

Técnico de Nível Médio em Hemoterapia: estudo exploratório de uma profissão

Daiana Crús Chagas
Márcia Cavalcanti Raposo Lopes
Isis Pereira Coutinho
Roberta de Carvalho Corôa
Janete Gonçalves Evangelista

O presente capítulo tem como objetivo compreender aspectos relacionados ao processo de qualificação dos trabalhadores técnicos em hemoterapia. Trata-se de profissionais de nível médio inseridos no sistema de saúde brasileiro, em postos de trabalhos diretamente relacionados ao desenvolvimento de atividades hemoterápicas. A produção acadêmica a respeito do trabalho desses profissionais, tanto do ponto de vista da constituição histórico-social do seu campo profissional quanto de seu processo de trabalho e do desenvolvimento de suas atividades, ainda se mostra bastante escassa.

A análise foi construída tendo como enfoque a noção de qualificação assumida como uma relação social, tal como vem sendo formulada no âmbito da sociologia do trabalho. Nessa perspectiva, a qualificação não está somente relacionada ao conteúdo do trabalho exercido ou ao conhecimento e ao saber-fazer do trabalhador que exerce a atividade. Ela é concebida como sendo, ao mesmo tempo, um processo e um produto social. Longe de ser apenas uma característica relacionada à tarefa desenvolvida pelo trabalhador ou à sua formação, a qualificação se circunscreve no movimento contínuo das relações sociais considerando desde o jogo das negociações entre capital e trabalho e o *status* que a sociedade confere à profissão até a constituição da identidade do trabalhador (Tartuce, 2004).

Os aspectos relevantes para a reflexão aqui desenvolvida são analisados a partir de seu contexto sócio-histórico. Entende-se a construção da qualificação do técnico em hemoterapia como, ao mesmo tempo,

matéria e produto de uma teia de relações que vai além das condições materiais da ocupação. Para tal, foram enfatizados os seguintes eixos de análise: a constituição do campo da hemoterapia na saúde pública brasileira, a estrutura da formação técnica em hemoterapia, a regulamentação da ocupação e a organização do trabalho.

Sob esta perspectiva, uma primeira aproximação com o tema envolve observar os contextos em que se estabeleceram as relações de trabalho de nível técnico em hemoterapia na saúde pública brasileira, considerando que muito significam para compreensão das distintas situações de trabalho encontradas hoje. Também é considerado importante apreender a forma como os trabalhadores se relacionam com as técnicas e tecnologias embutidas em suas atividades, bem como entender a maneira como se organizou o fazer coletivo no trabalho.

A partir de uma revisão bibliográfica e de uma análise documental buscou-se investigar questões relativas à construção do campo da hemoterapia e das políticas de sangue no Brasil. Além disso, também foram realizadas entrevistas com informantes-chave, considerados agentes sociais relevantes para o aprofundamento desses temas.

Especificamente a respeito das propostas de formação do técnico em hemoterapia, realizou-se uma breve análise, por meio de estudo comparado, de documentos referentes ao processo de institucionalização do curso técnico na área.¹ Ao comparar os documentos, suas analogias, diferenças e lacunas, levou-se em conta os diversos espaços de construção desses documentos e os diferentes contextos históricos nos quais eles foram produzidos.

Com o intuito de aproximar das questões relativas à regulamentação e à organização do trabalho, além do levantamento de documentos pertinentes ao tema, foi realizado um estudo exploratório no Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (Hemorio). Esse instituto se mostrou relevante no âmbito da presente análise por seu desempenho e reconhecimento nas atividades relativas à área estudada, o que inclui a qualidade do sangue produzido, as suas ações para a promoção, a disseminação das técnicas e práticas neste campo e a formação de

¹ O material analisado é composto por um parecer emitido pelo Conselho Federal de Educação (CFE) em 1990; pelo *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*, editado pelo Ministério da Educação (MEC) em 2008; e pelo documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2011, intitulado *Técnico em Hemoterapia: diretrizes e orientações para a formação*.

recursos humanos para a hemoterapia no estado. Durante uma semana, acompanhamos o processo produtivo em vários setores onde são desenvolvidas atividades ligadas ao chamado ‘ciclo do sangue’,² locais por excelência do trabalho do técnico em hemoterapia.

Estes setores do ciclo do sangue foram escolhidos pela identificação com processos de trabalho próprios da hemoterapia e indicados por responsáveis dentro da instituição como sendo locais cujas atividades demandariam um trabalhador específico para realizar processos, como o manuseio das bolsas de sangue, a separação de hemocomponentes para transfusão, a produção de hemoderivados e a liberação de sangue doado de acordo com as normas vigentes em legislação.

A partir dessa observação, foram selecionados trabalhadores dos setores de fracionamento, processamento/expedição e controle de qualidade para realização de entrevistas sobre suas trajetórias profissional e de formação.

A Constituição do Campo da Hemoterapia no Brasil

A maior parte das publicações que se dedicam ao tema da hemoterapia aborda prioritariamente questões sobre a doação de sangue, tanto coleta quanto transfusão, observando, especificamente, o trabalho desempenhado pelo campo da enfermagem neste setor. Os textos que tratam dos temas relativos ao sangue e sua qualidade se dedicam, prioritariamente, a focar o trabalho desenvolvido por profissionais de nível superior, como biomédicos, biólogos, médicos hemoterapeutas, hematologistas etc.

Sobre a história da hemoterapia no Brasil se destacam os trabalhos desenvolvidos por Luiz Antonio de Castro Santos, Cláudia Moraes e Vera Schaitan P. Coelho, na década de 1990, fruto de uma extensa pesquisa sobre a história e a constituição das políticas de sangue no país (Santos, Moraes & Coelho, 1991, 1992, 1993). Mais recentemente, a tese de Marcos Alfredo Pimentel (2006) enfoca de forma abrangente as ações em torno do sangue no país. Partindo de outra perspectiva

² O ciclo do sangue pode ser compreendido pelo processo que vai desde a captação/ triagem de doadores e coleta, a testagem, o processamento das bolsas, seu fracionamento, a produção de concentrado de hemácias ou plaquetas, a separação do plasma e armazenamento até a transfusão do sangue doado.

também se destacam os trabalhos publicados por Junqueira, Rosenblit e Hamerschlak (2005), membros da Sociedade Brasileira de Hemoterapia e Hematologia (SBHH) que, ao se debruçarem sobre a história do setor, buscam acenar para possibilidades de inovação no campo.

A respeito do trabalho técnico em hemoterapia, em especial, existe uma publicação lançada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV, 2000a, 2000b), que procurou apresentar o campo de atuação desse trabalhador. O livro, que se caracteriza por ser uma coletânea com diversos artigos, em dois volumes, mobilizou um grande grupo de especialistas que participaram de sua elaboração, configurando-se como uma referência para o campo.

A falta de maiores dados sobre a formação técnica em hemoterapia no Brasil pode estar relacionada à recente emergência dessa habilitação,³ mas também pode estar vinculada ao próprio processo de conformação do campo da hemoterapia no país.

