da Câmara dos Deputados ano LIII – n. 2.204, sexta-feira, 11 de dezembro de 1998, Brasília – DF. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD11DEZ1998.pdf#page=106>. Acesso em: 10 jul. 2016.

CARDOSO, Fernando Henrique (FHC). **Discurso na cerimônia de sanção de projeto de lei relativo a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação de sangue.** Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/fernando-henrique-cardoso/discursos-1/2o-mandato/2001-1o-semester/25.pdf>. Acesso em: 9jun 2015.

COSTA, Ana Maria. Por que o Brasil exporta plasma e importa hemoderivados? Disponível em:<http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/ana-costa-por-que-o-brasil-exporta-plasma-e-importa-hemoderivados.html>. Acesso em: 19 de agosto de 2005. Acesso em:6 set 2015.

COSTA, Monica Rodrigues. **A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. Sociedade em Debate**, Pelotas, 86 13(2), 85-107, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Entre a Reforma e o SUS: os interesses do capital na saúde. CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. (Org.). **Reforma Sanitária e contrarreforma na Saúde: Interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

_____. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elisabete.; BRAVO, Maria Inês de Souza.; UCHÔA, Roberta.; NOGUEIRA, Vera.; MARSIGLIA, Regina.; GOMES, Luciano.; TEIXEIRA, Marlene (Org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, 2009.

_____. **Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COHN, Amélia. As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta de equidade. In. **A saúde como direito e como serviço/ Edilson Nunes, Pedro Jacobi, Úrsula S.Karsch; Amélia Cohn. – 3.ed. – São Paulo: Cortez, 2002**

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FIOCRUZ. Sangue tinge as manchetes. Revista RADIS, Rio de Janeiro, nº 72, 2008. Disponível em http://www6.enasp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_72.pdf. Acesso em: 18 mai 2015.

HEMOBRÁS. **Relatório de Gestão 2014**. Disponível em: http://www.hemobras.gov.br/ResourceLink/567/Auditoria_Relatorio_de_gestao_2014.pdf. Acesso em: 20 nov. 2015.

HEMOSC. **Sangue**. Disponível em <http://www.hemosc.org.br/sangue.html>, Acesso em 28 de março de 2016.

_____. **Nova estratégia de gestão e decolagem da fábrica: Gestão outubro de 2009 a outubro de 2013**. Brasília: Hemobrás, 2013.

JUNQUEIRA, Pedro C; ROSENBLIT Jacob; HAMERSCHLAK, Nelson. **História da Hemoterapia no Brasil**. Revista. Bras. Hematol. Hemoter. vol.27, n. 3. São José do Rio. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151684842005000300013&script=sci_arttext. Acesso em: 11 mai 2015.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MÉSZÁROS, István. **Para além do capital: rumo a uma teoria**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. **Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária brasileira.** 2008. 271f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008

MENDES, Eugenio Vilaça. **Distrito Sanitário: O processo social de Mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde.** 4ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 17.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NUNES, Helena Ferreira. **Responsabilidade civil e a transfusão de sangue.** 2010. 170f. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

PEREIRA, Rosane Suely May Rodrigues; ARRUDA, Mariluz Waltrick; REIBNITZ, Kenya Schmidt; GELBCKE Francine Lima. Projeto Escola do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina: uma estratégia de política pública. Revista Contexto Enferm, n. 16, 2007, Florianópolis: s/e.

SARAIVA, João Carlos Pina. A história da Hemoterapia no Brasil. Revista Brasileira. Hematol Hemoter. São José do Rio Preto: s/e, vol.27, n. 3. , 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s151684842005000300004&script=sci_arttext. Acesso em: 11 mai 2015.

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. **Bioética, direitos sociais e serviço social.** Belém: UNAMA, 2005.

SANTOS, Luiz A. de Castro, MORAES, Cláudia and COELHO, Vera Schattan P. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. **Physis**, 1991, v.1, n.1, p.161-182. Rio de Janeiro: s/e.

_____. Os anos 80: A politização do sangue. **Physis**, 1992, v.2, n.1, p.107-149.

_____. A politização do sangue no primeiro mundo. **Physis**, 1993, v. 3, n.2, p.165-192.

SOARES, BEATRIZ MAC DOWELL. **Política Nacional de Hemoderivados – Desafios e Perspectivas.** 2002.101f. Dissertação (Mestrado) –Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

SAMPAIO, Divaldo de Almeida. Cenário Político, Social e Cultural da Hemoterapia no Brasil. in Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. **Técnico em hemoterapia: livro texto / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e**

da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SÃO PAULO. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria Conjunta no 370, de 7 de maio de 2014. **Dispõe sobre regulamento técnico sanitário para o transporte de sangue e componente.** Disponível em: <http://pegasus.fmrp.usp.br/projeto/legislacao/370.pdf>. Acesso em: 19 ago 2015.

TC 51. **Política Nacional de Sangue.** Disponível em www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=194:tc-51-politica-nacional-sangue&Itemid=610. Acesso em: 19 ago 2015.

