

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual de Orientações para  
**Promoção  
da Doação  
Voluntária  
de Sangue**

Brasília – DF  
2015





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada e Temática

*Manual de Orientações para*

# Promoção da Doação Voluntária de Sangue



Brasília – DF  
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 1.500 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Especializada e Temática

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados

SAF Sul, Trecho 2, Edifício Premium, torre 2, sala 202

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-6149

Site: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

E-mail: sangue@saude.gov.br

*Coordenação:*

João Paulo Baccara Araújo – CGSH/DAET/SAS/MS

Bárbara de Jesus Simões – CGSH/DAET/SAS/MS

*Elaboração de texto:*

Anselmo Clemente – Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde

Claudia Vicente – Hemocentro de Campinas/Unicamp

Doris Sandoval Lavorat – Fundação Pró-Sangue/Hemocentro de São Paulo

Eugênia Maria Amorim Ubiali – Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto

Eva Gomes da Silva – Hemocentro do Ceará

Georgia da Silva – Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde

Heloisa Maria Dias de O. Gontijo – Fundação Hemominas

Josinete Gomes – Hemocentro de Pernambuco

Juciara Farias de Farias – Hemocentro do Pará

Luciana Maria de Barros Carlos – Hemocentro do Ceará

Marcelo Addas – Hemocentro de Campinas/Unicamp

Marcio Pinto – Hemocentro de Campinas/Unicamp

Marilda Marques Luciano Marvulo – Hemocentro Regional de Marília – SP

Mônica de Castro Leite Silva Meirelles – Hemocentro de Campinas/Unicamp

Nágela Maria Lima de Oliveira – Hemocentro do Ceará

Paloma Abelin Saldanha Marinho – CGSH/DAET/SAS/MS

Rafael José da Silva – Hemocentro de Marília - SP

Rosane Rodrigues – Hemocentro de Santa Catarina

Roseli Sandrin – Hemocentro de Santa Catarina

Rosemary Almeida de Oliveira Teixeira – Hemocentro do Rio Grande do Norte

*Revisão Técnica:*

Bárbara de Jesus Simões – CGSH/DAET/SAS

*Normalização:*

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

*Capa, projeto gráfico e diagramação:*

Fabiano Bastos

*Esta publicação foi realizada no âmbito do Termo de Cooperação nº 43 celebrado entre a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil e a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.*

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

---

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática.

Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde.

Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

152 p. : il.

ISBN 978-85-334-2264-3

1. Doadores de sangue. 2. Serviço de hemoterapia. 3. Promoção da saúde. I. Título.

CDU 612.1

---

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0292

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Guidelines for the promotion of voluntary blood donation-

Em espanhol: Manual de directrices para la promoción de la donación voluntaria de la sangre

# Sumário

Apresentação	<b>5</b>
Contextualização da captação de doadores na hemoterapia brasileira	<b>7</b>
O processo hemoterápico e as etapas do ciclo do sangue	<b>21</b>
Referenciais e marcos legais para a doação de sangue no Brasil e diretrivas internacionais	<b>39</b>
Estratégias educativas para a promoção da doação voluntária de sangue	<b>49</b>
Estratégias de <i>marketing</i> aplicadas à promoção da doação de sangue	<b>69</b>
Captação hospitalar	<b>89</b>
Elementos de gestão da qualidade aplicáveis à captação de doadores	<b>99</b>
Planejamento e operacionalização das ações de coleta de sangue de doadores	<b>115</b>
Humanização e doação de sangue	<b>133</b>
A experiência do Hemocentro do Ceará durante a copa do mundo de 2014 no Brasil	<b>143</b>



## **Apresentação**

A Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados, do Ministério da Saúde, está comprometida com a missão de elaborar políticas que promovam o acesso da população à atenção hematológica e hemoterápica de forma segura e com qualidade, e realiza e desenvolve suas atividades em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A chegada dos doadores de sangue aos serviços de hemoterapia se configura como etapa essencial para que se possibilite o acesso da população à atenção hematológica e hemoterápica.

Considerando a preocupação permanente com a excelência no trabalho realizado na rede de hemoterapia nacional e com a importância da disponibilidade de sangue seguro para atender à população brasileira, esta coordenação lança o *Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue*.

Esta publicação tem por objetivo atualizar os profissionais que atuam no contato com os doadores de sangue e contribuir para uniformizar suas práticas nacionalmente, respeitando as diversidades regionais. O conteúdo aborda as temáticas essenciais para que profissionais dos Setores de Captação de Doadores, assim como demais profissionais em contato com candidatos e doadores de sangue, organizem seus processos de trabalho, compreendam os princípios básicos para a doação de sangue dentro de um serviço de hemoterapia, qualifiquem suas práticas cotidianas e alcancem resultados de forma mais eficiente no planejamento e execução de suas atividades.

Acredita-se que este manual servirá como suporte técnico para o trabalho realizado no cotidiano dos serviços de hemoterapia do país, assim como referência para a reflexão sobre prática profissional.

**Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados/DAET/SAS/MS**



# Contextualização da captação de doadores na hemoterapia brasileira

*Rosemary Almeida de Oliveira Teixeira<sup>1</sup>*

No Brasil, até a década de 1980, o contexto histórico do sangue como terapia transfusional foi marcado pela remuneração da doação, que foi aos poucos incutida no imaginário coletivo, envolvendo sentimentos de troca, de favor, e não a solidariedade, o voluntariado como motivador. A primeira Lei Federal que incentivava a doação de sangue (Lei 1.075/50) elucidava a ideia da troca da doação pelo benefício.

Art. 1º Será consignada com louvor na folha de serviço de militar, de funcionário público civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue, feita a Banco mantido por organismo de serviço estatal ou para-estatal, devidamente comprovada por atestado oficial da instituição.

Art. 2º Será dispensado do ponto, no dia da doação de sangue, o funcionário público civil de autarquia ou militar, que comprovar sua contribuição para tais Bancos.

Art. 3º O doador voluntário, que não for servidor público civil ou militar, nem de autarquia, será incluído, em igualdade de condições exigidas em lei, entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e à Pátria.

Assim foi surgindo e se fortalecendo no universo cotidiano das pessoas um conjunto de ideias, mitos, medos, preconceitos e estereótipos sobre o ato da doação, prevalecendo interesses pessoais, familiares e comerciais. Segundo Dukheim (1975), surgem assim as representações sociais, que são hábitos, preconceitos, tendências que nos movem sem que disso nos apercebamos; são tudo aquilo que constitui nossa característica moral. Nascem e vão-se fortalecendo por meio da linguagem, dos gestos, das atitudes; circulam, cruzam-se e influenciam fortemente nas relações sociais.

Para que essas representações sociais e o imaginário popular no que se referia ao ato da doação pudessem ser transformados, o caminho apontava para

<sup>1</sup> Assistente Social e Especialista em Serviço Social, Saúde Pública, recursos Humanos e Gestão de Hemocentros. Gestora do Departamento de Apoio Técnico, responsável pela execução da política de captação de doadores de sangue e medula óssea da Hemorrede Pública do Rio Grande do Norte.

a desmistificação, para a quebra de valores e visões de mundo, pela busca da construção de uma cultura do doar sem o favorecimento e/ou incentivo material. Só com a mudança de atitudes e comportamentos as pessoas poderiam tornar-se doadoras conscientes do seu papel, sendo partícipes e responsáveis por todo o processo de “salvar vidas”.

Foi, portanto, a partir de 1980 que se evidenciou uma preocupação mundial sobre a segurança do sangue, em decorrência do aparecimento da AIDS, e da proliferação de doenças transmissíveis via transfusão sanguínea, intensificando-se o debate e intervenções de autoridades sanitárias em busca do fim da remuneração da doação nos vários continentes.

No Brasil, o surgimento da hemoterapia como questão de política pública e interesse social foi motivada pela contestação do sistema de saúde vigente, em razão do aumento da contaminação sanguínea, uma vez que as doenças transfusionais estavam vinculadas às doações remuneradas (PIMENTEL, 2006). O impacto da Aids, o “medo do sangue”, e o olhar para a confiabilidade dos serviços contribuíram para a politização da opinião pública e para o surgimento de diversos movimentos sociais em torno de reformas sanitárias, de novas propostas para a política de saúde, para a segurança transfusional. Então, na década de 80 ocorre no país o surgimento da política pública do sangue, com implantação de uma rede de hemocentros e o enfoque na doação voluntária e não remunerada, como ato de solidariedade e altruismo.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 com a participação de representantes de diversos segmentos sociais, trouxe importantes contribuições para a área hemoterápica, já que discussões se voltavam para um conceito amplo da saúde, com acesso universal e igualitário – “saúde: direito de todos, dever do Estado”. Várias propostas da conferência e dos movimentos sociais para reforma sanitária foram, portanto, incorporadas na Constituição Federal de 1988, que, em seu Art. 199, § 4º, proibia a comercialização do sangue, reforçando o dever do Estado no provimento de meios para um atendimento hemoterápico e hematológico seguro, de qualidade e acessível a toda a população.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

A institucionalização de uma Política Nacional de Sangue e a criação de uma Coordenação de Sangue do Ministério da Saúde se fizeram necessárias na bus-

ca do desenvolvimento de ações que melhorassem efetivamente a segurança transfusional, norteando, por meio de normatizações, as ações, competências e responsabilidades de todos os profissionais com atuação na área de hemoterapia. A lei nº 10.205/2001, conhecida como Lei do Sangue (Lei Betinho), surge para regulamentar o § 4º, do art. 199, da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades.

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, vedada a compra, venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional, seja por pessoas físicas ou jurídicas, em caráter eventual ou permanente, que estejam em desacordo com o ordenamento institucional estabelecido nesta Lei.

A História da Hemoterapia no Brasil nas últimas três décadas registrou importantes avanços na busca de um sistema hemoterápico que oferecesse para a população um produto final com segurança e qualidade. Isso só foi possível graças à reestruturação dos serviços, legitimação da doação de sangue como ato voluntário, altruísta e não remunerado, além dos avanços tecnológicos, legislações, normatizações técnicas, capacitações e modernização da gestão. A Hemorrede Pública Brasileira foi seriamente assumindo a missão de garantir o fornecimento de sangue para toda a população de forma segura e sustentável, buscando a seleção de candidatos à doação saudáveis, voluntários e regulares.

Nesse contexto de aperfeiçoamento da atenção hemoterápica segura, a estruturação da atividade de *Captação de Doadores de Sangue* nos serviços de hemoterapia, inicialmente denominada “recrutamento de doadores”, era estratégica, com vistas ao fortalecimento da cultura da doação voluntária e não remunerada de sangue. Apesar de sua importância no processo hemoterápico, ainda há carência de publicações científicas sobre essa atividade no Brasil. Mas, fundamentados em significativos estudos e práticas, faremos neste momento um breve relato da história da captação na hemoterapia nacional.

A tarefa de captar doadores de sangue na realidade brasileira não é algo fácil, simples, estático. Requer técnicas que venham proporcionar conhecimento, entendimento dos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que envolvem e influenciam a doação espontânea de sangue e como esta poderá ser concebida como uma questão de participação, compromisso e responsabilidade.

de social. Captar é conquistar, compreender, apreender. O propósito de captar é tornar esse hábito da doação parte dos costumes, da agenda diária de vida dos brasileiros e transmitido de geração em geração, tal como ocorre nos países considerados de “primeiro mundo”.

No início da década de 1980, a captação de doadores era vista como uma atividade que poderia ser realizada por qualquer técnico que trabalhasse no serviço de hemoterapia, por meio de ações pontuais para resolver as necessidades transfusionais. Não havia muitas articulações, integração e unificação de programas e projetos nacionais de educação em saúde nessa área. As atividades eram mais desenvolvidas no ambiente hospitalar, com abordagem às famílias. O próprio espaço físico (salas/setor) nos serviços de hemoterapia, muitas vezes, era inexistente.

Foi a partir da década de 1990 que se intensificaram as discussões na área de captação com a promoção de encontros, seminários, oficinas, na busca de traçar estratégias que viessem fortalecer as doações de sangue no Brasil. Foram elaborados macrocampanhas, materiais informativos/educativos, projetos socioeducativos com identidade nacional, e ocorreram mobilizações de diversos segmentos sociais, em uma perspectiva ampla de diálogo com a sociedade.

Voltou-se o olhar para o caminho da educação, e não mais do imediatismo de ações para salvar as oscilações dos estoques de sangue, com constantes apelos à população e abordagens aos familiares de pacientes.

Assim, capacitação técnica dos captadores tornou-se essencial, já que estes precisavam ter uma visão ampla de todo o contexto da hemoterapia, conhecer os aspectos técnicos e legais de todo o processo da doação, transfusão e distribuição do sangue, derivados e componentes.

Para promover a doação e obter doadores de baixo risco, haveria a necessidade de realizar estudos epidemiológicos das comunidades a serem trabalhadas nas atividades para coleta de sangue. Campanhas precisavam ser elaboradas com ações que incentivasse a promoção da saúde, estilos de vida saudáveis, educação sexual. O caminho seria captar e fidelizar, resultando com isso na redução do número de bolsas descartadas em razão da presença de marcadores sorológicos para doenças transmissíveis pelo sangue.

No início da década de 1990 foram realizadas várias oficinas de trabalho com participação de captadores de todo o país, e esse rico momento de desenvolvimento das ações de captação culminou com a elaboração e lançamento do *Manual de Qualificação do Captador de Doadores Voluntários de Sangue* (Figura 1). Além do Manual foram desenvolvidos vídeos, fôlder e álbuns

seriados, que explicavam a história da hemoterapia, da doação de sangue, transfusão, doenças transmissíveis pelo sangue, enfim, capacitando o captador e expondo estratégias e alternativas para que montasse suas palestras e atividades de forma mais dinâmica, segura, com embasamento teórico e prático.

Nesse período, com o grande investimento em tecnologia de equipamentos, os hemocentros buscavam atingir patamares de qualidade cada vez mais elevados. Mas os índices nacionais de doação, principalmente espontânea, continuavam baixos.

Foi nesse conjunto de mudanças e inovações que se percebeu que, para alguém tornar-se um captador, haveria necessidade de formação técnica, de se traçar um perfil para esse profissional, de modo que tivesse conhecimento teórico para formulação de estratégias pautadas nas relações humanas, nas relações sociais, com base num processo reflexivo partilhado, coletivo, criativo, consciente, numa visão global da realidade na busca de uma ação transformadora. Um profissional educador, estratégista.

Nesse processo de “busca” do perfil desse captador, os assistentes sociais começaram a penetrar e a desenvolver suas ações no universo da hemoterapia. Apesar de não ser uma função específica da categoria de assistentes sociais, aos poucos passaram a ser o profissional mais envolvido com a captação, por contemplar na sua formação acadêmica esse olhar e conhecimento. O projeto ético-político do Serviço Social apreende as ações profissionais em consonância com a perspectiva da transformação social, com a defesa intransigente dos direitos humanos e a ampliação e consolidação da cidadania (CRESS, 2004).