Nesse sentido, observar os distintos contextos em que se estabeleceu o trabalho em hemoterapia na saúde pública brasileira permite identificar, no tempo, alguns dos diferentes atores envolvidos nas atividades com o sangue, as principais políticas formuladas para o setor, algumas das técnicas e das tecnologias mobilizadas, como também permite vislumbrar os possíveis caminhos percorridos até a consolidação do fazer coletivo do trabalho técnico em hemoterapia.

Primórdios do uso do sangue na saúde

A hemoterapia surgiu no Brasil como especialidade médica, no século XX, e se conformou a partir da instauração dos bancos de sangue. A técnica de transfusão de sangue já era uma prática médica conhecida desde o século XIX e, em seus primórdios, era realizada por médicos-cirurgiões, assessorados por profissionais do campo da enfermagem. Com o tempo e a descoberta dos fatores sanguíneos, técnicos em laboratório passaram também a integrar as equipes de transfusão de sangue que agiam, prioritariamente, nos hospitais e centros médicos. Cabe lembrar

³ Em 1990 o parecer n. 59 do MEC criou a habilitação de técnico em hemoterapia e hematologia; entretanto, como veremos a seguir, essas duas habilitações ainda não se consolidaram no campo das formações técnicas em saúde.

que as ações de saúde e de saúde pública eram estruturadas em termos completamente distintos de como hoje são conhecidas no Brasil. Cabia a cada profissional, hospital ou instituição regular as suas práticas e atividades médicas, sem que houvesse grande interferência das instâncias de governo.

No país, os primeiros locais especialmente dedicados à coleta, estocagem e transfusão de sangue para fins médicos e terapêuticos foram instituídos a partir da década de 1940. Capitaneados, em sua maioria, por médicos e instituições privadas, remuneravam os doadores, pagando um valor inespecífico para manter seus estoques abastecidos (Junqueira, Rosenblit & Hamerschlag, 2005).

Os primeiros bancos de sangue foram instituídos essencialmente para reforçar as atividades médicas. Dessa iniciativa resultou a conformação do campo da hemoterapia no país, englobando um universo de atividades específicas para o uso e a conservação do sangue humano. De forma diversa da hematologia – especialidade médica que estuda o sangue, seus distúrbios e doenças –, a hemoterapia se caracteriza por ser uma especialidade voltada para o uso do sangue como recurso terapêutico. Todavia, o trato com o sangue e seus doadores era uma atribuição essencialmente da enfermagem. A estes auxiliares cabiam especificamente às funções de coleta, transfusão e fracionamento do sangue, além do auxílio aos doadores (Dias, 2000).

Dadas as aproximações inerentes à hemoterapia e à hematologia, em 1949, durante o 1º Congresso Paulista de Hemoterapia, as duas especialidades médicas se reuniram, lançando as bases para criação SBHH, fundada no ano seguinte. Essa entidade, representativa da classe médica, participaria da formulação e disseminação de algumas das principais resoluções do campo pelas décadas seguintes.

Progressivamente verificou-se um aumento da utilização dos serviços médicos hemoterápicos, que se multiplicaram com o aperfeiçoamento das técnicas e o incremento dos estoques de sangue. Sobretudo, esse aumento pode ser creditado em razão do amplo uso da transfusão de sangue em procedimentos médico-cirúrgicos e também como terapêutica em prognósticos variados.

Novas tecnologias e o sangue como mercadoria

Ainda que o campo médico tenha delineado as bases de desenvolvimento das atividades hemoterápicas, avanços tecnológicos no tratamento do sangue suscitaram sua incorporação em outros ramos do setor saúde.

Um dos mais marcantes avanços tecnológicos, nesse sentido, deu-se a partir da década de 1950, com o desenvolvimento da tecnologia de fracionamento do sangue. Esta técnica possibilitou extrair do plasma alguns componentes sanguíneos, cuja obtenção não era possível no processo anterior, suscitando a emergência de uma engajada indústria de hemoderivados.

No Brasil, a implementação da tecnologia de fracionamento do sangue foi protelada durante alguns anos, em razão, principalmente, da falta de investimentos no setor. Entretanto, bancos de sangue de pequeno porte se multiplicaram visando à obtenção do lucro resultante da venda dos seus estoques para abastecer as indústrias de hemoderivados, com destaque para aquelas no exterior, que já utilizavam esta nova tecnologia, redundando em um comércio de sangue de escala mundial. No Brasil, a primeira planta industrial de produção de hemoderivados foi do grupo Hoeschst em Teresópolis, na década de 1950 (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Assim, ainda que tenha crescido o número de bancos de sangue no país, sua produção não era destinada à terapêutica médica. Nesse campo, a utilização do sangue total⁴ permaneceria por muitos anos como a principal técnica utilizada na transfusão, em oposição ao uso fracionado do sangue, então utilizado no exterior (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

A inovação tecnológica iniciada na década anterior só se sofisticou na década de 1960, quando o fracionamento e a produção de hemoderivados deram o tom da hemoterapia. O período que vai da expansão dos bancos de sangue através do uso da doação remunerada até o emprego do sangue como mercadoria estratégica de produção industrial pode ser também conhecido como “Era do dinheiro do sangue” (Star *apud*

⁴ Sangue total é o sangue doado sem nenhuma modificação. O sangue total processado é separado em até quatro componentes: concentrado de hemácias, plasma, concentrado de plaquetas e crioprecipitado (Hemorio, s.d.).

Pimentel, 2006: 11). Segundo Star (*apud* Pimentel, 2006), a transformação da transfusão do sangue de uma curiosidade científica à mercado-ria-base de uma indústria global deu a tônica do desenvolvimento das ações no setor. Foram necessárias algumas décadas até que as práticas de manipulação e uso do sangue fossem integralmente reapropriadas pelo debate em saúde.

Pimentel (2006) chama a atenção para o fato de que a lógica que permeava, naquele momento, a estrutura hemoterápica brasileira visava ao máximo de lucro com o mínimo de investimentos, e que a ausência de normas técnicas reguladoras das atividades hemoterápicas permitia aos bancos de sangue funcionar como quisessem, sem se preocupar, segundo o autor, com questões éticas como a qualidade do sangue, por exemplo. Portanto, novas tecnologias e equipamentos não eram incorporados ao setor, que permaneceu com uma infraestrutura mínima – à margem do movimento de modernização tecnológica na saúde nas décadas de 1960 e 1970 – e número insuficiente de pessoal especializado de nível técnico e superior. Tal quadro teria sido responsável por atrasar a introdução, no país, de terapias específicas para o tratamento de doenças do sangue, como a hemofilia, causando grande dependência do setor da importação de hemoderivados (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Primeiras normatizações do sangue

Na década de 1960 chamam atenção as primeiras iniciativas governamentais no sentido de disciplinar a utilização do sangue humano e seus derivados. Tais iniciativas foram encetadas levando em conta as “implicações sociais” e as possibilidades de repercussão no campo da “segurança nacional”, motivo pelo qual o governo militar instalou, em 1964, a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH). Esta Comissão, que permaneceria ativa por toda a década de 1970,⁵ estava encarregada de elaborar, promover e fiscalizar a execução da Política Nacional de San-

⁵ A Comissão Nacional de Hemoterapia sofreria várias modificações, ao final da década de 1970, que acabaram por desativá-la. Em 1976 teria sido transformada em Câmara Técnica de Hemoterapia (Santos, Moraes & Coelho, 1991), deixando de ser diretamente subordinada ao ministro e, em 1978, a Comissão de Articulação Ceme-Fiocruz (Comart) tornou-se a condutora oficial da política nacional de sangue, através da portaria interministerial n. 2, de 11 de fevereiro, invalidando, na prática, a atuação da Câmara Técnica.

gue e Hemoderivados, sendo responsável pela elaboração das principais regulamentações que existiram no campo até a década de 1990.