VERTCHENKO, Stela Brener. **Doação de sangue:** aspectos socioeconômicos, demográficos e culturais na região metropolitana de Belo Horizonte. 2005. 124f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

VELDEN, Felipe Ferreira Vander. **Quando o sangue se torna mercadoria.** Disponível em: http://www.comciencia.br/reportagens/2005/04/12_impr.shtml. Acesso em: 22 fev 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A –Coletas de Sangue Brasil (2007-2014)

ANO/	SUS				Privado não contratado		TOTAL	
	Público		Privado contratado		Coletas	%	Coletas	%
	Coletas	%	Coletas	%				
2007	2.277.972	58,43	1.091.801	28,01	528.625	13,56	3.898.398	100
2008	2.281.484	64,17	1.020.670	28,71	253.330	7,12	3.555.484	100
2009	2.277.247	62,19	1.065.276	29,09	319.124	8,72	3.661.647	100
2010	2.307.504	63,61	1.067.556	29,43	252.469	6,96	3.627.529	100
2011	2.354.224	65,22	1.074.336	29,76	181.380	5,02	3.609.940	100
2012	2.234.783	61,43	1.152.983	31,69	250.009	6,87	3.637.775	100
2013	2.273.192	63,38	1.093.812	30,50	219.510	6,13	3.586.523	100
2014	2.364.307	63,07	1.044.901	27,87	339.761	9,06	3.748.969	100

Fonte: Fonte: Cadernos de Informações – Sangue e Hemoderivados MS/CGSH 2ª a 9ª edição.

APÊNDICE B – Transfusões de Sangue – Brasil (2007-2014)

ANO/	SUS				Privado não contratado		TOTAL	
	Público		Privado contratado		Transfusões	%	Transfusões	%
	Transfusões	%	Transfusões	%				
2007	1.539.532	38,00	1.585.656	40,00	877.229	22,00	4.002.417	100
2008	1.494.590	45,10	1.441.876	43,51	377.593	11,39	3.314.059	100
2009	1.521.941	42,09	1.507.620	41,69	586.724	16,22	3.616.285	100
2010	1.530.461	45,85	1.461.374	43,78	346.283	10,37	3.338.118	100
2011	1.266.198	42,49	1.486.899	49,90	226.716	7,61	2.979.813	100
2012	1.319.139	42,17	1.450.899	46,38	357.919	11,44	3.127.957	100
2013	1.334.558	43,31	1.450.025	47,05	296.997	9,64	3.081.580	100
2014	1.349.195	40,96	1.455.804	44,20	488.935	14,84	3.293.934	100

Fonte: Cadernos de Informações – Sangue e Hemoderivados MS/CGSH 2ª a 9ª edição.

APÊNDICE C – Frequência e percentuais de Coleta de Sangue, por tipo de prestador, por região e unidade federada, Brasil, 2013

Região	UF	SUS				Privado não contratado		Total	
		Público		Privado Contratado		Nº coletas	%	Nº coletas	%
		Nº coletas	%	Nº coletas	%				
Centro-Oeste	DF	60.914	100%	0	0%	0	0%	60.914	100%
	GO	50.542	26,93%	100.726	53,67	36.418	19,04%	187.686	100%
	MS	58.130	100%	0	0%	0	0%	58.130	100%
	MT	34.765	45,62%	41.444	54,38%	0	0%	76.209	100%
TOTAL		204.351	53,36%	142.170	37,13%	36.418	9,51	382.939	100%
Nordeste	AL	32.859	79,37%	8.541	20,63%	0	0%	41.400	100%
	BA	84.277	42,97%	94.902	48,38%	16.966	8,65%	196.145	100%
	CE	105.574	74,90%	0	0%	35.387	25,10%	140.961	100%
	MA	72.700	98,67%	978	1,33%	0	0%	73.678	100%
	PB	75.867	100%	0	0%	0	0%	75.678	100%
	PE	129.968	64,53%	71.450	35,47%	0	0%	201.418	100%
	PI	56.230	100%	0	0%	0	0%	56.238	100%
	RN	48.877	85,66%	0	0%	8.179	14,34%	57.056	100%
SE	0	0%	26.676	100%	0	0%	26.676	100%	
TOTAL		606.360	69,74%	202.547	23,30%	60.532	6,96%	869.439	100%
Norte	AC	11.466	100%	0	0%	0	0%	11.466	100%
	AM	56.333	100%	0	0%	0	0%	56.333	100%
	AP	13.454	100%	0	0%	0	0%	13.454	100%
	PA	81.558	95%	0	0%	4.295	5%	85.853	100%
	RO	35.006	100%	0	0%	0	0%	35.006	100%
	RR	13.883	100%	0	0%	0	0%	13.883	100%
	TO	29.787	100%	0	0%	0	0%	29.787	100%
TOTAL		241.487	98,25%	0	0%	4.295	1,75%	245.782	100%
Sudeste	ES	37.059	47,76%	33.697	43,43%	6.831	8,80%	77.587	100%
	MG	276.858	85,88%	34.573	10,72%	10.930	3,39%	322.361	100%
	RJ	147.370	76,18%	15.497	8,01%	30.571	15,80%	193.438	100%
	SP	375.560	44,80%	452.766	54,01%	9.961	1,19%	838.287	100%
TOTAL		836.847	58,45%	536.533	37,48%	58.293	4,07%	1.431.673	100%
Sul	PR	152.511	51,48%	90.938	30,70%	52.803	17,82%	296.252	100%
	RS	115.053	47,75%	118.738	49,28%	7.178	2,98%	240.969	100%
	SC	116.583	97,58%	2.886	2,42%	0	0%	119.469	100%
TOTAL		384.147	58,50%	212.562	32,37%	59.981	9,13%	656.690	100%
Total geral		2.273.192	63,38%	1.093.812	30,50%	219.519	6,12%	3.586.523	100%

