GESTÃO PÚBLICA X GESTÃO PRIVADA DO SANGUE: OPOSIÇÃO OU COMPLEMENTARIDADE?*

Vera Schattan P. Coelho**

1. Introdução; 2. A política nacional e estadual de sangue; 3. O modelo hemoterápico em questão; 4. Política hemoterápica nacional: impasses e perspectivas; 5. Conclusão.

Breve relato da situação do sistema hemoterápico público. Para analisar os sistemas hemoterápicos são sugeridas como relevantes as variáveis: tipo de doação, tipo de capital financeiro e tipo de organização dos serviços. Para aperfeiçoar a política nacional de sangue são sugeridas e analisadas as possibilidades de ajustes na combinação dessas variáveis.

Summary

PUBLIC MANAGEMENT VS PRIVATE MANAGEMENT OF BLOOD SUPPLY: OPPOSED OR COMPLEMENTAL?

A short summary of the hemotherapic public system situation is presented. The following dimensions are analysed: types of donation, financial capital and service, organization as outstanding factors to understand the hemotherapic system. Some ajustments in the combination of the dimensions are suggested as a contribution to the improvement of the national blood policy.

Palavras-chave:
Sangue; política de sangue; planejamento hemoterápico.

1. *Introdução*

A atenção dada ultimamente ao problema do sangue no Brasil, e que pode ser entendida como uma subquestão da extensa pauta de problemas levantados pela Aids, se intensificou em meio à discussão sobre a reforma sanitária, durante as votações da Constituição Federal e com a implantação do Sistema Único de Saúde

* Artigo elaborado a partir de estudo realizado no Cebrap, em São Paulo, durante o ano de 1989, com financiamento da Finep e da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de São Paulo. O coordenador da pesquisa foi o Prof. Luiz A. de Castro Santos. Cláudia Moraes e a autora trabalharam como pesquisadoras-assistentes durante a realização do estudo. Recebido em dez. 1991 e aceito em mar. 1992.
** Socióloga, pós-graduada pela Unicamp; consultora da Fundap e pesquisadora contratada no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp. (Endereço: Rua Alagoas, 162, ap. 82 — Higienópolis — 01242 — São Paulo, SP.)

(SUS). O controle do sangue passou a ser nesse período um dos pólos do debate sobre estatização/privatização dos serviços de saúde, aparecendo muitas vezes como um paradigma da situação geral do sistema de saúde brasileiro.

A questão do sangue mereceu um artigo próprio dentro do capítulo da saúde aprovado na Constituição Federal de 1988. O texto aprovado diz: "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, vedado todo tipo de comercialização."[1]

Assistimos até hoje a discussões em torno da interpretação desse texto, isto é, se a proibição da comercialização deve ou não implicar uma completa estatização do setor. De qualquer modo, entende-se que a organização da rede de coleta e processamento é uma atribuição do Estado.

O sistema público tem conseguido, no entanto, suprir pouco mais de 40% da demanda, segundo dados da própria Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde. Em função dessa escassez e dos aproximadamente US$60 milhões gastos anualmente na importação de hemoderivados, voltou-se a discutir, em julho de 1991, no Congresso, um projeto apresentado na Câmara que autoriza organizações privadas já existentes a coletar, fracionar, industrializar e fazer a transfusão de sangue e seus derivados. O projeto, como era de se esperar, provocou violentas reações por parte dos setores que são a favor da estatização do sangue.

Nessa ocasião, como em todas as outras em que se toca na questão da política de sangue, a discussão — entre os que privilegiam a questão da eqüidade e aqueles que defendem a primazia da eficiência — revela-se extremamente difícil e complexa. Os que defendem a eqüidade apontam para os problemas da comercialização de sangue humano e para a necessidade de se garantir a todo cidadão acesso a sangue de boa qualidade. Para aqueles que privilegiam a eficiência, a questão básica é como abastecer o mercado com produtos de boa qualidade em níveis suficientes e a preços razoáveis.