Apesar de sua formação se dar na área de humanas, e não especificamente de saúde, os assistentes sociais foram aos poucos ampliando suas ações e intervenções na saúde pública, sendo reconhecidos como profissionais da área por meio da Resolução nº 218/97, do Conselho Nacional de Saúde. Comprovando que o conceito de saúde não era apenas ausência de doença, mas fruto de vários aspectos do “viver”, de toda uma estrutura social, cultural e econômica.

**Figura 1 – Capa do Manual de Qualificação do Captador de Doadores Voluntários de Sangue, Ministério da Saúde, 1994**



Fonte: Ministério da Saúde

A organização da atividade de captação de doadores nos serviços de hemoterapia com a atuação dos assistentes sociais foi evidenciando a necessidade da estruturação de espaços físicos institucionais para desenvolvimento e organização de equipes, já que o início da hemoterapia e do processo de triagem para um sistema transfusional seguro começa com a captação de doadores de sangue.

Seguindo as orientações da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, os captadores foram traçando as suas linhas de trabalho partindo do conhecimento da realidade em que atuam (social e institucional), enfrentando suas dificuldades (estruturais, recursos humanos, gestão, capacitação) em busca da transformação de atitudes e comportamentos, na conquista de doadores saudáveis e permanentes.

O trabalho educativo na captação de doadores na realidade brasileira é algo fundamental, mesmo que os frutos sejam colhidos em médio e longo prazos. Mas precisa ser prioritário, assumido, desenvolvido sistematicamente, criativamente e cotidianamente, logicamente, sem descartar a necessidade de articulação imediata para suprir as necessidades de sangue. A educação em saúde é parte do processo de pensar o real e criar estratégias de transformação, e precisa ser compartilhada por todos os profissionais que atuam na área.

Necessário se faz planejar e desenvolver atividades pedagógicas que leve a população a refletir, a ter conhecimentos, informações que quebrem os medos, dúvidas e inseguranças, e fortaleçam o desejo consciente de doar, de participar ativamente.

Captar, conquistar, sensibilizar e fidelizar doadores é transformar sentimentos, visão de mundo, valores – é transformar pessoas. Levando-as a perceber a relevância desse gesto humanitário, que, por meio da solidariedade, garante a própria sobrevivência. Captar candidatos à doação vai além da persuasão, da indução ou socialização de ideias e valores, mas caracteriza-se pela ação crítica e criativa.

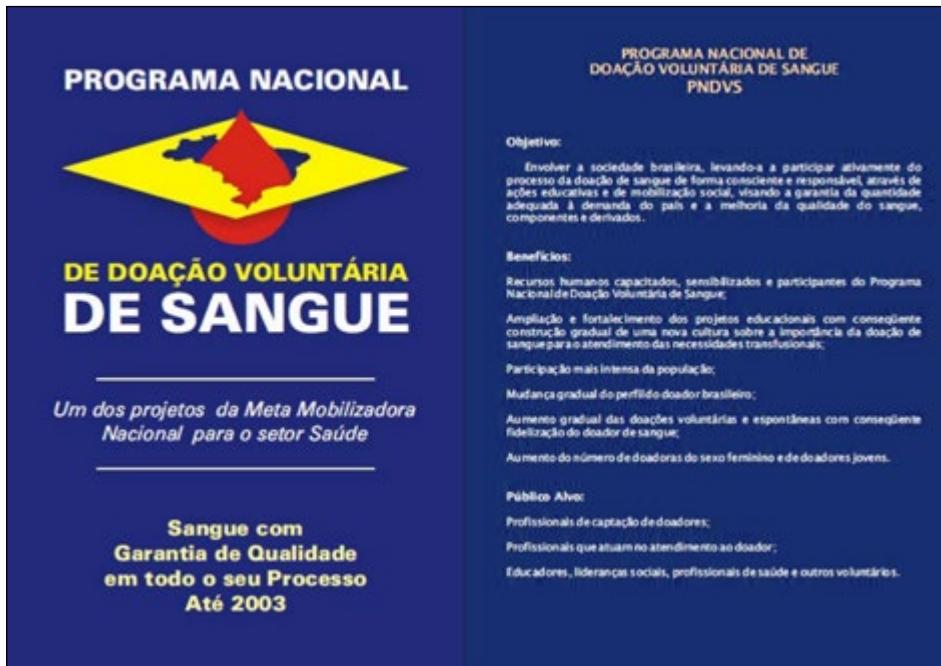
A captação é uma motivação interna que transborda para grupos, pessoas e comunidades, lançando sementes. Captar é uma arte que busca cativar o verdadeiro artista, o doador de sangue, que partilha uma das mais preciosas fontes da vida – o sangue.

Vários momentos significativos foram vividos pelos hemocentros nacionais e suas equipes de captadores, sempre na busca da elevação das doações de sangue, com o olhar na transformação do doador vinculado a pacientes em doador espontâneo e fidelizado.

Em 1998 o governo federal lançou as Metas Mobilizadoras Nacionais para o setor saúde, estruturadas em 12 projetos, visando impulsionar a hemoterapia

brasileira para um modelo de excelência em todos os serviços e regiões, garantindo um atendimento transfusional seguro e de padrão de qualidade indiscutível. O slogan era “*Sangue com garantia de qualidade em todo seu processo até 2003*”, e dentre os projetos estava a implantação do Programa Nacional de Doação Voluntária de Sangue (PNDVS).

**Figura 2** – Panfleto alusivo a um dos projetos da Meta Mobilizadora Nacional para o Setor Saúde – Programa Nacional de Doação Voluntária de Sangue, Ministério da Saúde, 1998



Fonte: Ministério da Saúde.

O PNDVS tinha como objetivo “sensibilizar a sociedade para a necessidade da doação voluntária, espontânea e habitual de sangue, visando à garantia da quantidade adequada à demanda do país e à melhoria da qualidade do sangue, componentes e derivados”.

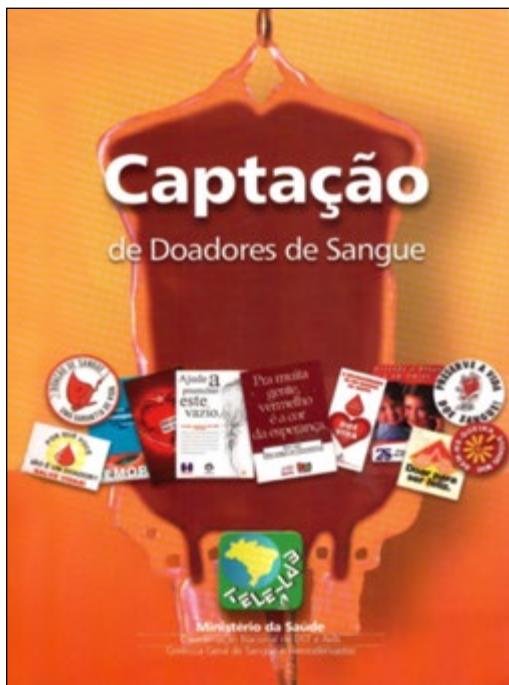
O Programa contribuiu para a expansão de vários projetos educativos, pesquisas, busca de parcerias, trocas de conhecimentos, desenvolvimento de campanhas, inclusive publicitárias, produção de material educativo e realização de encontros dirigidos às equipes de captação de doadores.

Mesmo com as diferenças regionais e estruturais dos serviços de hemoterapia, as práticas da captação de doadores, por meio da similaridade dos projetos (comunicação, marketing, escolas, empresas, universidades, captação hospitalar,

convocação e agendamento de doadores), foram unificando-se, com incentivo à doação espontânea e regular e com a participação de jovens e mulheres.

A partir do ano 2000 foi dada ênfase à capacitação de captadores para formação de agentes multiplicadores nos diversos segmentos sociais, por meio do impulso da sistemática de coletas externas.

**Figura 3 – Capa do Livro *Captação de Doadores de Sangue*, Telelab – Sistema de Educação a Distância para Profissionais de Unidades Hemoterápicas, Ministério da Saúde, 2001**



Fonte: Ministério da Saúde

tre estes, a apresentação do manual *Fazendo a Diferença – Captando doadores de sangue voluntários, não remunerados* (Figura 4), reunindo na sede da Organização Mundial de Saúde/Organização Pan Americana em Brasília, no ano de 2003, gestores e captadores dos serviços públicos de hemoterapia do Brasil (Figura 5).

Em 2007, o intercâmbio foi fortalecido com o programa Euro-Social, por meio de um Projeto denominado “*Fortalecimento dos sistemas nacionais de transfusão sanguínea para formação de políticas e estratégias de doação altruísta*”. O Brasil,

Os cursos Telelab – Sistema de Educação à Distância para Profissionais de Unidades Hemoterápicas, que disponibilizou o módulo “Captação de Doadores de Sangue (Figura 3), foi também uma importante ferramenta para aperfeiçoamento de ações e treinamento de equipes.

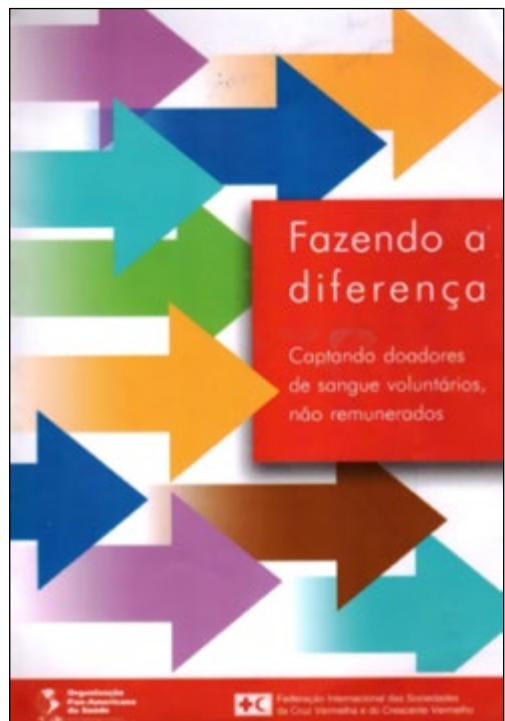
A parceria do Ministério da Saúde com a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS) teve papel fundamental no fortalecimento das atividades de captação. A OPAS, atuante na América latina e Caribe, sempre se articulou positivamente com o Brasil, pelo seu cenário de avanços na busca da doação voluntária e não remunerada, na qualificação dos serviços, no seu respaldo legal, na capacitação de profissionais e intenso dinamismo na busca da melhoria das ações e estratégias para se atingir a fidelização de doadores, enfim, na mudança dos índices de doação e perfil do doador.

Todas as ações planejadas tinham como objetivo a capacitação, a melhoria dos processos, o intercâmbio, a segurança transfusional, proporcionando importantes encontros, den-

a França, a Espanha e a Inglaterra seriam os países oferentes para capacitação de técnicos de diversos países que atuavam ou estavam iniciando suas atividades na área de captação de doadores. Foi um período de interação e troca de saberes, técnicas e estratégias para somar na disponibilização de sangue, componentes e derivados provenientes de doações voluntárias em todos os continentes. Alguns serviços de hemoterapia no Brasil receberam técnicos de outros países para capacitações.

Paralelamente a esses movimentos de estudos e reflexões sobre as práticas e estratégias para captação de doadores, a captação nacional foi garantindo espaços de discussão em congressos, fóruns, seminários nacionais e internacionais, e a partir de 1997 firmou a sua participação nos Congressos de Hematologia e Hemoterapia, os Hemo, atualmente organizados pela Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, por meio da organização dos Simpósios de Captação de Doadores de Sangue. Várias trocas de experiências, exposições de atividades bem sucedidas, eram realizadas por diversos hemocentros, e trabalhos inovadores foram surgindo, principalmente em novas áreas e com novos enfoques.

**Figura 4 – Capa do Manual *Fazendo a Diferença – Captando Doadores de Sangue Voluntários, não remunerados*, OPAS, 2003**



Fonte: Ministério da Saúde

**Figura 5 – Fotografia de matéria publicada no Boletín Internacional – Reclutamiento de donantes de sangre – Federación Internacional de Sociedades de La Cruz Roja y de La Media Luna Roja, nº 91, Septiembre de 2004**



Fonte: OPAS/ Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho.

No Hemo 2006, em que foi realizado o X Simpósio Nacional de Captação de Doadores, outro momento bastante significativo e de grande contribuição para o desenvolvimento das ações de captação na Hemorrede foi a sugestão, em plenária que contava com a participação de profissionais de hemocentros de todas as regiões do país, da criação de um grupo de assessoramento técnico na temática, para atuação de forma consultiva junto ao Ministério da Saúde.

Por ser uma atividade imprescindível na hemoterapia, a captação reivindicava um espaço nas discussões, na sistemática de planejamento e metas nacionais, objetivando colaborar e participar, fazer-se ouvir. O pleito foi, portanto, apoiado pela Coordenação Nacional de Sangue, sendo formado o *Comitê Nacional de Assessoramento Técnico em Captação de Doadores Voluntários de Sangue*.

Para a maioria dos participantes, a formação do Comitê seria considerada um marco na captação nacional, já que seria resultado de solicitação da Hemorrede, com eleição dos membros de forma criteriosa, com representação de todas as regiões brasileiras, pela diversidade cultural, geográfica e estrutural dos serviços.

A partir de 2007 as reuniões do grupo de assessoramento foram intensificadas, mas só em 2009 este foi instituído, por meio das Portarias nº 253 e 254, de 11 de fevereiro, do Ministério da Saúde.

Como competências, o Comitê deveria assessorar tecnicamente a Coordenação-Geral de Sangue na implementação das ações e políticas de captação, realizar estudos e pesquisas, prestar assessoramento aos setores de captação dos estados, participar com as comissões técnicas científicas na organização de jornadas, simpósios na área de captação, planejar e realizar eventos de capacitação e integração para captadores da hemorrede nacional.

Várias oficinas de capacitação, seminários e encontros de equipes de captadores foram realizados, tendo sido estruturadas metas regionais e indicadores nacionais. Projetos para realização sistemática de campanhas nacionais e criação de materiais educativos foram intermediados, bem como foram levados ao debate os processos metodológicos de ação da captação nas várias regiões.

Em 2012 a captação nacional viveu outro significativo momento no Fórum de Gestores e Captadores realizado em Brasília, no qual foram dados os primeiros passos aos anseios de estruturação de uma Política Nacional de Promoção da Doação Voluntária de Sangue, do Ministério da Saúde, por meio de discussões e redação de um documento (minuta de Portaria), para apreciação da Coordenação-Geral de Sangue.

Apesar de o Brasil ser referência na captação de sangue na América Latina, ter melhorado os índices de doação voluntária, e ter ampliado a faixa etária de candidatos à doação, muitos desafios ainda se apresentam, já que apenas 1,9% da população brasileira é doadora de sangue. Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se firme principalmente a regularidade das doações, a fidelização dos doadores. E para que ocorra essa retenção do doador nos serviços, volta-se o olhar para seu acolhimento. Fundamentado em Bekin (1995), estamos num mercado orientado para o cliente. Clientes só podem ser conquistados e fidelizados com um serviço de excelência. Então, a hemoterapia precisa acolher e buscar a humanização do atendimento, fazendo com que a experiência da doação de sangue seja convertida em uma experiência que acrescente valor positivo para o doador, a ponto de este se sentir motivado a retornar, transformar-se em um multiplicador, um formador de opinião.