Fonte: Cadernos de informações Sangue e Hemoderivados, 8ª edição.MS/CGSH(2015).

APÊNDICE D – Frequência e percentuais de Transfusões de Sangue, por tipo de prestador, por região e unidade federada, Brasil, 2013

Região	UF	SUS				Privado não contratado		Total	
		Público		Privado Contratado		transfusões	%	transfusões	%
		Transfusões	%	transfusões	%				
CENTR O- OESTE	DF	15.901	78,64	4.319	21,36	0	0	20.220	100
	GO	37.459	29,84	55.155	43,93	32.936	26,23	125.550	100
	MS	24.899	63,27	14.453	36,73	0	0	39.352	100
	MT	21.455	40,80	31.131	59,20	0	0	52.586	100
TOTAL		99.714	41,95	105.058	44,20	32.936	13,86	237.708	100
NORDESTE	AL	8.185	39,40	12.588	60,60	0	0	20.773	100
	BA	70.362	49,40	51.135	36,28	19.431	13,79	140.928	100
	CE	52.471	46,84	27.509	24,56	32.048	28,61	112.028	100
	MA	29.806	80,22	7.349	19,78	0	0	37.155	100
	PB	22.112	54,00	18.837	46,00	0	0	40.949	100
	PE	74.612	70,23	31.624	29,77	0	0	106.236	100
	PI	15.708	45,97	18.461	54,03	0	0	34.169	100
	RN	19.672	36,88	16.847	31,58	16.825	31,54	53.344	100
SE	533	3,14	16.430	96,86	0	0	16.963	100	
TOTAL		293.461	52,17	200.780	35,69	68.304	12,14	562.545	100
NORTE	AC	9.368	91,36	886	8,64	0	0	10.254	100
	AM	26.851	99,67	89	0,33	0	0	26.940	100
	AP	972	86,28	1.546	13,72	0	0	11.271	100
	PA	54.793	78,03	9.216	13,13	6.207	0*	70.216	91,1*
	RO	8.851	97,02	272	2,98	0	0	9.123	100
	RR	5.160	100	0	0	0	0	5.160	100
	TO	13.711	90,99	1.358	9,01	0	0	15.069	100
TOTAL		128.459	86,78	13.367	9,03	6.207	0*	148.033	100
SUDES TE	ES	26.465	38,43	37.265	54,11	5.138	7,46	68.868	100
	MG	123.056	35,37	199.659	57,39	25.186	7,24	347.901	100
	RJ	91.403	55,52	26.554	16,13	46.677	28,35	164.638	100
	SP	372.098	43,80	448.577	52,80	28.860	3,40	849.535	100
TOTAL		613.022	42,84	712.055	49,76	105.861	7,40	1.430.938	100
SUL	PR	70.917	21,21	193.261	57,80	70.205	21,00	334.383	100
	RS	87.920	35,35	147.287	59,22	13.484	5,42	248.691	100
	SC	41.065	34,43	78.217	65,57	0	0	119.282	100
TOTAL		199.202	28,46	418.765	59,62	83.689	11,92	702.356	100
Total geral		1.334.558	43,31	1.450.025	47,05	296.997	9,64	3.081.580	100

Fonte: Cadernos de informações Sangue e Hemoderivados, 8ª edição. MS/CGSH(2015) (transcrito).

APÊNDICE E– Frequência e percentuais de Coleta de Sangue, por tipo de prestador, por região e unidade federada, Brasil, 2014.