Segundo seu regimento interno, publicado no decreto n. 57.812, de 15 de fevereiro de 1966, cabia à Comissão, por exemplo, fixar os requisitos mínimos de funcionamento das instituições que atuavam na obtenção, processamento, preservação, estocagem, produção e distribuição de derivados do sangue, inclusive no que concerne aos recursos humanos, sendo também responsável por estimular a formação e o aperfeiçoamento de pessoal especializado em hemoterapia. Também era sua atribuição a emissão de pareceres sobre novas técnicas de trabalho hemoterápico e o disciplinamento de todas as atividades do campo, de uma maneira geral. Contudo, apesar de sua grande capacidade de elaborar normatizações para o campo,⁶ seu poder de execução e fiscalização era inócuo, pois, na prática, cabia às divisões estaduais de vigilância sanitária o papel de fiscalizar, o que não ocorria ou ocorria de modo ineficaz (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Vale ressaltar que mesmo existindo tais iniciativas governamentais para combater o mau uso do sangue no país, a partir de 1967, o próprio governo favoreceu, ainda que indiretamente, o aumento de pequenos bancos de sangue privados. A política do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de comprar sangue para ser utilizado nos seus hospitais e na rede particular contratada teria estimulado ainda mais a existência de bancos de sangue de qualidade precária (Santos, Moraes & Coelho, 1991). Esta política se perpetuaria até a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988.

A precariedade do setor hemoterápico brasileiro era evidente. Por isso mesmo destacam-se nesse período algumas iniciativas do setor médico de aprimoramento do campo, dentre as quais se sobressaiu a iniciativa, dos profissionais de hemoterapia de Pernambuco, de aproximação às práticas francesas. Tal aproximação se intensificou em 1962, quando foi firmada uma cooperação técnica franco-brasileira que propiciou estágios nos Centros de Transfusão Sanguínea de Paris, Strasbourg e Toulouse, e a vinda de professores e técnicos franceses para o intercâmbio técnico-científico.

⁶ Durante sua vigência foram publicadas normatizações a respeito da qualidade do sangue transfundido, dos testes sorológicos que deveriam ser realizados, da triagem de doadores, da importação de derivados industriais etc. Tais medidas mantiveram-se legalmente válidas até 2001, quando foi publicada a lei n. 10.205 (Pimentel, 2006).

Também é expressiva a tentativa, no âmbito federal, de diagnosticar os serviços hemoterápicos no país ao convidar, em 1969, o professor francês Pierre Cazal, consultor da Organização Mundial da Saúde (OMS), para produzir um levantamento do setor nacional. O contundente Relatório Cazal descreveu o descuido e o descaso predominante na hemoterapia brasileira, enfatizando, dentre outros pontos, a mercantilização do sangue e sugerindo a adoção de diversas medidas (Pimentel, 2006). Tal relatório repercutiria, na década seguinte, na orientação da nova política de hemoterapia para o setor, o Pró-Sangue, sustentando a criação e difusão de hemocentros regionais por todo o país.

A reapropriação do sangue pelo campo médico-sanitário

Os avanços tecnológicos em hemoterapia salientavam a suscetibilidade do setor aos interesses econômicos e o reflexo disso se apresentava na qualidade do sangue transfundido no país. Os interesses do mercado privado nos lucros que a hemoterapia poderia proporcionar foram os principais responsáveis pelas distorções que acompanharam o setor até meados da década de 1980 (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Significativas modificações tecnológicas e iniciativas de aperfeiçoamento da prática hemoterápica nacional foram implementadas apenas a partir da década de 1980, forçadas em grande medida pelo clamor médico e social que se sucedeu ao advento da Aids, doença de caráter pandêmico mundial, que evidenciou a calamidade sanitária em que se encontrava a hemoterapia no Brasil. Assim, esta década marca a incorporação definitiva das práticas e tecnologias mais sofisticadas que vinham se implementando com certa resistência no país.⁷

Note-se que já em 1980 existiu uma tentativa de reestruturação do campo, através da criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), publicado pela portaria n. 8.226/1980, do

⁷ Passaram a ser utilizadas as bolsas de plástico e as centrífugas refrigeradas, que possibilitaram a coleta de sangue, a separação dos componentes e sua manipulação em um sistema fechado, seguro e mais versátil. Um novo processo de coleta também foi desenvolvido – a hemaférese. Nesse processo, o sangue é colhido e o hemocomponente desejado é imediatamente separado, sendo os demais reinfundidos no doador. Além disso, o uso de filtros leucócitos, o processo de irradiação de bolsas de sangue, a utilização de máquinas de aférese mais práticas, a implantação de hemovigilância e de exames imuno-hematológicos e sorológicos de última geração foram procedimentos que, até o final da década, estavam consolidados no campo (Santos, Moraes & Coelho, 1991; Pimentel, 2006).

Ministério da Saúde. Esse programa tinha por finalidade disciplinar as atividades relacionadas à coleta e à utilização do sangue; à produção e à comercialização de seus derivados.⁸ Visava também à formação de pessoal especializado em todos os níveis.

Foi ampliado ainda o âmbito da cooperação técnica com a França para desenvolvimento da hemoterapia nacional. Entre 1981 a 1985, profissionais brasileiros de nível superior e médio fizeram estágios em Centros de Transfusão Sanguínea da França para aperfeiçoamento e especialização em diversas áreas (Pimentel, 2006).

Entretanto, embora fornecessem bases mais sólidas nas quais a hemoterapia nacional poderia se apoiar, tais iniciativas, especialmente no que tange ao Pró-Sangue, padeciam da mesma dificuldade de fiscalização que as regulamentações anteriores, inclusive no aspecto que dizia respeito à sua vocação para fomentar cursos de formação de trabalhadores.

O impacto que adveio da propagação da Aids acabou impulsionando mais fortemente o processo de regulamentação do campo. A doença alcançou grande repercussão social, mobilizando a opinião pública em torno de várias de suas características, mas principalmente, suas formas de transmissão.⁹

A descoberta, em 1982, de que a transmissão dessa doença poderia se dar através de transfusão sanguínea e o efeito dessa descoberta sobre a população hemofílica aceleraram o ritmo da implementação de ações de controle da qualidade do sangue no país. Tal revelação tornou o tema da qualidade do sangue prioridade em relação ao desenvolvimento das ações do Pró-Sangue, das inovações tecnológicas e do aperfeiçoamento de pessoal.