Pretendemos, neste artigo, elaborar um pouco mais essa discussão a partir da análise de alguns aspectos do modelo hemoterápico que tem informado as políticas públicas na área de sangue. Nesse sentido, indicamos três dimensões que se têm mostrado relevantes para entender os tipos de organização hemoterápica que funcionam em diferentes países. Essas dimensões são o tipo de organização dos serviços, o tipo de doação e o tipo de capital financeiro, e sua análise deve contribuir para a compreensão da política hemoterápica desenvolvida hoje no Brasil.

Com respeito ao tipo de organização do sistema é importante indicar que consideraremos como sistemas centralizados aqueles onde as decisões são tomadas a partir de comandos únicos. As agências responsáveis pela política hemoterápica definem, nesses sistemas, como os produtos e serviços das várias unidades se complementam. Quanto mais centralizado for o sistema, maior será, portanto, o grau de dependência e hierarquização entre as unidades que realizam procedimentos hemoterápicos. Já nos sistemas descentralizados, a divisão de tarefas vai sendo definida a partir do comportamento do mercado em uma interação entre os interesses

[1] Ver § 4º, art.199, capítulo II — Da Ordem Social, Seção I, Da Saúde.

dos consumidores e dos fornecedores de bens e serviços hemoterápicos. Nesses sistemas é grande, portanto, a autonomia das unidades prestadoras de serviços.

Uma outra dimensão que consideramos importante para entender as variações entre os sistemas hemoterápicos é o tipo de capital que financia os diferentes sistemas. É importante termos claro que, apesar de uma certa tendência de associação entre organizações centralizadas e capital público, há sistemas centralizados financiados pelo capital privado e sistemas descentralizados financiados pelo capital público.[2] O tipo de capital que financia o sistema hemoterápico leva a definição de prioridades e, sobretudo, a estratégias muito diferentes de distribuição dos produtos.

Uma última dimensão que analisaremos é o tipo de doação que supre o sistema de sua "matéria-prima" vital, o sangue. Nesse sentido, há sistemas que se organizam a partir de doações voluntárias, outros a partir de doações remuneradas e outros a partir de uma combinação dessas duas modalidades. A questão da comercialização do sangue liga-se não só a uma discussão ética sobre as implicações de se mercantilizar partes do corpo humano como também a todo um problema da cultura cívica presente nos diferentes países e que, se mal interpretado, pode levar ao fracasso da política de sangue. Assim, em um país como o nosso, em que a população não tem o sentido da doação enquanto uma obrigação para com um semelhante em necessidade, calcar toda a política de sangue na doação voluntária pode significar uma séria ameaça de paralisação do sistema hemoterápico.

A simples viabilidade de estabelecer diferentes combinações entre essas várias dimensões nos permite perceber a enorme gama de possibilidades existentes na organização do sistema hemoterápico. Afinal, entre um extremo e outro, centralizado ou descentralizado, capital público ou privado e doação remunerada ou altruísta, há inúmeras combinações possíveis.

Analisaremos a seguir, a política hemoterápica que se está tentando implementar no Brasil a partir dessas dimensões e lançaremos à discussão algumas questões que devem contribuir para levarmos adiante uma reflexão sobre o tipo de gestão mais eficaz para a política de sangue no Brasil.

2. *A política nacional e estadual de sangue*

Faremos, a seguir, um breve apanhado da política nacional e estadual de sangue. O quadro apresentado não pretende esgotar as iniciativas, os empreendimentos e os problemas da área, mas apenas dar uma idéia geral da situação do setor.

De imediato é preciso reconhecer que houve, a partir de 1988, um impulso considerável da atuação estatal na área hemoterápica. Esse crescimento pode ser atribuído a combinação dos riscos ligados à Aids com a pressão exercida pela sociedade civil[3] sobre o Estado, o que deu origem às novas políticas hemoterápicas, estaduais e federal, implementadas a partir de então.[4]

[2] O caso do Brasil, onde o INPS financiou durante muitos anos uma extensa rede de pequenos bancos privados, é um exemplo dessa possibilidade.

[3] A pressão da sociedade civil sobre o Governo através de organizações como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), Associação Brasileira dos Hemofílicos, Associação Brasileira dos

Em São Paulo, a Secretaria de Saúde propôs, em 1988, o Programa de Hematologia e Hemoterapia. Esse programa prevê o desenvolvimento de um sistema hemoterápico integrado, que abrange o Estado, através da implantação de hemocentros, núcleos de hematologia e hemoterapia, agências transfusionais e unidades transfusionais.