Região	UF	SUS				Privado não contratado		Total	
		Público		Privado Contratado		Nº coletas	%	Nº coletas	%
		Nº coletas	%	Nº coletas	%				
Centro-Oeste	DF	56.320	80,59%	0	0%	13.562	19,41%	69.882	100%
	GO	53.438	24,33%	98.761	45,05%	67.006	30,57%	219.205	100%
	MS	59.901	100%	0	0%	0	0%	59.901	100%
	MT	37.502	46,44%	34.427	42,63%	8.830	10,93%	80.759	100%
TOTAL		207.161	48,21%	133.188	30,99%	89.398	20,80%	429.747	100%
Nordeste	AL	36.198	80,33%	8.866	19,67%	0	0%	45.064	100%
	BA	92.401	44,38%	88.980	42,74%	26.800	12,87%	208.181	100%
	CE	107.185	82,03%	0	0%	23.478	17,97%	130.663	100%
	MA	74.608	98,03%	1.135	1,50%	0	0%	75.743	100%
	PB	80.338	100%	0	0%	0	0%	80.338	100%
	PE	134.017	59,68%	68.383	30,45%	22.164	9,87%	224.564	100%
	PI	55.183	100%	0	0%	0	0%	55.183	100%
	RN	51.693	85,23%	0	0%	8.252	13,77%	59.945	100%
SE	0	0%	25.044	100%	0	0%	22.044	100%	
TOTAL		631.623	69,81%	192.408	21,27%	80.694	8,92%	904.725	100%
Norte	AC	11.890	100%	0	0%	0	0%	11.890	100%
	AM	57.129	98,45%	902	1,55%	0	0%	58.031	100%
	AP	13.012	100%	0	0%	5.193	5,91%	13.012	100%
	PA	82.677	94,09%	0	0%	0	0%	87.870	100%
	RO	33.874	100%	0	0%	0	0%	33.874	100%
	RR	11.398	100%	0	0%	0	0%	11.398	100%
	TO	24.459	100%	0	0%	0	0%	24.459	100%
TOTAL		234.439	97,47%	902	0,37%	5.193	2,16	240.534	100%
Sudeste	ES	38.538	43,17%	34.397	38,53%	16.337	18,30%	89.272	100%
	MG	284.973	87,06%	31.213	9,54%	11.147	3,41%	327.333	100%
	RJ	126.469	73,98%	15.641	9,15%	28.836	16,87%	170.946	100%
	SP	429.874	48,94%	433.394	49,34%	15.083	1,72%	878.351	100%
TOTAL		879.854	60,02%	514.645	35,11%	71.403	4,87%	1.465.902	100%
Sul	PR	171.556	50,26%	83.779	24,54%	86.023	25,20%	341.358	100%
	RS	124.110	50%	117.039	47,16%	7.050	2,84%	248.199	100%
	SC	115.564	97,52%	2.940	2,48%	0	0%	118.504	100%
TOTAL		411.230	58,08%	203.758	28,78%	93.073	13,14%	708.061	100%
Total Geral		2.364.307	63,07%	1.044.901	27,87%	339.761	9,06%	3.748.969	100%

Fonte: Cadernos de informações Sangue e Hemoderivados, 9ª edição.MS/CGSH(2015) (transcrito).

APÊNDICE F– Frequência e percentuais de Transfusões de Sangue, por tipo de prestador, por região e unidade federada, Brasil, 2014

Região	UF	SUS				Privado não contratado		Total	
		Público		Privado Contratado		transfusões	%	transfusões	%
		Transfusões	%	transfusões	%				
CENTR O- OESTE	DF	16.377	38,54	5.870	13,81	20.251	47,65	42.498	100
	GO	36.113	22,89	57.363	36,36	64.297	40,75	157.773	100
	MS	6.405	21,96	22.757	78,04	0	0	29.162	100
	MT	19.919	29,40	33.523	49,48	14.302	21,11	67.744	100
TOTAL		78.814	26,52	119.513	40,22	98.850	33,26	297.177	100
NORDESTE	AL	7.047	31,29	15.474	68,71	0	0	22.521	100
	BA	66.235	41,75	55.580	35,03	36.836	23,22	158.651	100
	CE	65.368	52,61	26.286	21,03	32.586	26,23	124.240	100
	MA	29.437	79,75	7.474	20,25	0	0	36.911	100
	PB	19.331	49,82	19.472	50,18	0	0	38.803	100
	PE	67.882	47,97	36.589	25,86	37.038	26,17	141.509	100
	PI	14.931	46,29	17.327	53,71	0	0	32.258	100
	RN	23.570	44,71	14.565	27,63	14.578	27,66	52.713	100
SE	3.779	24,80	11.461	75,20	0	0	15.240	100	
TOTAL		297.580	47,78	204.228	32,79	121.038	19,43	622.846	100
NORTE	AC	7.987	92,28	668	7,72	0	0	8.655	100
	AM	29.915	84,13	5.644	15,87	0	0	35.559	100
	AP	15.678	93,04	1.173	6,96	0	0	16.851	100
	PA	50.600	76,09	8.458	12,72	7.442	11,19	65.500	100
	RO	12.410	97,63	301	2,37	0	0	12.711	100
	RR	4.269	100	0	0	0	0	4.269	100
	TO	14.369	90,96	1428	9,04	0	0	15.797	100
TOTAL		135.228	84,34	17.672	11,02	7.442	4,64	160.342	100
SUDES TE	ES	27.033	30,28	35.752	40,05	26.489	29,67	89.274	100
	MG	120.899	34,46	204.189	58,20	25.732	7,33	350.820	100
	RJ	96.780	56,81	27.676	16,25	45.908	26,95	170.364	100
	SP	380.958	46,01	431.849	52,16	15.140	1,83	827.947	100
TOTAL		625.670	43,50	699.466	48,63	113.269	7,87	1.438.405	100
SUL	PR	72.849	18,39	189.435	47,81	133.956	38,81	396.240	100
	RS	96.720	37,50	146.793	56,92	14.380	5,58	257.893	100
	SC	42.335	34,98	78.697	65,02	0	0	121.031	100
TOTAL		211.903	27,34	414.925	53,53	148.336	19,14	775.164	100
Total geral		1.349.195	40,96	1.455.804	44,20	488.935	14,84	3.293.934	100

Fonte: Cadernos de informações Sangue e Hemoderivados, 9ª edição.MS/CGSH(2015) (transcrito).

