



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS
SECRETARIA DE ENSINO A DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

JOSÉ ADRIANO FREIRES DA SILVA

**IMPORTÂNCIA ESTRATÉGICA DA
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
À DOAÇÃO DE SANGUE E MEDULA ÓSSEA**

CAMPINA GRANDE - PB

2012

JOSÉ ADRIANO FREIRES DA SILVA

**IMPORTÂNCIA ESTRATÉGICA DA
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE
À DOAÇÃO DE SANGUE E MEDULA ÓSSEA**

Monografia apresentada ao Curso de
Gestão em Saúde da Universidade
Estadual da Paraíba, Campus I, como
pré-requisito para a obtenção do Grau de
Especialista em Gestão em saúde.

Orientadora: Prof. MsC. Adriana Paula Braz de Souza

CAMPINA GRANDE – PB

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

S586i

Silva, José Adriano Freire da.

A importância estratégica da informação e comunicação em saúde à doação de sangue e medula óssea [manuscrito] / José Adriano Freires da Silva. – Campina Grande, 2012.
68 f.il

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Prof^a Ma. Adriana Paula Braz Souza, CIPE”.

1. Informação e Comunicação em Saúde. 2. Hemonúcleo. 3. Sangue e medula. I. Título.

21. ed. CDD 361.1

JOSÉ ADRIANO FREIRES DA SILVA

**IMPORTÂNCIA ESTRATÉGICA DA INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – DOAÇÃO DE SANGUE E MEDULA
ÓSSEA**

APROVADA EM: 06/08/2012

BANCA EXAMINADORA

Adriana Paula Braz de Souza

Prof. Msc. Adriana Paula Braz Souza – Orientadora

Samuyla de Albuquerque Oliveira

Prof. Msc. Samuyla Oliveira – Examinadora

Verbena Santos Araújo

Prof. Msc. Verbena dos Santos Araújo – Examinadora

CAMPINA GRANDE – PB

2012

Dedicatória

A minha família, pai e mãe, pelo companheirismo e amizade,
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À coordenação do Curso de Especialização, por seu empenho, inovação e ousadia em realizar este curso de Gestão em Saúde na modalidade não presencial.

À professora Mestre Adriana Paula pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

À Banca Examinadora pela presteza e considerações em prol deste trabalho.

Aos professores do Curso de Especialização da UEPB que contribuíram ao longo do curso, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos funcionários do Hemonúcleo Regional de Picuí pela acolhida e por ter contribuído para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho aborda a temática da Importância Estratégica da Informação e Comunicação em Saúde para a doação de sangue e medula óssea no Território da Cidadania do Curimataú Paraibano. Resulta do Curso de Especialização em Gestão em Saúde e de uma análise a partir do modelo da Política de Sangue e Médula Óssea tendo por base o Hemonúcleo Regional de Picuí – PB. O Objetivo geral do trabalho é conhecer o processo de gestão dos Hemonúcleos tendo por base a importância da Comunicação e Informação em Saúde, a partir das observações realizadas junto ao Hemonúcleo Regional de Picuí –PB. Por objetivos específicos: Contribuir com o desenvolvimento de um processo de Democratização da Informação e Comunicação em Saúde para o Hemonúcleo Regional de Picuí / PB, para uma cultura de doação voluntária de sangue e medula óssea; Conhecer o processo de comunicação em saúde dentro do território de abrangência do Hemonúcleo de Picuí; Subsidiar a busca de alternativas para um melhor aproveitamento das informações e discutir acerca da importância da utilização de ferramentas que subsidiem no processo de tomada de decisões. Nos resultados e discussão ressaltou-se que um dos maiores desafios que as grandes empresas enfrentam atualmente é o controle e o uso eficaz das informações armazenadas. Assim, é importante a organização de uma ferramenta para auxiliar na tomada de decisões na esfera do Hemonúcleo. Nas considerações finais foi apontado que a informatização dos registros dos doadores de sangue extensiva aos Hemonúcleos Regionais poderia de maneira mais ágil e eficiente identificar o segmento da população dentro do território que contribui para o processo de doação de sangue e medula óssea, possibilitando uma melhor organização dos trabalhos.

Palavras-chave: Informação e Comunicação em Saúde, Hemonúcleo, Sangue e Médula

ABSTRACT

This paper addresses the issue of Strategic Importance of Information and Communication in Health for donating blood and bone marrow in the Territory of Citizenship Curimataú Paraibano. Results of Specialization in Health Management and analysis from the model Policy blood and bone marrow based on the Blond Bank Sectional Picuí - PB. The general objective of the study is to know the process of managing Hemonúcleos based on the importance of Information and Communication in Health, from observations made by the Blond Bank Sectional Picuí-PB. For specific objectives: Contribute to the development of a process for Democratization of Information and Communication in Health for the Blond Bank Sectional Picuí / PB, to a culture of voluntary blood donation and bone marrow; know the process of health communication within the territory coverage of the Blond Bank Picuí; Subsidizing the search for alternatives for a better use of information and discussion about the importance of using tools that support the process of decision making. In the results and discussion it was emphasized that one of the biggest challenges that large companies face today is the control and effective use of stored information. Thus, it is important to organize a tool to assist in decision-making in the sphere of Blond Bank. In the final it was noted that the computerization of records of blood donors could extend to Blond Bank Sectional in a more agile and efficient to identify the segment of the population into the territory it contributes to the process of donating blood and bone marrow, allowing better organization of work.

Keywords: This data and Communication well into To your health Hemonúcleo , Blood and Médula

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAP's – Caixa de Aposentadorias e Pensões

IAP's – Instituto de Aposentadorias e Pensões

NOB – Norma Operacional Básica

OSCIP – Organização da sociedade Civil de Interesse Público

OS's – Organização Social

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

LOS – Lei Orgânica da Saúde

DOU – Diário Oficial da União

AIDS – Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

PLC - Projeto de Lei Complementar

CTH – Câmara Técnica de Hemoterapia

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CNS – Conferência Nacional de Saúde

TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação

SUPLAN – Superintendência de Planejamento Urbano

HTLV – Vírus Linfotrópico em Células T Humanas

CPMF – Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira

SUMÁRIO

1	Introdução-----	09
2	Fundamentação teórica-----	12
2.1	A política de Saúde no Brasil-----	12
2.2	A construção da política de sangue no Brasil-----	28
2.3	A Construção da Política de Doação de medula óssea -----	36
3	A Importância da Comunicação e Informação em Saúde-----	38
3.1	Informação em Saúde-----	38
3.2	Comunicação em Saúde-----	46
4	Metodologia-----	54
4.1	Tipo de Pesquisa-----	54
5	Resultados e Discussão-----	55
6	Considerações Finais-----	61
7	Referências-----	63

INTRODUÇÃO

O presente trabalho versou sobre a importância estratégica da informação e comunicação em saúde para a sensibilização e alcance de uma cultura de doação de sangue e medula óssea no território do Curimataú Paraibano, baseado-se na observação do modelo de gestão da rede de hemonúcleos Regionais, particularmente no hemonúcleo regional do município de Picuí – PB.

A monografia apresenta-se estruturada em três capítulos, onde o primeiro capítulo é composto de três itens versando sobre a intervenção do Estado na política de saúde fundamentando-se em Bravo, Vasconcelos, Luz, entre outros autores, que destacam o período que antecede aos anos 80. Na década de 80, notou-se conquistas nas políticas que passaram a ter um caráter universalizante a partir da Constituição de 1988. Nos anos 90, encontramos os desafios em manter as conquistas asseguradas na Carta Magna citada frente ao modelo neoliberal, com suas determinações mais intensificadas na segunda metade da década, como marco as medidas do ministério da administração e reforma do estado - MARE no ano de 1995, que trataram de propostas de reforma do estado brasileiro, baseado em Bresser Pereira e Sarmiento. A seguir identificamos a política de sangue no Brasil e seus avanços na busca de se implantar uma política de sangue e hemoderivados que rompesse com o caráter mercantil.

No capítulo segundo, tomamos por referências autores como Araújo, Cardoso e Moraes, observando-se a luta para garantir mais um direito, que é o direito à informação, relacionando aos serviços de saúde do SUS. São destacados os Sistemas de Informações – SIS e seu papel político, o sigilo institucional e o delineamento de um processo democrático da política de informação em saúde no SUS. Ainda identificamos a distinção entre informação e comunicação, apesar de caminharem juntas, o seu papel nas políticas públicas e sua evolução, a partir de 1920, bem como a trajetória de reivindicação da temática nas Conferências Nacional de Saúde e a tendência da utilização das novas Tecnologias da Informação e Comunicação – TIC e sua importância para o

fortalecimento do SUS. Algumas experiências na área são apontadas no âmbito do SUS, onde a última parte referente ao capítulo trata da importância da informação e comunicação em saúde para o Serviço Social.

No Capítulo terceiro realizamos uma breve caracterização do território da cidadania do Curimataú e do Hemonúcleo Regional de Picuí. Neste capítulo abordamos a Gestão da Política de Sangue e Médula Óssea, identificamos alguns itens e os colocamos em discussão e por último realizamos sugestões.

Diante das observações, sentimos que a instituição necessita elaborar um novo processo de busca de parcerias em especial com as secretarias municipais de saúde das cidades que compõem o território do Curimataú, bem como com os campi universitários, serviços como o SAMU 192 já em funcionamento na região, unidades da estratégia saúde da família ESF, entre outros.

Nesta pesquisa observa-se a sua relevância inclusive pela ausência de fontes que trabalhem a temática abordada, em especial junto ao Hemonúcleo Regional de Picuí, contribuírem para que a instituição possa aprimorar os serviços prestados na área da Informação e da Comunicação, conseqüentemente contribuir para o processo de democratização da informação, essencial para alcançar uma mudança cultural, superando assim a condição de rotineiramente está buscando através de práticas campanhistas para conseguir doadores na região.

A elaboração deste projeto de intervenção tem por objetivo geral conhecer o processo de gestão dos Hemonúcleos tendo por base a importância da Comunicação e Informação em Saúde, a partir das observações realizadas junto ao Hemonúcleo Regional de Picuí –PB. Por objetivos específicos: Contribuir com o desenvolvimento de um processo de Democratização da Informação e Comunicação em Saúde para o Hemonúcleo Regional de Picuí / PB, para uma cultura de doação voluntária de sangue e medula óssea; Conhecer o processo de comunicação em saúde dentro do território de abrangência do Hemonúcleo de Picuí; Subsidiar a busca de alternativas para um melhor aproveitamento das informações e discutir acerca da importância da utilização de ferramentas que subsidiem no processo de tomada de decisões

Nos resultados e discussão ressaltou-se que um dos maiores desafios que as grandes empresas enfrentam atualmente é o controle e o uso eficaz das informações armazenadas. À medida que o volume e a diversidade da informação aumentam, mais a acessibilidade diminui. A solução que se apresenta em muitas organizações é reorganizar a maneira como a informação é armazenada e acessada. Assim, é importante a organização de uma ferramenta para auxiliar na tomada de decisões na esfera do Hemonúcleo.

Como orientação ao modelo de gestão da Hemorrede em nível Estadual, mediante as observações realizadas, sente-se a necessidade de uma adaptação no aspecto ligado à comunicação e informação em saúde dentro do Território da Cidadania do Curimatáu, de maneira a ter por base o Hemonúcleo de Picuí, que em parceria com as secretarias municipais de saúde dos municípios do território que de maneira integrada construiriam materiais informativos próprios e em consonância com a realidade dos municípios, de maneira mais efetiva alcançar o público alvo (doadores de sangue e medula óssea).

No Território do Curimatáu o Hemonúcleo realizaria parcerias também com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, Unidades de Estratégia Saúde da Família – ESF, Campus Universitário da UFCG Campus de Cuité, que oferece cursos na área de saúde e educação, (Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Biologia, entre outros), o Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Picuí – IFPB.

Nas considerações finais foi apontado que a informatização dos registros dos doadores de sangue extensiva aos Hemonúcleos Regionais poderia de maneira mais ágil e eficiente identificar o segmento da população dentro do território que contribui para o processo de doação de sangue e medula óssea, possibilitando uma melhor organização dos trabalhos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2. CAPÍTULO I - A CONFIGURAÇÃO DA POLÍTICA DE SANGUE E MÉDULA ÓSSEA NO BRASIL

2.1. A Política de Saúde no Brasil

Inicialmente, faz-se necessário apresentar alguns momentos marcantes no cenário nacional em que são inseridas as Políticas Sociais, em especial a Política de Saúde. Na década de 30 foram levantados aspectos em que o Estado formula a Política de Saúde. Posteriormente, fica claro sua intervenção no período do golpe militar de 64 e pós-golpe, em que o Estado atua usando o binômio: repressão-assistência. No que diz respeito à fase do “milagre econômico,” foram identificados à diminuição dos recursos para as Políticas Sociais. No que se refere ao período da “distensão política” faz-se um paralelo com a emersão da participação popular do momento de abertura democrática e da efervescência dos movimentos sociais que caracterizaram os anos 80. Na década seguinte são abordados os avanços decorrentes de conquistas alcançadas com a Constituição de 1988, e na busca da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios colocados a esta pelo Neoliberalismo e suas determinações sobre as Políticas Sociais, em especial, à saúde.