Nesse sentido, as cinco macrorregiões de saúde do Estado,[5] foram tomadas como unidades de planejamento de um projeto que deveria consumir aproximadamente 20 milhões de dólares em três anos. Esse programa vem sendo implantado com relativo sucesso no Estado, sobretudo no que diz respeito ao controle sorológico do sangue. Apesar dessas medidas o problema da escassez de sangue segue na pauta do dia. Assim, em julho deste ano, a Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo anunciava que operações eletivas estavam sendo adiadas por falta de sangue e estimava que seriam necessárias mais 5 mil doações por mês para estabilizar a situação.[6]

O setor privado também apresentou, a partir de 1987, no estado de São Paulo mudanças em seu perfil. Os pequenos bancos de sangue desprovidos de qualidade foram aos poucos fechados pela Vigilância Sanitária, ficando em operação, sobretudo, os serviços de porte médio ligados a hospitais privados ou Centros Hematológicos.

Os bancos de sangue hospitalares privados representam em alguns casos, os chamados serviços de primeira linha e poderíamos citar, como exemplos, os hospitais Israelita Albert Einstein, o Sírio Libanês e o Santa Catarina. Esses serviços se protegem da estatização garantindo segurança àqueles que podem pagar. As transfusões casadas e autólogas[7] são comuns nesses serviços, bem como o uso de materiais de coleta e transfusão importados que apresentam padrões de qualidade aprovados internacionalmente.

Os Centros Hematológicos são instituições privadas que centralizam a sorologia, realizam alguns procedimentos hemoterápicos mais complexos e se aproximam, em

Talassêmicos, Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa), Comitê Pacto de Sangue, Cremerj, Associação dos Médicos Sanitaristas de São Paulo, UNE, OAB e outras, se deu através da exigência de que medidas imediatas fossem tomadas para controlar o sangue no Brasil.

[4] A política de sangue foi se constituindo em problema de política social ao longo dos últimos 25 anos. Esta política se manifestou inicialmente através da criação, em 1965, da Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), que apresentou uma proposta de legislação disciplinadora para a especialidade. Mais tarde, em 1980, com o Pró-Sangue, se propõe, pela primeira vez a nível de política pública, o fim da doação de sangue remunerada e a criação de centros regionais de transfusão estatais para centralizarem e coordenarem a atividade hemoterápica no Brasil. Esse processo está descrito em detalhes no artigo A hemoterapia no Brasil de 64 a 80, de Luiz Antonio de Castro Santos et alii. Physis *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Physis, *1*(1), 1991.

[5] As sedes das cinco macrorregiões são: São Paulo, Marília, Ribeirão Preto, Campinas e Botucatu.

[6] Em matéria da *Folha de S. Paulo* de 10 jul. 1991, José M. Kutner, diretor interino da Fundação Pró-Sangue, comenta que o Hemocentro de São Paulo coleta e distribui 50% do sangue usado em hospitais da região. Segundo Kutner, o déficit de 5 mil doações corresponde a 25% do total de coletas hoje realizadas pelo Hemocentro.

[7] Nas transfusões casadas, o receptor traz o doador. Na autóloga, ele recebe o seu próprio sangue, previamente coletado e estocado.

alguns pontos, do conceito que temos hoje de hemocentro, embora com atribuições mais limitadas.

Seria bom, neste momento, reforçar a idéia de que tanto no interior do setor público, como no do setor privado encontramos serviços marcados por princípios éticos, técnicos e organizacionais muito distintos. Isso nos leva, portanto, a pensar que tanto o setor público como o setor privado não são realidades uniformes. Em cada um desses setores se encontram conjuntos diferenciados de serviços tanto quanto aos aspectos éticos como aos técnicos e organizacionais. A própria distinção entre setor privado com fins lucrativos e sem fins lucrativos não deveria passar despercebida, já que nesta última estão as entidades beneficentes e filantrópicas, entre outras.