Muitos avanços ocorreram nos serviços de hemoterapia no que se refere a captação de doadores, os quais, aliados a novas ferramentas, estratégias, campanhas, pesquisas e tecnologias da modernidade, foram mudando o perfil do doador, respeitando as particularidades de cada região, considerando as diferenças e percepções dos seus diversos públicos. Fases difíceis e de sucesso foram vividas, mas o cenário brasileiro ainda aponta para a existência de muitas barreiras no que se refere à participação efetiva, contínua da população no processo da doação.

Toda a história vivenciada no contexto da captação nos serviços de hemoterapia conseguiu mostrar que os esforços precisam ser conjuntos entre o governo e a sociedade, para consolidar-se a doação de sangue como prioritária e importante na vida das pessoas. Na atualidade, os avanços e impulsos das redes sociais/internet apresentam-se como campo fértil para investimento em ações bem planejadas e articuladas para captação de doadores.

É fundamental a sincronização das ações de educação com as campanhas, tecnologias, ferramentas de comunicação, e precisam acontecer sistematicamente e continuadamente. Tudo isso aliado ao espírito solidário já característico do povo brasileiro, que atende aos apelos e situações que demandam ajuda humanitária.

A captação de doadores nos diversos serviços de hemoterapia precisa realizar sistematicamente estudos, análises sobre a efetividade das campanhas e atividades realizadas. Não se faz gestão sem o monitoramento de dados e indicadores. O conhecimento precisa ser permanente, além do que, o captador precisa reinventar-se, inovar, ser criativo e crítico de suas práticas. E socializar, valorizar todos esses esforços por meio de publicações científicas sobre suas práticas.

Partindo da característica-chave da atividade de captação de doadores, que é o transformar, inovar, mais um debate inicia-se, no que se refere à importância

da junção de diversos saberes, da inserção de novos atores no processo da *Promoção da Doação Voluntária de Sangue*.

Conceitualmente, promover é dar visibilidade, impulsionar. E promover a doação de sangue é buscar dar maior evidência, ampliar os campos de ações e articulações, provocar um diálogo mais abrangente e efetivo com a sociedade.

Evidencia-se nas atividades de educação em saúde a importância da atuação multiprofissional na elaboração de projetos, programas e ações que buscam modificar a realidade social da população. Apesar de necessário e importante, o trabalho multidisciplinar é desafiador, precisando ser bem conduzido, e valorizados todos os “saberes”, já que existe a disputa por saberes inerentes a cada profissão na busca de seus “espaços”. Mas é preciso que se estruture um enfoque multidisciplinar, que se transforme em um objetivo comum, quebrando resistências, arestas e formando realmente uma equipe, um time.

Pensar a formação de uma equipe multiprofissional para a realidade da captação na hemoterapia é impulsionar novos olhares, ideias, ricas contribuições que poderão somar-se ao importante trabalho historicamente desenvolvido pelos assistentes sociais. Torna-se bastante relevante a inserção de outras categorias (sociólogos, psicólogos, antropólogos, pedagogos, comunicadores).

A soma de talentos na equipe de captadores fortalecerá as ações, em que cada profissional na sua área específica, com uma visão global do seu universo de trabalho, poderá contribuir com informações e conhecimento, pensando e atuando de forma integrada e interativa.

A diversidade do conhecimento, das opiniões, das experiências profissionais poderá contribuir positivamente no planejamento, produção de trabalhos, operacionalização das atividades, articulação, buscando uma conexão mais forte entre todos os setores do hemocentro, podendo assim trazer consideráveis resultados. Pela amplitude da captação, é importante também um amplo conjunto de profissionais envolvidos.

Por meio dessa linha de reflexão, a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados insere, no ano de 2014, a multidisciplinaridade no Comitê Nacional de Captação de Doadores Voluntários de Sangue.

Todo esse contexto de lutas e conquistas para se implantar a cultura da responsabilidade coletiva na doação voluntária de sangue no nosso país apresenta-se como indicativo da contínua necessidade de se avançar. Assim, a captação de doadores no Brasil, com o novo enfoque da **Promoção da Doação Voluntária de Sangue**, escreve mais um capítulo de sua importante história no contexto dos serviços de hemoterapia.

## Bibliografia

- BEKIN, S. F. **Conversando sobre Endomarketing**. São Paulo: Makron Books, 1995.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950. Dispõe sobre a doação voluntária de sangue. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 abr. 1950. Seção 1, p. 5425.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º, do art. 199, da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 mar. 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2013. Seção 1, p. 106.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 6 de março de 1997. Dispõe sobre a regulamentação das profissões de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio. 1997.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Sangue e Hemoderivados. **Manual de qualificação do captador de doadores voluntários de sangue**. Brasília, 1994.
- BOLETIN INTERNACIONAL RECLUTAMIENTO DE DONANTES DE SANGRE. Federacion Internacional de Sociedades de La Cruz Roja y de La Media Luna Roja, [S.l.], n. 91, Septiembre 2004.
- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (6. Região). **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. 3 ed. Belo Horizonte: CRESS, 2004. Coletânea de Leis.
- DURKHEIM, E. **Filosofia e Sociologia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1975.
- FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DAS SOCIEDADES DA CRUZ VERMELHA E DO CRESCENTE VERMELHO. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual Fazendo a Diferença: Captando Doadores de Sangue Voluntários, Não Remunerados**. Brasília: OPAS, 2004.
- PIMENTEL, Marcos Alfredo. **A questão do sangue: rumos das políticas públicas de hemoterapia no Brasil e no exterior**. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006.



# O processo hemoterápico e as etapas do ciclo do sangue

*Eugênia Maria Amorim Ubiali<sup>1</sup>*

## Introdução

Os serviços de transfusão surgiram no Brasil na década de 1930, mas a hemoterapia como especialidade médica concretizou-se na década de 1940, com a criação do Banco de Sangue do Hospital Fernandes Figueira no Rio de Janeiro (1941), do Banco de Sangue da Santa Casa de Porto Alegre e do Banco de Sangue do Pronto Socorro de Recife, ambos em 1942. A partir daí, em 1943 foi criado o Banco de Sangue do Hospital das Clínicas de São Paulo e, em 1944, o Banco de Sangue do Distrito Federal, no Rio de Janeiro.

Dentre outros fatos importantes que conduziram a Hemoterapia no país, destaca-se o primeiro congresso de profissionais da especialidade, em 1949, a fundação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, em 1950, e, também em 1949, a organização da Associação dos Doadores Voluntários de Sangue do Rio de Janeiro, que se tornou uma entidade nacional defendendo a não remuneração da doação de sangue. Essa premissa para doação voluntária de sangue foi reforçada pela Lei federal 1075/50, que abonava o dia de trabalho do funcionário público, civil ou militar, que doasse voluntariamente sangue em banco de sangue estatal ou paraestatal, o que seria registrado como louvor em sua folha de serviço, estendido aos não servidores públicos como inclusão entre os que prestam serviços relevantes à Pátria.

Nessa época a Hemoterapia não recebia qualquer atenção dos órgãos oficiais, seja para normatização ou para fiscalização. Esse descaso fazia com que fosse pouco considerada entre as especialidades médicas, ligada ao comércio de sangue e pouco ensinada nas faculdades. O estímulo à doação voluntária de sangue pela Lei federal 1075/50 foi copiado por estados e municípios, ampliando-se inclusive, em São Paulo, a bancos de sangue privados de locais onde

<sup>1</sup> Hematologista/Hemoterapeuta, Mestre em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Coordenadora Médica do Hemocentro de Ribeirão Preto.

não houvesse banco de sangue público, desde que o sangue doado voluntariamente não fosse aplicado mediante remuneração. Essa tímida ação do poder público, aliada à confecção de legislação disciplinadora, pouco interferiu no sentido de conter a proliferação de pequenos e precários bancos de sangue privados, que visavam a lucro com o menor investimento possível. Destacavam-se somente alguns serviços governamentais e alguns privados das grandes capitais, trabalhando para acompanhar a sofisticação e a evolução tecnológica que se passavam internacionalmente na Hemoterapia, em razão da ampliação do uso terapêutico do sangue, seus componentes e derivados. O fracionamento e a conservação do sangue e componentes já eram fatos. Surgia, portanto, uma demanda de serviços maiores e mais bem equipados, bem como a necessidade de obtenção de maior quantidade de matéria-prima, para atendimento da indústria de hemoderivados.

Embora a prática de remuneração da doação de sangue fosse uma ideia combatida em relatórios, ela não era proibida, assim como a doação voluntária e altruísta não era estimulada pelos meios oficiais.

Após o golpe militar de 1964, preocupado com a segurança, por não existir reserva hemoterápica no país em caso de um conflito armado, o governo brasileiro instituiu a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), para promover e executar uma Política Nacional de Sangue, que, apesar de emitir normas tentando disciplinar o setor, não obteve êxito em suas intenções. Em 1969, Pierre Cazal veio ao Brasil como consultor da Organização Mundial da Saúde, e o relatório por ele apresentado apontou como características da hemoterapia brasileira a multiplicidade de pequenos serviços, a comercialização do sangue, a falta de campanhas para doação voluntária e a ausência de qualquer política centralizadora, sinalizando para a necessidade da implantação de uma política nacional de sangue com um sistema de hemocentros descentralizados.

Mesmo assim, o panorama mantinha-se inalterado e, diante da insatisfação da sociedade organizada com o descontrole da atividade hemoterápica e dos altos índices de contaminação por Chagas em transfusão, em 1980 foi instituído o Programa Nacional de Sangue - Pró-Sangue, que se propunha, entre outras coisas, a adotar sistematicamente a doação voluntária e não remunerada de sangue e implantar uma Rede Nacional de Centros de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentros) responsáveis pelo suprimento e distribuição do sangue e hemoderivados. Nos anos seguintes, o Pró-Sangue instituiu programas e metas, entre eles o Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados - Planashe e o Programa de Interiorização da Hemorrede Pública; transformou-se na Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados - Dinashe e, posteriormente, na Coordenação de Sangue e Hemoderivados - Cosah e, atualmente, funciona

como Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados - CGSH. Os programas brasileiros esbarraram nos obstáculos e na redução de recursos, que dificultavam a saúde pública à época. Entretanto, o advento da Aids tornou inadiável a sempre tão postergada reforma do sistema hemoterápico brasileiro, exigindo mudanças tanto em relação à segurança contra transmissão de doenças por transfusão quanto em diversas outras práticas da especialidade.

A partir de 1989, com a Portaria Federal nº 721, que aprovou normas técnicas para disciplinar coleta, processamento e transfusão, a hemoterapia brasileira passou a ter regulamentações específicas para nortear suas atividades. Nesse percurso histórico é importante ressaltar a importância da Lei 10.205/2001, que instituiu a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, criando o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (Sinasan), cujas ações devem estar sob a coordenação de órgão do Ministério da Saúde. A Lei 10.205 (2001, p. 1) tem como ementa:

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.

Entre suas diversas disposições, estabeleceu a utilização exclusiva da doação voluntária e não remunerada do sangue, a proibição de remuneração ao doador pela doação de sangue, admitindo a remuneração dos serviços pela cobertura dos custos dos insumos, reagentes, materiais descartáveis e mão-de-obra especializada, inclusive honorários médicos.

Atualmente, a hemorrede nacional é composta por serviços de hemoterapia de diferentes complexidades, que se organizam em uma rede hierarquizada de atendimento, conforme definido na Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa 151/2001, cujo Art. 1º (2001, p. 1) diz: “Aprovar o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia, que consta como anexo”. O Quadro 1 apresenta os serviços de hemoterapia brasileiros com cadastro no Hemocad, sistema de informação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, que tem como uma de suas metas cadastrar todas as unidades hemoterápicas do país.

**Quadro 1 – Serviços de hemoterapia com cadastro no sistema Hemocad**

Tipo de serviço	Número
Agência Transfusional - AT	1.458
Núcleo de Hemoterapia - NH	290
Unidade de Coleta e Transfusão - UCT	148

*Continua*

**Conclusão**

<b>Tipo de serviço</b>	<b>Número</b>
Hemocentro Regional - HR	65
Hemocentro Coordenador - HC	26
Unidade de Coleta - UC	14
Não informado	6
Central de Triagem Laboratorial de Doadores - CTLD	11
<b>Total</b>	<b>2.018</b>

Fonte: Hemocad setembro 2013. 5º Boletim Anual de Avaliação Sanitária em Hemoterapia – Anvisa- novembro 2013.

## O ciclo do sangue

Compreende etapas sequenciais e intimamente relacionadas que correspondem aos acontecimentos entre a captação de doadores de sangue e a transfusão de hemocomponentes nos receptores. Tem como finalidade coletar bolsas de sangue e, em última análise, transfundir hemocomponentes adequadamente preparados, no momento certo, na quantidade adequada e no paciente que delas necessitem. Pode ser variavelmente descrito pelos serviços de hemoterapia, mas, em geral, podem ser definidas as etapas do Quadro 2.

### Quadro 2 – Etapas do ciclo do sangue

Captação de doadores
Identificação de candidatos
Informações preliminares e orientações à doação de sangue
Triagem clínica
Coleta de bolsas de sangue
Processamento do sangue total: produção e modificação de hemocomponentes
Armazenamento temporário até a liberação dos exames
Exames de qualificação do sangue do doador
Liberação dos hemocomponentes
Conservação dos hemocomponentes
Dispensação dos hemocomponentes
Ato transfusional: coleta de amostras e testes pré-transfusionais; instalação e monitoramento das transfusões

Fonte: Da autora.

### Captação de doadores

Nessa etapa são utilizadas estratégias para sensibilizar a população geral e as pessoas individualmente sobre a importância e a necessidade de doar sangue, a fim de dar suporte transfusional a muitos pacientes, possibilitando tratamentos e procedimentos terapêuticos.

Nesse trabalho é muito importante esclarecer e desmistificar a doação de sangue, esclarecendo lendas e retirando alguns medos que a acompanham há décadas. Além disso, é imprescindível tranquilizar os candidatos de que se trata de um procedimento realizado sob supervisão médica, que utiliza materiais descartáveis e de uso único que não trazem riscos infecciosos aos doadores.

Na busca por doadores devem ser abordadas pessoas sadias e que atendam os requisitos básicos para doação de sangue. Para a prática atual de captar doadores de sangue recomenda-se a conscientização dos potenciais candidatos sobre a importância da doação de sangue e o fornecimento de informações básicas sobre critérios para doação de sangue, para que a informação seja a base da decisão de doar ou não doar sangue.

As ferramentas utilizadas pelos serviços de hemoterapia são muitas, desde campanhas em escolas, ambientes de trabalho, clubes de serviço e outros locais, até o uso de ferramentas de mídia escrita e falada. Importante salientar que a inclusão desse tema nas escolas de crianças e jovens pode constituir-se em atividade coadjuvante, que poderá trazer bons frutos no futuro. Estratégias individuais também fazem parte da captação de doadores, por meio de convites e convocações de doadores específicos, contato com familiares de pacientes transfundidos, e com pacientes que serão submetidos a cirurgias e procedimentos com alta demanda de hemocomponentes (cirurgias cardíacas, transplantes, entre outros).