Ainda que o governo negligenciasse a proporção da doença em seus primórdios no país, o papel desempenhado pela sociedade civil, através de campanhas públicas promovidas principalmente por ONGs de apoio aos soropositivos, influenciou de forma decisiva o aprimoramento da política nacional de sangue (Nascimento, 2005). Data dessa

⁸ Este programa estimulava a criação de hemocentros por todo o país, ou seja, unidades básicas do sistema hemoterápico nacional, que deveriam atuar em nível estadual, assumindo a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope) como modelo no país.

⁹ No Brasil, as formas de abordagem e enfrentamento da doença passaram por diversos estágios, tendo sido ela conhecida inicialmente como ‘câncer *gay*’, passado então à associação de seu contágio à ideia de ‘grupos de risco até finalmente ser apropriada como problema de saúde pública nacional.

época a campanha “Salve o Sangue do Povo Brasileiro”, no Rio de Janeiro, e o “Tribunal Henfil”, criado em São Paulo, sem valor jurídico, mas de forte apelo social.¹⁰ O investimento no controle da epidemia levou a uma mudança na sociedade, e a repercussão na hemoterapia foi evidente. A obrigatoriedade de realização de testes sorológicos para detecção da doença em todo sangue coletado e transfundido se firmou inicialmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, em 1986 e 1987, respectivamente (Santos, Moraes & Coelho, 1991).

Este período também foi marcado por um grande debate de âmbito nacional a respeito das bases da nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, mas antecedida por uma série de discussões e reuniões de caráter decisório. No campo da saúde, as discussões sobre a política nacional de sangue assumiram um caráter de defesa do direito a um sistema de saúde público, gratuito e universal, em contraposição à lógica privada e mercadológica que imperava na saúde como um todo e, consequentemente, no campo da hemoterapia nacional.

Nos estados onde a hemoterapia se encontrava melhor organizada, foram intensificadas as ações de vigilância sanitária, fiscalizando e fazendo cumprir a legislação sobre o controle e a qualidade do sangue. Em âmbito nacional, legislação semelhante foi publicada em 1988, obrigando os bancos de sangue a realizarem cadastros dos doadores e a realização de testes sorológicos para doenças transmissíveis.¹¹ A partir de então, ações de fiscalização acompanharam a promulgação de tais medidas.

O debate em torno da privatização *versus* estatização do sangue no âmbito da Constituinte foi tão acalorado que acabou realizado em uma plenária especial de forma apartada dos demais debates sobre a saúde (Santos, Moraes & Coelho, 1992). Prevaleceu o modelo delineado pelo Pró-Sangue, que colocava o sangue sob a responsabilidade governamental, em nível federal, afinado com a política hemoterápica francesa de implementação de hemocentros. A Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 199, proibiu a utilização do sangue para fins comerciais em todo território nacional.

¹⁰ Ambos se organizaram em torno da figura cartunista Henfil, hemofílico, que faleceu em 1987, vitimado pela Aids. Henfil era irmão do sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, que anos depois padeceria da mesma doença.

¹¹ Lei n. 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e decreto-lei n. 95.721, de 11 de fevereiro de 1988.

No mesmo ano em que a Constituição foi promulgada, o governo federal lançou o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (Planashe). Mais complexo e detalhado, esse plano aprofundava as ações delineadas no Pró-Sangue, fortalecendo o desenvolvimento de um sistema hemoterápico eficiente (Pimentel, 2006). Propunha a articulação de recursos de quatro ministérios – Previdência e Assistência Social; Trabalho; Educação; e Ciência e Tecnologia – com apoio da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) e do Banco Mundial, para garantir fundos.

O grande mérito reconhecido ao final dessa turbulenta década foi o de consolidar o serviço hemoterápico como atividade médico-sanitária, ao invés de atividade comercial, conforme o que vinha sendo praticado. A consequência imediata do redirecionamento da hemoterapia brasileira foi a publicação sistemática de normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados, regulando as práticas de execução do trabalho em todos os níveis: desde a coleta, passando pelo seu processamento em laboratório, os exames realizados, e as técnicas de armazenagem, transporte e transfusão.¹² A principal e mais notável modificação foi a incorporação de atividades de controle de qualidade que passou a prever a utilização de pessoal devidamente preparado.

Sangue para a saúde e a indústria

Nos anos 2000, com a diminuição das denúncias de contaminação e de comercialização do sangue, a prática hemoterápica nacional alcançou *status* de confiança e respeitabilidade no cenário da saúde pública brasileira. Entre 1999 e 2004 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi responsável pela execução da Política Nacional de Sangue, no âmbito do Ministério da Saúde, aliando formulação, execução e fiscalização das atividades com sangue em um único órgão. Nesse período houve uma grande afluência de recursos financeiros voltados para o fortalecimento da infraestrutura hemoterápica nacional (hemocentros), que se expandiu e se consolidou (Amorim, 2011 – depoimento). A grande preocupação do setor voltou-se então para a utilização do plasma

¹² A portaria n. 721 de 9 de agosto de 1989, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu as normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados.

congelado¹³ excedente da atividade hemoterápica para produção de hemocomponentes.

Segundo o médico Luiz Amorim,¹⁴ em depoimento, a preocupação com a produção nacional de hemoderivados pode ser remetida à instauração da hemorede no país, na década de 1980. Neste âmbito, o Hemo-pe, Hemocentro de Pernambuco, destaca-se como um dos pioneiros no país, pois desde seus primórdios previa a instalação de uma planta-piloto industrial para produção de hemoderivados. Entretanto, esta iniciativa foi interrompida em razão da necessidade de rápida absorção de tecnologias (Amorim, 2011 – depoimento).

A necessidade de garantir a autossuficiência do país em hemoterapia, evitando a importação maciça de insumos hemoterápicos até então praticada foi contemplada na lei n. 10.205, de 21 de março de 2001, que lançou a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados do governo federal. Conhecida como ‘Lei do Sangue’, esta política regulamentou – com 16 anos de atraso – o artigo da Constituição Federal relativo ao uso e aplicação do sangue, componentes e derivados, e estabeleceu o ordenamento institucional necessário para sua execução (Pimentel, 2006). Sua principal característica foi envolver em um mesmo sistema as duas faces da atividade hemoterápica: de um lado os organismos de captação, processamento e distribuição/transusão de sangue (hemocentros); de outro, centros de produção de hemoderivados e demais produtos industrializados a partir do sangue. O que no passado havia sido uma prerrogativa da iniciativa privada – o processamento do sangue para fins industriais –, no novo milênio passou a fazer parte da política nacional de sangue.