Em termos de uma política nacional, o Governo federal apresentou, também em 1988, o seu Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (Planashe), que compreende objetivos amplos como implantação de uma rede nacional de hemocentros, criação de uma infra-estrutura laboratorial, interiorização dos serviços de hemoterapia, produção de hemoderivados, incentivo à pesquisa e autonomia financeira dos hemocentros.

No âmbito nacional, a rede hemoterápica estatal conta hoje com, aproximadamente, 40 hemocentros funcionando nas principais cidades do país. A cobertura hemoterápica oferecida por esses hemocentros, no entanto, ainda varia muito, chegando a 100% em alguns estados, como o Pará e o Amazonas, enquanto em outros como a Bahia, mal atinge os 10%. Em São Paulo a cobertura oficial chega a 60%, em Minas Gerais, a 50%, e no Rio de Janeiro responde a apenas 30% da cobertura hemoterápica total.[8]

Em 1990, a produção nacional de hemoderivados correspondeu a apenas 6,6% do necessário para atender aos 7.400 hemofílicos registrados pela Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e aos doentes em tratamento. Em todo o país, no ano passado, foram coletadas na rede estatal apenas 431 mil doações de sangue, quando, segundo dados do Ministério da Saúde, seriam necessárias 4,6 milhões de doações para suprir as necessidades de produção de hemoderivados.

A produção de hemoderivados do setor público se restringe hoje ao Hemocentro de Pernambuco (Hemope), à Fundação Pró-Sangue de São Paulo e há esperanças de que, com o desenvolvimento da tecnologia de produção de albumina a partir da placenta humana, que está em andamento no Instituto Butantã de São Paulo, se conquiste auto-suficiência regional. Há, de qualquer forma, a expectativa de que esses centros desenvolvam e sedimentem tecnologia, repassando-a a outros centros e aumentando a produção nacional de hemoderivados.

Apesar dessas limitações, não podemos deixar de reconhecer que a situação é mais promissora que no início dos anos 80, pois a simples existência desses dados é um eloqüente testemunho desse avanço. O que não deve deixar de ser ponderado, no entanto, é que há uma enorme distância entre a capacidade instalada do setor

[8] O Brasil precisa de sangue *Ciência Hoje*. São Paulo, SBPC, 9(52): 45-61, abr. 1989.

público e suas perspectivas de financiamento e expansão, por um lado, e, por outro, a demanda efetiva por serviços e produtos hemoterápicos.

3. *O modelo hemoterápico em questão*

Hoje, três anos após a promulgação da Constituição, constatamos sérias dificuldades em suprir a demanda por sangue e seus derivados e verificamos a permanência de vários agentes hemoterápicos não-governamentais trabalhando para garantir o abastecimento do sangue e seus derivados aos hospitais e doentes crônicos. O Planashe, entretanto, propõe reservar a gestão do setor, em sua totalidade, à esfera pública. Neste sentido, como vimos, o programa tem se revelado muito limitado.

O modelo hemoterápico que informa o planashe é hoje defendido pelos setores progressistas da saúde. Esse modelo, ao qual nos referiremos a partir daqui apenas como modelo centralizado, pode ser resumido nos seguintes termos: sistemas centralizados, baseados na doação voluntária e fornecedores de sangue ou seus derivados enquanto "bens livres", o que significa que deveriam ser distribuídos em quantidades suficientes e gratuitamente a quem precisasse. Hoje, no entanto, este modelo vem sofrendo uma série de críticas, algumas das quais indicaremos a seguir e que não têm sido incorporadas ao debate nacional. Assim, trataremos de perceber o alcance dessas observações para a nossa realidade e pensar nos tipos de ajuste que esse modelo poderia sofrer no sentido de aperfeiçoar a política nacional de sangue.

O modelo centralizado, descrito anteriormente, ganhou grande espaço no debate internacional ao longo dos anos 70, quando representava as posições mais avançadas no setor graças não só ao tipo de política pública que se desenvolvia nos países de capitalismo avançado, mas também pelos próprios rumos que a hemoterapia então trilhava. Grandes avanços, que exigiam tecnologias complexas e escala industrial, ocorreram no processamento de hemoderivados e levaram a processos de estocagem e distribuição mais amplos.