Considerando os tipos de doação de sangue, elas podem ser espontâneas (por pessoas motivadas a manter os estoques de hemocomponentes anonimamente e por altruísmo) ou de reposição (quando advém de pessoa que, motivada pelo serviço, família ou amigos do receptor, doa para atender a necessidade de determinado paciente, repondo os estoques dos serviços). A doação feita para si próprio é denominada doação autóloga e quando é destinada a outra pessoa denomina-se doação alogênica.

O doador de sangue pode ser classificado em doador de 1<sup>a</sup> vez (doa pela primeira vez no serviço), de repetição (doa duas ou mais vezes em 12 meses) e esporádico (doa novamente após intervalo superior a 12 meses). Os serviços de hemoterapia procuram por doadores regulares porque se acredita que doadores que doam a intervalos de tempo já conhecem o processo, são testados periodicamente e podem fornecer um produto mais seguro. Entretanto, doadores regulares podem ter como motivação para a doação periódica o desejo de monitoramento dos testes para agentes infecciosos, em especial o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Por fim, há que se destacar que, no Brasil, a doação de sangue é voluntária, anônima, altruísta e não remunerada, não devendo o doador ser remunerado ou beneficiado direta ou indiretamente por sua doação.

### **Identificação de candidatos**

Quando o candidato comparece ao serviço para doar sangue, deve portar um documento de identificação com fotografia, emitido por órgão oficial, sendo preenchida sua ficha cadastral com dados que permitam identificá-lo inequivocamente. Cada candidato recebe um número de registro que conterá sua base de dados no serviço, recuperada e confrontada com novas informações e resultados a cada comparecimento. Desse cadastro constam as seguintes informações relativas ao candidato: nome completo, sexo, data de nascimento, número de órgão expedidor do documento de identificação, nacionalidade e naturalidade, filiação, ocupação habitual, endereço e telefone para contato, número de registro do candidato no serviço ou no programa de doação de sangue e a data do comparecimento.

Uma vez cadastrado, ou em caso de comparecimentos sucessivos, depois de conferidas e atualizadas suas informações no banco de dados do serviço, o candidato recebe e é estimulado a ler material informativo com informações sobre as etapas e os critérios básicos para doação de sangue, além de orientações relativas a comportamentos e situações que contraindicam a doação, e também sobre o que acontece com seu sangue após a doação.

### **Informações preliminares e orientações à doação de sangue**

Nessa etapa os candidatos devem receber material educacional de fácil leitura e entendimento e ter a oportunidade de fazer perguntas para esclarecer suas dúvidas. Alguns aspectos devem, obrigatoriamente, estar incluídos nessas informações:

- ▶ O processo de coleta.
- ▶ Riscos potenciais da doação de sangue.
- ▶ Sinais clínicos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).
- ▶ Comportamentos sexuais e hábitos que oferecem risco acrescido para HIV e outros agentes transmissíveis pelo sangue.
- ▶ Testes para doenças infecciosas que serão realizados no sangue doado.
- ▶ Possibilidade da não realização dos testes, em caso de amostras inadequadas.

- ▶ Limitação dos testes quanto à detecção de infecções em fase muito inicial (explicação do conceito de janela dos testes).
- ▶ Orientação para que não doe sangue para obter teste para HIV, hepatites ou outras infecções, fornecendo-lhe outros locais para realização gratuita e anônima desses testes.
- ▶ Realização de outros testes investigativos ou de pesquisa.
- ▶ Condutas que devem ser adotadas em caso de resultados alterados dos exames:
  - Convocação para atendimento médico e coleta de nova amostra
  - Notificação dos resultados reagentes para agentes infecciosos ao serviço de vigilância em saúde.
  - Exclusão daqueles com resultados reagentes do banco de doadores aptos da instituição.

Depois de esclarecidos em linguagem adequada e compreensível, os candidatos devem ser orientados a se abster de doar sangue caso se sintam sob risco de estar infectados. Deve ser enfatizada a importância de sua honestidade ao responder o questionário da triagem clínica, para a segurança dos pacientes que recebem transfusão, assegurando-lhes que todas as informações por eles fornecidas ou decorrentes de sua doação são absolutamente confidenciais, deixando-os mais tranquilos para responder corretamente o que lhes for questionado.

Por fim, deve ser obtido do candidato o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a doação, no qual declara ter recebido todas essas informações, ter resolvidas todas as suas dúvidas e que concorda em doar seu sangue para uso pelo serviço, após os testes preconizados pelas normas.

### **Triagem clínica**

A segurança transfusional depende de diversos fatores e procedimentos, que se iniciam na captação de doadores e passam por todo o ciclo do sangue, complementando-se nas diversas etapas do processo. Um momento muito importante é a triagem clínica dos candidatos que se propõem a doar sangue. Ela consiste em uma avaliação clínica e epidemiológica, um exame físico sumário e a análise das respostas do candidato a um questionário padronizado, cuja finalidade é avaliar sua história médica atual e prévia, seus hábitos e fatores de risco para doenças transmissíveis pelo sangue. Esse questionário tem caráter confidencial, deve ser realizado no dia da doação, em ambiente privativo, por profissional de saúde de nível superior qualificado e capacitado

e sob supervisão médica, mantendo-se seu registro em meio eletrônico ou impresso. O processo de seleção de doadores visa proteger os doadores de sangue e os receptores de transfusão, determinando se o candidato está em boas condições de saúde e não é portador de doenças que possam ser transmitidas pelo sangue doado, mas também avalia se ele tem condições de tolerar a doação de sangue sem complicações importantes para si próprio. Além da aplicação do questionário, para compor a avaliação clínica do candidato, são aferidos os sinais vitais (pressão arterial, pulso e temperatura), o peso e a altura do candidato, a dosagem da hemoglobina ou a medida do hematócrito.

Em todas as doações de sangue são realizados exames laboratoriais para detecção de doenças passíveis de transmissão sanguínea. Entretanto, existe um período de tempo, compreendido entre o momento em que a pessoa se contamina e o momento em que um teste detectará a infecção, denominado “janela do teste”. Durante esse tempo, mesmo o resultado do teste estando negativo, a transfusão daquele sangue/hemocomponente poderá levar à contaminação do receptor da transfusão. Por essa razão, além de testes laboratoriais de alta sensibilidade, é obrigatória a aplicação de um questionário para excluir da doação naquele momento, ou de maneira definitiva, pessoas que possam estar doando sangue no período de janela de algum dos testes realizados para triagem de agentes infecciosos.

O resultado do processo de seleção do doador irá defini-lo como apto (atende os requisitos técnicos e normativos para doação alogênica de sangue), inapto temporariamente (não atende, naquele momento, os requisitos para doação de sangue), inapto definitivo (tem um impedimento definitivo para doação alogênica de sangue) e inapto por tempo indeterminado (encontra-se impedido de doar sangue para outra pessoa por período indefinido de tempo, obedecendo aos conhecimentos e normas vigentes). Esse resultado deve ser comunicado ao candidato à doação de sangue, bem como deve ser-lhe explicada a razão de sua inaptidão, sendo-lhe fornecido encaminhamento para atendimento médico, se pertinente. Ainda, visando à segurança transfusional, pode ser dada ao doador a oportunidade de se autoexcluir, solicitando, de maneira confidencial, o descarte de sua bolsa, caso perceba que omitiu fatos ou fatores de risco importantes durante a triagem clínica.

### **Coleta de bolsas de sangue**

Os candidatos considerados aptos têm seu sangue coletado em sistemas fechados de bolsas, que podem ser simples (pouco usadas atualmente), duplas, tripás ou quádruplas, a depender dos hemocomponentes que serão preparados a partir da bolsa coletada. Trata-se de material descartável, estéril, apirogênico

e de uso único. Nessa etapa é importante o uso de um número de identificação único para a bolsa principal, as bolsas satélites, os registros e os tubos de amostras.

O procedimento de coleta deve ser realizado por profissionais treinados, sob rigorosas condições de antisepsia, para minimizar a contaminação da unidade coletada, e mediante técnica cuidadosa para evitar complicações locais, como hematomas e injúria nervosa. Seleciona-se uma veia que proporcione bom fluxo de sangue, realiza-se a antisepsia do local de coleta e faz-se a coleta mediante punção única em um tempo médio de 12 minutos, não excedendo 15 minutos de coleta. Em caso de necessidade de nova punção, outro conjunto de bolsas deverá ser utilizado. Qualquer que seja a bolsa utilizada, é bem conhecido o benefício da utilização de bolsas de coleta com dispositivo que permita o desvio dos primeiros 30-45 mL de sangue para uma bolsa acessória, ficando reservados para preenchimento dos tubos de amostras. Esse sistema evita que a rolha de pele desprendida na punção se desloque para o interior da bolsa de sangue, além de reduzir a quantidade de bactérias da pele que podem adentrar a bolsa de sangue.

A quantidade de sangue coletada depende do volume de solução anticoagulante/preservante presente na bolsa. Rotineiramente são coletados  $450 \pm 45$  mL de sangue total em bolsas com 60-65 mL de solução preservante, aceitando-se bolsas com 300-405 mL de sangue total, das quais se utiliza somente o concentrado de hemácias, que é rotulado como unidade de pequeno volume.

Ao final da doação, os tubos de amostras são enviados aos laboratórios correspondentes e as bolsas são transportadas, em condições adequadas, para o setor de processamento. O doador deve ser mantido em observação por alguns minutos e ser liberado se estiver sem quaisquer sintomas. Deve também ser orientado para que faça um lanche no serviço, aumente sua ingestão líquida e se preserve naquele dia, evitando atividades físicas intensas ou que possam colocar em risco sua vida e a de outras pessoas.

A coleta de hemocomponentes também pode ser feita por máquina processadora de aférese, obedecendo a critérios clínicos particulares do procedimento e critérios do fabricante. Nessa modalidade de coleta podem ser coletados: concentrados de hemácias (CH), concentrados de plaquetas (CP), plasma fresco a ser congelado (PFC) e concentrados de granulócitos (CG), que são suspensões de granulócitos em plasma obtidas por aférese de doador único.

## Processamento do sangue total: produção e modificação de hemocomponentes

A bolsa de sangue adequadamente coletada será processada pelo serviço de hemoterapia, dando origem aos componentes eritrocitários, plaquetários e plasmáticos. O processamento e a modificação dos hemocomponentes são realizados em sistema fechado, mantendo-se a esterilidade mediante uso de métodos assépticos e soluções estéreis e apirogênicas. Além disso, a manutenção da cadeia do frio é condição indispensável para a adequada conservação das propriedades dos hemocomponentes.

Os componentes eritrocitários são os concentrados de hemácias (CH). Eles são obtidos por centrifugação da unidade de sangue total em centrífuga refrigerada, permanecendo na bolsa após a retirada do plasma, em sistema fechado. Em seguida, os CH são colocados em câmaras de conservação de bolsas em temperatura controlada de  $4 \pm 2$  °C. Os CH também podem ser obtidos por aférese.

Os concentrados de plaquetas obtidos do sangue total podem ser produzidos a partir de dupla centrifugação da unidade de sangue total, tendo o plasma rico em plaquetas como produto intermediário ou sendo extraído da camada leucoplaquetária. Essa segunda opção origina um CP com menor contaminação leucocitária. O CP pode também ser obtido por aférese. Nesse caso, cada unidade de CP de aférese equivale a 6 a 7 unidades de CP de sangue total.

Entre os componentes plasmáticos estão o plasma fresco congelado (PFC), o plasma fresco congelado em 24 horas (PFC24) e o plasma comum (PC), obtidos também pela centrifugação do sangue total e separados para a bolsa satélite em sistema fechado. O que os diferencia é o tempo entre a coleta e o congelamento, que é de 8 horas, entre 8 e 24 horas e acima de 24 horas, respectivamente. Com essa diferença no tempo de congelamento, esses produtos têm propriedades diferentes. O PFC contém níveis normais dos fatores estáveis da coagulação (1 UI/mL), de albumina e de imunoglobulinas e, pelo menos, 70 UI de fator VIII por 100 mL, assim como dos outros fatores lábeis. Já o PFC24 contém quantidade normal de fator V e quantidade um pouco reduzida de fator VIII. O plasma comum também pode resultar da transformação de um PFC, um PFC24 ou um PIC (plasma isento de crioprecipitado) cuja validade expirou; não contendo, portanto, os fatores lábeis da coagulação (fator V e fator VIII).

O crioprecipitado é uma fração plasmática obtida do PFC pela precipitação pelo frio, obtida pelo descongelamento do PFC entre  $4 \pm 2$  °C. Contém glico-proteínas, em especial os fatores VIII, XIII, von Willebrand e fibrinogênio.

O plasma isento de crioprecipitado (PIC) é aquele do qual foi retirado, em sistema fechado, o crioprecipitado.

Os hemocomponentes podem ser modificados para atender necessidades especiais de alguns pacientes. Os CH e os CP podem ter seus leucócitos reduzidos (leucorredução/filtração) para atendimento de pacientes que apresentam reações transfusionais febris não hemolíticas, de pacientes com o sistema imunológico deprimido a fim de reduzir o risco de transmissão do citomegalovírus, e atendimento de pacientes candidatos a múltiplas transfusões para evitar que sejam sensibilizados aos antígenos leucocitários humanos e suas transfusões se tornem ineficazes. Outra modificação que pode ser realizada nos CH é a lavagem com solução fisiológica para retirar as proteínas do plasma com o objetivo de evitar reações alérgicas nos pacientes. O CH e o CP também podem ser irradiados para inativar os linfócitos presentes e assim evitar que o enxerto (hemocomponente) rejeite o hospedeiro (receptor da transfusão), configurando a reação do enxerto contra hospedeiro pós-transfusional (DECH-PT).

Uma amostra de todos os hemocomponentes produzidos ou modificados pelo serviço de hemoterapia deve ser objeto de controle da qualidade. Esse controle possibilita o monitoramento do processo de produção e orienta medidas preventivas e corretivas, caso o produto seja encontrado fora das especificações definidas pelas boas práticas e pelas normas vigentes.

### **Armazenamento temporário até a liberação dos exames (quarentena)**

Enquanto aguardam os resultados dos testes imuno-hematológicos, dos testes sorológicos e dos testes de biologia molecular para agentes infecciosos, os hemocomponentes devem ser segregados em local específico, devidamente identificado e sob a temperatura que seja adequada para a conservação de suas propriedades. Somente podem ser liberadas as bolsas com resultados não reagentes/negativos para os testes sorológicos e para os testes de detecção de ácido nucleico viral (NAT).