Nota: Quantitativo de coletas apresentados ao Sistema (SIA/SUS).

APÊNDICE G – Produção Ambulatorial – Coleta de Sangue – Brasil – Procedimento
0306010011

UF Atendimento	2013		2014		2015	
	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado
Rondônia	34.662	762.564,00	33.536	737.792,00	32.282	710.204,00
Acre	11.302	248.644,00	11.753	258.566,00	11.504	253.088,00
Amazonas	56.106	1.234.332,00	57.866	1.273.052,00	61.914	1.362.108,00
Roraima	13.803	303.666,00	11.308	248.776,00	11.154	245.388,00
Pará	79.267	1.743.874,00	77.456	1.704.032,00	78.990	1.737.780,00
Amapá	13.454	295.988,00	13.012	286.264,00	12.924	284.328,00
Tocantins	29.764	654.808,00	24.387	536.514,00	23.687	521.114,00
Norte	238.358	5.243.876,00	229.318	5.044.996,00	232.455	5.114.010,00
Maranhão	73.242	1.611.324,00	75.347	1.657.634,00	76.700	1.687.400,00
Piauí	55.774	1.227.028,00	54.677	1.202.894,00	54.453	1.197.966,00
Ceará	99.244	2.183.368,00	102.316	2.250.952,00	101.980	2.243.560,00
Rio Grande do Norte	47.291	1.040.402,00	50.019	1.100.418,00	54.103	1.190.266,00
Paraíba	74.052	1.629.144,00	78.284	1.722.248,00	79.719	1.753.818,00
Pernambuco	181.763	3.998.786,00	182.424	4.013.328,00	186.809	4.109.798,00
Alagoas	38.185	840.070,00	42.307	930.754,00	40.740	896.280,00
Sergipe	26.648	586.256,00	25.042	550.924,00	26.092	574.024,00
Bahia	175.519	3.861.418,00	176.618	3.885.596,00	184.419	4.057.218,00
Nordeste	771.718	16.977.796,00	787.034	17.314.748,00	805.015	17.710.330,00
Minas Gerais	305.161	6.713.542,00	307.158	6.757.476,00	307.676	6.768.872,00
Espírito Santo	68.627	1.509.794,00	68.310	1.502.820,00	70.135	1.542.970,00
Rio de Janeiro	160.196	3.524.312,00	138.700	3.051.400,00	140.357	3.087.854,00
São Paulo	808.905	17.795.910,00	842.071	18.525.562,00	841.081	18.503.782,00
Sudeste	1.342.889	29.543.558,00	1.356.239	29.837.258,00	1.359.249	29.903.478,00
Paraná	226.647	4.986.234,00	242.283	5.330.226,00	243.080	5.347.760,00
Santa Catarina	116.737	2.568.214,00	115.816	2.547.952,00	116.666	2.566.652,00
Rio Grande do Sul	228.642	5.030.124,00	236.918	5.212.196,00	233.084	5.127.848,00
Sul	572.026	12.584.572,00	595.017	13.090.374,00	592.830	13.042.260,00
Mato Grosso do Sul	57.632	1.267.904,00	59.784	1.315.248,00	56.339	1.239.458,00
Mato Grosso	73.970	1.627.340,00	69.772	1.534.984,00	79.066	1.739.452,00
Goiás	139.883	3.077.426,00	140.636	3.093.992,00	136.574	3.004.628,00
Distrito Federal	55.193	1.214.246,00	54.650	1.202.300,00	55.847	1.228.634,00
Centro-Oeste	326.678	7.186.916,00	324.842	7.146.524,00	327.826	7.212.172,00
Total	3.251.669	71.536.718,00	3.292.450	72.433.900,00	3.317.375	72.982.250,00

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

APÊNDICE H – Produção Ambulatorial – Coleta de Sangue – Brasil –
Procedimento 0306010020