Um dos problemas hoje identificados nesses sistemas e que, segundo James P. Isbister,[9] constitui uma distorção própria dos sistemas centralizados é o fato de terem eles se desenvolvido motivados mais pelas necessidades do próprio sistema do que pelas dos pacientes. Isso teria ocorrido, inicialmente, em função dos procedimentos de anticoagulação, que tornaram possível a separação entre doador e receptor e, mais tarde, como resultado do espetacular avanço nas técnicas de fracionamento de sangue e terapia com seus derivados.

Os conhecimentos clínicos sobre o tema teriam, no decorrer desse processo, ficado restritos ao pessoal dos bancos de sangue, cuja preocupação central é a coleta de quantidades adequadas de sangue. Esses especialistas eram, ainda, fortemente pressionados pela população hemofílica que demandava quantidades maciças de fator VIII.[10]

[9] Isbister, James P. The paradigma shift in blood transfusion. *The Medical Journal of Australia*, Australia, *148*(6): 306-8, 1988.

[10] O fator VIII é um hemoderivado amplamente utilizado pelos hemofílicos.

O tipo de desenvolvimento tecnológico que ocorreu, conjugado à pressão da população hemofílica, contribuiu, assim, decisivamente para o fortalecimento de um sistema mais ligado às necessidades internas dos serviços de transfusão do que às necessidades dos pacientes. Nesse sentido, é importante repensar o modelo, identificando os serviços que deveriam ser relacionados com o hospital e seu paciente,[11] e aqueles que deveriam permanecer centralizados.

Outra questão importante a ser retomada quando se faz a avaliação dos sistemas centralizados, diz respeito ao paradigma da doação voluntária.

Em quase todos os sistemas centralizados, a provisão de sangue para transfusões é uma responsabilidade da comunidade. Sem saber quem são os receptores e sem uma compensação financeira direta, os que podem doam sangue para aqueles que precisam.

Esse perfil dos doadores de sangue ter-se-ia desenvolvido, segundo Harvey Sapolsky,[12] nos EUA, sobretudo, nos anos 70, a partir da enorme repercussão alcançada pelos trabalhos de Titmuss.[13] Nesses trabalhos o autor apontava, entre outras coisas, a existência de uma forte correlação entre hepatite transfusional e pagamento de doadores.

A fragilidade dessa correlação fica, no entanto, cada vez mais evidente. Tomemos, como exemplo, os sistemas americano e sueco. Nos EUA, apesar das mudanças ocorridas no sistema de doação, as taxas de hepatite transfusional baixaram muito pouco. Já na Suécia, apesar de as doações serem pagas, os índices de doenças ligadas à transfusão são baixos.

Para Sapolsky, a fragilidade do argumento reside no fato de Titmuss não ter mencionado em seus escritos que precauções extras, além da doação voluntária, estavam sendo tomadas pelos serviços ingleses de transfusão. Estes evitavam coletar em áreas que tivessem altas taxas de imigrantes do Terceiro Mundo, onde a hepatite é endêmica, e rotulavam as doações pela "raça" do doador, não transfundindo sangue doado por paquistaneses, africanos e outros imigrantes. Teria ainda ignorado o fato de que algumas das principais instituições médicas dos EUA, dentre elas a Clínica Mayo e o Hospital Geral de Massachusetts, tinham doadores pagos e baixas taxas de hepatite transfusional, o que era resultado de uma cuidadosa seleção de doadores. Assim, a baixa taxa de hepatite transfusional que Titmuss observou na Inglaterra estaria relacionada mais com a criteriosa seleção de doadores do que com o fato de os doadores não serem pagos. Não seria surpreendente, portanto, que a generalização da doação voluntária nos setores que coletam sangue integral nos EUA tenha tido pequeno efeito sobre as taxas de hepatite transfusional.

[11] Referimo-nos, aqui, às terapias por componentes sangüíneos que podem ser realizadas na prática diária dos hospitais.

[12] Sapolsky, Harvey, M. Aids, blood banking and the bonds of community. In *Daedalus*. Cambridge, MA, *Journal of the Academy of Arts and Science*, p. 145-63, versão de 1989.