### **Exames de qualificação do sangue do doador**

#### **Exames imuno-hematológicos e pesquisa de hemoglobina S**

A cada doação são realizadas a tipagem ABO e Rh de todos os doadores, além da pesquisa de anticorpos antieritrocitários irregulares (PAI). Esses resultados são confrontados com resultados prévios (doações anteriores) registrados no sistema informatizado do serviço e discrepâncias nos testes atuais ou com

resultados anteriores devem ser solucionadas antes da liberação dos hemocomponentes. Recomenda-se a realização de fenotipagem dos抗ígenos eritrocitários dos sistemas Rh (antígenos D, C, c, E, e) e Kell (K1) e até de outros sistemas eritrocitários, para atender demandas de pacientes que recebem múltiplas transfusões. Outro exame que é realizado no sangue dos doadores é a pesquisa da hemoglobina S, cujo resultado positivo restringe o uso do CH desses doadores a alguns pacientes.

### **Exames para triagem de agentes transmissíveis pelo sangue**

No Brasil, são realizados testes laboratoriais de alta sensibilidade, por método sorológico e por pesquisa de ácido nucleico viral, em amostra colhida no dia da doação, para todas as bolsas coletadas, a fim de pesquisar agentes infeciosos que possam ser transmitidos pelas transfusões. Os hemocomponentes somente são liberados se todos esses testes resultam negativos/não reagentes, conforme discriminado no Quadro 3.

**Quadro 3** – Teste para agentes infeciosos obrigatório no Brasil

Infecção	Teste obrigatório no Brasil
Hepatite B	Detecção do抗ígeno de superfície do vírus HBV (HBsAg) Detecção de anticorpo contra o capsídeo do HBV (anti-HBc) Detecção do ácido nucleico do HBV
Hepatite C	Detecção de anticorpo contra o HCV Detecção do ácido nucleico do HCV
SIDA	Detecção de anticorpo contra o HIV (incluindo subtipos 1, 2 e O) ou detecção combinada de anticorpo contra o HIV e detecção do抗ígeno p24 do HIV Detecção do ácido nucleico do HIV
Doença de Chagas	Detecção de anticorpo anti-Tripanosoma cruzi
Sífilis	Detecção de anticorpo treponêmico ou não-treponêmico
HTLV-I/II	Detecção de anticorpo contra o HTLV-I/II

Fonte: Da autora.

HBV – vírus da hepatite B; HCV – vírus da hepatite C; HIV – vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS; HTLV-I/II – vírus linfotrópico humano.

As bolsas que apresentam resultados positivos/reagentes são descartadas e os doadores correspondentes são convocados para comparecerem ao serviço a fim de receberem orientações, realizarem coleta de nova amostra para repetição do exame alterado e realização de outros exames e, se necessário, serem encaminhados para atendimento especializado. Esses doadores são excluídos do banco de doadores aptos, tornando-se bloqueados para doação no sistema do serviço.

## **Liberação dos hemocomponentes**

Após obtenção dos resultados dos exames de qualificação do sangue do doador, os hemocomponentes são liberados no sistema informatizado, são emitidos os rótulos de produtos liberados, que são firmemente afixados a eles, respeitando a identificação numérica ou alfanumérica que a bolsa traz desde a coleta e completando o rótulo com as informações da liberação. Essa rotulagem é um passo crítico, sendo obrigatório seu controle por duas pessoas diferentes, a menos que seja utilizada tecnologia de código de barras ou outra metodologia eletrônica validada que faça essa conferência. Esses hemocomponentes passam a fazer parte do estoque do serviço e seus rótulos devem, obrigatoriamente, conter:

- ▶ Nome e endereço do serviço coletor
- ▶ Data da coleta
- ▶ Nome e volume dos hemocomponentes
- ▶ Identificação numérica/alfanumérica da unidade
- ▶ Nome da solução anticoagulante/preservante
- ▶ Temperatura de conservação
- ▶ Data/hora da validade
- ▶ ABO/Rh da unidade
- ▶ Resultado do PAI e especificidade do anticorpo, se PAI positiva
- ▶ Resultados não reagentes dos testes para doenças infecciosas
- ▶ Número do *pool*/número das unidades que compõem o *pool*
- ▶ Modificação realizada (leucorredução/irradiação/lavagem)

## **Conservação dos hemocomponentes**

Cada hemocomponente tem sua temperatura ótima de conservação, sendo o controle rigoroso da cadeia do frio uma medida fundamental para manutenção da qualidade e da funcionalidade dos produtos. Outro ponto é a solução preservante e, no caso dos concentrados de plaquetas, o plástico da bolsa, que definem a validade dos CP.

Os CH são armazenados em câmaras de conservação de bolsas em temperatura de  $4 \pm 2$  °C, tendo uma validade de 21 dias (coletado em ACD ou CPD), 35 dias (coletado em CPDA1) e 42 dias (com solução aditiva SAG-manitol). Os CH podem ter validade de 10 anos se forem congelados.

Os CP devem ser armazenados em temperatura de  $22 \pm 4^{\circ}\text{C}$  sob agitação contínua leve e têm validade de 3 ou 5 dias dependendo do plastificante da bolsa.

Os produtos plasmáticos devem ser mantidos em *freezers*, em temperaturas inferiores a  $20^{\circ}\text{C}$  negativos ( $-20^{\circ}\text{C}$ ), apresentando validade de 12 meses a partir da data da coleta. O PFC e o PFC24, se mantidos em temperaturas inferiores a  $30^{\circ}\text{C}$  negativos ( $-30^{\circ}\text{C}$ ), terão validade de 24 meses.

O CG são armazenados entre  $20^{\circ}\text{C}$  e  $24^{\circ}\text{C}$  e têm validade de 24 horas a partir da coleta.

Os hemocomponentes leucorreduzidos, lavados e irradiados devem ser adequadamente rotulados, de maneira a deixar explícita a modificação a que foram submetidos. A leucorredução em sistema fechado (filtros em linha ou filtros de bancada pré-armazenamento) não alteram a validade do CP e do CH. A irradiação mantém a validade original do CP, entretanto a irradiação do CH deve, preferencialmente, ser realizada em até 14 dias após a coleta e altera sua validade, passando-a para 28 dias a partir da irradiação, observando-se e não ultrapassando a validade original do CH.

Os CP de sangue total podem ser utilizados em unidades isoladas ou em *pools*, geralmente de 6 unidades de CP. Nesse caso, a validade do *pool*, preparado em sistema fechado, mantém a validade original dos CP que compõem o *pool*, mas a confecção do *pool* de CP em sistema aberto reduz sua validade para 4 horas, a partir do momento da confecção.

### **Dispensação dos hemocomponentes**

O serviço de hemoterapia produtor atende a solicitações de hemocomponentes para estoque mediante existência de um convênio, contrato ou termo de compromisso formalizado entre os serviços envolvidos, com a definição das responsabilidades entre as partes. Para o fornecimento é necessária uma solicitação assinada pelo médico responsável do serviço solicitante, constando seu CRM e nome legível.

O serviço de hemoterapia fornecedor deve dar orientações técnicas quanto ao transporte, conferir as condições de acondicionamento e transporte para os diferentes hemocomponentes e verificar a regularidade da situação sanitária do serviço solicitante. Deve acompanhar o transporte de hemocomponentes um documento em que conste:

- ▶ Nome, endereço e telefone do serviço de hemoterapia remetente e de destino

- ▶ Relação dos hemocomponentes enviados com seus respectivos números
- ▶ Condições de conservação do hemocomponente transportado
- ▶ Data e hora da retirada
- ▶ Identificação de quem está transportando

O transporte é feito em temperatura que mantenha as propriedades dos hemocomponentes, utilizando recipientes resistentes, protegidos contra vazamentos e passíveis de lavagem e desinfecção regular. Os profissionais que transportam hemocomponentes devem ser orientados sobre as condições de transporte e quais atitudes devem ser tomadas em caso de intercorrências.

### Ato transfusional

As transfusões têm demonstrado um papel muito importante na medicina atual, dando suporte a muitos tratamentos e procedimentos cirúrgicos. Embora muito seguras nos dias atuais, as transfusões ainda têm riscos. Sua indicação, portanto, deve levar em consideração a avaliação criteriosa do paciente, suas características particulares e suas comorbidades, sua situação clínica, o tratamento e os procedimentos a que está sendo ou será submetido, bem como os resultados de seus exames laboratoriais. Os exames laboratoriais são importantes; entretanto, isoladamente, são insuficientes para definir o uso racional das transfusões.

Os concentrados de hemácias são utilizados para aumentar rapidamente a capacidade de transporte de oxigênio em pacientes com redução da massa de hemoglobina, como acontece em pacientes com anemia com repercussão hemodinâmica.

Os concentrados de plaquetas (CP) são utilizados para controlar sangramentos em pacientes com baixo número de plaquetas (plaquetopenia) em razão de baixa produção pela medula óssea ou cujas plaquetas não funcionem adequadamente (plaquetopatias). Às vezes as transfusões de concentrados de plaquetas são utilizadas para prevenir sangramentos em pacientes com baixo número de plaquetas que irão ser submetidos a procedimentos que oferecem risco de sangramentos.

O PFC é utilizado principalmente para reposição de fatores da coagulação em pacientes com sangramentos ativos e para reposição na púrpura trombocitopênica trombótica (alguns indicam o uso do PIC). O plasma comum não é usado clinicamente no Brasil, podendo ser encaminhado para fracionamento industrial. O crioprecipitado é usado especialmente para reposição

do fibrinogênio (proteína da coagulação) e pode ser utilizado na produção de cola de fibrina.

Os CG têm sido utilizados em pacientes com número de granulócitos menor que 500/ $\mu$ L que tenham perspectiva de recuperação de granulócitos nos próximos dias e estejam com infecção documentada e adequadamente tratada, porém sem resposta ao tratamento.

### **Coleta de amostras e testes pré-transfusionais**

Diante da requisição de transfusão e sua prescrição no prontuário médico são coletadas amostras do paciente receptor para os testes pré-transfusionais. Essa coleta precisa ser feita por profissional capacitado e treinado.

Idealmente o paciente deve portar bracelete de identificação, mas, sempre que possível, deve-se questionar ativamente a ele seu nome. A rotulagem dos tubos deve ser feita logo após a coleta das amostras, no mesmo local da coleta e por quem as coletou. Recomenda-se identificar os tubos com códigos de barras e etiquetas impressas, sendo obrigatório constar: nome completo do receptor, número de identificação do receptor, identificação do coletador e data da coleta.

As amostras são acondicionadas e entregues ao laboratório para realização dos testes pré-transfusionais, que são feitos a cada transfusão solicitada. Ao término dos testes pré-transfusionais, as unidades são rotuladas (cartão de receptor) com o nome completo e número de registro do receptor, a instituição/enfermaria/leito onde ele se encontra, sua tipagem ABO/Rh, número e ABO/Rh da bolsa de hemocomponente, conclusão do teste de compatibilidade maior, data do envio do hemocomponente e nome do responsável pelos testes e pela liberação do produto. Antes da entrega do hemocomponente para transfusão ele deve ser cuidadosamente inspecionado quanto ao seu aspecto.

### **Instalação e monitoramento das transfusões**

Antes de instalar uma transfusão devem ser conferidos os dados da bolsa de hemocomponente, o rótulo a ela afixado (cartão de receptor) e a prescrição médica. Junto ao paciente realiza-se nova conferência entre a bolsa e o receptor, questionando-se ativamente seu nome, se ele estiver em condições de responder, e podendo-se solicitar sua ajuda nessa etapa de conferência. O uso do bracelete de identificação é muito importante para a segurança nesse momento.

Antes de instalar a transfusão deve-se aferir a temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória do receptor. Em seguida, instala-se a transfusão em gotejamento inicial lento, utilizando-se filtros que impeçam a passagem de coágulos ou grumos de plaquetas e leucócitos (em geral, filtros

de 170 µm). O profissional que instalou a transfusão deve permanecer próximo ao paciente para que qualquer intercorrência seja imediatamente percebida e atendida. Após os primeiros 10-15 minutos, pode-se ajustar a velocidade de infusão para a velocidade prescrita pelo médico, mantendo-se a observação do paciente e realizando a medida periódica de seus sinais vitais durante e ao término da transfusão. Esses profissionais devem estar preparados para reconhecer e atender episódios de reações transfusionais. Aos primeiros sinais de uma reação adversa à transfusão, a transfusão deve ser interrompida, mantendo-se o acesso venoso com solução fisiológica até a avaliação pelo médico que definirá as condutas a serem adotadas. Imediatamente devem-se conferir todos os rótulos e identificações, pois a maioria das reações graves (hemolíticas imediatas) decorre de erros de identificação, seja no momento da coleta das amostras pré-transfusionais, ou no momento da instalação da transfusão.

## Bibliografia

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). 5º Boletim Anual de Avaliação Sanitária em Serviços de Hemoterapia. Novembro 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ecca788041fdd119b1c4b96d490f120b/5%C2%BA+Boletim+Anual+de+Avalia%C3%A7%C3%A3o+Sanit%C3%A1ria+em+Servi%C3%A7os+de+Hemoterapia.pdf?MOD=AJPRES>>. Acesso em: 31 maio. 2014.
- \_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o Regulamento Técnico sobre os níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 ago. 2001. Seção 1. p. 29-31.
- BRASIL. Lei n.º 10.205 de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º, do art. 199, da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, DF, 22 mar. 2001. Seção 1. p. 1.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.712, de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2013. Seção 1, p. 106.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Trabalho na Saúde. **Técnico em Hemoterapia**: livro texto. Brasília, 2013. p. 57-67.
- EDER, A. F. Allogeneic and autologous blood donor selection. In: ROBACK, J. D. *et al.* (Ed.). **Technical Manual**. 17th ed. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 2011. p. 137-186.
- SOUZA, H. M. Participação do governo e da sociedade na organização da hemorrede no Brasil. **Escola Brasileira de Hematologia**, [S.l.], v. 5, p. 1-6, 1998. Série de monografias.



# **Referenciais e marcos legais para a doação de sangue no Brasil e diretivas internacionais**

*Paloma Abelin Saldanha Marinho<sup>1</sup>*

## **Introdução**

Durante muitos anos, a hemoterapia no Brasil funcionou de forma descoordenada e desregulamentada. A doação de sangue também foi uma temática que esteve, por um longo período de tempo, desarticulada e pouco regulamentada e a doação remunerada foi a principal modalidade de doação de sangue no país. Pretende-se apresentar, neste capítulo, um breve histórico da regulamentação em hemoterapia e da doação de sangue no Brasil e as recomendações internacionais para a temática, assim como os marcos legais nos quais a doação de sangue no país está baseada atualmente.

## **Panorama legal da doação de sangue no Brasil - breve histórico e princípios essenciais**

Inserida em uma conjuntura de doações remuneradas de sangue e de necessidade de recuperação de saúde do trabalhador, foi promulgada, em 1950, a Lei 1.075 (BRASIL, 1950). A lei foi elaborada como uma forma de incentivar a doação voluntária de sangue, com dispensa de um dia de trabalho para os funcionários públicos que doassem sangue.