Entretanto, as especificidades inerentes à criação de uma empresa de produção de hemoderivados para todo o país eram de tal porte que restou ao governo federal assumir a liderança de tal empreendimento. Ao invés de vários centros de produção, o que se verificou foi a criação, através da lei n. 10.972 de 2004, da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia – a Hemobrás. A empresa tinha a

¹³ O plasma é o material resultante da separação do sangue em glóbulos vermelhos e plaquetas. Parte do plasma é utilizado na transfusão de sangue, mas cerca de 80% é descartado, podendo ser aproveitado para a produção de hemocomponentes (Amorim, 2011 – depoimento).

¹⁴ Luiz Amorim foi gestor do Hemorio e atualmente é diretor executivo da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás).

finalidade de explorar a atividade econômica de produção industrial de hemoderivados, prioritariamente para tratamento de pacientes do SUS, a partir do fracionamento do plasma obtido por todo o Brasil, oriundos dos hemocentros.

Todavia, a qualidade desse plasma se constituiu, e ainda se constitui, como uma importante questão colocada para o funcionamento da Hemobrás. Segundo estimativas aproximadas, cerca de 60% do plasma produzido no Brasil é de má qualidade em razão, principalmente, de um processamento e de um controle de qualidade inadequados (Amorim, 2011 – depoimento). O entendimento é de que a presença de profissionais especificamente habilitados em hemoterapia, atuando nas unidades da rede, propiciaria um incremento na qualidade do plasma excedente a ser incorporado na produção de hemocomponentes.

É nesse sentido que entendemos a inclusão da habilitação de técnico em hemoterapia no Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio (Profaps), do Ministério da Saúde – instituído a partir de 2009, pela portaria n. 3.189 – dentre as áreas técnicas consideradas de interesse estratégico prioritário para a saúde no Brasil. As ações voltadas para a formação de trabalhadores técnicos em hemoterapia no país e a forma como se relacionam com a regulamentação da habilitação em hemoterapia serão analisadas a seguir.

Formação Técnica na Área de Hemoterapia

A progressão da prática hemoterápica no Brasil, no final da década de 1960 e início da década de 1970, acentuou a necessidade de aparelhamento técnico e profissional dos serviços. De modo geral, naquela época, apenas alguns serviços governamentais e outros poucos privados nas capitais se atualizaram em relação às tecnologias empregadas no campo da hemoterapia. Entretanto, os avanços técnicos, que dizem respeito ao conhecimento da fisiologia dos componentes do sangue e às exigências para processá-los *in vitro*, cresceram de tal maneira que, mesmo havendo resistência em relação ao investimento, progressivamente, diminuiu a utilização de sangue total, e a separação dos componentes e derivados tornou-se prática rotineira no país (Santos, Moraes & Coelho, 1991). Tal exigência estimulou a necessidade de pessoal preparado para realizar esta atividade.

A primeira metade da década de 1970 foi marcada pela criação da habilitação e do currículo mínimo de diversas ocupações laboratoriais relacionadas ao aparelhamento tecnológico e de diagnóstico da saúde. Com a publicação da resolução n. 2 e do parecer n. 45, ambos de 1972, e do parecer n. 2.934, de 1975, todos do Conselho Federal de Educação (CFE), foram criadas, respectivamente, as habilitações de ‘laboratorista de análises clínicas’, ‘técnico e auxiliar em histologia’, ‘técnico e auxiliar em patologia clínica’. Nesta mesma lógica, na resolução n. 2 de 1972, foram fixados os requisitos mínimos exigidos para a habilitação profissional de ‘técnico de laboratórios médicos’, que delimitava, dentre outras habilitações afins, a habilitação de ‘auxiliar técnico de banco de sangue’.

Ainda que existissem tais habilitações, as inoperantes regulamentações para o setor hemoterápico no Brasil – lançadas após 1965 – não propunham a formação ou atualização dos trabalhadores de nível básico e técnico em hemoterapia que já atuavam no serviço público, privado, nem mesmo daqueles que ainda iriam ingressar nesse setor. Dessa forma, restringia-se ao espaço do serviço o aprendizado das novas técnicas e do uso das inovações tecnológicas. Este panorama permaneceu sem grandes alterações até o final da década de 1980.

Com a institucionalização do SUS, na década de 1990, a ordenação dos recursos humanos em saúde passou para a esfera do Ministério da Saúde. O universo de profissionais de nível médio e fundamental se constituía como um ponto importante de intervenção dessa ordenação, já que no serviço público havia uma grande proporção desses profissionais que, em sua maioria, não tinham qualquer formação que não aquela obtida com a prática.

De fato, a formação profissional de trabalhadores que atuavam no setor saúde era objeto de preocupação desde a década anterior, demandando o desenvolvimento de programas governamentais, como foi o caso do Projeto Larga Escala.¹⁵ O Projeto tinha como perspectiva uma

¹⁵ O Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar, instituído no início dos anos 80, foi responsável pela institucionalização da formação profissional em saúde dos trabalhadores do SUS, em articulação com o ensino supletivo que, à época, era a modalidade de ensino oferecida à população jovem e adulta. Atuava na perspectiva de integração entre ensino e serviço, realizando a formação no âmbito das secretarias estaduais de saúde (Lima, 2011; Pereira & Ramos, 2006). No final da década de 1990 surgiria o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que, seguindo o modelo do Larga Escala, acompanhou também as recomendações da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem.

formação de trabalhadores técnicos em saúde a integrada e organizada em um sistema de formação de recursos humanos em saúde em todos os níveis de ensino, devidamente articulada com a legislação vigente no sistema educacional. Entretanto, a partir dos anos 90, o que se verificou é que tal perspectiva não se concretizou (Lima, 2011), dando origem a uma discrepância – ainda hoje identificável – entre as regulamentações oriundas do campo da educação profissional e aquelas voltadas para o exercício das ocupações e profissões em saúde no país.

No caso do trabalhador em hemoterapia, verifica-se que, no campo das regulamentações do setor sangue, não estava explicitado qual deveria ser o nível (médio ou fundamental) ou o tipo (habilitação) de formação do profissional que nele atuaria. Todavia, conforme foram se estabelecendo as normas técnicas, oriundas das ações de vigilância sanitária – principalmente sob a perspectiva do controle de qualidade –, foram se evidenciando quais são os trabalhadores habilitados para atuar no serviço hemoterápico. As especificações para o setor explicitam a presença de profissionais de nível médio e fundamental do campo da enfermagem (atendentes, auxiliares e técnicos) e de auxiliares e técnicos de laboratório, além das demais profissões de nível superior.¹⁶

É a partir desse contexto que devemos entender a criação das habilitações técnicas em hemoterapia e hematologia, no âmbito do MEC.¹⁷ Essas habilitações foram criadas observando uma necessidade explicitada pelas políticas do campo, principalmente voltando-se para o controle de qualidade do sangue, conforme indicado no parecer n. 59, de 25 de janeiro de 1990, do CFE. Entretanto, as habilitações não vingaram, posto que as regulamentações para o setor sangue não exigiam a presença desses profissionais, especificamente.