Atendimento	2013		2014		2015	
	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado
Rondônia	336	169.646,40	270	136.323,00	279	140.867,10
Acre	164	82.803,60	137	69.171,30	132	66.646,80
Amazonas	227	114.612,30	165	83.308,50	185	93.406,50
Roraima	80	40.392,00	90	45.441,00	104	52.509,60
Pará	12	6.058,80	9	4.544,10	31	15.651,90
Amapá	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tocantins	0	0,00	47	23.730,30	178	89.872,20
Norte	819	413.513,10	718	362.518,20	909	458.954,10
Maranhão	179	90.377,10	248	125.215,20	181	91.386,90
Piauí	464	234.273,60	506	255.479,40	359	181.259,10
Ceará	1.478	746.242,20	1.909	963.854,10	1.663	839.648,70
Rio Grande do Norte	531	268.101,90	684	345.351,60	849	428.660,10
Paraíba	512	258.508,80	348	175.705,20	231	116.631,90
Pernambuco	771	389.277,90	595	300.415,50	798	402.910,20
Alagoas	100	50.490,00	187	94.416,30	328	165.607,20
Sergipe	28	14.137,20	2	1.009,80	19	9.593,10
Bahia	1.131	571.041,90	1.187	599.316,30	1.078	544.282,20
Nordeste	5.194	2.622.450,60	5.666	2.860.763,40	5.506	2.779.979,40
Minas Gerais	2.382	1.202.671,80	2.299	1.160.765,10	3.148	1.589.425,20
Espírito Santo	363	183.278,70	988	498.841,20	265	133.798,50
Rio de Janeiro	2.415	1.219.333,50	2.283	1.152.686,70	2.474	1.249.122,60
São Paulo	18.939	9.562.301,10	20.022	10.109.107,80	20.615	10.408.513,50
Sudeste	24.099	12.167.585,10	25.592	12.921.400,80	26.502	13.380.859,80
Paraná	3.467	1.750.488,30	3.435	1.734.331,50	3.847	1.942.350,30
Santa Catarina	2.732	1.379.386,80	2.688	1.357.171,20	3.113	1.571.753,70
Rio Grande do Sul	2.767	1.397.058,30	3.093	1.561.655,70	6.196	3.128.360,40
Sul	8.966	4.526.933,40	9.216	4.653.158,40	13.156	6.642.464,40
Mato Grosso do Sul	498	251.440,20	117	59.073,30	133	67.151,70
Mato Grosso	270	136.323,00	332	167.626,80	467	235.788,30
Goiás	1.048	529.135,20	1.319	665.963,10	962	485.713,80
Distrito Federal	1.754	885.594,60	1.670	843.183,00	1.612	813.898,80
Centro-Oeste	3.570	1.802.493,00	3.438	1.735.846,20	3.174	1.602.552,60
Total	42.648	21.532.975,20	44.630	22.533.687,00	49.247	24.864.810,30

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

APÊNDICE I –Produção ambulatorial – Coleta de sangue – Brasil. Procedimento 0306010011 e 0306010020

UF Atendimento	2013		2014		2015	
	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado
Rondônia	34.998	932.210,40	33.806	874.115,00	32.561	851.071,10
Acre	11.466	331.447,60	11.890	327.737,30	11.636	319.734,80
Amazonas	56.333	1.348.944,30	58.031	1.356.360,50	62.099	1.455.514,50
Roraima	13.883	344.058,00	11.398	294.217,00	11.258	297.897,60
Pará	79.279	1.749.932,80	77.465	1.708.576,10	79.021	1.753.431,90
Amapá	13.454	295.988,00	13.012	286.264,00	12.924	284.328,00
Tocantins	29.764	654.808,00	24.434	560.244,30	23.865	610.986,20
Norte	239.177	5.657.389,10	230.036	5.407.514,20	233.364	5.572.964,10
Maranhão	73.421	1.701.701,10	75.595	1.782.849,20	76.881	1.778.786,90
Piauí	56.238	1.461.301,60	55.183	1.458.373,40	54.812	1.379.225,10
Ceará	100.722	2.929.610,20	104.225	3.214.806,10	103.643	3.083.208,70
Rio Grande do Norte	47.822	1.308.503,90	50.703	1.445.769,60	54.952	1.618.926,10
Paraíba	74.564	1.887.652,80	78.632	1.897.953,20	79.950	1.870.449,90
Pernambuco	182.534	4.388.063,90	183.019	4.313.743,50	187.607	4.512.708,20
Alagoas	38.285	890.560,00	42.494	1.025.170,30	41.068	1.061.887,20
Sergipe	26.676	600.393,20	25.044	551.933,80	26.111	583.617,10
Bahia	176.650	4.432.459,90	177.805	4.484.912,30	185.497	4.601.500,20
Nordeste	776.912	19.600.246,60	792.700	20.175.511,40	810.521	20.490.309,40
Minas Gerais	307.543	7.916.213,80	309.457	7.918.241,10	310.824	8.358.297,20
Espírito Santo	68.990	1.693.072,70	69.298	2.001.661,20	70.400	1.676.768,50
Rio de Janeiro	162.611	4.743.645,50	140.983	4.204.086,70	142.831	4.336.976,60
São Paulo	827.844	27.358.211,10	862.093	28.634.669,80	861.696	28.912.295,50
Sudeste	1.366.988	41.711.143,10	1.381.831	42.758.658,80	1.385.751	43.284.337,80
Paraná	230.114	6.736.722,30	245.718	7.064.557,50	246.927	7.290.110,30
Santa Catarina	119.469	3.947.600,80	118.504	3.905.123,20	119.779	4.138.405,70
Rio Grande do Sul	231.409	6.427.182,30	240.011	6.773.851,70	239.280	8.256.208,40
Sul	580.992	17.111.505,40	604.233	17.743.532,40	605.986	19.684.724,40
Mato Grosso do Sul	58.130	1.519.344,20	59.901	1.374.321,30	56.472	1.306.609,70
Mato Grosso	74.240	1.763.663,00	70.104	1.702.610,80	79.533	1.975.240,30
Goiás	140.931	3.606.561,20	141.955	3.759.955,10	137.536	3.490.341,80
Distrito Federal	56.947	2.099.840,60	56.320	2.045.483,00	57.459	2.042.532,80
Centro-Oeste	330.248	8.989.409,00	328.280	8.882.370,20	331.000	8.814.724,60
Total	3.294.317	93.069.693,20	3.337.080	94.967.587,00	3.366.622	97.847.060,30