Na década de 60, as práticas relativas à hemoterapia começaram a se delinear no Brasil, dentro do contexto da ditadura militar e do olhar para o sangue como necessário em situações-limite, como as guerras ou contingências nacionais. A preocupação com a reserva hemoterápica e com a produção de hemoderivados foram o pano de fundo para a atenção à hemoterapia pelo governo militar. Destaca-se que, nesse momento, predominavam os interesses financeiros nos já existentes bancos de sangue e a atuação do setor privado em saúde, incluindo os serviços hemoterápicos (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991). As

<sup>1</sup> Analista Técnica de Políticas Sociais da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde. Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

organizações ligadas à atividade hemoterápica atuavam de forma desarticulada, não havia monitoramento ou fiscalização e persistia fortemente a prática da remuneração de doadores de sangue (SANTOS; MORAES; COELHO, 1992).

Em 1965, foi promulgada a Lei 4.701 (BRASIL, 1965), que dispôs sobre o exercício da atividade hemoterápica no Brasil. Mesmo com a promulgação dessa lei, ela não foi sucedida da formulação e da execução de políticas públicas nessa área, e nem iniciou a construção de um sistema de hemoterapia de forma articulada no país.

Também no final da década de 60, a visita de Pierre Cazal ao Brasil trouxe um diagnóstico importante do nosso cenário hemoterápico e apontou pontos para a melhoria do sistema. A desarticulação entre os serviços de hemoterapia, a falta de fiscalização, a falta de campanhas educativas para a promoção da doação voluntária de sangue, a comercialização do sangue e remuneração de doadores foram alguns dos pontos levantados nesse diagnóstico. Foi uma análise crucial para chamar atenção para os problemas do sangue, mas atuou-se sobre esse diagnóstico algum tempo depois de sua realização (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991).

O crescente descuido com a saúde pública e a crise econômica vivida no país na década de 70 mobilizaram protestos e fertilizaram o solo para as reivindicações que se seguiriam pela melhoria da atenção hemoterápica. Entretanto, foi o aparecimento da Aids no Brasil que se configurou como um dos fatos sociais de maior relevância para o curso da hemoterapia no país, conforme descrito abaixo:

Diríamos mesmo que nenhum momento da evolução quase centenária das reformas sanitárias no Brasil revelou tal permeabilidade da política estatal às pressões da sociedade. A Aids transfusional, ao disseminar o ‘grande medo’ e aglutinar um amplo movimento de luta pela melhoria dos serviços, foi responsável pelos rumos da política nacional do sangue na década de 1980 até nossos dias. (SANTOS; MORAES; COELHO, 1992, p. 109).

Nota-se aqui a importância das mobilizações sociais para a construção de um sistema hemoterápico com controle, regulamentação e qualidade. O surgimento da Aids foi crucial para o estabelecimento da regulamentação que se seguiu nos anos seguintes. Também é importante afirmar que, nesse contexto, a remuneração do doador de sangue é amplamente criticada por setores da sociedade por ser um dos fatores responsáveis pelo sangue de baixa qualidade no Brasil e em outros países.

Em 1986, construía-se a Conferência Nacional de Saúde – um dos marcos para a construção do Sistema Único de Saúde –, que trouxe a saúde como direito de todos e dever do Estado. Trouxe para o Estado a responsabilidade da regulamentação e execução da promoção de saúde no Brasil, e estabeleceu os pilares básicos para a saúde pública brasileira.

Nesse solo fértil para as reivindicações por saúde pública de qualidade, diversas organizações sociais intensificaram o engajamento para demandar a regulamentação das atividades hemoterápicas no sentido de garantir sangue seguro para a população brasileira. Em paralelo, ocorriam debates e posicionamentos favoráveis à proibição da comercialização do sangue (SANTOS; MORAES; COELHO, 1992). A criação do Pró-Sangue (Programa Nacional do Sangue), em 1980, e do Planashe (Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados), em 1988, foram algumas das respostas dadas aos apelos daquele momento, assim como a Lei 7.649 e o debate apresentado na Constituição Federal.

A Lei 7.649/1988 (BRASIL, 1988) passou a obrigar a realização do cadastro de doadores de sangue e dos exames laboratoriais para o sangue doado, visando à segurança dos receptores.

A Constituição Federal desse ano definiu os princípios do Sistema Único de Saúde. Entretanto, houve também destaque específico para uma das definições, que foi motivo de debate por anos na temática do sangue e da saúde pública. O artigo 199 da Constituição Federal Brasileira proibiu o comércio de sangue no seio das discussões sobre o Sistema Único de Saúde. Esse artigo, consequentemente, proibiu a remuneração do doador de sangue, trazendo consequências importantes para a hemoterapia brasileira e dando um passo essencial para o alcance da qualidade do sangue transfundido.

Ainda em 1988, publicou-se o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (1988-1991), constituído por nove programas. Dois dos programas abordam a comunicação social e a educação sanitária, visando à promoção da doação voluntária de sangue.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) definiu o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Nessa lei, foi também apresentada a orientação para implantação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Esse breve histórico da construção das regulamentações na área de hemoterapia expressa pontos essenciais para a compreensão da hemoterapia no Brasil hoje. Os problemas relativos ao sangue no país – essencialmente a falta de qualidade no sangue doado – foram simbólicos e representativos dos problemas de saúde pública enfrentados. A partir das pressões sociais, construiu-se regulamentação estatal importante das atividades hemoterápicas, acompanhada

pela diminuição de poder do setor privado. É nesse panorama que a proibição da doação remunerada de sangue se expressa como ponto central do debate público/privado, das discussões sobre a presença do Estado na saúde pública, e da necessidade da voluntariedade da doação de sangue como princípio essencial para garantir a qualidade do sangue doado.

## **Ordenamento jurídico e regulamentação hemoterápica atual para a doação de sangue**

Atualmente, o ordenamento jurídico e a regulamentação do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados estão baseados em diversas leis e resoluções. Destaca-se aqui, para a doação de sangue, a Constituição Federal de 1988, a Lei 10.205/2001 e a Portaria 2.712/2013, que abordam de forma explícita a questão da doação de sangue.

A Lei 10.205/2001 (BRASIL, 2001) é regulamentada pelo Decreto 3.990/2001. A lei é responsável por regulamentar o parágrafo 4º da Constituição Federal, relativo às atividades em hemoterapia e ao ordenamento institucional da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Logo no artigo 1º, reafirma-se a proibição da comercialização do sangue:

(..) vedada a compra, venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional, seja por pessoas físicas ou jurídicas, em caráter eventual ou permanente.

O uso exclusivo da doação não remunerada de sangue aparece também como princípio da Política:

Art. 14. A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes:  
(...)

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;

Na Portaria 2.712/2013 (BRASIL, 2013), que redefine o regulamento técnico dos procedimentos hemoterápicos, consta, sobre a doação de sangue:

Art. 30. A doação de sangue deve ser voluntária, anônima e altruísta, não devendo o doador, de forma direta ou indireta, receber qualquer remuneração ou benefício em virtude da sua realização.

Esses marcos legais, portanto, deixam clara a proibição da remuneração de doadores de sangue. Apresentam os princípios basilares da doação de sangue e apontam o altruísmo como eixo condutor para as ações de promoção da doação de sangue no Brasil. Como será apresentado a seguir, nas recomendações internacionais, o altruísmo e a voluntariedade também aparecem como eixos condutores.

## **Recomendações internacionais para a doação de sangue**

Documentos internacionais elaborados pela Organização Mundial de Saúde norteiam os princípios e as atividades voltadas para a promoção da doação de sangue no mundo. Uma parte desses documentos insere a doação voluntária de sangue no contexto do alcance da autossuficiência de sangue, e outros abordam exclusivamente a doação voluntária de sangue.

Em 1975, foi realizada a 29<sup>a</sup> assembleia mundial de saúde, na qual foi elaborada a Resolução 28.72 (WHO, 1975). A resolução aborda a necessidade crescente de sangue e hemoderivados e apresenta uma crítica às atividades de organizações privadas que obtêm o sangue por meio de comercialização. Define que os sistemas nacionais de sangue deverão ser estruturados com base na doação voluntária e não remunerada de sangue e, ainda, que deverá ser desenvolvida legislação para regulamentar os serviços de sangue, entre outras estratégias que devem ser realizadas para proteger e promover a saúde de doadores e receptores de sangue e hemoderivados.

Após essa resolução, diversos documentos referentes à autossuficiência sanguínea foram publicados e apresentados, considerando a doação voluntária e não remunerada como base para que se tenha um estoque de sangue seguro e com disponibilidade para transfusão e produção de hemoderivados.

Em 2005, a Resolução WHA 58.13 estabeleceu o dia 14 de junho como o Dia Mundial do Doador de Sangue (WHO, 2005). Para isso, o documento parte de três importantes pressupostos: os estoques limitados de sangue e hemoderivados nos países pobres e em desenvolvimento, a escolha criteriosa de doadores de sangue como essencial para a diminuição da transmissão de HIV e outras doenças transmissíveis pelo sangue e a doação voluntária e não remunerada como crucial para o estoque seguro e regular de sangue. De acordo com essa linha de pensamento, elege a estratégia da comemoração de um dia mundial do doador de sangue para que se difunda a ideia da doação voluntária e para que se aumentem os estoques de sangue mundialmente.

Em 2009, a Declaração de Melbourne (WHO, 2009) traz a questão do sangue de forma central no âmbito da promoção da saúde da população. Aborda o

sangue seguro como aspecto crítico para o cuidado em saúde e situa o acesso universal à transfusão de sangue como essencial para o alcance de três das oito metas do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU). São elas: a redução da mortalidade, melhoria da saúde das gestantes e combate à Aids, malária e outras doenças.

Nesse sentido, chegar às metas apontadas depende da disponibilidade do sangue seguro, o que coloca a questão da doação de sangue em um patamar privilegiado de debate. Mais uma vez, a disponibilidade do sangue seguro, de acordo com o documento, é possível apenas diante da doação regular voluntária e não remunerada.

No âmbito dessa discussão, a declaração, apesar de não desenvolver as referidas ideias de forma detalhada, aponta a organização dos serviços de hemoterapia baseada na doação voluntária e não remunerada, com sistemas de qualidade efetivos, como princípio essencial para o aumento da segurança do sangue e diminuição da transmissão de doenças pelo sangue. Aponta também que a doação paga e a doação vinculada de sangue podem comprometer o estabelecimento sólido da doação voluntária e não remunerada de sangue e a necessidade do cuidado com o bem-estar dos doadores, assim como do reconhecimento do ato da doação de sangue.

Towards 100% Voluntary Blood Donation (WHO, 2010) (Rumo a 100% de doação de sangue voluntária) é um documento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, em parceria com a Cruz Vermelha Internacional, que estabelece objetivos e estratégias para o alcance da totalidade de doações voluntárias de sangue em cada país. A publicação tem 138 páginas e, em seu conteúdo, consta, de forma mais detalhada do que nos documentos da Organização Mundial de Saúde anteriores, a importância de se trabalhar exclusivamente com a doação voluntária de sangue para que se tenha sangue seguro e disponível.

No documento, há um capítulo que desenvolve exclusivamente a discussão da doação voluntária de sangue. O doador voluntário e não remunerado de sangue:

doa sangue, plasma, ou componentes celulares de acordo com sua vontade e não recebe pagamento, seja na forma de dinheiro ou em qualquer forma que possa ser considerada um substituto para o dinheiro. Isso inclui dispensa do trabalho por um tempo maior do que o razoavelmente necessário para a doação e o deslocamento. Pequenos brindes, refreshes e reembolso dos custos diretos de deslocamento são compatíveis com a doação voluntária e não remunerada. (WHO, 2010, p. 14, tradução própria).

Há, ainda, a definição de doadores de reposição e doadores remunerados. Os doadores de reposição são aqueles que realizam suas doações direcionadas para um membro da família ou uma pessoa próxima. Chama-se atenção para dois pontos importantes referentes à doação de reposição. A primeira situação é que, em alguns casos, há pressão sobre a família de uma pessoa que vai se submeter a procedimento cirúrgico para que um número específico de doações seja realizado a fim de garantir a realização do procedimento. A outra situação para a qual se deve atentar refere-se ao fato de que, apesar de esse formato de doação não incluir remuneração ao doador, podem existir arranjos clandestinos para o pagamento de doações entre amigos de familiares daqueles que necessitam de transfusão. A doação remunerada é aquela na qual, em troca de sangue, o doador recebe dinheiro ou outros benefícios.

Além de trazer essa discussão conceitual, o documento apresenta, de forma prática e sistematizada, ações e objetivos que devem ser perseguidos para se chegar à doação exclusivamente voluntária em um país. Os objetivos apresentados são: criar um ambiente frutífero para o alcance de 100% de doação voluntária de sangue; fomentar uma cultura de doação voluntária de sangue; construir e manter uma base de doadores voluntários de sangue; oferecer cuidado e serviço de qualidade ao doador. Cada um desses objetivos está dividido em estratégias e ações.

Também em 2010, apresenta-se a Resolução 63.12, que dispõe sobre a disponibilidade, qualidade e segurança dos produtos hemoderivados (WHO, 2010). Nela, demanda-se atenção para a segurança do sangue e dos receptores de sangue e hemoderivados, com destaque para o controle das hepatites virais e da doença de Chagas. Importa marcar que, nas considerações iniciais nas quais está baseada a resolução, a doação de sangue voluntária e não remunerada é citada quatro vezes. A interação do debate entre demanda por segurança e tipo de doação de sangue fica bastante clara nesta resolução: só é possível atingir transfusões de sangue e produção de hemoderivados seguros por meio de doações voluntárias e não remuneradas de sangue.

Em 2012, é publicado, pela Organização Mundial de Saúde, o “Expert Consensus Statement on achieving self-sufficiency in safe blood and blood products, based on voluntary non-remunerated blood donation” (Consenso de especialistas no alcance da autossuficiência em sangue e hemoderivados baseada na doação voluntária e não remunerada de sangue; WHO, 2012, tradução própria). A publicação retoma os principais documentos e resoluções que tratam da questão da autossuficiência em sangue e hemoderivados, do papel central dos sistemas de sangue para a promoção da saúde, da proteção dos receptores de sangue e da doação voluntária e não remunerada. Traz, ainda, as definições de autossuficiência sanguínea e da doação voluntária e não remunerada de sangue.

É a doação de sangue que tem o destaque na discussão do consenso. É expresso de forma clara que a doação de sangue deve estar no âmbito público e da não comercialização:

A disponibilidade e segurança da oferta (de sangue), a segurança tanto de receptores como de doadores e o uso apropriado de sangue, plasma e células do sangue são e devem permanecer uma questão pública. A doação de sangue total ou de seus componentes são a expressão essencial de comunidade e participação cidadã no sistema de saúde. (WHO, 2012, p. 4, tradução própria).

Na sequência da ideia descrita no documento, afirma-se que a doação voluntária, não remunerada e informada de sangue diminui o risco de transmissão de HIV e outras doenças transmissíveis pelo sangue em relação às doações remuneradas e de reposição. Prevenir a comercialização da doação de sangue e da exploração dos doadores e garantir o direito ao acesso a sangue e aos hemoderivados por parte de toda a população são princípios basilares para o desenvolvimento dos sistemas de sangue. O pagamento ao doador de sangue não só afeta a segurança do sangue em si como pode desestimular a doação voluntária ao corromper sistemas de solidariedade e de coesão social.