O que se observou, em alguns casos, foi a criação de cursos de atualização/qualificação profissional em hemoterapia para técnicos em laboratório, análises clínicas e categorias afins, realizados no próprio

¹⁶ A portaria federal n. 121, de 24 de novembro de 1995, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, instituiu o “Roteiro para inspeção em unidades hemoterápicas” e as “Normas gerais de garantia de qualidade para unidades hemoterápicas”. Foi complementada pela portaria n. 127, da Secretaria de Atenção à Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas (PNIUH). Em 1996, a portaria n. 1840 criou o Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia para Unidades Hemoterápicas (PNCQES).

¹⁷ As medidas destinadas à formação profissional de nível técnico em hemoterapia serão observadas mais detidamente adiante em tópico específico.

local de trabalho, no hemocentro de referência nos estados ou em programas de treinamento à distância (Pimentel, 2006).

Caminhos institucionais do curso técnico de nível médio em hemoterapia

Conforme apontado anteriormente, o curso técnico de nível médio em hemoterapia foi regulamentado pelo CFE, por meio do parecer n. 59 de 1990, que aprovou seu currículo mínimo. A solicitação de aprovação do curso técnico se deu a partir de uma demanda do Ministério da Saúde e da Opas, e a publicação do parecer aboliu a habilitação do curso de auxiliar técnico de banco de sangue que estava vinculada ao curso técnico de laboratórios médicos (Brasil/MS/SGTES/DGES, 2011).

No mesmo parecer foi também regulamentado o curso de hematologia. As duas habilitações – hemoterapia e hematologia –, embora convergentes em muitos aspectos, eram consideradas bastante diferenciadas, no que diz respeito à sua prática no serviço. Nesse sentido, tratava-se de dois cursos distintos que, portanto, necessitavam de programas curriculares específicos. Também eram apresentadas separadamente a descrição das ocupações, as atribuições dos técnicos e as propostas curriculares.

As justificativas para a criação e regulamentação de tais cursos, em 1990, entretanto, eram as mesmas, sendo elas: o problema da comercialização do sangue, a questão pandêmica da Aids e a necessidade premente de viabilizar, à época, as ações políticas por parte do governo federal para criar e institucionalizar uma rede pública de laboratórios e hemocentros com o objetivo de assegurar “o sangue e seus derivados, sob a forma de um suprimento constante e de qualidade absoluta, a todos que dele necessitem” (Brasil/MEC/CFE, 1990: 2).

Em 2008, o MEC publicou o *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos* (CNCT), parte de uma política de desenvolvimento e de valorização da educação profissional e tecnológica de nível médio. O CNCT foi implementado com o objetivo de organizar e orientar a oferta nacional dos cursos técnicos de nível médio. Disponibilizava informações sobre os cursos técnicos, como uma breve descrição do curso, sugestões de conteúdos a serem integrados ao currículo, possibilidades de atuação do técnico, infraestrutura necessária para instalação do curso e carga horária

ria mínima. O catálogo se divide em eixos tecnológicos, segundo especificidades científicas e tecnológicas. Os cursos vinculados à área da saúde integram o eixo tecnológico “Ambiente, saúde e segurança”. O curso de hemoterapia se apresenta com uma carga horária mínima de 1.200 horas, assim como os demais cursos do eixo (Brasil/MEC/Setec, 2008).

É interessante constatar que o curso de hematologia, apesar de ter sido criado e reconhecido com especificidades distintas do curso de hemoterapia, não foi contemplado no CNCT. E, nesse sentido, seus conteúdos de formação e suas possibilidades de atuação foram incorporados às informações do curso de hemoterapia, unindo a formação de dois profissionais que têm funções bastante distintas.

Em 2009, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, a partir do Profaps, toma a formação do técnico de hemoterapia como um de seus focos de atuação, promovendo oficinas de discussão sobre essa formação e sua organização curricular. O resultado desse trabalho foi publicado em 2011 em um pequeno livro intitulado *Técnico em Hemoterapia: diretrizes e orientações para a formação* (Brasil/MS/SGTES/DGES, 2011), no qual se mantém o direcionamento dado pelo CNTC. Esse livro, que tem como função ser referência para a formulação de cursos voltados para área no âmbito da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), organiza a formação técnica em três módulos e estágio supervisionado, totalizando 1.620 horas.

O Módulo I concentra conteúdos mais gerais vinculados aos campos da política de saúde, cultura, ética, segurança e educação em saúde. É interessante observar que mesmo tratando da política do sangue como sugestão de conteúdo, na introdução do livro, a questão pandêmica da Aids, bem como o comércio do sangue, não são mais relacionados como justificativa para a formação e regulação da área de hemoterapia. O Módulo II discorre sobre o processo de trabalho em hemoterapia. Dele constam também conteúdos referentes à hematologia. Percebe-se, portanto, que mesmo se tratando de cursos diferentes, os dois ainda são apresentados como semelhantes. O Módulo III sugere o desenvolvimento de temas que envolvem sistemas de informação e planejamento em hemoterapia.

Vale ressaltar que, ainda que a SGTES venha investindo na formação técnica em hemoterapia desde 2010 e financie, atualmente, a oferta

desses cursos pela RET-SUS, o documento do Profaps que propõe as diretrizes para a formação do técnico em hemoterapia não explicita os motivos desse investimento, deixando em aberto a discussão sobre a importância ou não da formação específica na área.

Algumas Considerações sobre a Regulamentação e a Organização do Trabalho do Técnico em Hemoterapia

O trabalho do técnico em hemoterapia não é regulamentado.¹⁸ Entretanto, em razão da configuração desse campo de atividades profissionais, os trabalhadores que exercem essa função, por sua formação como técnico de análises clínicas e/ou técnico de enfermagem, geralmente estão inscritos no Conselho de Farmácia¹⁹ ou no Conselho de Enfermagem. Embora o Conselho Nacional de Educação (CNE) tenha regulamentado a formação do técnico em hemoterapia, não há exigência formal desse curso técnico para o exercício da atividade. A inserção desses trabalhadores está quase sempre desvinculada de pré-requisitos específicos para área. Note-se, entretanto, que há registros de concursos públicos para técnico de hemoterapia que requerem experiência de trabalho na função.

Pode-se localizar o trabalho dos técnicos em hemoterapia em todo o processo produtivo que envolve o ‘ciclo do sangue’, que vai desde a captação/ triagem de doadores e coleta, a testagem, o processamento das bolsas, seu fracionamento, a produção de concentrado de hemácias ou plaquetas, a separação do plasma, e armazenamento, até a transfusão.²⁰

Neste estudo, elegemos o Hemorio, por ser uma instituição de referência em atividades hemoterápicas no Brasil, como um local para observação do trabalhador técnico em hemoterapia. Como hemocentro coordenador, o Hemorio tem a função de abastecer de sangue e componentes sanguíneos os órgãos executores de atividade hemoterápica (OEAH) do estado, além de atender pacientes hematológicos. Também

¹⁸ Na *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO), do MTE, não consta a profissão de técnico em hemoterapia. O que consta, dentro da família de ‘auxiliares de laboratórios de saúde’, é a ocupação de auxiliar de banco de sangue, sob o código CBO 5152-05 (Brasil/MTE, 2006).