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

APÊNDICE J –Coleta de Sangue p/ Transfusão. Valores pagos – Rede Pública
2013-2015

ANO		PÚBLICO FEDERAL		PÚBLICO ESTADUAL		PÚBLICO MUNICIPAL	
		Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
2013	0306010011	99.813	2.195.886,00	1.806.277	39.738.094,00	123.110	2.708.420,00
	0306010020	6.316	3.188.948,40	19.819	10.006.613,10	148	74.725,20
2014	0306010011	70.903	1.559.866,00	1.925.768	42.366.896,00	131.819	2.900.018,00
	0306010020	6.537	3.300.531,30	20.362	10.280.773,80	135	68.161,50
2015	0306010011	56.291	1.238.402,00	1.644.502	36.179.044,00	117.688	2.589.136,00
	0306010020	8.454	4.268.424,60	18.685	9.434.056,50	124	62.607,60

Procedimento 0306010011 – Coleta de sangue p/ transfusão

Procedimento 0306010020 Coleta de sangue p/ transfusão (c/ processadora automática)

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – Tabela construída pelo autor.

APÊNDICE K–Coleta de Sangue p/ Transfusão. Valores pagos – Rede privada conveniada 2013-2015

ANO		PRIVADO COM FINS LUCRATIVOS		PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS		FILANTRÓPICO COM CNAS VALIDO	
		Quant.	Valor	Quant.	Valor	Quant.	Valor
2013	0306010011	345.275	7.596.050,00	351.408	7.730.976,00	525.786	11.567.292,00
	0306010020	894	451.380,60	4.740	2.393.226,00	10.731	5.418.081,90
2014	0306010011	314.057	6.909.254,00	127.987	2.815.714,00	721.916	15.882.152,00
	0306010020	514	259.518,60	950	479.655,00	16.132	8.145.046,80
2015	0306010011	252.645	5.558.190,00	88.995	1.957.890,00	604.812	13.305.864,00
	0306010020	404	203.979,60	778	392.812,20	13.799	6.967.115,10

Procedimento 0306010011 – Coleta de sangue p/ transfusão

Procedimento 0306010020 Coleta de sangue p/ transfusão (c/ processadora automática)

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES-BR – Tabela construída p/ autor.

APÊNDICE L –Produção Ambulatorial –Valores pagos Medicina Transfusional Brasil
– por Estado federado, 2013 a 2015

UF Atendimento	2013		2014		2015	
	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado
Rondônia	1.898	11.549,92	1.783	11.953,37	2.012	13.455,88
Acre	2.557	19.342,73	433	2.282,97	454	2.478,96
Amazonas	17.577	159.427,68	20.741	207.551,46	12.881	151.154,01
Roraima	45	364,05	24	194,16	14	113,26
Pará	10.911	79.525,89	8.815	67.092,15	9.925	78.440,21
Amapá	9.423	76.232,07	15.477	125.208,93	9.507	71.076,93
Tocantins	3.037	17.881,53	3.801	22.727,24	4.316	25.141,54
Norte	45.448	364.323,87	51.074	437.010,28	39.109	341.860,79
Maranhão	7.738	52.169,92	8.693	56.320,87	9.107	56.683,63
Piauí	22.229	130.629,91	53.677	300.793,83	36.042	204.489,48
Ceará	16.365	190.446,10	15.514	192.775,15	15.092	188.512,58
Rio Grande do Norte	13.290	86.835,30	18.300	121.524,07	18.029	107.456,11
Paraíba	13.168	81.069,02	14.052	83.803,78	18.609	110.307,91
Pernambuco	22.292	184.145,99	17.806	154.848,26	16.784	122.450,06
Alagoas	9.143	59.064,47	8.786	57.860,54	7.620	51.222,20
Sergipe	4.150	31.649,10	2.972	21.833,48	706	4.524,94
Bahia	20.141	157.855,03	23.553	194.233,83	21.895	175.951,49
Nordeste	128.516	973.864,84	163.353	1.183.993,81	143.884	1.021.598,40
Minas Gerais	49.893	370.613,73	50.724	394.151,53	52.236	438.050,98
Espírito Santo	23.222	157.893,74	24.243	160.210,99	22.352	146.129,65
Rio de Janeiro	43.992	407.979,36	38.696	327.609,18	30.480	269.773,83
São Paulo	158.393	1.428.748,46	165.116	1.511.527,94	170.071	1.562.308,82
Sudeste	275.500	2.365.235,29	278.779	2.393.499,64	275.139	2.416.263,28
Paraná	43.244	372.683,35	36.982	367.365,57	32.865	333.361,78
Santa Catarina	16.084	161.135,23	17.162	198.200,05	18.577	205.943,08
Rio Grande do Sul	38.585	283.835,32	43.764	327.350,68	41.469	309.540,20
Sul	97.913	817.653,90	97.908	892.916,30	92.911	848.845,06
Mato Grosso do Sul	20.395	158.422,15	6.599	53.766,84	7.541	67.313,40
Mato Grosso	28.675	175.788,75	24.835	155.664,36	31.315	193.593,15
Goiás	26.002	218.648,33	42.510	314.915,27	24.020	205.205,73
Distrito Federal	7.938	67.626,90	9.487	77.813,47	11.243	94.014,38
Centro-Oeste	83.010	620.486,13	83.431	602.159,94	74.119	560.126,66
Total	630.387	5.141.564,03	674.545	5.509.579,97	625.162	5.188.694,19