[13] Richard Titmuss, sociólogo inglês, fez um estudo em que comparou os sistemas de bancos de sangue inglês e americano demonstrando que no sistema inglês, onde a doação era voluntária, ao contrário do sistema americano, os índices de hepatite transfusional eram muito mais baixos. O tema tem para Titmuss especial relevância por se associar ao problema do altruísmo que, para ele, se liga à questão da cidadania e das relações entre Estado e sociedade.

Vemos, assim, que a filosofia das "centrais hemoterápicas" desenvolvida nos anos 70 vem sendo questionada em alguns pontos. Com relação ao tipo de organização do sistema, são dois os principais problemas identificados. Um deles é o fato de serem esses sistemas autocentrados, isto é, orientam sua produção a partir de uma lógica interna às unidades de processamento e que muitas vezes não se adequa às demandas dos pacientes. Um segundo problema seria a dificuldade que grandes organizações monopolistas — a expressão é usada por Sapolsky — têm em elaborar respostas rápidas quando confrontadas com riscos como o da Aids,[14] uma vez que elas, por sua própria natureza de "gigantes", tendem à acomodação.

Outra questão a ser pensada é a forma como encaramos a doação voluntária: se ela, por si só não se constitui em garantia de qualidade do sangue, por que não relativizar a sua importância dentro da organização do sistema e pensar em formas de remuneração que permitam criar painéis de doadores freqüentes, testados e monitorados? Afinal, a existência desses painéis pode significar a garantia de um certo volume de sangue de boa qualidade.

Esse debate indica a necessidade de repensarmos alguns aspectos da política hemoterápica nacional e reforça a hipótese de que o tipo de doação, remunerada ou altruísta, o tipo de capital financeiro envolvido, público ou privado e o tipo de organização, centralizada ou descentralizada, constituem dimensões relevantes na explicação das diferenças na organização e funcionamento dos sistemas hemoterápicos sendo, portanto, possível otimizar a combinação dessas dimensões em função do contexto em que o modelo hemoterápico deve funcionar.

4. *Política hemoterápica nacional: impasses e perspectivas*

Se analisarmos o Planashe em função das dimensões acima indicadas veremos que, em relação à doação, o programa opta integralmente pela doação altruísta; no que concerne ao tipo de capital, o programa indica o capital público como único financiador da totalidade do sistema hemoterápico e, com relação ao tipo de organização, o modelo é basicamente centralizado. Não foi considerada, portanto, a possibilidade de combinar as diferentes variáveis que, necessariamente, influirão no desempenho do programa proposto. Nesse sentido, colocam-se as seguintes questões básicas: se a divisão de trabalho entre setor público e privado favoreceria a eficácia do sistema; se a combinação entre doação altruísta e remunerada poderia garantir maiores quantidades de sangue de boa qualidade; se a maior autonomia dos serviços regionais, como as agências e unidades transfusionais, levaria a uma maior efetividade do sistema; se a possibilidade de levar adiante a combinação de alternativas dessa natureza não significaria um tipo de ajuste mais favorável às condições brasileiras.

[14] O caso noticiado na revista *Veja*, n. 46, de nov. 1991, sobre a contaminação, em 1985, de hemofílicos na França, é revelador desse tipo de dificuldade. O Centro Nacional de Transfusão Sangüínea (CNTS) francês teria, em 1985, conhecimento de um lote de anticoagulante contaminado pelo HIV, mas teria preferido, num momento em que a relação entre sangue e Aids não estava estabelecida com a evidência com que a conhecemos hoje, não interromper o fornecimento do produto aos bancos de sangue para não paralisar o abastecimento.

Afinal, a opção pelo financiamento do setor a partir de capital exclusivamente público parece basear-se em análises que projetam o Estado brasileiro como estando a um passo da auto-suficiência técnica e financeira, o que é um panorama, senão inteiramente falso, ao menos excessivamente otimista.