¹⁹ Os trabalhadores técnicos em análises clínicas são vinculados ao Conselho de Farmácia. Sobre essa questão ver o capítulo referente aos técnicos de análises clínicas.

²⁰ No âmbito do Hemorio, o ciclo do sangue pode ser visualizado através do endereço eletrônico <www.hemorio.rj.gov.br/Html/Apresentacoes/hemotur/hemotur_ciclo.htm>.

é formador de recursos humanos para a hemoterapia, capacitando e atualizando os conhecimentos na área para os trabalhadores, tanto pelo ensino quanto pela pesquisa no campo (Lopes, 2000).

Em função da diversidade e da especificidade dos diferentes setores abrangidos pelo ciclo de trabalho com o sangue, existe uma grande heterogeneidade que marca as atividades em que o técnico de hemoterapia pode estar envolvido.

Em alguns setores mais ligados à assistência, o trabalho desse profissional pode se confundir com o dos técnicos em enfermagem, que são os trabalhadores mais comumente encontrados na coleta de sangue. Já nos setores de avaliação e produção da bolsa de sangue para a transfusão, o trabalho guarda semelhança com o dos técnicos de laboratório – trabalhadores que mais frequentemente exercem atividades nesses locais.

Em relação a este segundo conjunto de atividades típicas do trabalho hemoterápico, vale ressaltar que, apesar de englobar setores com atribuições, tarefas e tecnologias variadas, pelo volume e organização do processo de trabalho, ele guarda certa especificidade em relação às atividades desenvolvidas em laboratórios de biodiagnóstico.

Em entrevistas com profissionais de diferentes setores, evidencia-se a dificuldade que os trabalhadores formados apenas em análises clínicas têm em realizar algumas tarefas próprias do ciclo do sangue, o que revela a necessidade de formação para este trabalho: “Eu acho que a base que o técnico de laboratório sai do Ensino Médio é uma boa base para trabalhar aqui. Acho que com treinamento específico ele consegue trabalhar na área de hemoterapia plenamente” (L.²¹ – técnico no setor de fracionamento).

Os setores com atividades que envolvem relação e atenção ao usuário parecem não ter muitos problemas em incorporar pessoal da enfermagem. No entanto, as atividades mais típicas de laboratório se ressentem da falta de profissionais técnicos formados na área de hemoterapia. Assim, o termo ‘treinamento’ e a proposta de aprendizado em serviço com os supervisores e auxílio de colegas aparecem nas entrevistas como a formação por excelência para o exercício da atividade dos trabalha-

²¹ Para fins desta análise os trabalhadores citados serão identificados por uma letra, aleatoriamente escolhida, e pela identificação do cargo que ocupam na instituição pesquisada.

dores que ocupam a função de técnico em hemoterapia. Além disso, é relatada também a participação eventual em cursos de curta duração.

Vou falar em questão de estagiário que vem fazer o treinamento para aprender o trabalho de determinado setor. Claro que ele vai aprender a rotina que nós, os funcionários, fazemos e vamos instruir a ele. Mas a chefia trabalha diretamente. Essa pessoa quando chega tem uma reunião com a chefia onde são passadas todas as instruções, tiradas todas as dúvidas. Abre-se um leque, porque a pessoa quando chega não sabe nem que tipo de pergunta vai fazer, não conhece o processo de trabalho. (A. – técnica do setor de controle de qualidade)

Até entrar aqui eu nunca tinha feito nenhum curso da área da hemoterapia. Aqui nós temos os nossos treinamentos e outros cursos que a instituição oferece para a gente conhecer o trabalho, porque realmente não temos na nossa formação de técnico de laboratório nada assim. Como técnico de laboratório a gente não aprende nada rigorosamente da área de hemoterapia. Tudo que eu aprendi sobre hemoterapia foi aqui. (L. – técnico no setor de fracionamento)

Todo o ciclo do sangue deve ser desenvolvido de acordo com critérios técnicos. E aqui internamente nós investimos muito em treinamento. A pessoa que está ali, que está triando, coletando, fracionando já deve ter um olhar crítico. (P. – técnica do setor de controle de qualidade)

Para além do treinamento nos procedimentos e rotinas de trabalho específicas de cada setor, a adoção de novas tecnologias exige um aprendizado do equipamento por parte de todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente com ele. Geralmente, esse treinamento é realizado com o pessoal da equipe técnica que é responsável pela instalação do equipamento no setor. Não necessariamente essas novas tecnologias conferem agilidade à produção, mas são incorporadas por auxiliarem no controle das rotinas e eficiência dos procedimentos: “A máquina facilita a rotina, mas não dá pra substituir o profissional. O conhecimento do profissional está acima da máquina” (A. – técnico no setor de processamento e expedição).

Considerando a grande diversidade das atividades e a alocação em setores fragmentados dos trabalhadores que ocupam esta função, estes não se reconhecem como uma categoria comum – exceto pela formação

de quase todos em análises clínicas e derivações da área laboratorial. Encapsulados em seus setores e ‘formatados’ para responder apenas a demandas específicas dos postos de trabalho que ali se desenvolvem, os trabalhadores têm poucas oportunidades de construir um *ethos* comum.

O serviço é completamente diferente. Fracionar é uma coisa, controlar os hemocomponentes que já estão prontos é outra coisa, fazer expedição de hemocomponentes é outra coisa. (A. – técnica no setor de controle de qualidade)

Principalmente aqui no Hemorio as tarefas são muito separadas, cada etapa do sangue é um setor específico. Então, os trabalhos de cada setor são tão específicos que se eu trocasse de setor precisaria fazer outro treinamento. (L. – técnico no setor de fracionamento)

Se entendermos que o motor da transformação e do desenvolvimento dos ofícios pelos trabalhadores e, simultaneamente, a transformação dos próprios trabalhadores que exercem o ofício “está na provocação que se dá na atividade, nos diálogos, trocas e polêmicas que aí se travam” (Silva *et al.*, 2011), é possível supor que a trajetória profissional desses técnicos acaba severamente atrelada à periódica inserção de novas tecnologias e aos interesses estritos de quem os contrata e treina. As possibilidades de autonomia e criação no processo de trabalho ficam comprometidas assim como a construção de um conhecimento e de uma identidade profissional específica.

Não existe essa identidade. Eu sou técnico em laboratório, acho que é uma questão de formação. É a formação que você tem, o título que você tem. Quando eu me formei nem existia essa questão de técnico em hemoterapia. No meu caso específico – que também é o meu cargo no Estado – sou técnico em laboratório. (L. – técnico no setor de fracionamento)

Eu reclamo como técnico em hemoterapia, eu me reconheço como técnico em hemoterapia. Hoje a gente se reconhece como técnico em hemoterapia, porque quem está na análise clínica vai chorar como técnico em laboratório. O salário é igual, não existe diferenciação. Para o Estado, todos são técnicos em laboratório. Só dentro do Hemorio existe técnico em hemoterapia. (A. – técnico do setor de expedição)

As análises dos registros coletados, assim como alguns depoimentos dos entrevistados, revelam que esse processo se torna ainda mais complicado em função da precarização dos vínculos trabalhistas de grande parte dos técnicos que ocupam essa função no local estudado.