Para Vasconcelos (2004) a intervenção do Estado na saúde ocorrida na década de 1930 dá-se no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou o período, em que o Estado formula a política de saúde, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

A Saúde Pública teve como características: ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. A medicina previdenciária teve como marco à criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) criadas em 1923.

O modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das CAP's. Em que pese à inclusão de outras categorias profissionais houve nos IAP's, uma redução da oferta de serviços prestados. Para Oliveira e Teixeira (1986), um dos determinantes para a diminuição dos gastos foi o rápido crescimento dos assalariados urbanos.

De acordo Vasconcelos (apud Oliveira e Teixeira 1986) no período de 1945 a 1964 houve um crescimento relativo dos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar.

A política de saúde teve como características gerais à racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. Continuou organizada nos dois subsetores, (a saúde pública e a medicina previdenciária). A medicina previdenciária só vai sobrepujar a saúde pública a partir de 1966, apesar de seu predomínio anunciar-se desde o início da década de 60.

Em 1964 há o golpe e a instalação da ditadura militar inscrevendo o Brasil no cenário internacional de sucessão de golpes de Estado, sob o patrocínio imperialista. Bravo apud Fernandes (1974) qualifica o Estado brasileiro como autocrático-burguês, dados o aprofundamento do padrão monopolista e organização da economia e a vasta rede de relações antidemocráticas que marcaram toda a sociedade, o que restringiu o exercício da cidadania e da política.

Bravo (2001) ressalta que a questão social no período 1964 e 1974 foi tratada pelo Estado através do binômio repressão-assistência. As principais medidas referentes à política assistencial foram o processo de democratização da sociedade civil.

A crise do “milagre econômico” brasileiro a partir de 1974 trouxe o reaparecimento de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço que dispunham anteriormente ao golpe, com destaque o sindicalismo operário, aliado às categorias profissionais dos estratos médios; os trabalhadores rurais, uma parcela da igreja, e entidade da sociedade civil.

Em 1978, foi criados o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), aliados às demais entidades criadas.

Bravo (2001) afirma que as reformas realizadas na Política Nacional de Saúde, no período de 1974 a 1979, não contaram com a participação ativa dos trabalhadores, que exerceram pressões através do ressurgimento dos movimentos sociais. No que diz respeito à década de 1980, período de grande mobilização política; de aprofundamento da crise econômica; de “abertura” democrática. No governo Figueiredo teve como características centrais: o aprofundamento da crise econômica agravada a partir de 1980/81 e culminou com o Brasil recorrendo ao FMI; rearticulação partidária; movimento operário; ampliação e maior visibilidade de outros movimentos sociais.

A saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, em que rompe o caráter técnico, assumindo uma dimensão política, dos novos sujeitos sociais, de acordo com Bravo (2001):

(...) Destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário teve o Centro de Estudos de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição. Que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.(BRAVO, 2001 p.9).

Luz (1991) ressalta que os serviços de saúde se tornaram o foco da crise da política social vigente, indicando que muitos deputados estaduais ou federais se elegeram, em 1982, com programas centrados nas questões de saúde. Em 1983, a sociedade civil organizada desceu às ruas para pedir, junto com o Congresso, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde. Luz afirma: “Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania”.

Nas eleições de 1986 as forças conservadoras tiveram êxito, graças ao uso da corrupção eleitoral (clientelismo, curralismo eleitoral, financiamento de candidatos favoráveis a lobbies, etc.), apesar disso, grande massa de votos foi para os setores e partidos políticos progressistas e de esquerda.

De acordo com Bravo (2001) a assembleia constituinte, com relação à saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: 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, representada pela Plenária Nacional de Saúde.

Como fatos marcantes na década de 80 vários autores apontam à preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Março de 1986 na Capital Federal. Cerca de 4.500 pessoas participaram da conferência, dentre os quais mil delegados. O temário Central versou sobre: I - a Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III - Financiamento Setorial. Propunha o Sistema Único e a realização da Reforma Sanitária.

Luz (1991) assinala características específicas dessa conjuntura: o confronto de interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde e entre estes e a clientela das políticas médicas (populações urbanas de baixa renda).

Como característica nova aponta a entrada em cena do empresário da saúde como um ator político que defende publicamente seus interesses, com

lobbies em vários espaços (congresso, nas assembleias legislativas, nos ministérios da saúde e da previdência social, nas faculdades e hospitais universitários e nos serviços públicos estaduais e municipais da área). Outra novidade expressa nos movimentos sociais foi a tomada de consciência, por parte da sociedade civil, do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva, embora que restrita aos movimentos de vanguarda e a percepção da saúde como reforma sanitária.

Temos uma nova definição de saúde não apenas pela ausência de doença ou de patologia. A promoção e cuidado à saúde dependem do acesso à informação, de direitos sociais, da organização da vida em coletivos e da decisão política de praticar os princípios que caracterizam uma sociedade democrática, como a equidade, a solidariedade, o respeito aos direitos e a justiça social, definindo ações que objetivem a modificação dos determinantes e condicionantes da saúde nos ambientes de moradia, vida e trabalho.

Em 1988, passa a vigorar a nova Constituição, conhecida ou chamada também de Constituição Cidadã. Trata da saúde em cinco artigos (1926 a 200), no artigo 196 está disposto:

(...) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988 p. 55).

Na Carta Constitucional de 1988 estão os princípios fundantes de um novo Sistema de Seguridade Social, formado pelo tripé: Previdência Social, Assistência Social e a Saúde. Também na Constituição está garantida a universalização da saúde; equidade; uniformidade e equivalência; irredutibilidade dos valores dos benefícios; gestão democrática, descentralizada e participativa, como princípios e objetivos da Seguridade Social, garantindo seu caráter público e de responsabilidade do Estado.

Bravo apud Teixeira (1989) aponta os principais aspectos aprovados na nova Constituição relacionados à saúde que foram: “O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado e não segurado, rural e urbano”. As ações e serviços de saúde passaram a serem

consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público, sua regulamentação, fiscalização e controle.

A constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede, hierarquizada, regionalizada, descentralizadora e de atendimento integral, com participação da comunidade, com a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Várias proposições defendidas durante anos pelo movimento sanitário serviram de inspiração na elaboração do texto constitucional, embora as demandas que se confrontava com interesses empresariais ou de setores do próprio governo não tinha sido todas atendidas. Ao analisar o processo, muitos autores e lideranças consideram que nenhum outro setor teve o desempenho e uma proposta clara como a Saúde.

Em 1987 e 1988, a descentralização política e administrativa no setor saúde teve como ápice a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), respectivamente. Outras medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde, também merece destaque.

Algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária são destacadas por Bravo (2001) no final da década de 1980: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar direção no setor, a partir de 1988.

Em Bravo apud Carvalho e Santos (1991) no início da década de 90 os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) são regulamentados na Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Leis 8.080/90 e 8.142/90. A proposta do SUS requer a municipalização de um modelo assistencial que contemple a integralidade, ou seja, que contemple, além da assistência individual, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica.

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de Saúde e dá outras providências.

De acordo com o artigo 1º §1º: “A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.” (BRASIL, 1990).

O § 5º complementa: “As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimentos próprios, aprovados pelo respectivo conselho.” (BRASIL, 1990).

Uma mudança significativa na Seguridade Social são os Conselhos responsáveis pelo controle social, entendido pela ocupação dos espaços de participação social possibilitados – criados e a serem criados – pela Constituição de 1988, objetivando o conhecimento, vigilância, comando e fiscalização de recursos, espaços e serviços públicos, por parte da sociedade organizada. Mota (2006) complementa:

(...) A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido dos setores organizados na sociedade civil participar desde as suas formulações – planos, programas e projetos -, acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Esta participação foi institucionalizada na Lei nº 8.142/90, através das Conferências, que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, e por meio dos conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados da sociedade civil, e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam tal controle. (MOTA, 2006 p.9).

Nos anos 90, para superar os obstáculos político-burocrático presente na implantação do SUS e de viabilizar sua operacionalização, o Ministério da Saúde elaborou as NOB's (Normas Operacionais Básicas), que em pontos gerais e específicos vão à discordância com a LOS (Lei Orgânica da Saúde e a Constituição de 1988).

Segundo Mota (2006) a NOB/91 define critérios de repasse de recursos do MS para estados e municípios, unidades públicas e privadas, criando um padrão único de pagamento para os serviços públicos e privados. Retrocedendo ao repasse centralizado da união para estados e municípios, esta NOB desarticula a função técnica e política dos estados na gestão descentralizada. A NOB/92 acrescenta os critérios populacionais para o repasse automático para os municípios. A NOB/93 incentiva a suposta autonomia dos municípios, define bases para o processo de descentralização e estabelece mecanismos de financiamento, controle e avaliação a partir da capacidade de cada município, caracterizando três estágios de gestão: Incipiente, Parcial e Semiplena. A NOB/96, que sintomaticamente só entra em vigor em janeiro de 1998, rompe com o conceito de integralidade na saúde e enfatiza a criação de programas focalistas.

No início da década de 90, no contexto político do Governo Collor, tem os seus vetos desfavoráveis à política do Movimento de Reforma Sanitária. Na determinação da sua equipe econômica em abrir o mercado para produtos estrangeiros, a própria saúde também foi aberta à investidora do capital, em conformidade com as determinações das grandes economias e seus instrumentos de controle. Tem-se a expansão dos planos de saúde privados que passam a serem oferecidos no mercado em ritmo acelerado.

Paim (2006) reporta-se à década de 90 em torno das profundas transformações acerca da implantação do SUS e com a expansão da assistência médica suplementar. Identifica quatro modalidades assistenciais compondo o Sistema de Assistência Suplementar (SAMS): planos de autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro de saúde.

Os planos de autogestão correspondem às formas de organização da prestação de assistência médica por uma empresa ou sindicato, em serviços próprios ou contratados, para seus filiados e, eventualmente, familiares.

A medicina de grupo, vinda com a instalação de empresas médicas para atender aos diversos segmentos de trabalhadores e dirigentes, interessadas no incentivo da dispensa de contribuição previdenciária.

As cooperativas médicas que partiram de uma crítica ao “empresariamento” da medicina. Por característica tem-se a filiação voluntária de médicos cuja prestação de serviços era remunerada pela divisão de cotas ao final de um período de trabalho.

A modalidade seguro-saúde aparece vinculada a empresas seguradoras e os grandes bancos, e cujo funcionamento inicial era semelhante a um seguro comum mediante reembolso de despesas, ou seja, devolvendo aos seus filiados os valores por eles pagos a médicos, hospitais e laboratórios em episódios de doenças.

Bravo (2001) destaca algumas questões que comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, sejam: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. Outro aspecto refere-se à remuneração por produção, denunciada como “fator incontrolável de corrupção”.

Bravo apud Costa (2006) ao se referir ao projeto articulado ao mercado cita: “A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.”

A eleição do Governo Lula marcou a política nacional, representando a vitória de um projeto que não era o hegemônico das classes dominantes, até então. Por ideais, histórico marcante no movimento operário, as atenções em várias partes do mundo estavam voltadas ao Brasil, acreditando-se que a partir deste momento se enfrentaria a política do ajuste.

Bravo (2007) descreve:

“Pode-se afirmar, entretanto, que as propostas e reformas defendidas pelo Governo Lula após o seu primeiro governo, dá sequência à contrarreforma do Estado, iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado, não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados”. (BRAVO, 2007, p.13).

Na equipe econômica deste governo há pessoas que faziam parte da equipe do governo Fernando Henrique Cardoso. No Banco Central tem-se a figura de Henrique Meirelles, confirmando a sequência da política econômica.

Bravo apud Marques (2005) estrutura as políticas sociais no governo Lula em três eixos. O primeiro é o Projeto Fome Zero que ficou basicamente concentrado no Programa Bolsa Família; o segundo a contrarreforma da Previdência Social e o terceiro refere-se ao trato da equipe econômica aos recursos da Seguridade Social.

A contrarreforma da Previdência Social ocorrida no Governo Lula, realizou no âmbito do serviço público ações restritivas de direitos que haviam sido derrotadas durante a gestão de FHC, direitos como aposentadoria integral, isonomia para ativos e aposentados foi subtraída dos trabalhadores; vieram novos deveres: contribuição previdenciária para os já aposentados, aumento do tempo de trabalho e de idade mínima para acesso ao direito de aposentadoria.