A opção por um modelo centralizado foi feita ignorando-se os diferentes agentes hemoterápicos em atividade. Assim, toda uma reorganização do sistema foi proposta sem levá-los em conta. Entre esses agentes não podemos deixar de indicar grupos de especialistas ligados tanto à área federal, como às estadual e municipal, que participaram da elaboração e implementação de planos anteriores ligados à sua esfera de governo e que não foram chamados a tomar parte na montagem dos novos programas embora tenham sido incorporados a eles. Na área privada há uma considerável rede de bancos de sangue ligados a hospitais e algumas organizações mais complexas, nos quais os serviços de sorologia e processamento de sangue são centralizados, que não foram incorporados ao programa nem tampouco reconhecidos como entidades que poderiam integrar a totalidade do sistema.

Note-se, neste sentido, que permanece no Planashe a tendência revelada pelo Pró-Sangue de elaborar a política de cima para baixo, repassada pelos órgãos federais aos estaduais e municipais, sem buscar uma composição mais efetiva com os setores que já atuam na área. Assim, é curiosa a definição de democratização desenvolvida no Planashe. Ela abarca a participação da população e a regionalização, no espírito da descentralização proposta pelo SUS, mas não faz qualquer menção aos setores privados que atuam na área.

Para superar essas limitações devemos refletir sobre as tarefas que o Estado brasileiro deve e pode assumir. Para tanto, precisamos buscar novas soluções técnicas, baseadas no estado atual da hemoterapia internacional, capazes de conciliar os interesses e as necessidades hoje presentes no Brasil.

A idéia é reconhecer os diferentes segmentos que constituem o universo da questão hemoterápica e avaliar corretamente a sua participação no sistema. Assim, poderão ser elaboradas soluções técnicas e políticas mais flexíveis e mais bem adequadas à nossa realidade.

Para exemplificar a ligação que estamos indicando entre fatores políticos e técnicos, gostaríamos de recuperar a questão sobre centralização/descentralização dos serviços hemoterápicos. Essa questão se liga diretamente à definição de quais os serviços que devem permanecer privados e públicos. Essas questões só podem ser pensadas na medida em que se reconheçam atores múltiplos, os quais serão responsáveis por diferentes partes de um processo mais global. Essa estratégia deverá traduzir-se em uma eficiência crescente do sistema.

Com relação ao fato de o programa só reconhecer a doação voluntária como legítima, sugerimos que se considerem, no sentido de garantir a qualidade do sangue coletado, as possibilidades de alguns arranjos que estimulem certos grupos da população a doarem, mesmo que a partir de algum tipo de incentivo.

Para aperfeiçoar o sistema hemoterápico como um todo é preciso considerar, além dos problemas de organização da rede coletora e processadora já mencionados, os problemas associados à administração da rede de serviços e à organização da distribuição de seus produtos.

Os aspectos administrativos tocam na discussão da organização das estruturas públicas, ou seja, como garantir que a montagem de uma complexa rede hemoterápica estatal não caia nos mesmos impasses que vive o setor público de saúde como um todo? Incluem-se aí problemas de gerência, recursos humanos, compatibilização e integração das unidades no sistema e os problemas relativos a autonomia dessas unidades.

É preciso, assim, reconhecer que, além das dificuldades econômicas e técnicas que os programas governamentais enfrentam, tanto para equacionar essas questões nos programas como para lidar com elas ao longo da sua implantação, há uma interminável cadeia de resistências a serem consideradas. Essas resistências muitas vezes derivam da oposição dos próprios agentes hemoterápicos dentro das suas unidades de trabalho,[15] seja porque se sentem ameaçados com as mudanças propostas, seja pela dificuldade que têm em desenvolver uma consciência social da importância de garantir a qualidade do sangue.

Os problemas de distribuição no interior do setor hemoterápico também não são pequenos, pois, em tese, toda a demanda deveria ser suprida pelo setor público. No estado de São Paulo, temos uma rede hospitalar que é privada em cerca de 80%. Nesse sentido, os critérios de distribuição do sangue e seus derivados em um sistema como esse devem obedecer a que lógica? O sistema público deve sempre ter prioridade? Ou se devem estabelecer regras que permitam identificar as instituições que naquele momento atendem às emergências mais agudas? E, mais adiante, no interior do sistema hospitalar, em uma situação de escassez, quem deve ter prioridade para receber o sangue e seus derivados?