Outro destaque importante desse consenso é a chamada aos governantes para que se posicionem de forma clara em relação à doação voluntária e não remunerada de sangue e para que elaborem legislação nacional específica que proíba a remuneração de sangue.

## Considerações Finais

O Brasil viveu um histórico importante de doações remuneradas de sangue, interesses estritamente financeiros na área da saúde e comprometimento da segurança transfusional. A construção crescente de articulação e controle de qualidade nos serviços hemoterápicos provocada especialmente pelas organizações sociais permitiram a elaboração da regulamentação que proibiu definitivamente a comercialização do sangue, iniciada apenas na Constituição Federal de 1988.

Essa proibição, seguida das regulamentações que se seguiram, formalizou-se nos princípios essenciais para a doação de sangue no Brasil: a não remuneração e a voluntariedade da ação. Na esteira dos debates, as recomendações da Organização Mundial de Saúde vêm apresentando de forma consistente essa modalidade de doação como essencial para o alcance de sangue e hemoderivados seguros.

Considerando as disputas público/privadas que atravessaram fortemente o sistema de saúde brasileiro e os serviços em hemoterapia, com fortes interesses financeiros que subsidiaram as práticas de remuneração do doador, foi imperativo estabelecer de forma legal os princípios acima descritos. Acrescenta-se a isso a importância de que a regulamentação seja estendida e detalhada na abordagem da promoção da doação de sangue.

Entretanto, é necessário também que, para além da “letra da lei”, as práticas voltadas para a promoção da doação de sangue voluntária estejam presentes nos diversos setores e entre os diversos representantes sociais. Os princípios da voluntariedade e da não remuneração devem orientar as práticas dos profissionais dos hemocentros e demais instituições de saúde, da população engajada com a temática, dos legisladores e dos gestores em saúde, caminhando sempre para o fortalecimento dessa modalidade de doação de sangue.

## Referências

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950. Dispõe sobre doação de sangue. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 abr. 1950. Seção 1, p. 5425.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 4.701, de 28 de junho de 1965. Dispõe sobre o exercício da atividade hemoterápica no Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jun. 1965. Seção 1, p. 6113.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 1988. Seção 1, p. 1609.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 1609.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º, do art. 199, da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar. 2001. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2013. Seção 1, p. 106.

SANTOS, Luiza de C; MORAES, Cláudia; COELHO, Vera Schattan P. Os anos 80: a Politização do Sangue. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 1, n. 1, 1991.

\_\_\_\_\_. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**; [S.l.], v. 2, n. 1, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHA 28.72 Utilization and supply of human blood and blood products, 1975**. Disponível em: <<http://www.who.int/bloodsafety/publications/en/>>. Acesso em: 1º mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **WHA 58.13 Blood Safety: Proposal to Establish World Blood Donor Day, 2005**. Disponível em: <[http://www.who.int/bloodsafety/voluntary\\_donation/en/](http://www.who.int/bloodsafety/voluntary_donation/en/)>. Acesso em: 1º mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **The Melbourne Declaration on 100% Voluntary Non-remunerated Donation of Blood and Blood Components, 2009**. Disponível em: <[http://www.who.int/bloodsafety/voluntary\\_donation/en/](http://www.who.int/bloodsafety/voluntary_donation/en/)>. Acesso em: 1º mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Towards 100% Voluntary Blood Donation**. WHO: Switzerland, 2010.

\_\_\_\_\_. **WHA 63.12 Availability, safety and quality of blood products, 2010**. Disponível em: <<http://www.who.int/bloodsafety/publications/en/>>. Acesso em: 1º mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **Expert Consensus Statement on achieving self-sufficiency in safe blood and blood products, based on voluntary non-remunerated blood donation, 2012**. Disponível em: <[http://www.who.int/bloodsafety/voluntary\\_donation/en/](http://www.who.int/bloodsafety/voluntary_donation/en/)>. Acesso em: 1º mar. 2014.

# Estratégias educativas para a promoção da doação voluntária de sangue

*Roseli Sandrin<sup>1</sup>*

*Rosane Rodrigues<sup>2</sup>*

*Josinete Gomes<sup>3</sup>*

*Mônica de Castro Leite Silveira Meirelles<sup>4</sup>*

Com o objetivo de contribuir para o processo da promoção da doação voluntária de sangue, apresentam-se aqui propostas de estratégias e de projetos educativos, e breves reflexões sobre educação e saúde, em que se inserem conceitos de cidadania e de solidariedade, por constituírem-se como pilares para o trabalho dos profissionais da Captação de Doadores de Sangue (CDS).

Ao se pensar em saúde, reporta-se aos diversos fatores que a influenciam e se inter-relacionam, como econômicos, sociais, políticos, educacionais, culturais. Entende-se que somente o processo educativo é capaz de mudar, transformar ou impulsionar uma sociedade a avaliar ou imprimir novos conceitos, hábitos, contribuindo assim para que seus sujeitos se tornem também corresponsáveis pelo processo de saúde.

Conforme Rodrigues (2011), a educação em saúde possibilita mudanças institucionais, pessoais e políticas das ações realizadas, contribuindo para uma sociedade com mais autonomia em suas dimensões social e cultural.

Porém, observa-se que, em diversos setores, como na Captação de Doadores de Sangue, que está inserido na área da hemoterapia como uma das primeiras etapas do ciclo do sangue, nem sempre são empregadas ações fundamentadas em uma pedagogia crítica. Nesse contexto, desenvolvem-se por vezes intervenções pontuais, isoladas de um conjunto complexo da sociedade, intervenções que se tornam necessárias, mas insuficientes e inefficientes para a superação das dificuldades recorrentes do dia a dia. “Conduzir os serviços, sem pensar a educação, é o que a torna mais necessária, pois só ela, quando aplicada com os fundamentos da pedagogia crítica, pressupõe a crítica e a liberdade”

<sup>1</sup> Assistente Social da Captação de Dadores do Hemocentro de Santa Catarina.

<sup>2</sup> Assistente Social da Captação de Dadores do Hemocentro de Santa Catarina.

<sup>3</sup> Assistente Social da Captação de Dadores do Hemocentro de Pernambuco.

<sup>4</sup> Assistente Social da Captação de Dadores do Hemocentro de Campinas/Unicamp.

(RODRIGUES, 2011, p. 166). Dessa forma, torna-se fundamental suscitar e/ou alimentar uma cultura voltada à importância da doação de sangue, por meio da informação, reflexão crítica e discussão de conceitos, hábitos e valores e do estímulo à solidariedade e ao exercício da cidadania.

Antes de se apresentarem estratégias e projetos educativos, cabe aqui relembrar os conceitos de Educação, Cidadania e Solidariedade, por permearem o discurso e a atuação dos profissionais da Captação de Doadores de Sangue no desenvolvimento de ações socioeducativas para a promoção, proteção e reabilitação da saúde na área da hemoterapia.

Paulo Freire (1980) defende que, por meio da educação, busca-se desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, possibilitando ao homem escolher e decidir e, assim, tornar-se sujeito da sua própria história. Conforme esse autor (1999, p. 25), “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção”.

Conforme Freire (1980), a educação deve considerar a vocação de ser sujeito, e as condições em que ele vive, como lugar, momento e contexto. Defende que a educação deve ajudar o indivíduo a ser sujeito, “Uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, graças à qual o homem escolhe e decide, liberta-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo, de adaptá-lo [...].” (FREIRE, 1980, p. 35).

Freire explica: “[...] a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade, que a ‘des-vela’ para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante” (Seminário de Paulo Freire sobre a “Conscientização e a Alfabetização de Adultos”. Roma, 17-19 de abril de 1970. [FREIRE, 1980, p. 29]).

Chama-se atenção, igualmente, para a importância dos conceitos de cidadania e de solidariedade, por ser a doação de sangue um ato de solidariedade e de exercício de cidadania.

Para Giron (2000), cidadania se constrói pela aprendizagem, pela educação e pela compreensão de que o homem se torna cidadão ao entender que é parte do todo, que tem direitos e deveres e que precisa movimentar-se de forma consciente.

Melo e Pocovi (2002, p. 40) entendem que o processo de construção da cidadania tem seu início com a formação da identidade e da autoestima, avançando das aprendizagens básicas para a convivência, cuja efetivação se dá na solidariedade e na participação social. É um processo de transformação pessoal

inserido no contexto coletivo, sustentado pela ação do ser humano como sujeito-cidadão.

O conceito de solidariedade aplicado à doação de sangue pode ser entendido de acordo com os pensamentos de Maffesoli (1987; 1995; 2005), que a compreende como orgânica e mecânica. Nessa perspectiva, pode-se considerar a doação espontânea como *solidariedade orgânica*, devido ao sentimento de cooperação que brota de dentro do ser. Refere-se ao afetual, à proxemia, que significa estar junto. A ligação com o outro, a vontade de ser/estar com o outro é o que aproxima os indivíduos a um grupo, a uma *tribo*. Sendo assim, levando em consideração a teoria de Maffesoli, os doadores de sangue constituem membros de uma tribo.

Ao se referir à solidariedade, não se pode deixar de pensar no conceito de *ajuda mútua*, que, sob a luz de Maffesoli (1987, p. 194), “[...] se faz a partir do sentimento de *pertença* ...”. Insere-se numa perspectiva orgânica em que todos os elementos, em sinergia, fortalecem a totalidade da existência.

A *solidariedade mecânica* é algo instituído, um dever ser, contrário ao afetual, ao querer estar junto e, dessa forma, pode-se considerar a doação vinculada, aquela que é efetivada em nome de um paciente, como um ato de solidariedade mecânica.

A doação de sangue não faz parte do cotidiano da maioria da população brasileira e, por isso, a inserção da ideia/ação de doar sangue é um processo lento, que necessita de estratégias educativas de captação – processo em que planejamento, execução e monitoramento e avaliação são etapas imprescindíveis ao seu bom desenvolvimento. Pesquisas têm mostrado que estratégias educativas contribuem para tornar a doação de sangue parte de hábitos e valores da população brasileira (RODRIGUES, 2011; LUDWIG, 2005).

Dessa forma, a Captação de Doadores de Sangue bem sucedida resulta de ações, estratégias, projetos e programas educativos que não dispensam, além da avaliação, o diagnóstico do contexto em que estão inseridos, planejamento e monitoramento das ações, em consonância às condições e possibilidades da sociedade envolvida.

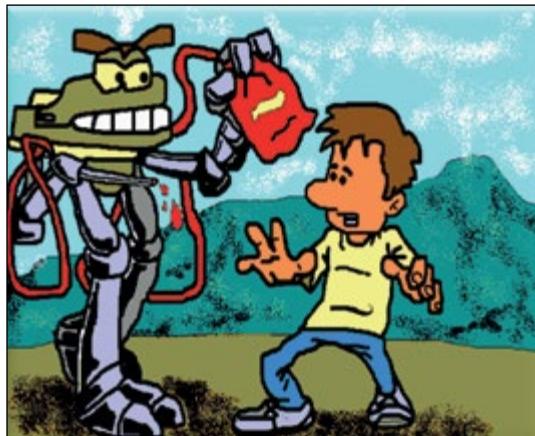
Segundo pesquisa desenvolvida por Rodrigues (2012), estratégias educativas proporcionam resultados mais efetivos para a doação de sangue, podendo apresentar efeitos em curto, médio e longo prazos.

Conforme o artigo 30, da Portaria 2.712, de 12/11/2013, “A doação de sangue deve ser voluntária, anônima e altruísta, não devendo o doador, de forma direta

ou indireta, receber qualquer remuneração ou benefício em virtude de sua realização.” Dessa forma, cabe especialmente à Captação de Doadores de Sangue, por meio de estratégias educativas, promover na sociedade esse entendimento, contribuindo assim para a segurança transfusional.

A Captação de Doadores é a primeira atividade da hemoterapia – desenvolvida no Brasil por profissionais de serviço social, pedagogia, enfermagem, psicologia e comunicação social –, setor, em sua maioria, coordenado por assistentes sociais. O trabalho da CDS é de permanente conquista do doador e, por isso, faz-se necessário em todos os serviços de hemoterapia.

**Figura 6** – Representa o medo causado por mitos e tabus sobre a doação de sangue



Fonte: PEREIMA, 2002.

Nas atividades desenvolvidas pelos profissionais da Captação de Doadores, percebe-se, ainda hoje, mesmo com todos os esforços, investimentos e divulgação sobre o que envolve a doação, que mitos e tabus persistem no cotidiano da população, tornando-se necessário desmistificar o medo da agulha, da dor, do desconhecido, de ter de doar sempre, de afinar ou engrossar o sangue, etc.

A fim de desmistificar esses mitos e tabus, informar e educar a população para a importância da doação de sangue de forma consciente, responsável e saudável, os profissionais da Captação de Doadores desenvolvem diversas estratégias por meio de ações, projetos e programas.

O trabalho educativo pode ser realizado em universidades, empresas, feiras de saúde, feiras de ciências, igrejas, shoppings, escolas, entre outros locais. Com a realização de abordagem direta (corpo a corpo) individual ou em pequenos grupos, divulgar a doação de sangue com entrega de folhetos, promovendo um diálogo dinâmico num processo contínuo de esclarecimento sobre a importância da doação de sangue e a fidelização desse ato.

Apresentaremos, a seguir, as mais conhecidas no Brasil, de caráter educativo, ressaltando que poderão ser tomadas como base, mas que deverão ser incrementadas, adaptadas e até superadas, conforme a realidade de cada região. Lembrando, ainda, a importância de estarem embasadas em um referencial teórico, como por exemplo a pedagogia crítica.

## Programa de Comunicação e Divulgação

A comunicação é a base fundamental de todo trabalho desenvolvido pela Captação de Doadores. Ela deve ser clara, objetiva e simples, sendo o instrumento mais eficiente de motivação, educação e sensibilização para a doação de sangue. É fundamental que a equipe de trabalho mantenha a mesma linguagem/comunicação com o doador, com os demais clientes da instituição, com a comunidade em geral.

A comunicação pressupõe ações, estratégias, projetos de captação de doadores, já que se constitui por si só em estratégia. Cada projeto ou programa desenvolvido poderá dispor de material de divulgação específico conforme a sua necessidade, sendo importante a criação de materiais informativos – folderes, *banners*, cartazes, adesivos, *flyers*, revistas/jornais, manuais, malas-diretas, cartões de aniversário (impresso e/ou por e-mail) de acordo com o perfil do público a ser atingido. É essencial avaliar o melhor meio para transmitir a mensagem desejada, de acordo com o objetivo e o perfil do grupo que se intenciona atingir, lembrando que as campanhas publicitárias devem ser criativas, enfocando positivamente a doação de sangue e sua importância como saúde pública.

### Objetivos

- ▶ Instrumentalizar e reforçar as ações, estratégias e projetos desenvolvidos pelos profissionais da Captação de Doadores;
- ▶ Facilitar o entendimento da população sobre o que envolve a doação de sangue;
- ▶ Conquistar e fidelizar o doador de sangue por meio da comunicação visual, verbal, explícita e/ou sutil, imbuída dos princípios que regem a Política Nacional da Captação de Dadores Voluntários de Sangue, embasada na Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (PNSH);
- ▶ Homenagear e parabenizar o doador de sangue em datas comemorativas.