Bravo (2006) e Paim (2005) analisaram a saúde na conjuntura atual em que se percebe a manutenção da disputa entre os dois projetos: Reforma Sanitária e Privatista. O primeiro tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função das necessidades da sociedade, pautando-se na concepção de Estado Democrático e de direito responsável pelas políticas sociais

e pela saúde. Como aspectos significativos destacam-se as universalizações das ações, a democratização do Estado e participação social. O ajuste neoliberal que tem como principais tendências: contenção de gastos, com racionalização da oferta, descentralização com inserção de responsabilidade do poder central e focalização.

Bravo ressalta como aspectos de inovação da política de saúde que poderia fortalecer o primeiro projeto: o retorno da Concepção de Reforma Sanitária, abandonada nos anos 90; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério: as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e sua realização: e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Paim et.al (2005) em seu estudo no primeiro ano do primeiro Governo de Lula avaliou a política de saúde a partir das seguintes temáticas: Atenção Básica; Atendimento Hospitalar e Alta Complexidade; Programas Especiais; Vigilância Epidemiológica e Sanitária; Assistência Farmacêutica; Assistência Médica Suplementar e Controle Social.

Para a Atenção Básica os estudos indicaram um compromisso do governo com ampliação e fortalecimento do Programa Saúde da Família. Na Atenção Hospitalar e de Alta Complexidade os autores destacam o fortalecimento dos vínculos dos Hospitais Universitários (HU's) com o SUS, recomposição dos quadros de servidores nova forma de financiamento destes hospitais. Lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências (SAMU); estímulo e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências.

Com relação aos Programas Especiais foram mantidos os de combate ao Tabagismo e o Programa de AIDS. Sobre a saúde da mulher houve um esforço de enfrentar a mortalidade materna e formular uma política específica. Quanto ao Programa de Tuberculose as medidas reforçaram evitar a resistência aos medicamentos e o aumento da adesão. Sobre a Assistência Farmacêutica o governo buscou a ampliação de laboratórios oficiais e criou as farmácias

populares; aumentou a fiscalização e o controle dos medicamentos. (PAIM et. al. 2005).

De acordo com Bravo (2007), no segundo Governo Lula é escolhido para Ministro da Saúde José Gomes Temporão, participante da formulação do Projeto de Reforma Sanitário dos anos 80 o ministro tem levantado questões polêmicas como a legalização do aborto; a ampliação das restrições à publicidade de fiscalizar as farmácias.

Dentre todas as questões tratadas e não tratadas ao ideário reformista está à criação das Fundações Estatais, cujo debate está mais avançado na saúde, mas pretende atingir todas as áreas que não sejam exclusivas de Estado, como: saúde, educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, Previdência Complementar, assistência social, dentre outras.

Segundo Barbosa (2007), professor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/ FIOCRUZ), “em 2005 quando ocorreu à crise dos hospitais do Rio de Janeiro, o Ministério da Saúde percebeu que era preciso repensar o modelo de gestão da rede hospitalar. O mesmo diz que por causa do engessamento da gestão, os hospitais tiveram que criar outros modelos. Surgiram as fundações de apoio, as cooperativas e as OSCIP's (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público)”. Só que, em geral, foi feito para a administração pública propriamente dita. É um processo de privatização ou, como se chamou na reforma do Bresser, de publicização, que significa transferir para entes privados específicos a administração dos hospitais públicos. É um tipo velado de privatização.

Bravo et. al. (2007) levanta algumas questões com relação à proposta das Fundações Estatais, tendo por referência à saúde: as fundações serão regidas pelo direito privado; tem seu marco na “contra-reforma” do Estado de Bresser Pereira/FHC; a contratação de pessoal é por CLT, acabando com o Regime Jurídico Único - RJU, não enfatiza o controle social, pois não prevê os Conselhos Gestores de unidades e sim Conselhos Curadores; não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário dos Trabalhadores de Saúde, não obedece às proposições da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e

Educação na Saúde, realizada em 2006; fragiliza os trabalhadores através da criação de Planos de Cargo, Carreira e Salário por Fundações.

Segundo Barbosa (2007) esses modelos são duvidosos do ponto de vista da legalização duvidosos do ponto de vista da legalidade ou são ilegais mesmo. O Ministério Público, o Tribunal de Contas da União e o DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do SUS), já estão afirmando essa ilegalidade. Por isso, esse modelo precisa ser superado.

Projeto de Lei Complementar (PLC nº 92/2007) trata da Fundação Estatal, está tramitando no Congresso Nacional, sendo aguardado por alguns Estados que se mostram em fase de adequação ao novo modelo de gestão à sua realidade e têm projetos prontos, à espera apenas da lei federal, como é o caso da Bahia, que tem três propostas.

A proposta de uma nova gestão, centrada nas Fundações Estatais foi levada a 13^o Conferência Nacional de Saúde que como lema tinha: “Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e desenvolvimento” divididos em três eixos – Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século 21: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; Políticas públicas para a saúde; e a participação na efetivação do direito humano à saúde.

As ideias pró-legalização do aborto e das fundações estatais foram maciçamente rejeitadas. A alternativa de gestão das fundações estatais sequer foi a plenário final, rejeitadas por nove dos 10 grupos temáticos.

O Ministro José Gomes Temporão considerou um “equivoco” o resultado negativo à gestão que os gestores foram defender. Fez ressalvas à busca do governo via Congresso Nacional expressando que “A Conferência é consultiva, não deliberativa”. (2008).

O que marcou a 13^a Conferência foi à baixa Mobilização de grupos de defesa de propostas, a não ser, o das igrejas contra o aborto, e os gestores favoráveis às Fundações Estatais. A perspectiva de o Controle Social entrar como marco na história das Conferências não foi alcançado.

O Presidente Lula, na época reiterou então a importância da regulamentação da EC 29 vem preencher um espaço não tratado na Constituição de 1988 sobre o financiamento da saúde, e é claro a importância do Estado Brasileiro obrigatoriamente investir 12% de tudo que arrecada na saúde.

Em 1995 o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), coordenado por Bresser Pereira Levanta questões relativas aos modelos de gestão que se originaram a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado. Como ideias centrais estão a disciplina fiscal, a privatização e a liberação comercial.

Muitas das propostas do governo FHC desenvolvidas no cerne da acumulação capitalista, ferem a Constituição Federal, ocasionando a perda dos direitos sociais, tendo um impacto direto no agravamento da situação dos que oscilam na linha da pobreza.

Na análise de Cavalcante (2001) muitas das transformações desenvolvidas no cerne da acumulação capitalista têm ocasionado à perda da garantia dos direitos sociais.

Desta forma, “é possível observar que, mesmo do ponto de vista econômico, o atual estágio do capitalismo precisa de suporte estatal para a sua expansão. E neste caso é válido ressaltar que, em geral, a análise da proposta da reforma do Estado aponta que, na medida em que o Estado procura ausentar-se do social, amplia a sua participação no econômico, através de altos investimentos e do suporte legal – regulação de leis em especial”. (CAVALCANTE, 2001).

O Estado passa a utilizar-se da solidariedade como estratégia no contexto neoliberal. Nesse enfoque, o Conselho da Comunidade Solidária desenvolve interlocução com vários atores sociais com o objetivo de combater a fome e a pobreza, articulando programas de desenvolvimento social (através de parcerias com diversos atores sociais). Através dessa interlocução política, trabalha com a sociedade civil, empresa e Estado, buscando desenhar uma nova forma de Intervenção Estatal: reguladora – articuladora, enquanto a sociedade civil implementava as ações propostas.

Nesse sentido, é possível constatar que a categoria da solidariedade indica, de um lado, o marketing para o envolvimento e consentimento da

sociedade e, de outra, uma forma de administrar o problema da “questão social”, no qual o Estado sai gradativamente do oferecimento de serviços para dar margem à intervenção empresarial e ao terceiro setor, em especial, as ONG’s.

De acordo com Montaño (2002) “tudo indica que o ‘terceiro setor’ refere-se, em contraposição ao ‘primeiro’ (Estado), e o ‘segundo’ (mercado), de acordo com os autores, à sociedade civil. Para além do seccionamento do real, do real, todos parecem coincidir nisto, apenas discordando quanto ao conceito de ‘sociedade civil’ que empregam. O ‘terceiro setor’ seria, para seus autores, o conjunto de organizações mais ou menos formais da sociedade civil”.

No entanto, alguma coisa está efetivamente ocorrendo na atualidade. A sociedade civil está desenvolvendo atividades antes atribuídas ao Estado. Negar levemente a existência desta novidade (por alguns chamados de “terceiro setor”) poderia nos levar a não considerar as mudanças em processo no trato “questão social”. Porém aceitar sem mais nem menos o “terceiro setor”, tal como vem dos seus teóricos, como sendo as organizações de uma “sociedade civil”, autonomizada do Estado e do mercado desarticulada do processo histórico de reforma do capital (como em geral está presente no debate), nos levaria a uma esquizofrênica da realidade: “O neoliberalismo está reformando o Estado, mas os setores progressistas estariam dando a resposta na sociedade civil”.

O fenômeno em questão não é, portanto, o desenvolvimento da crise de outro, mas a alteração de um padrão de resposta social à “questão social” (típica do Welfare State), com a desresponsabilização do Estado, a desoneração do capital e a auto-responsabilização do cidadão e da comunidade local para esta função (típica do modelo neoliberal ou funcional a ele).

Montaño (2002) chama a atenção ao modo como se discute o processo: “opera-se não apenas a já mencionada setorialização do real, mas uma verdadeira despolitização do fenômeno e do debate”. A discussão é levada para a comparação entre instituição estatal - tratada como burocrática, ineficiente, corrupta, rígida, e em crise (fiscal) – e organização do “terceiro setor” – tidas como dinâmicas, democráticas, “populares”, flexíveis, atendendo às particularidades regionais e categoriais.

Montaño (2002 apud Soares 2000) caracteriza esse caminho como “processo de descentralização destrutiva”, por desenvolver, por um lado, “o desmonte de políticas sociais existentes – sobretudo aquelas de âmbito nacional – sem deixar nada em substituição”, e, por outro, por delegar “aos municípios as competências sem os recursos correspondentes e/ou necessários”.

Bravo et. al. (2007) ressalta que as principais propostas de mudanças da Constituição Federal recaíram sobre o Capítulo da Administração Pública; das Políticas Sociais, principalmente, sobre a Seguridade social (Previdência, Saúde e Assistência Social). Na área da Saúde a PEC 32-Proposta de Emenda Constitucional nº 32 era uma proposta que pretendia acabar com a universalidade do SUS.

Em junho/julho de 1995 o MARE elaborou anteprojeto e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais (OS's) que reafirmavam parâmetros anteriores “a garantia da eficiência e a qualidade dos serviços devem ser assegurados pela descentralização da União para os Estados e destes para os Municípios, através de parceria com a sociedade, por Contratos de Gestão”.

Em 1999, a Lei Federal nº 9.790, instituem as organizações da sociedade Civil de interesse Público – (OSCIP), tal como Contrato de Gestão firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como Organização Social. Cada vez mais o Estado tenta passar sua responsabilidade a sociedade civil, por meio de parcerias, atuando “minimamente” nos setores estratégicos.

No caso das OSCIP's, a prestação de serviços públicos, é transferida para as Organizações Não-Governamentais (ONG's), cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias”, diferentemente do Programa de Publicização, que promove a extinção de órgãos ou entidades administrativas já existentes.

O modelo de gestão gerencial previsto no Plano Diretor da Reforma do Estado se estabelece na “Lei das OSCIP's”, para garantir a flexibilização da força de trabalho, o enxugamento do Estado e a limitação do controle social, mesmo que, como comprovado posteriormente, como descumprimento da Constituição Federal e as leis vigentes.

Cavalcante (2001) apud Gohn (1998) afirma que “o despreparo dos movimentos possibilitou que novas ONG’s, e outras entidades associativas do chamado Terceiro Setor, ocupassem aqueles espaços”.

Propostas como Fundações Estatais, OSCIP’s, Organizações Sociais podem importar nos serviços de saúde, nas instituições que necessitam serem fortalecidas em seus serviços para aprimorar o atendimento aos usuários. A forma de gestão através destas, para o SUS representa a quebra do comando único, contribui para a disparidade entre os serviços prestados à população e repassa a uma administração gerencial as responsabilidades que são do Estado, rompe-se com a universalização e integralidade da atenção à saúde.

2.2. Construção da Política de Sangue no Brasil

Na história, o sangue foi sempre associado à ciência e ao misticismo. Para os gregos, o sangue era o elemento que sustentava a vida, já gladiadores ingeriam sangue antes das lutas para se tornarem fortes e corajosos.

Em 1900, Landesteiner que existiam três diferentes tipos sanguíneos entre as pessoas: os tipos A, B e O. A classificação nesses diferentes grupos sanguíneos estabeleceu a base científica para a utilização do sangue como agente terapêutico.