Vemos, assim, que, mesmo contando com uma política nacional de sangue e reconhecendo os enormes avanços por que passou o setor nos últimos cinco anos, não podemos abrir mão de uma reflexão sistemática que nos permita avaliar as limitações do setor e buscar soluções mais efetivas para os grandes problemas que ele ainda enfrenta.

5. *Conclusão*

A questão do sangue deve ser entendida a partir da inter-relação das várias dimensões que indicamos. A definição dos atores, o reconhecimento de soluções técnicas capazes de combinar a ação desses vários atores e de propor soluções institucionais flexíveis estão relacionados.

Vimos que o modelo que orienta a política nacional de sangue propõe que o sistema hemoterápico seja financiado exclusivamente a partir de capital público, utilize apenas a doação voluntária e centralize fortemente a tomada de decisões, e

[15] É importante frisar não só a importância de se reconhecer os diferentes grupos de interesses que atuam no setor como também os diferentes grupos que atuam no interior de um mesmo segmento. Desta forma é difícil para um funcionário municipal que vinha organizando um serviço local integrado aceitar o programa do Gepro de sangue (programa estadual para a questão hemoterápica) e receber os "agentes" da Fundação Hemocentro de São Paulo em seu banco de sangue ganhando um salário inferior ao seu. A esta situação ele reage dificultando, sempre que possível, a agilização dos processos em implantação.

indicamos que este nos parece ser um tipo de ajuste pouco favorável às condições brasileiras.

Diferentes modelos podem ser construídos a partir de diferentes combinações entre as variáveis: tipo de doação — remunerada ou altruística; tipo de capital financeiro envolvido — público ou privado; e tipo de organização — centralizada ou descentralizada sendo, portanto, possível otimizar a combinação dessas variáveis em função do contexto em que o modelo hemoterápico deve funcionar. Teremos, assim, de refletir sobre qual dessas combinações poderia ser implementada com mais chance de equacionar, com eficácia e eqüidade, o problema do sangue no Brasil.

Cada um dos pólos indicados nas diferentes dimensões tem suas qualidades e limitações. Os sistemas descentralizados tendem a propiciar a expansão dos serviços que são mais rentáveis, deixando muitas vezes áreas de extrema importância social inteiramente descobertas. Por outro lado, podem desempenhar com eficiência um certo conjunto de serviços. Os sistemas centralizados que, em um certo momento, pareciam ser a solução para grande parte desses problemas também revelaram, com o tempo, suas limitações: são autocentrados e muitas vezes lentos para responder a novos desafios. Nessa perspectiva, teríamos de entender melhor por que alguns sistemas hemoterápicos foram ágeis para garantir que seus produtos não fossem contaminados pela HIV, enquanto outros, em sociedades com níveis de desenvolvimento socioeconômico semelhantes, não conseguiram reagir a tempo.

A gestão pública dos sistemas hemoterápicos pode, conforme o tipo de administração, levar a custos crescentes e a uma produtividade declinante. Parte desses riscos talvez possa ser reduzida com a gestão privada. Entretanto, não podemos esperar que todo o sistema seja financiado pelo capital privado em função da sua própria lógica. Permanece, portanto, a indagação: quando a gestão pública tem mais chances de apresentar um retorno mais efetivo do que a gestão privada?

Se é aconselhável, em alguma medida, recorrer à doação remunerada, qual é o ponto ideal em que doações altruísta e remunerada devem ser combinadas para garantir melhores níveis de qualidade ao *pool* de sangue comunitário?

Essas questões são passíveis de uma análise mais acurada. É preciso conhecer as soluções encontradas por outros países na organização de seus sistemas hemoterápicos, e também conhecer a realidade objetiva sobre a qual desejamos atuar e sua especificidade em relação à realidade daqueles países. Finalmente, é preciso situar a dinâmica do Estado brasileiro em relação à gerência do setor saúde e pensar no tipo de gestão que pode ser mais eficaz para o setor.

Este trabalho deve levar, portanto, ao desenvolvimento de um modelo de análise que permita avaliar a importância de cada um dos atores na situação presente, bem como o papel que poderiam desempenhar dentro de um sistema que integrasse os vários processos e agentes hemoterápicos em um "Sistema Único de Sangue".