Não existe essa questão do funcionário que é certo de estar ali. Ainda que eles possam permanecer bastante tempo, há uma boa rotatividade, um entra e sai, até pela situação salarial problemática. Então, qualquer outra coisa que se consiga, acaba levando o funcionário a sair. Eu acho que prejudica o bom andamento. Se tivesse menos rotatividade seria melhor. (...) Não pretendo continuar na hemoterapia. Principalmente, porque não é vantajoso financeiramente, especialmente, no serviço público. Então, eu não tenho grandes pretensões de seguir estudos na área de hemoterapia, não. (L. – técnico no setor de fracionamento)

Percebe-se ainda uma diferença de postura dos trabalhadores mais antigos e os contratados mais recentemente. Os primeiros, que viveram a própria organização do processo de trabalho na instituição e puderam dar um sentido a sua atividade, ainda hoje, têm grande envolvimento com a função. Já os trabalhadores com pouco tempo de casa consideram seu trabalho como uma ocupação provisória e não se identificam como técnicos em hemoterapia, entendendo que estão nessa função, mas que podem exercer outras em laboratórios de análises clínicas públicos ou privados. A grande rotatividade destes últimos, favorecida pela instabilidade do vínculo empregatício (são trabalhadores precarizados), também é fator evidente para a fragilização da construção de sentimentos de pertencimento e autovalorização, ambos fundamentais para o fortalecimento dos grupos profissionais: “Eu estou hemoterapia, eu não sou hemoterapia. Se eu sair daqui, posso assumir um posto de trabalho em um laboratório de análises clínicas” (F. – técnico no setor de fracionamento).

Vale ressaltar aqui que, evidentemente, este processo de fortalecimento das identidades profissionais não é uma via de mão única. Quanto mais fragilizada é a categoria de trabalhadores menos possibilidades de luta por reconhecimento, salário e direitos trabalhistas. Percebe-se claramente, portanto, como o processo qualificação/desqualificação dos trabalhadores é complexo e dinâmico e não depende apenas de investimento em cursos de formação.

Entendendo o trabalho como uma atividade coletiva transformadora dos objetos e dos sujeitos, aponta-se aqui para a necessidade de aprofundar as análises do processo de constituição desse ofício, focando, em especial, os processos de produção e as possibilidades de construção e desenvolvimento a partir dos encontros e embates dos trabalhadores no cotidiano.

Considerações Finais

Em sua gênese, a hemoterapia brasileira foi constituída como um serviço acessório à atividade médica. Ligado às práticas mercantis de exploração do lucro oriundo do comércio do sangue, o campo da hemoterapia foi, gradativamente, regulamentado na tentativa de reorientar essa lógica, incorporando os preceitos da reforma sanitária brasileira e, principalmente, buscando assegurar a qualidade do sangue.

Ao longo desse processo histórico de conformação do campo, as novas possibilidades de uso do sangue propiciaram uma especialização das práticas hemoterápicas nacionais, também comprometidas com a fabricação de hemoderivados, o que vem colocando a qualidade do plasma e seus derivados procedentes dos hemocentros como um novo objetivo a ser alcançado.

Essas transformações repercutem diretamente na discussão sobre o trabalhador que atua nesse setor. Entretanto, como se viu, ainda que algumas normatizações técnicas versem sobre o assunto, até bem recentemente não havia uma preocupação efetiva em formar um técnico de nível médio com habilitação específica para a área. Conseqüentemente, também não havia qualquer estímulo à formação de trabalhadores técnicos em hemoterapia.

Embora hoje exista uma política do Ministério da Saúde visando à formação de trabalhadores do setor público em hemoterapia, ainda não há qualquer regulamentação do trabalho técnico nesse sentido. Na realidade, esta primeira aproximação ao contexto que envolve esse trabalhador explicitou que, no cotidiano dos hemocentros e laboratórios, a atividade do técnico em hemoterapia é exercida por profissionais com as mais diversas formações, principalmente técnicos em análises clínicas e em enfermagem.

O que se pode depreender após essa breve análise é que os desafios tanto para a formação quanto para a profissionalização do técnico em hemoterapia estão postos e não são poucos. A institucionalização da oferta do curso técnico em concomitância com a regulamentação da profissão são ações prementes para garantir a atuação desse profissional no serviço e viabilizam também que este trabalhador possa se reconhecer como pertencente a uma categoria profissional, com espaço específico para sua organização e mobilização político-institucional.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Técnico em Hemoterapia: diretrizes e orientações para a formação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério Educação. Conselho Federal de Educação. *Parecer n. 59*. Brasília: Ministério da Educação, 1990.

BRASIL. Ministério Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2006.

DIAS, A. G. Hemoterapia no Brasil, 1942 a 1947. *Revista Médica. Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro*, (1): 34 jan.-mar. 2000. Disponível em: <www.hse.rj.saude.gov.br/profissional/revista/34/hemote.asp> . Acesso em: 15 jun. 2011.

EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de Apoio em Hemoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000a. (Série Trabalho e Formação em Saúde) v. 1

EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de Apoio em Hemoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000b. (Série Trabalho e Formação em Saúde). v. 2.

HEMORIO. *Principais Componentes Sanguíneos*. Disponível em: <www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/protocolos/2_01.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2012.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J. & HOMERSCHALAK, N. História da hemoterapia no Brasil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 27(3): 201-207, jul.-set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842005000300013. Acesso em: 30 jun. 2011.

LIMA, J. C. F. A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil. In: PRONKO, M. a *et al.* (Orgs.). *A Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

LOPES, M. E. D. Organização e administração de serviços de hemoterapia. In: EPSJV (Org.). *Textos de Apoio em Hemoterapia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. (Série Trabalho e Formação em Saúde). v. 2.

NASCIMENTO, D. R. *As Pestes do Século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

PEREIRA, I. B. & RAMOS, M. N. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde)

PIMENTEL, M. A. *A Questão do Sangue: rumos das políticas públicas de hemoterapia no Brasil e no exterior*, 2006. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SANTOS, L. A. de C.; MORAES, C. & COELHO, V. S. P. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 1(1): 161-182, 1991.

SANTOS, L. A. de C.; MORAES, C. & COELHO, V. S. P. Os anos 80: a politização do sangue. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 2(1): 107-149, 1992.

SANTOS, L. A. de C.; MORAES, C. & COELHO, V. S. P. A politização do sangue no primeiro mundo. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 3(2): 165-192, 1993.

SILVA, C. *et al.* A clínica da atividade: dos conceitos às apropriações no Brasil. In: BENDASSOLLI, P. & SOBOLL, L. (Org.). *Clínicas do Trabalho: novas Perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

TARTUCE, G. L. B. P. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. *Educação e Sociedade*, 25(87): 353-382, maio-ago. 2004.