A descoberta de anticoagulantes, em 1917, permitiu o início do processo de armazenamento e de estocagem do sangue. Em 1627, Willian Harvey descobriu a dinâmica da circulação sangüínea; após a veiculação deste fato, a atenção de muitos cientistas da época voltou-se para as possibilidades de utilização das transfusões de sangue como mais um elemento de cura na ciência médica. Entretanto, pela precariedade dos conhecimentos, essas experiências não foram bem sucedidas. Apenas do século XX, com a descoberta dos vários grupos sanguíneos (ABO), realizada por Karl Landesteiner, e quarenta anos depois a partir da descoberta do fator Rh, ocorreu uma efetiva escalada nas

pesquisas. Como resultado prático, cientistas como Loitt e Molisson descobriram os anticoagulantes, substâncias que além de evitar a coagulação ajudam o sangue a manter inalteradas as suas características. A função desses conhecimentos contribui para que a hemoterapia assumisse o seu verdadeiro papel na medicina moderna. (BRASIL, 1994).

A Hemoterapia é uma especialidade médica, que se caracteriza por utilizar como tratamento, o sangue e seus integrantes (plasma, hemácia, etc.). É entendida como um ramo da hematologia, e esta corresponde a uma especialidade da medicina que se encarrega do tratamento das doenças associadas ao sangue, a exemplo da anemia congênita e adquirida, da leucemia, hemofilia, leucemia aguda ou crônica, AIDS, entre outras. Em se tratando da hemoterapia, o foco de atenção está voltado para a utilização do sangue e seus hemoderivados, no auxílio ao tratamento das doenças hematológicas ou não, envolvendo também casos de pacientes traumatizados, grandes queimaduras e preparação de cirurgias. (BRASIL, 1994).

Segundo a Fundação HEMOMINAS no Brasil, o sistema transfusional baseava-se na doação remunerada: doadores dos bancos de sangue públicos e privados recebiam pagamento. A prática favorece a proliferação dos bancos de sangue privados que traz, em seu bojo, o recrutamento de pessoas doentes, alcoólatras, mendigos e anêmicos. Contra ela, insurge-se a Associação de Doadores Voluntários de Sangue (ADVS), dirigida por Carlota Osório – uma incansável batalhadora da causa pela doação não remunerada e da distribuição gratuita de sangue pelo Estado para quem precisasse.

A história da hemoterapia praticada no Brasil é caracterizada por fatos que a situam em duas eras, uma, pré-pró-sangue e outra, pós-pró-sangue, isto é, antes e depois de 1980. O primeiro período ficou marcado pela elaboração do Decreto n.º 54.494, de 16 de outubro de 1964, que criou um grupo de trabalho para estudar e propor a legislação disciplinadora da hemoterapia no Brasil e instituir, ainda, a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), que, a partir dessa data, ficou sediada no Ministério da Saúde. No segundo período refere-se ao Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados/Pró-Sangue, criado em 1980,

através da Portaria Interministerial n.º 07/80, de 30 de abril, dos ministros de Estado da Saúde, da Previdência e Assistência Social. (MS, 2007).

Segunda a Fundação PRO SANGUE a primeira lei que dispôs sobre o exercício das atividades hemoterápicas no Brasil, veio durante o Regime Militar, no Governo Castelo Branco. Entrando em vigor em 28 de junho de 1965, a Lei nº4.701/65, em seus artigos 1º e 2º, definia as bases para a criação da Política Nacional de Sangue, identificando os sistemas de organização responsáveis pelos meios de abastecimento, bem como da distribuição do sangue e hemoderivados. Apontava para a doação voluntária de sangue e para o estabelecimento de medidas de proteção ao doador e ao receptor, embora não constasse em nenhum de seus artigos a obrigatoriedade da realização de exames que detectassem as doenças do sangue, já conhecidas na época, favorecendo assim, a proliferação das mesmas.

De acordo com Nascimento (2006) no Governo Costa e Silva, instituem-se dois decretos, o de nº 60.969 de 7 de julho de 1967 e o de nº 61.817 de dezembro do mesmo ano que passam a coibir a exportação de sangue humano, de seus componentes e derivados, vetando o item 14 do artigo 6º da lei acima citada. Agora, o sangue humano coletado em qualquer ponto do território nacional, plasma, soro ou outro componente dele separado, somente poderiam ser utilizados dentro do país, seja para emprego em transfusão ou para aplicação com finalidade industrial, fixando assim critérios para sua destinação. Porém esses dois decretos não trataram da questão da proliferação das entidades privadas, que colocavam a mercantilização acima de qualquer outro benefício trazido com a evolução da hemoterapia.

Nessa conjuntura, a hemoterapia cai no descrédito em função das frequentes denúncias de comercialização, além de outras mais graves que chegam as páginas policiais. Esse contexto deslança numa intensa campanha em favor da doação voluntária de sangue e contra a sua comercialização, influenciando Ministros de Estados na condução da política de saúde.

Apenas no final da década de 70 foi implantada no país uma política específica para a coleta, armazenamento e transfusão de sangue, bem como a produção e utilização de seus derivados. Também nesse período começaram a

serem instalados os primeiros hemocentros, cuja experiência resultou com o sangue e disseminação de novos conceitos.

Em 1976, o Ministério da Saúde passou a ter uma nova organização com a extinção das comissões nacionais, que foram substituídas por câmaras técnicas do Conselho Nacional de Saúde. Pela Portaria n.º 534, de 27 de novembro de 1978, a Comissão Nacional de Hemoterapia - CNM passou a constituir uma dessas câmaras técnicas (Câmara Técnica de Hemoterapia CTH, com funções normativas e consultivas).

A partir de 1976, no contexto de abertura democrática e das pressões do movimento sanitário, o médico hemoterapeuta Francisco Antonácio, do Hospital das Clínicas de São Paulo/FHUSP, a convite do Ministério da Saúde, apresenta aos diversos Estados brasileiros, o relatório sobre a coleta e distribuição do sangue, recomendando a implantação de hemocentros públicos nas capitais estaduais, baseados no princípio da doação voluntária e com o apoio governamental. No mesmo ano inaugura-se o Centro de Hemoterapia e Hematologia de Pernambuco (Hemope) o primeiro do Brasil, que em seguida se expande para outras capitais. (REVISTA, 2005).

De acordo com Nascimento (2006) dependendo da complexidade de sua estrutura e das funções desempenhadas, os Hemocentros podem ser classificados como:

Hemocentro Regional ou Estadual – quando está organizado para atender, de maneira abrangente, no estado ou região como um todo, às necessidades de coleta, processamento e distribuição de sangue e seus derivados aos hospitais da rede pública e privada. Ao Hemocentro Regional cabe promover a integração entre as unidades de hematologia, hemoterapia e rede atendida, além de dar permanente atenção à qualidade dos serviços prestados à comunidade. Além dessas atividades, também está estruturado para atender, em seu ambulatório, pacientes portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias, como os hemofílicos e os portadores de anemia falciforme (anemia hereditária), por exemplo.

Hemocentro Municipal ou Local – quando está organizado para atender as necessidades de coleta, processamento e distribuição de sangue e seus

derivados aos hospitais públicos e privados de um município; além de proceder ao tratamento de pacientes em nível local. Deve ser estruturado para manter o número de doadores cadastrados, promover a captação de novos doadores, estocar corretamente o sangue coletado e, ainda, efetivar intercâmbio com os hemocentros de municípios próximos e regionais, quando de eventuais emergências.

Unidade de Coleta – são serviços permanentes idealizados para realizar coleta de sangue entre a população em geral. As coletas podem ser internas ou externas. As primeiras são realizadas por uma equipe especializada fixa, nos próprios hemocentros; as externas são realizadas por equipes especializadas que se deslocam para locais pré-fixados. Para garantir que não ocorra nenhuma possibilidade de transmissão de doenças. O material utilizado na coleta é sempre descartado.

Segundo Nascimento (2006) a instalação dos hemocentros baseada no voluntariado, contou com pesados investimentos do governo militar que tentava se manter no poder através de algumas investidas de caráter assistencial, ocasionando com isso, sérias dificuldades aos serviços privados, que até o momento, não tinham a percepção da concorrência e passam a vivenciar problemas de manutenção da clientela. Mas como inexisteriam leis que proibissem terminantemente a doação remunerada, em alguns estados, a iniciativa privada continuou inabalável, e determinados hemocentros não conseguiam se manter, proporcionando a continuidade da mercantilização, expressa na Constituição de 1988.

No início os anos 80 a AIDS é detectada no Brasil, desta forma:

(...) uma vez que a síndrome foi descrita em 1981 e que em 1983 já se conheciam as formas de transmissão da infecção (entre elas, a transfusão do sangue), já havia a obrigação ética da triagem (através de entrevistas) dos doadores por parte do Estado. Somente a partir de 1985, com a generalização do uso dos testes ELISA e WESTERN BLOOT abriu-se caminho para outras medidas normativas. (BRASIL, 2004. p. 15).

Por volta de 1985/1987, a questão do sangue e hemoderivados no Brasil, eram críticas. O tema passou a adquirir notoriedade em decorrência do aparecimento da AIDS, até 1987, a categoria de exposição por transfusão sangüínea foi responsável por 8,8% dos casos de Aids notificados pelo Ministério da Saúde.

O “Sangue e Hemoderivados” foram um dos assuntos debatidos na 8.^a Conferência de Saúde e se estendeu aos Estados e Municípios. Os relatórios foram condensados em um documento que definiu a política nacional na área sob a óptica de que “é dever do Estado prover meios para um atendimento hematológico e hemoterápico de acesso universal e de boa qualidade” e “dever do cidadão cooperar com o Estado na consecução desta finalidade”.

O presidente FHC sancionou a Lei n.º 10.205 de 21 de março de 2001 que 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.

No art. 14 dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue estão, entre outros:

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.

No título I desta art.2º parágrafo único,

“Não se considera como comercialização a cobrança de valores referentes a insumos, materiais, exames sorológicos, imunoematológicos 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).

Alguns Estados para incentivarem as pessoas doarem sangue têm leis próprias, na Paraíba, por exemplo, tem a Lei n.º 7.716/2004 que dispõe sobre a

isenção de taxa de inscrição de concurso público nos órgãos da administração direta e indireta do Estado, como também do concurso vestibular da Universidade Estadual da Paraíba, aos doadores que comparecem a rede pública de saúde para doarem sangue por pelo menos três vezes no período de um ano, os doadores considerados fidelizados.

Hoje, no Brasil, os serviços de hemoterapia são regidos pelas normas técnicas contidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 153, de 4 de junho de 2004, seguindo-se os princípios da moderna hemoterapia.

Abaixo segue alguns decretos e Leis á respeito da doação de sangue, quais sejam:

Lei nº 1. 075, de 27.03.1950 – DOU: Dispõe sobre doação voluntária de sangue. Será consignada com Louvor na folha de serviço militar, de funcionário público civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue, feita a banco mantida por organismo de serviço estatal ou paraestatal, devidamente comprovada por atestado oficial da instituição.

Lei n º 7.649 de 25.1.1988; 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 Federal nº 10.205, de 21.3.2001: Regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue e seus hemoderivados e dá outras providências.

Decreto nº 3.990, de 30.10.2001: Regula o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN – integrante do SUS, a que se refere o art. 8 º da lei nº 10.205/2001.

Algumas portarias acerca da questão do sangue:

Portaria nº 121, de 24.11.1995: Implementação, fiscalização e inspeção em unidades Hemoterápicas, com vistas a garantir aos cuidados serviços de transfusão de sangue seguro e de qualidade comprovada.

Portaria nº 127 de 8.12.1995: Institui o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas – PINUH com o objetivo de executar inspeções para avaliar a qualidade dos processos nas unidades hemoterápicas existentes no país;

Portaria nº 1.544 de 15.10.1997: O Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia para Unidades Hemoterápicas (PNCQES), instituído pela Portaria Ministerial n.º 1.8401/96, passa denominar-se Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia e Imunohematologia, com as modificações introduzidas por esse ato;

Portaria nº 1.334, de 17.11.1999: Dispõe sobre a transferência do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e demais atividades relativas a sangue e hemoderivados, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

Portaria nº 33, de 4.2.2000: Credenciam técnicos, de nível superior, especializados, que exercem atividades de Vigilância Sanitária, nos órgãos competentes do SUS das Unidades Federadas, para representar a ANVSIMS no desenvolvimento do Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas – serviços estaduais e/ou municipais de Vigilância Sanitária.

Portaria nº 79, de 31.1.2003: Determina a implantação, no âmbito da Hemorrede Nacional, nos serviços de Hemoterapia públicos, filantrópicos, privados contratados pelo SUS, e exclusivamente privados, da realização dos testes de amplificação e de detecção de ácidos nucléicos (NAT), para HIV, nas amostras de sangue de doadores.

Percebemos que aos poucos o Brasil vem avançando na busca da construção e organização da Política Nacional de Sangue. A construção de uma Hemorrede Nacional nos serviços de hemoterapia constitui um dos mais importantes avanços para a implantação desta política.