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)

APÊNDICE M–Produção hospitalar–Valores pagos –Medicina Transfusional Brasil – por Estado federado, 2013 a 2015

UF Atendimento	2013		2014		2015	
	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado	Quant.	Vi. Aprovado
Rondônia	2.522	72.439,26	3.406	100.159,82	3.562	98.221,73
Acre	1.837	68.563,08	1.808	72.384,12	1.965	86.274,37
Amazonas	3.775	111.768,65	4.248	145.332,88	6.349	237.591,20
Roraima	1.722	42.914,85	1.544	35.615,55	1.944	54.853,82
Pará	18.330	468.868,18	17.952	442.851,90	19.626	491.997,76
Amapá	882	42.281,40	696	34.267,94	695	42.606,66
Tocantins	4.617	121.353,47	4.591	124.567,91	4.132	111.879,97
Norte	33.685	928.188,89	34.245	955.180,12	38.273	1.123.425,51
Maranhão	9.941	276.253,96	10.366	279.554,13	10.943	313.873,40
Piauí	8.797	252.318,70	8.264	234.595,69	10.196	270.722,89
Ceará	21.084	582.157,00	25.192	677.931,32	25.889	696.455,14
Rio Grande do Norte	8.106	257.743,19	8.116	256.655,60	8.724	242.872,49
Paraíba	12.404	311.271,00	11.966	296.824,68	11.846	301.798,95
Pernambuco	26.869	792.617,07	28.262	777.868,81	29.789	946.951,79
Alagoas	6.449	142.720,65	7.085	154.498,24	8.421	194.731,28
Sergipe	5.004	112.251,39	4.595	108.414,58	5.805	136.531,87
Bahia	30.474	879.590,29	30.233	852.916,57	31.227	858.558,31
Nordeste	129.128	3.606.923,25	134.079	3.639.259,62	142.840	3.962.496,12
Minas Gerais	86.810	2.524.582,38	90.430	2.599.664,58	93.592	2.673.762,41
Espírito Santo	15.270	442.417,61	15.743	438.209,64	15.572	440.298,67
Rio de Janeiro	31.054	790.460,68	34.509	874.164,44	37.394	919.565,04
São Paulo	195.511	6.226.069,52	196.637	6.096.961,20	198.643	5.961.016,62
Sudeste	328.645	9.983.530,19	337.319	10.008.999,86	345.201	9.994.642,74
Paraná	64.396	2.154.219,42	66.595	2.095.316,51	63.183	1.978.360,14
Santa Catarina	36.056	909.538,78	37.182	925.592,82	38.367	910.517,99
Rio Grande do Sul	60.738	1.871.194,20	64.691	1.972.964,01	66.314	1.811.874,27
Sul	161.190	4.934.952,40	168.468	4.993.873,34	167.864	4.700.752,40
Mato Grosso do Sul	6.039	177.546,06	7.770	200.616,51	8.613	247.205,18
Mato Grosso	11.360	371.924,78	11.661	379.207,41	12.396	429.448,69
Goiás	21.249	643.437,57	21.347	657.669,51	23.572	685.057,08
Distrito Federal	4.915	110.943,13	4.967	121.666,42	4.581	111.217,34
Centro-Oeste	43.563	1.303.851,54	45.745	1.359.159,85	49.162	1.472.928,29
Total	696.211	20.757.446,27	719.856	20.956.472,79	743.340	21.254.245,06

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS)

Obs.: Esses dados envolvem todos os procedimentos referentes à Medicina Transfusional, classificado na Tabela do SUS como forma de organização 030602.