A questão da não remuneração constitui-se em um elemento importante, pois além do fato de inviabilizar o desenvolvimento da PNS, inclusive falindo os hemocentros, consegue despertar na população uma visão humanitária que recai sobre o ato da doação.

O fim da mercantilização do sangue vem acontecer após a sanção da lei 10.205 de março de 2001, pelo presidente Fernando Henrique Cardoso. A mercantilização do sangue, até então era comum nas clínicas privadas que entraram em processo de declínio a partir dessa lei.

2.3 A Construção da Política de Doação de medula óssea

Segundo material informativo disponibilizado pelo Hemonúcleo de Picuí PB a doação voluntária de medula óssea está regulamentada pelo Ministério da saúde, através da Portaria nº 1315 de 30 de novembro de 2000. Devido à dificuldade de encontrar doadores compatíveis e ao crescente número de pacientes a espera de um transplante de Médula Óssea foi criado o REDOME (Registro Brasileiro de Doadores de Médula Óssea).

Para se cadastrar no REDOME é necessário determinar seu tipo de Médula Óssea a partir de um simples exame de sangue (Tipagem HLA). Para ser doador de Medula Óssea o indivíduo precisa ter idade entre 18 e 55 anos; não ser portador de patologias como hepatite, AIDS, Sífilis, Chagas, HTLV, cardiopatias, insuficiência renal, diabetes e outras; preencher o Termo de Consentimento e autorização para a realização dos exames; Comparecer ao Hemocentro para a coleta de sangue para exames de Histocompatibilidade; ser cadastrado no REDOME.

Caso a tenha o desejo de seu um doador voluntário deve-se procurar a Central de Transplantes da Paraíba para: obter informações sobre a doação de medula óssea; preencher os termos de autorização e consentimento para a realização dos exames; ser encaminhado ao hemocentro para coletar sangue para a 1ª fase dos exames de Histocompatibilidade.

Cumprindo os passos anteriores a pessoa será cadastrada no REDOME. O doador fica ciente que no futuro poderá ser chamado pela Central de Transplantes – PB, caso venha a ser selecionado como possível doador para determinado paciente. Uma vez selecionado, o doador deverá atender o chamado da Central de Transplantes a fim de confirmar a disposição de doação

de doação de medula e submeter-se a uma nova coleta de amostra de sangue para 2ª fase de Histocompatibilidade e sorologia para detectar doenças transmissíveis.

Se confirmado a compatibilidade com algum paciente da lista de espera, a central de transplantes chamará o voluntário eleito para informar a respeito do local em que deverá dirigir para coleta da medula óssea ou células precursoras. A Central de Transplantes encaminhará o doador ao Hospital onde se fará o transplante.

As contraindicações para ser um doador voluntário são ter idade inferior à maioridade e acima de 55 anos; antecedentes de Hepatites, AIDS, sífilis, Doenças de Chagas e HTLV; Gestações, Cardiopatias, insuficiência renal e hepática, anemias, neoplasias, imunossupressão física e química.

A retirada da Medula Óssea só será feita após comprovada a saúde do doador, é feita sob anestesia geral e no centro cirúrgico em decúbito dorsal (bruços). A quantidade de medula é aspirada dos ossos do quadril, com agulhas especiais, de acordo com o peso da pessoa (menor de 10%). Os riscos para o doador são praticamente inexistentes. Em caso de coleta de Médula em outro município, os meios para seu deslocamento serão providos pela Secretaria Estadual de Saúde.

3 CAPÍTULO II - A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

3.1. Informação em Saúde

A questão da informação, nos serviços de saúde do SUS, é hoje incipiente. Apresenta aspectos que vão de encontro aos direitos dos usuários, com formas de censura camufladas, ou que não são compreendidas pelos usuários, exemplo de censura.

Nos serviços de saúde, acontecem as saídas dos pacientes dos consultórios sem entenderem as determinações médicas, devido também à inadequação das informações transmitidas, por questões técnicas ou não, dificultando o entendimento para os usuários, como também para o restabelecimento da saúde, via intervenção destes profissionais. Situar a política da informação em saúde enfocando os contextos dos usuários parece ser o começo para um modelo informacional democrático.

A disseminação das informações está acontecendo com equívocos, a partir da lógica do interesse do Estado (instituições e serviços de saúde) de modo a disseminar os interesses das partes envolvidas, prestadoras de serviços do SUS.

Tratar da questão da informação e comunicação em saúde como elemento importante para apropriação por parte dos usuários do SUS é fundamental, na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde e democratização do acesso para a sociedade.

A seguir será tratada a informação como uma forma de dominação, pelo Estado. Em segundo momento, abordar-se-á numa perspectiva de direito, relacionando as instituições de saúde e propriamente às condutas de profissionais, da saúde, fazendo-se um apanhado acerca da informação transmitida aos usuários do SUS, cidadãos em geral.

Moraes (2002) trata da questão da informação da seguinte forma: o Estado tem o direito de perguntar aos indivíduos sobre as mais diferentes facetas da

dimensão humana (e assim ir organizando as bases informacionais governamentais) e o indivíduo tem o dever de responder. A proposta – síntese é inverter essa fórmula, para ser: o Estado tem o dever de informar à população e ao cidadão e estes têm o direito de ser informados, de perguntar ao Estado e de participar do processo de formulação das perguntas que o Estado faça.

Nesta perspectiva há um avanço no acesso à informação e Moraes (2002) ressalta que: “Ampliam-se às estratégias de difusão da informação, mas não se democratizam as relações de poder e produção de saber, implícitas em sua gestão, que permanecem ‘nas mãos’ dos que ‘entendem’, dos que ‘sabem’, dos técnicos”. Uma questão política que tratada, politicamente, como sendo técnica, alijando atores sociais do processo de formulação de políticas de “Estado – ainda não informacionalmente democrático”.

Muitos elementos a partir da entrada dos usuários no SUS possibilitam visualizar nos dados colhidos, informações de interesse de uma população. Há, porém, nisto, uma questão política institucional que interfere negativamente na disseminação das informações aos usuários do SUS. O fato refere-se à interpretação das instituições e serviços de saúde, não priorizando os usuários, em questões que diretamente lhe diz respeito.

A relação não recíproca na informação é expressa entre o médico, aquele que olha, observa, registra e prescreve, pois é “o que sabe,” e o paciente, aquele que é objeto de observação, “o que não sabe.” É essa racionalidade que é de não reciprocidade que se propõe seja superada.

Em 1983, a UNESCO assume que o direito à informação é um dos aspectos inerentes aos direitos humanos, como valor ético universal: “o direito de todos à informação é tão prioritário quanto o direito à alimentação, à saúde, à educação, à moradia, ao lazer, etc.” Entretanto, o direito à informação tem caído no ranking das prioridades humanas dos brasileiros, superado pelos impactos que representam a fome, o analfabetismo, a violência e a miséria. (Moraes, 1994)

De acordo com Silva (2000),

(...) a socialização das informações referentes aos direitos sociais é uma ação profissional que fortalece o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade na qual se insere na direção da ampliação dos direitos e efetivação da cidadania. Dessa forma, define-se como um processo democrático e político pelo qual se procura tornar transparente para os usuários, o real significado das políticas sociais, a lógica a partir da qual se originam e se estruturam na sociedade capitalista, bem como os meios e condições de acessá-las.” (SILVA, 2000, p.114).

Outro aspecto levantado por Moraes (2002) são as estratégias de disseminação adotadas pelo Estado, por intermédio de suas Instâncias Produtoras e Dissimadoras de Informações (IPDIS) a partir da dinâmica de um pacto político, que avança para assumir a disseminação como compromisso primordial da gestão das instâncias produtoras de informações. Entende que a maioria das instâncias produtoras de informações ainda pratica o que se denomina de modelo tradicional de disseminação, com características: subutilização das bases de dados existentes, atendimento lentos, seletivos, pontuais, reativos e não democrático. Como um dos grandes perigos que passam as sociedades contemporâneas.

Moraes (2002) considera a concepção de que “informações oficiais” correspondem, por si mesmas, à verdade de uma nação. Além da verdade aceita social e politicamente, existe em outra dimensão, a “verdade” que precisa ser dita e é exigida da população. A população tem de dizer a verdade, todas as vezes que for perguntada pelo Estado, mesmo nas questões mais íntimas da vida. Este modelo de confissão aponta como origem, na idade Média entre os rituais mais importantes se tornou tão incorporado no cotidiano das populações que não é mais percebida como efeito de um poder que coage. É preciso dizer a verdade ao médico, ao assistente social, à enfermeira, ao padre, etc. Quando o médico pergunta sobre a intimidade dos usuários onde presta serviço, espera-se que eles tenham sido verdadeiros, apesar do “desconforto”, mas em situação de diagnóstico ou resultados de exames, o médico também se mostra verdadeiro do ponto de vista da informação? Ou a conduta da prescrição de medicamentos tem boa informação?

De acordo com Moraes (2005) democratizar a informação em saúde com melhoria de sua qualidade constitui um dos principais desafios da sociedade brasileira em sua luta por uma Política de Saúde equânime e universal.

Tenta em dez teses responder a questão da direcionalidade das informações em saúde, contemplando pelos menos três dimensões. Como contribuir para: um processo democrático emancipador dos homens e das mulheres brasileiras; o exercício do controle social e, ao mesmo tempo, a gestão qualificada do SUS.

Segundo Moraes (2005) a informação em saúde pode se constituir tanto em um instrumento a serviço da promoção de um processo emancipador e do exercício do controle social, quanto ser mais um fator sofisticado de exclusão social, política, cultural e econômica.

Considera que não há neutralidade na produção e disseminação de o que “entra ou não”, e o que “pode ou não” ser divulgado, como vai ser divulgado e para quem.

A participação e ampliação da capacidade de intervenção da sociedade nas decisões a serem tomadas, bem como do controle social sobre essas definições dependem das opções adotadas no processo de gestão da informação.

Chama atenção para o forte viés tecnocrático, que dá ênfase a dimensão da exclusão social. “Essa realidade pode ser identificada tanto na inadequação da linguagem adotada na divulgação das informações, na demora em despolitizar determinadas informações (principalmente as de cunho orçamentário financeiro), quanto no próprio conteúdo coletado e disseminado, em que os representantes da sociedade não são chamados a participar”.

Remete a questão dos estreitos e frágeis meandros das contradições, que vêm sendo construídas, as possibilidades emancipatórias de contribuição das informações em saúde. Questiona: quem participa das decisões sobre a Política de Informação e Informática em Saúde hoje no Brasil? Como essas decisões são tomadas?

O acesso às informações em saúde é fundamental, mas não é o suficiente. Propõe-se ir além da reivindicação, legítima, de acesso às informações. É preciso incluir como dimensão fundamental da cidadania, o direito de participar do processo decisório sobre produção e disseminação das informações em saúde.

Entende que a informação em saúde deve estar inscrita na agenda da saúde dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores. “Reivindica-se que os Conselhos de Saúde tornem-se, na prática de Gestão do SUS, espaços onde também essas questões sejam debatidas e deliberadas, rompendo com a visão tecnocrática de que apenas os técnicos podem “opinar” sobre informação e a informática em saúde”.

Não se deve separar a política da técnica, pois isto desarma o cidadão. A questão política é tratada politicamente como sendo “técnica”, impedindo que as relações de poder e produção de saber se democratizem, permanecendo “nas mãos” dos que “entendem”, dos que sabem, dos “técnicos”.

Propõe a ruptura com a fórmula que ainda está presente nas relações sociais. A cultura não democrática que dificulta a participação popular e dos conselheiros de saúde nos espaços decisórios, precisa ser superada, facilitando para a informação atingir um caráter democrático na saúde, não mais filtrado pelo “olhar do produtor” destas.

A informação em saúde aparece como instrumento a serviço de sujeitos históricos comprometidos com os interesses da coletividade. Observa o modelo em que o Estado tem o direito de perguntar aos cidadãos tudo que possa ser de interesse do Estado se mantém. A inversão deste dá-se por meio da democratização por mecanismos de informação.

Ressalta a importância da incorporação na cultura das instituições de saúde, o princípio de que as informações fornecidas pelo cidadão em contato com o sistema de saúde são dos usuários, e não da instituição, da equipe ou médico, comprometendo-se com o mais profundo respeito à privacidade e a confidencialidade dos dados dos cidadãos.

O avanço do SUS para a autora pressupõe a abertura de perspectivas de uma competência mais alargada, que envolvem: emancipação (cidadania com

subjetividade); democracia participativa (articulada com a democracia representativa); e tecnodemocracia (democratização de saberes). A adoção das opções tecnológicas pelo SUS permite a redistribuição de poder e saber, ampliando o modelo a ser construído no Brasil.

A Constituição de 1988, no capítulo referente aos direitos e deveres individuais e coletivos no art. 5º, diz: Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seus interesses particulares, ou de interesses coletivos ou gerais, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo é imprescindível à segurança da sociedade e do Estado. (BRASIL, 2006. p. 9).

Em relação aos direitos dos usuários do SUS, o Ministério da Saúde elaborou a Carta Dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006, p. 3), baseada em seis princípios. No segundo princípio: assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados. No que diz respeito à informação encontramos:

II. Informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:

c) exames solicitados;

h) finalidade dos materiais coletados para exames;

i) evolução provável do problema de saúde;

No quinto princípio, assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada. Todo cidadão deve:

I. Prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas, e demais indicadoras de sua situação de saúde. (MS, 2006).

II. Manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas.

Os “Sistemas de informações” – SIS são colocados a serviço de política, sendo estruturados para dar respostas a determinados interesses e práticas institucionais. O “Poder da informação”, na perspectiva é definida por Moraes (1994) da seguinte forma: “A informação é poder quando informa aquilo que é importante para quem está de fato decidindo, quando instrumentaliza, ou escamoteia ou justifica as não decisões, no sentido do avanço ou manutenção dos interesses hegemônicos, em uma dada conjuntura”. (Moraes, 1994 p.44).

Nas instituições do Brasil persiste o discurso do “sigilo institucional”, uma forma de censura revertida. Outra técnica para dissimular censuras é colocar todas as ferramentas tecnológicas a serviço do excesso de informação. Não dá para dirigir tanta informação! Quando pesquisamos em sites de busca determinados assuntos, nos deparamos com uma infinidade de páginas a partir do texto a que se dirige tal pesquisa, sendo que exaustivamente, entres estes, procuramos e em várias vezes ficamos sem encontrar uma aproximação do que queríamos.

Vem se delineando para um processo democrático de construção de uma política de informações em saúde no Brasil entre os interlocutores, como: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Ministério da Saúde, DATASUS – Departamento de Informática do SUS, IBGE, instituições de pesquisas, ONG’s, entre outros, para ampliar as possibilidades de uma rede nacional de Informações em Saúde adequado ao projeto do SUS.

Os Sistemas de Informação em Saúde enquanto instrumento de apoio ao processo decisório, estando articulado, desenvolveria informações compatíveis com a realidade local municipal; enquanto sistema interligado ao centro de informação faz ampliar a massa crítica em possível espaço de disputa entre saberes e interesses contraditórios.

A informação é instrumento para que a população possa exercer o controle social na saúde a partir dos dados atribuídos a cada Município ou Estado e a medida nacional, questionando as autoridades as disparidades existentes nos indicadores: Moralidade infantil, expectativa de vida, longevidade, etc.

Há uma organização, o Grupo Técnico de Informação em Saúde e População – GTISPI ligado a Associação Brasileira de Pós-Graduação em saúde Coletiva - ABRASCO que vem procurando subsidiar a formulação e implementação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde voltada para a defesa, entre outras, da democratização e qualidade das informações em saúde, inserida em um amplo processo de inclusão digital dos diferentes seguimentos da sociedade. Entre as propostas de metas do Plano Diretor para Informação em Saúde – 2008 – 2012, esta a utilização de WEB services, nos moldes pensados para o cartão SUS: investimento no fortalecimento e atualizações da infraestrutura computacional e de telecomunicação nas três esferas de governo; desenvolvimento de infraestrutura adequado à implantação de tele saúde / tele medicina e apoio das instituições de saúde a processos de inclusão digital dos conselhos de saúde, nos moldes do programa de inclusão Digital do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com Moraes (2006) constituem-se como faces de uma mesma moeda, disputas de interesses, 'o poder' e 'o saber'. Mais do que ter acesso à informação é necessário apropriar-se de todo o seu potencial intrínseco a uma determinada informação. Embora ter acesso às informações seja fundamental, não é o suficiente para a luta das desigualdades. Propõe-se: a manutenção da reivindicação de um acesso contínuo às informações relacionadas ao processo saúde/doença/cuidado; do estabelecimento de processos/mecanismos que contribuam para a compreensão do significado/sentido das informações disponibilizadas e de suas limitações decorrentes do modo como foram produzidas e disseminadas e, a apropriação das informações, em linguagem adequada, que desnudem os condicionantes e determinantes da situação de saúde vivenciada; a participação dos conselheiros de saúde, nos espaços definidores da Política de Informação e Informática em Saúde, direcionando-se e para que seja cada vez mais democratizada e voltada para atender aos interesses da população e da gestão qualificada do SUS.

3.2. Comunicação em Saúde

A partir das informações que recebemos somos capazes de ir formando nossa opinião, no entanto é importante ficarmos atentos às comunicações disponibilizadas pelo Estado. Acontecendo a omissão de informações a nossa crítica com certeza dá-se em rumo inadequado. A comunicação nos serviços de saúde é usada pelo Estado, atendendo aos seus interesses, tem o poder de levar ao enfraquecimento à crítica, à mobilização social, enfraquecimento da democratização, inclusive do acesso aos serviços de saúde.

O papel da comunicação nas políticas públicas e sua importância para a visibilidade de tais políticas. No que se refere à comunicação como direito inerente à saúde, identifica-se o cerceamento deste e mostra algumas das maneiras ou modelos comunicativos que priorizam os emissores. Ao final identificamos algumas inovações no contexto das novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e sua incipiente introdução no âmbito do SUS.

De acordo com Pitta (1995) em 1920 registra-se a adoção de técnicas de propaganda, no âmbito das instituições governamentais de saúde, tem:

Como ponto de partida uma determinada forma de explicar o surgimento, a disseminação de doenças e as formas de fazer frente a elas: a epidemiologia passa a se ocupar das 'doenças de massa' a serem controladas através de um modelo de intervenção centralizado e corrente com as explicações do processo de determinação da doença, que se desenham do final do século XIX ao início do século XX. (PITTA, 1995, p. 240).

Da mesma forma, é também nas décadas de 20 e 30 que se difundem estudos e teorias que procuram explicar a relação entre a novidade da comunicação de massas – o rádio e o cinema se consolidam com instrumentos de propaganda política – e sua relação com regimes totalitários. A conduta é explicada neste contexto a partir de teorias behavioristas, apropriadas pelos estudos de comunicação: à aplicação de estímulos ambientais (comunicacionais) corresponderiam respostas de massa a estes.

No contexto dos anos 40 e 60 entram em cena metodologias racionalizadoras de planejamento em saúde, apoiadas na epidemiologia e em seu instrumental estatístico. As ações são focalizadas nas populações de baixa renda, rurais e das periferias urbanas com a doutrina dos cuidados primários. Neste contexto a comunicação é utilizada a partir de estratégias de persuasão para os indivíduos atenderem as recomendações das autoridades sanitárias.

A partir da década de 70 o campo da administração sanitária passa a incorporar inovações como o “ajuste da linguagem” a “população-alvo” uma forma de conferir mais eficácia aos procedimentos de transferência de informações a indivíduos ou grupos sociais. Cujo objetivo é “modificar o comportamento individual e da comunidade no sentido de adotarem hábitos e práticas que assegurem a promoção e a manutenção da saúde”.

Pitta (1995) Compreende que “sempre empenhadas no aumento da eficácia dos processos de transferência de informações, as estratégias massivas se associam a um segundo nível de atuação em comunicação: as relações interpessoais, desenvolvidas por profissionais da ponta dos serviços de saúde – educadores, assistentes sociais, sanitaristas”.

Para Araújo (2007) em relação às palavras informação e comunicação, faz a distinção entre ambas que “Do ponto de vista teórico, comunicação e informação têm as mesmas matrizes, localizadas na teoria geral dos sistemas, na cibernética, na teoria matemática da comunicação (ou modelo informacional). Mas, a partir da incorporação da teoria crítica pela comunicação, nos anos 50, iniciou-se um processo de diferenciação. Falando de modo muito genérico, a informação aprofundou os fundamentos e métodos da produção dos dados e sua conversão em informação. A comunicação deu mais atenção aos procedimentos pelos quais a informação pode ser tratada, circular e ser transformada em saberes pelas pessoas e instituições.”

No entanto, por diversos caminhos e razões de ordem teórica e política, principalmente, nos nossos dias cada vez mais ‘informação vem sendo utilizada de forma substitutiva a ‘comunicação’, um procedimento que pode prejudicar a compreensão dos processos sociais implícitos e implicados no conceito de

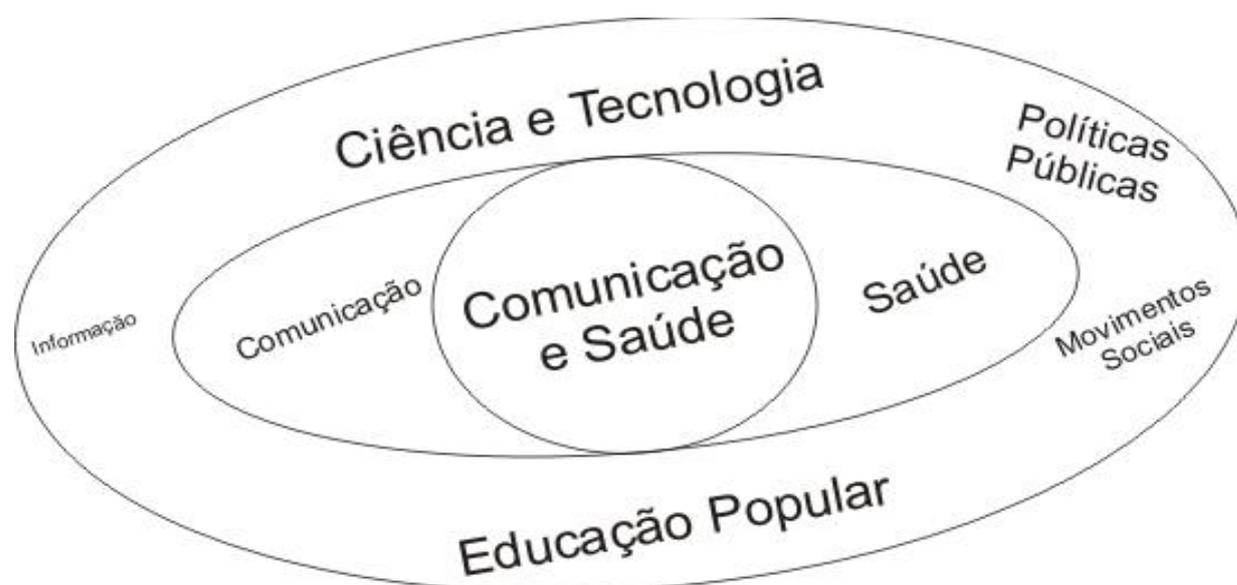
comunicação, assim como das dimensões histórica, política e econômica das relações sociais, além de dificultar a percepção dos interesses em luta.

A comunicação é entendida por Araújo (2007) como um desses temas que todo mundo entende um pouco e sempre tem uma opinião. Isto é compreensível, uma vez que entre suas muitas faces ela é vivência individual e coletiva, é prática social, experiência cotidiana que leva a formação de pontos de vista constitui um campo.

Tomando sua definição como ponto de partida, consideraremos que campo é um espaço sócio-discursivo de natureza simbólica permanentemente atualiza por contextos específicos, formados por teorias, módulos e metodologias, sim, mas também por agentes, instituições políticas, discursos, práticas, instâncias de formação é muito importante, por lutas e negociações.

Alguns campos são mais frequentemente articulados ao da comunicação e saúde como o da informação, da ciência e tecnologia, das políticas públicas, da educação, dos movimentos sociais. Araújo e Cardoso (2007) fazem a seguinte representação:

Figura 1 - campo da comunicação e saúde



A comunicação nas políticas públicas tem um papel importante na constituição destas, desde o momento em que circulam e ganham visibilidade e é

em seguida apropriada pela população alvo, à comunicação é inseparável desse processo. Na área de saúde a comunicação e políticas públicas mantêm uma relação historicamente explícita, desde que foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, incluiu a propaganda e a educação sanitária como estratégia frente às questões de saúde, principalmente epidemias e a adoção de medidas higiênicas. (ARAUJO, 2007. p.23).

Nos anos 40, a educação e comunicação na saúde consolidaram o papel, articulado com as políticas do setor, com criação por Getúlio Vargas do Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que tinha por objetivo disseminar informações sobre as doenças e os procedimentos de prevenção. Vargas também criou o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que foi um produtor intensivo e um veículo de disseminação de materiais informativos e educativos, sobretudo impressos.

De acordo com Araújo (2007) nas décadas seguintes, as concepções de comunicação estiveram sempre presentes na modelagem das políticas públicas de saúde, particularmente nas que supunham uma intervenção direta sobre os costumes e práticas da população.

Embora a relação entre a comunicação e a saúde seja antiga, a formação do campo da Comunicação em Saúde como um conjunto de elementos articulados, nomeados, reconhecido, e recente, a partir do início da década de 1990. O campo vem se desenvolvendo através de estratégias como a criação de um grupo de trabalho em comunicação e saúde na ABRASCO, curso de pós – graduação lato sensu, oficinas e cursos de pequena duração, participação em congressos da área de saúde e da comunicação, luta pela inclusão do tema nas conferências nacionais de saúde, entre outros.

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde afirmava sobre o direito à informação, à educação e à comunicação como inerentes ao direito da saúde. A partir da IX CNS de 1992, comunicação, informação e educação passaram a ser discutida na perspectiva da ampliação da participação social, (controle social). Na X Conferência Nacional de Saúde em 1996, fixou-se prazos para a elaboração, educação e comunicação em saúde, que deveria prever a organização de um sistema nacional que articulasse estes três componentes.

Em 2000, a XI CNS, consolidou a fórmula Informação, Educação e Comunicação (IEC). A partir de então se passou a defender vários meios comunicativos como fator de democratização das informações, avançando nas formulações aprovadas em conferências anteriores.

A XII CNS, em 2003, ratificou as indicações da XI, acentuando a Rede Pública Nacional de Comunicação, e recomendou a realização da I Conferência Nacional de Educação Popular em Saúde.

Cardoso (2006) ressalta que “a comunicação vem arrumando a importância crescente na sociedade contemporânea. A face mais visível talvez seja o acelerado processo de desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação, observado nas últimas décadas do telefone, rádio e televisão, passamos a contar com vídeos, computador, DVD, celular, internet, e a cada dia surge uma nova possibilidade de uso e de interação entre as mídias, como a TV digital.”

A respeito de novas possibilidades que surge a cada dia podem ser citados: o MSN, o Orkut, os blogs o e-mail, já bastantes usados, ao lado também dos torpedos SMS, entre outros. Importante também para se justificar o avanço desses instrumentos de comunicação está na capacidade de popularização em adquirir estes produtos colocados no mercado atrelado a uma tendência de queda do valor dos produtos frente às novas formas subsequentes, por exemplo, o vídeo cassete já é tratado como obsoleto, frente ao DVD, MP3, etc.

De acordo com Cardoso (2006) a respeito dessa complexidade, “ainda predomina na saúde o entendimento de que a comunicação é apenas a ação de transmitir informações ou de ideias de um pólo receptor”. Nesta perspectiva, boa parte das preocupações recai sobre a utilização da linguagem e veículos adequados para assegurar o sucesso da comunicação.

Desse modo apresentado, a comunicação fica presa no esquema: emissor - mensagem – canal – receptor. Apesar dos muitos avanços tecnológicos, esta forma de pensar a comunicação tem sérios problemas para descrever ou explicar a comunicação entre pessoas.

Cardoso (2006) entende: Comunicar não é apenas passar uma informação porque é sempre um processo social mais complexo, que envolve relação entre pessoas e grupos, identidades, projetos, diferenças de saber e poder. Precisamos de outros modelos que lidem com os múltiplos discursos existentes na sociedade e considerem a força dos contextos nos processos de comunicação.

A comunicação no SUS precisa superar este modo de centrar nos comunicadores. É necessário que os profissionais em sua totalidade sejam compromissados com o processo da comunicação.

É importante que o usuário possa participar que tenha voz, já que ele é o centro do novo modelo proposto, principalmente interessado, em perspectiva democrática.

Tovar (2006) considera que: “Sem comunicação e informação não é possível construir um sujeito social que exerça a sua cidadania em saúde. Para que a participação seja possível, é preciso gerar cenários, processos e competência a construção coletiva de sentidos e interesses para atuar na formulação de políticas públicas”.

A participação popular nos processos de comunicação é fundamental para o rompimento com o modo tradicional e permite superar a assimilação do que é simplesmente passado para através do acesso a informação alcançar um ponto de vista próprio, deixando de ser um receptor a participar da formulação.

Barbosa (2006) chama a atenção para o fato de “Os principais artigos da constituição Federal relativos à comunicação Social permanecem sem regulamentação entre eles, o que impediria o oligopólio dos meios de comunicação e o que estabelece o principio da complementaridade entre os sistemas públicos, privado e estatal na radiodifusão, resultando hoje no fato de as emissoras de rádio e televisão serem majoritariamente controladas por empresas comerciais”.

Uma forma de comunicação mais próxima do cidadão pode ser dada por intermédio das rádios comunitárias, mas estas têm sido perseguidas entre outras por causar interferência quando não respeitam a frequência em que devem

operar. No entanto a burocracia e o custo para legalização destas rádios impedem ou dificulta a comunicação, principalmente para aqueles que residem fora dos centros urbanos. Atualmente, o governo implantou um novo padrão de TV e rádios digitais.

Silva e Silva (2006) trazem reflexões sobre inclusão digital e controle social do SUS no Brasil a partir do enfoque da incorporação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) de modo que “a internet é atualmente um meio de comunicação rápido, acessível e menos oneroso do que a distribuição de impressos. Vale destacar que ela estará presente em computadores e aparelhos televisores num futuro muito próximo nos lares brasileiros” e “o uso das TIC, com o objetivo de fomentar a participação cidadã e a governança eletrônica, traz um novo sopro da democracia a Sociedade da Informação. Mais uma vez os desbravadores da gestão participativa na saúde traçarão os rumos desta apropriação por parte das instâncias colegiadas, responsáveis pelo controle social do Sistema Único de Saúde”.

Como exemplo de incorporação da TIC, trazem a reformulação do sítio do Conselho Nacional de Saúde, operacionado pelo DATASUS em 2005.

Para que haja uma apropriação da informação e comunicação em saúde por parte dos usuários do SUS faz-se necessário desenvolver um sistema informacional que enfoque os contextos em que emerge o público alvo dos SUS. Nem sempre nos serviços de saúde os usuários recebem informações adequadas ao seu modo de ser e de compreender o que se pretende ser alcançado pela informação e comunicação em saúde. A proposta de aperfeiçoamento da informação e comunicação em saúde deve alcançar a superação que se dá em mão única pelo Estado na difusão das informações. Os usuários passariam a também perguntar e a ter informações no nível de respostas que o Estado utilizasse.

OBJETIVO GERAL

Conhecer o processo de gestão dos Hemonúcleos tendo por base a importância da Comunicação e Informação em Saúde, a partir das observações realizadas junto ao Hemonúcleo Regional de Picuí -PB

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Contribuir com o desenvolvimento de um processo de Democratização da Informação e Comunicação em Saúde para o Hemonúcleo Regional de Picuí / PB, para uma cultura de doação voluntária de sangue e medula óssea;

Conhecer o processo de comunicação em saúde dentro do território de abrangência do Hemonúcleo de Picuí;

Subsidiar a busca de alternativas para um melhor aproveitamento das informações e discutir acerca da importância da utilização de ferramentas que subsidiem no processo de tomada de decisões.

METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A palavra método vem da palavra grega métodos, formada por duas palavras metá que significa no meio de; através, entre, acrescida de odós, que significa “caminho”. Assim, podemos dizer que método significa ao longo do caminho, ou seja, “forma de proceder ao longo de um caminho” (TRUJILLO FERRARI, 1982, p. 19).

A ciência utiliza-se de um Método que lhe é próprio, o Método científico, elemento fundamental do processo do conhecimento realizado pela ciência para diferenciá-la não só do conhecimento comum, mas também das demais modalidades de expressão da subjetividade humana, como a filosofia, a arte e a religião (SEVERINO, 2007, p.102, grifo do autor).

O estudo foi efetivado em uma pesquisa bibliográfica: como o próprio nome diz se fundamenta a partir do conhecimento disponível em fontes bibliográficas, principalmente livros e artigos científicos. Segundo Koche (1997, p. 122), tem a finalidade de ampliar o conhecimento na área, de dominar o conhecimento para depois utilizá-lo como modelo teórico que dará sustentação a outros problemas de pesquisa e para descrever e sistematizar o estado da arte na área estudada. Este tipo de pesquisa se restringe ao campo de atuação no levantamento e na discussão da produção bibliográfica existente sobre o tema. O processo de pesquisa envolve a escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto (GIL, 2007, p. 60).

5– RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Território da Cidadania do Curimataú foi constituído em abril de 2007, a partir de muitas discussões com as prefeituras, Sindicatos, ONG`s e os diversos movimentos populares da região.

Abrange uma área de 3.264,50 Km² e é composto por 11 (onze) municípios: Baraúna, Barra de Santa Rosa, Cacimba de Dentro, Cuité, Damião, Frei Martinho, Nova Floresta, Pedra Lavrada, Nova Palmeira, Picuí e Sóssego. Tomando por base dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) a população total do território é de 106.296 habitantes, dos quais 37.202 vivem na área rural, o que corresponde a 37,50% do total. Possuem 8.665 agricultores familiares, 762 famílias assentadas. Seu IDH médio é 0,58.

5.1. Gestão da Política de Sangue e Médula Óssea no Território de Cidadania do Curimataú

No que se refere à Gestão da Política de Sangue na Paraíba percebe-se a existência do Hemocentro da Paraíba em João Pessoa – HEMOÍBA como sede principal da oferta de serviços de Hematologia, Hemoterapia no Estado.

O Centro de Hematologia e Hemoterapia da Paraíba/Hemocentro coordenador/João Pessoa é definido segundo a Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº. 151/2001, como:

Entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital e referência no Estado na área de Hemoterapia e (ou) Hematologia ligada à rede de serviços de saúde. Deverá prestar serviços de assistência às áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas, e apoio técnico à Secretaria de Saúde na formulação da política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados/SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados/PLANASHE e em

articulação com a Vigilância Sanitária e Epidemiológica. (MORAIS, 2001, p. 516).

Na região do compartimento da Borborema existe o Hemocentro Regional de Campina Grande, que tem por missão prestar assistência hematológica e hemoterápica de acordo com padrões de qualidade e eficiência, para mais de 50 municípios. De acordo com o controle do estoque do banco de sangue e produtos (concentrado de plasma, hemácias, plaquetas) atua em prol da grande demanda do território de abrangência, concentrada nos hospitais situados em Campina Grande que são referencia até mesmo para Estados vizinhos, como Pernambuco e Rio Grande do Norte. O Hemocentro Regional de Campina Grande dispõe de uma Unidade Móvel que realiza coletas externas em diferentes pontos da cidade de Campina Grande – PB e de municípios do Compartimento da Borborema.

Os Hemonúcleos (bancos de sangue) têm como missão garantir a quantidade e a qualidade de hemocomponentes necessária para o tratamento dos pacientes de sua região de abrangência. No Estado da Paraíba existe uma rede de Hemonúcleos:

Hemonúcleo de Piancó	Hemonúcleo de Monteiro
R. Luis R. Ferreira, s/n - Ouro Branco	Rua Epaminonda Azevedo, s/n
CEP: 58.765-000 - Piancó - PB	CEP: 58.500-000 Monteiro (PB)
Fone/Fax: (83) 452-2733	Fone/Fax: (83) 351-2201
Hemonúcleo de Picuí	Hemonúcleo de Patos
R Lázaro J. Estrela, s/n Monte Santo	Rua juvenil Ledo, sn - Belo Horizonte
CEP: 58.013-420 - Picuí (PB)	CEP: 58.704-470 - Patos (PB)
Fone/Fax: (83) 371-2554/R 203	Fone/Fax: (83) 421-4918

Hemonúcleo de Itaporanga	Hemonúcleo de Cajazeiras
Rua Oswaldo Cruz s/n Centro	Rua José de Alencar, s/n - Centro
CEP: 58.780-000 Itaporanga (PB)	CEP: 58.900-000 - Cajazeiras (PB)
Fone/Fax: (83) 451-3819	Fone/Fax: 83-531-5862
Hemonúcleo de Guarabira	Hemonúcleo de Catolé do Rocha
Av: Prefeito João P. Filho, 447- Centro	Av. Castelo Branco, nº 309 - Batalhão
CEP: 58.200-000- Guarabira (PB)	CEP: 58.884-000- Catolé do Rocha PB
Fone/Fax: (83) 271-3610	Fone/Fax: (83) 441-2281
Hemonúcleo de Princesa Isabel	Hemonúcleo de Sousa
R. Alameda das Acácias, s/n - A. Cascavel	R. José Facundo de Lira, s/n
CEP: 58.775-000 Princesa Isabel	CEP: 58.802-180

Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/hemocentropb.shtml>

Na Região do Curimatáu, o Hemonúcleo de Picuí – PB que está localizado dentro do Hospital Regional de Picuí, segundo a coordenação, funciona de segunda a sexta-feira e realiza a coleta de sangue seguindo as orientações da Política Nacional.

Durante visita realizada ao Hemonúcleo de Picuí foi possível conhecer todo o espaço físico, composto por sala de espera, recepção, sala da pré-triagem, triagem médica, sala de coleta, sala de recuperação, laboratório, sala para coordenação, refeitório, banheiro para funcionários e doadores.

Segundo a coordenação do Hemonúcleo de Picuí o sistema de registro de doadores não é informatizado, mas organizado em armário apropriado. No Hemonúcleo consta nos recursos humanos de uma (01) coordenadora bioquímica; uma (01) recepcionista; duas (02) técnicas em enfermagem; uma (01)

enfermeira: uma (01) psicóloga e uma (01) auxiliar de serviços gerais. O trabalho de captação de doadores de sangue e de medula óssea é realizado pelo setor de psicologia.

A articulação prévia com cada um dos municípios que iriam receber a Unidade Móvel seria realizada através da coordenação dos Hemonúcleos e que em cada um dos municípios as secretarias de saúde indicaria pelo menos um técnico para auxiliar na realização das atividades referentes à coleta externa, fazendo a divulgação com antecedência (palestras, fixação de material informativo). Com a sistematização das ações e organização regular das visitas com a Unidade Móvel facilitaria a formação de um grupo de doadores fidelizados em cada município. Com a formação destes grupos, as chances de realização de coletas externas com um número reduzido de doadores, não mais ocorreria neste território do Curimataú.

Na região do Curimataú também passa por uma mudança no que se refere o acesso à informação, na cidade de Cuité PB, por exemplo, consta uma Rádio FM 89.1 atuando de maneira comercial com amplo alcance, além de várias rádios comunitárias nos municípios. Também na área digital os Blogs a cada mês batem recordes de acesso. As redes sociais ocupam um local de destaque principalmente através do facebook. Estes espaços podem ser utilizados em prol da comunicação em saúde também no território do Curimataú.

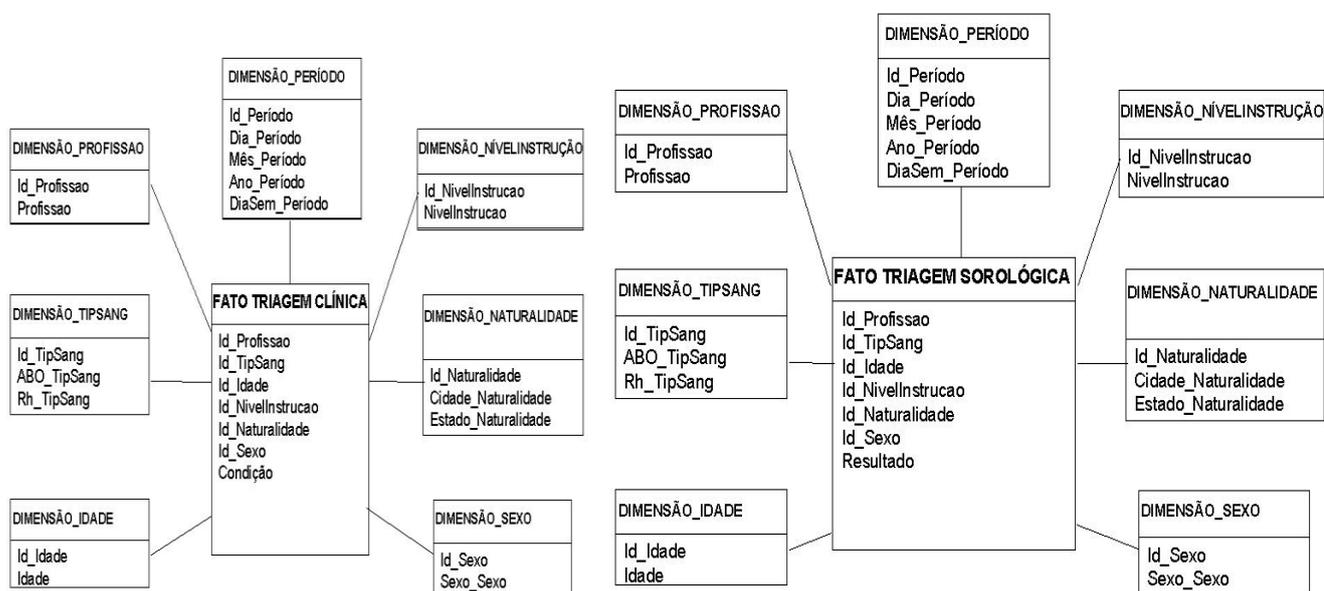
No Território do Curimatáu o Hemonúcleo realizaria parcerias também com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, Unidades de Estratégia Saúde da Família – ESF, Campus Universitário da UFCG Campus de Cuité, que oferece cursos na área de saúde e educação, (Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Biologia, entre outros), o Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Picuí – IFPB.

Segundo Meira e Cazarini (2003) com a quantidade de dados sempre crescente nas empresas, o desafio de extrair informação desses dados é o enfoque das empresas para auxiliar o processo de tomada de decisão, garantindo agilidade, consistência, precisão e confiabilidade. Basicamente o

apoio à decisão consiste no processo de agrupar, estruturar, manipular, armazenar, acessar, apresentar e distribuir informações de negócios de maneira oportuna, ou seja, a informação certa no momento certo e na quantidade certa.

Ressaltam que um dos maiores desafios que as grandes empresas enfrentam atualmente é o controle e o uso eficaz das informações armazenadas. À medida que o volume e a diversidade da informação aumentam, mais a acessibilidade diminui. A solução que se apresenta em muitas organizações é reorganizar a maneira como a informação é armazenada e acessada.

De acordo com Meira e Cazarini (2003) a disponibilidade de uma ferramenta auxilia a direção dos serviços e equipe técnica na tomada de decisões, abaixo segue tabela com informações que podem ser oferecidas a equipe em minutos, bastando o técnico consultar em um dado intervalo dados estatísticos com informações que são de extrema importância para determinado setor.



**Tabelas-Fato Triagem Clínica e Triagem Sorológica e suas dimensões
Extraída da pesquisa realizada por Meira e Cazarini (2003)**

Através da delimitação das informações prioritárias a qual se almeja obter, deve-se construir a ferramenta ou sistema que tenha a capacidade de fornecer estatísticas conforme a necessidade da equipe.

Segundo consulta realizada os Hemocentros de João Pessoa e Campina Grande dispõe de um sistema denominado Hemoprod que possibilita aos técnicos obter, por exemplo, a quantidade de doadores por tipagem sanguínea em um período escolhido pelo solicitante, auxiliando nos casos em que houver um número reduzido ou zerado de bolsas de sangue de um determinado tipo, o setor responsável pela captação de doadores solicitará a relação dos doadores, com informações como endereço e contato para possíveis convocações para que os mesmos compareçam ao Hemocentro para realizar a doação de sangue. Nos Hemonúcleos Regionais ainda não dispõe desta importante ferramenta.

No que se refere às doações de sangue para reposição, por haver um trabalho mais específico realizado junto à família dos pacientes que recebem bolsa de sangue, ocorre às doações de reposição de sangue por pessoas de todos os municípios da área de abrangência.

Concluem que a tecnologia da informação presente nas empresas tem provido os tomadores de decisão de informações ágeis, precisas e confiáveis. No entanto, um grande número de executivos e tomadores de decisão, não tem acesso às informações-chave existentes em sua própria empresa. Focando no setor de serviços e mais precisamente na área da saúde, o avanço das tecnologias voltadas à medicina tem contribuído para que os profissionais de saúde tenham um grande número de informações para tomar decisões.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a informatização dos registros dos doadores de sangue extensiva aos Hemonúcleos Regionais poderia de maneira mais ágil e eficiente identificar o segmento da população dentro do território que contribui para o processo de doação de sangue e medula óssea, possibilitando uma melhor organização dos trabalhos.

Como orientação ao modelo de gestão da Hemorrede em nível Estadual, mediante as observações realizadas, sente-se a necessidade de uma adaptação no aspecto ligado à comunicação e informação em saúde dentro do Território da Cidadania do Curimataú, de maneira a ter por base o Hemonúcleo de Picuí, que em parceria com as secretarias municipais de saúde dos municípios do território que de maneira integrada construiriam materiais informativos próprios e em consonância com a realidade dos municípios, de maneira mais efetiva alcançar o público alvo (doadores de sangue e medula óssea).

Como hipótese uma parte da população pode ter mais acesso as ações informativas e assim sensibilizar-se acerca da importância de uma doação voluntária, enquanto outra parte da população que não recebe as informações no mesmo nível e por isso não dar relevância a doação voluntária. Pode-se com isso criar uma disparidade regional acerca da cultura de doação de sangue, tendo em vista que, por exemplo, em determinados municípios haja uma concentração de doadores voluntários e que em outros o número se aproxime de zero ou tenha um baixo índice.

Os Hemonúcleos a nível estadual, como sugestão, poderiam organizar um calendário em parceria com o Hemocentro da Paraíba – HEMOÍBA e Hemocentro Regional de Campina Grande – PB que ambos dispõem de Unidades Móveis de Coleta Externa para que de maneira efetiva e regular, os Hemonúcleos possam contar com o apoio das unidades móveis visitando as principais cidades dentro do território e que a cada 03 ou 04 meses as unidades móveis retornassem fazendo o mesmo calendário de coletas nas cidades, propiciando novas

oportunidades para o incentivo a doação voluntária de sangue ou de medula óssea dentro dos territórios.

Torna-se evidente a possibilidade de organização de projetos de pesquisa voltados à construção do perfil dos usuários doadores de sangue e medula óssea do território do Curimataú. A informatização do banco de dados dos Hemonúcleos é de muita importância para uma melhor organização do trabalho e contribuirá para a tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Plano Diretor de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde/ 2008/2012**. GTISP/ABRASCO, 2007.

ARAUJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2007.

BARBOSA, Ana Maria. **O importante papel do estágio no desenvolvimento de competências**. Ágora, Outubro, 2004.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**.

_____. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV**. Ministério da Saúde. Série Legislação nº 2. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. MS – Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das políticas de saúde**. MS / Fio cruz, 2005.

_____. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2006.

_____. **Investigação da transmissão de doenças pelo sangue: manual técnico para investigação da transmissão de doenças pelo sangue**. Ministério da Saúde /ANVISA. 2007.

BRAVO, Maria Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Cortez/ UFRJ, 2007.

_____,_____. Política de Saúde no Brasil. In: CFESS/CEAD. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB – CEAD/CFESS, 2000.

_____, _____. **Projeto Políticas Públicas de Saúde**. UERJ, 2007.

_____,_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 2002. p. 25 – 138.

_____._____. et al. Saúde e Serviço Social. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social elementos para o debate**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p 25 -75.

CARDOSO, Janine. **Comunicação e informação em saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social**. In: Coletânea. Brasília-DF: 2006 p. 45.

CAVALCANTE, S.A. **Reforma do Estado e Políticas Sociais no Brasil**. Texto para discussão nº 1/ 2001. Recife, 2001.

DOAÇÃO DE SANGUE. File://E:/Doação de sangue.htm. Disponível em 30/04/2008.

ESCOREL, S. et al. **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fio cruz, 2005. p 59-81.

Fundação Estatal é o novo modelo de gestão proposto para a administração indireta. RET – SUS, setembro de 2007.

LUZ, Madel. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80**. 1991 (mimeo).

MEIRA, Katia Milena Gonçalves & CAZARINI, Edson Walmir. **Proposta de Aplicação da Ferramenta OLAP/ DATA MART para apoiar captação de doadores de sangue em um Hemonúcleo**. São Paulo – SP. 2003.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**. São Paulo: Cortez, 2002.

MORAES, Ilara Hammerli. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

_____, _____. **Política, Tecnologia e Informação em Saúde: a utopia da emancipação**. Casa da Qualidade. Salvador, BA: 2002.

MOTA, Ana Elizabete. (Org). **Serviço Social e Saúde: controle social na saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, MS, 2006.

NASCIMENTO, Jandiecy de Souza. **Limites e perspectivas da Prática Cotidiana do Serviço Social: uma abordagem junto à instituição Hemocentro Regional de Campina Grande – PB**. Campina Grande, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PITTA, Aurea Maria. (Org.). **Saúde e Comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995.

Revista Brasileira Hematologia e Hemoterapia. Vol.27 N°.3 São José do Rio Preto July/Sept. 2005

RICO, Elizabeth de Melo; RAICHELIS, Raquel. (Orgs). **Gestão Social: uma questão em debate**. São Paulo: EUC/IEE, 1999.

SCHERER-WARREN, Ilse. **Das mobilizações às redes de movimentos sociais**. Brasília, DF. Vol. 21. Nº 1. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.phd> 20 de julho de 2012.

SILVA, José Adriano Freires da. **Democratização da Informação e Comunicação em Saúde no Hemocentro Regional de Campina Grande – PB**. Julho, 2008.

SILVA, Maria Dulce. **O estágio na formação profissional – elementos para análise**. In: Serviço Social & Sociedade. Nº 45, Agosto, 1994.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Um novo fazer profissional. In: **Capacitação em Serviço Social e política Social**. Módulo I. Brasília: UnB/CEAD, 2000. p.113-124.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 41-291.

_____, Ana Maria. O trabalho do assistente social e o projeto hegemônico no debate profissional. In: CFESS/CEAD. **Programa de capacitação continuada para Assistentes Sociais**. Módulo IV. Brasília: UnB / CFESS, 2000. p 127 – 136.