### Metas

As metas devem ser estabelecidas conforme a realidade de cada serviço de hemoterapia, hemocentro e/ou hemorrede e o contexto em que se inserem.

### Operacionalização

- ▶ Diagnóstico do ambiente a ser trabalhado;
- ▶ Planejamento e elaboração do material de divulgação;
- ▶ Quando possível, contar com o apoio de uma agência de publicidade;
- ▶ Estabelecimento do cronograma das ações;

- ▶ Avaliação do impacto das ações realizadas e dos materiais e meios de comunicação utilizados;
- ▶ Avaliação das estratégias utilizadas.

### **Rotinas**

- ▶ Todas as atividades/ações devem ser planejadas e executadas de acordo com as necessidades dos serviços de hemoterapia, hemocentros e/ou hemorrede, monitoradas e avaliadas.

### **Recursos Necessários**

- ▶ Profissional da Captação;
- ▶ Se possível, agência de publicidade;
- ▶ Material de divulgação e administrativo;
- ▶ Meios de comunicação.

### **Avaliação**

A avaliação é um processo contínuo, que deve ser desenvolvida em todas as ações, estratégias e projetos executados, com o objetivo de melhorá-los e/ou corrigir qualquer distorção.

## **Projeto Empresa Solidária**

Esse projeto tem como objetivo possibilitar o aumento das doações de sangue e melhorar a integração entre a instituição e a comunidade empresarial, priorizando o envolvimento de empresas no processo de educação para a doação de sangue.

Em parceria com a comunidade empresarial, busca-se o despertar para o exercício da cidadania, motivando e incentivando o funcionário para o cuidado com o seu corpo. Da mesma forma, para que compreenda a saúde como direito e dever de todos e como responsabilidade pessoal e social.

Além de contribuir para a construção de uma cultura sobre a doação de sangue, motiva, incentiva e educa para a participação dos empresários/gestores nesse processo que salva vidas, apontando que é possível seus funcionários doarem sangue sem interferir na produção de bens e serviços da empresa.

### **Objetivos**

- ▶ Aumentar o número de doadores de sangue;
- ▶ Mobilizar empresas para a participação contínua no processo da doação de sangue;

- ▶ Educar para a conscientização da população sobre a necessidade e importância da doação de sangue;
- ▶ Desmistificar mitos e tabus sobre a doação de sangue;
- ▶ Motivar, cada vez mais, pessoas a tornarem a doação de sangue uma atitude habitual, humanitária e de responsabilidade social;
- ▶ Motivar o indivíduo para o cuidado com a sua saúde e com o seu corpo;
- ▶ Estimular o trabalho social e solidário.

### **Metas**

As metas devem ser estabelecidas conforme a realidade de cada instituição e o contexto em que se inserem.

### **Operacionalização**

- ▶ Contatos com empresas por meio de ofícios ou por telefone para apresentar o projeto, buscando parcerias;
- ▶ Cadastro de empresas, contendo dados de identificação, características, contatos e registro histórico;
- ▶ Definição de ações: reuniões, palestras, gincanas (para realização das gincanas, sugerimos estabelecer critérios que não vinculem prêmios ao alcance de número de doações), encaminhamento de doadores ao hemocentro, organização de grupos de funcionários como candidatos à doação de sangue;
- ▶ Estabelecer cronograma de ações;
- ▶ Criar, se possível, material informativo (folderes, *e-flyers*, cartazes, *banners*, etc.), buscando identificação com o projeto;
- ▶ Acompanhar as empresas na instituição, fotografando os funcionários no processo da doação de sangue e, se possível, divulgar no site institucional, redes sociais, entre outros;
- ▶ Avaliação e *feedback* às empresas.

### **Rotinas**

- ▶ Todas as atividades devem ser agendadas previamente, a fim de facilitar a organização da equipe de trabalho;
- ▶ Nas palestras deverá ser abordada a importância da doação de sangue voluntária, altruísta, habitual e responsável, além das rotinas da instituição em relação à coleta, separação de hemocomponentes, exames laboratoriais e distribuição do sangue;

- É importante que a instituição forneça o próprio transporte para a busca dos grupos, facilitando a parceria com as empresas;
- Divulgar internamente na instituição a vinda dos grupos de empresas.

### Recursos Necessários

- Profissional da Captação;
- Material de divulgação e administrativo;
- Transporte.

### Avaliação

Convém disponibilizar um formulário de avaliação ao contato/funcionário que tenha acompanhado as ações, objetivando melhorar o trabalho realizado.

**Figura 7 – Exemplo de identidade visual do Projeto Empresa Solidária**



Fonte: 1 - Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (Hemosc), 2006.

2 - Centro de Hematologia e Hemoterapia de Campinas/Unicamp, 1997.

É importante que haja investimentos para a Captação de Doadores, por desenvolver seu trabalho com educação contínua para a doação de sangue, especialmente quando se trata de estratégias direcionadas às crianças e jovens. Estratégias de cunho educativo contribuem para o processo de “formação” do “futuro doador de sangue” e contribui para desmistificar tabus e mitos sobre o que envolve a doação.

## Projeto Escola/Doador do Futuro

Esse projeto é voltado para a educação de jovens sobre a doação de sangue, objetivando contribuir para a “formação” do doador do futuro. Tem a intenção de incentivar, estimular e educar os alunos a se tornarem doadores e/ou multiplicadores da doação de sangue.

Encontros dialogados com alunos, pedagogicamente intitulados de palestras, em instituições públicas e privadas do ensino fundamental e do ensino médio, constituem atividade central do projeto. Outras atividades, como apresentação de trabalhos sobre a doação de sangue em feiras de ciências, gincanas, visitas de alunos aos hemocentros, coletas externas organizadas com a parceria da comunidade escolar, teatro, capacitação de professores da rede de ensino e capacitação de agentes comunitários, dentre outras, constituem desdobramentos desse projeto.

### Objetivos

Tem como objetivo geral contribuir para a “formação” dos futuros doadores de sangue e/ou multiplicadores dessa ideia/ação.

- ▶ Despertar a comunidade escolar para a necessidade da doação de sangue;
- ▶ Desmistificar preconceitos e tabus sobre a doação de sangue;
- ▶ Motivar o jovem para o cuidado com a sua saúde e com seu corpo, a fim de contribuir para a saúde individual e coletiva;
- ▶ Informar, sensibilizar e educar alunos sobre a doação de sangue, visando à “formação” de futuros doadores e/ou multiplicadores dessa ideia;
- ▶ Incentivar a participação da comunidade escolar na realização de atividades referentes à doação de sangue, como gincanas, feiras de ciências, concursos, produções textuais, trabalhos artísticos, entre outros;
- ▶ Estimular a participação dos familiares no processo da doação de sangue a partir do próprio aluno.

### Metas

As metas devem ser estabelecidas conforme a realidade em que se insere esse projeto; porém, essa é uma estratégia que deve ser desenvolvida continuamente, a longo prazo, pois desencadeia resultados em curto, médio e longo prazos.

Figura 8 – Cartaz do Projeto Escola do Hemosc



Fonte: Hemosc.



Fonte: Hemosc, 2013.

Figura 9 – Fólder do Projeto Escola utilizado nos anos de 2013 e 2014

### Operacionalização

- Contatos com as escolas por meio de ofícios, *e-mails* para apresentar o projeto, buscando parcerias;
- Cadastro da escola contendo dados de identificação, contatos e registro histórico;

- ▶ Definição das ações: reuniões, palestras, gincanas, visitas de alunos ao hemocentro, etc.;
- ▶ Após a palestra com os alunos, se possível, distribuir um brinde (ex.: borracha, régua, marcador de texto com identificação do projeto), com o objetivo de lembrar o jovem sobre o trabalho desenvolvido;
- ▶ Estabelecer cronograma de ações/agenda;
- ▶ Criar, se possível, material informativo (folderes, cartazes, etc.), buscando facilitar a integração e identidade do projeto com a comunidade escolar;
- ▶ Registrar, fotografar, quando possível, as ações e socializá-las no site institucional e/ou disponibilizá-las para divulgação na escola;
- ▶ Avaliação das ações realizadas.

### **Rotinas**

- ▶ Todas as atividades devem ser agendadas previamente. Nas palestras deverá ser abordada a importância da doação de sangue voluntária, altruísta, habitual e responsável, além das rotinas da instituição em relação à coleta, separação de hemocomponentes, exames laboratoriais e distribuição do sangue;
- ▶ É importante a distribuição de fólder explicativos sobre a doação de sangue, com o objetivo de que sejam socializados nas famílias, extrapolando as fronteiras das escolas;
- ▶ É importante, quando possível, a distribuição de um brinde para os alunos a fim de ser mais um incentivo e lembrança à doação de sangue;
- ▶ Registrar no sistema do hemocentro os dados referentes aos alunos participantes do projeto, como nomes e as respectivas datas de nascimento, a fim de constituírem um banco de dados para avaliações e/ou possíveis pesquisas.

### **Recursos Necessários**

- ▶ Profissional da Captação;
- ▶ Material de divulgação;
- ▶ Brindes para os alunos;
- ▶ Computador;
- ▶ *Pen drive.*

### **Avaliação**

Convém disponibilizar um formulário de avaliação ao professor que tenha acompanhado as palestras e/ou outras atividades, objetivando melhorar o

trabalho realizado. Sugere-se que, com o tempo, os formulários sejam compilados em um relatório semestral ou anual para organização dos dados.

### **Desdobramentos do Projeto Escola/Doador do Futuro**

Os projetos a seguir partem da experiência do hemocentro coordenador do Hemosc a partir do Projeto Escola. São eles: Projeto Arte na Doação (teatro); Projeto Alegria para Quem Doa Vida (alunos em criatividade de materiais); Projeto de Capacitação de professores da rede municipal de ensino de São José; Capacitação de Agentes Comunitários; Capacitação de Multiplicadores da Doação de Sangue entre os Universitários.

### **Projeto Arte na Doação**

Esse projeto surgiu da necessidade de incrementar de forma lúdica as ações do Projeto Escola, por perceber-se a diversidade na expressão comportamental dos alunos e a necessidade de maior aproximação com o jovem. Então, criou-se o “Arte na Doação” para levar o tema da doação de sangue às escolas por meio da arte cênica e da catarse, facilitando assim a compreensão da necessidade da doação de sangue e do que a envolve.

Ressalta-se a necessidade de recursos financeiros a fim de viabilizar o projeto. Uma forma de torná-lo exequível seria a adesão de empresas como patrocinadoras, a exemplo do desmembramento deste em outros, a partir do custeio por empresas da região.



**Figura 10** – Fotografia dos bonecos protagonistas do Arte na Doação

Fonte: Florianópolis, SC, 2004.

### **Objetivos**

- ▶ Aproximar o hemocentro das escolas por meio do teatro com bonecos sobre doação de sangue;
- ▶ Diversificar as abordagens em relação ao tema da doação de sangue entre os alunos do ensino fundamental e do ensino médio;
- ▶ Despertar, de forma lúdica nas crianças e jovens, o interesse pela doação de sangue;
- ▶ Atrair a atenção das pessoas para a doação de sangue;
- ▶ Toda ação, estratégia e/ou projetos e programas devem ser avaliados a fim de melhorar e/ou corrigir distorções.

### **Capacitação de professores da rede municipal de ensino de São José**

Esse projeto surgiu da necessidade de capacitação dos professores da rede municipal de ensino de São José, devido a uma lei municipal que estabelece a importância e necessidade de os professores trabalharem em sala de aula a temática da doação de sangue. O interesse partiu da Secretaria Municipal de Educação, sendo o projeto planejado, executado e avaliado em parceria pelas instituições envolvidas.

### **Objetivos**

- ▶ Motivar profissionais da área da educação a se tornarem corresponsáveis pelo processo de educação para a doação de sangue;
- ▶ Motivar, cada vez mais, pessoas a tornarem a doação de sangue uma atitude habitual, humanitária e de responsabilidade coletiva;
- ▶ Contribuir para o aumento do número de doadores de sangue;
- ▶ Despertar no educador formas de sensibilizar o aluno para a necessidade da doação de sangue.

Foram dois dias de capacitação entre os professores, com discussão em grupo, além da socialização de conteúdos necessários para a sustentação das reflexões e debates em sala de aula com os alunos. Os professores discutiram e apresentaram propostas de atividades a serem desenvolvidas no cotidiano escolar.

A avaliação foi realizada pelos professores, por profissionais da Secretaria Municipal de Educação e do Hemosc, de forma verbal e escrita.

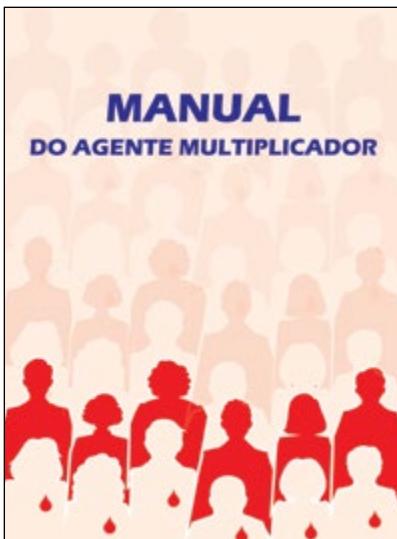
## Projeto de Formação de Agentes Multiplicadores para a Doação de Sangue

É estratégia importante e eficaz na mobilização de diversos segmentos, com resultados que impactam positivamente a quantidade e qualidade do sangue doado. Uma ferramenta que diferencia a relação que se estabelece entre lideranças de diversos grupos sociais e os Hemocentros, fomentando a participação e compromisso com a promoção da doação de sangue e oportunizando à população contribuir para a ampla divulgação da doação de sangue e sua importância.



**Figura 11** – Exemplo do adesivo do curso de agente multiplicador

Fonte: Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope, 2014).



**Figura 12** – Exemplo de Manual do Agente Multiplicador

Fonte: Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope, 2014).

## Objetivos

- ▶ Qualificar segmentos representativos da sociedade para a formação de multiplicadores de informações sobre a doação de sangue;
- ▶ Criar espaços de conhecimentos sobre a temática do sangue (história da hemoterapia, ciclo do sangue, sangue no contexto da saúde pública, informações sobre as legislações vigentes na sociedade e a doação de sangue);
- ▶ Preparar representantes de segmentos da sociedade que possuam Campanhas de Doações de Sangue agendadas.

## Operacionalização

- ▶ Contatos com diversos segmentos da sociedade por meio de *e-mails* ou telefones, para apresentar o projeto e estabelecer parcerias;
- ▶ Estabelecer cronograma de ações;
- ▶ Estabelecer prazo para realização de projeto dentro da instituição, podendo este ser realizado trimestralmente, semestralmente ou a depender das possibilidades da equipe de Captação do Hemocentro;
- ▶ Realizar treinamento no Hemocentro ou nas instituições parceiras;
- ▶ Organizar programa que contemple a história da hemoterapia, o ciclo do sangue, as condições para doação do sangue (legislação vigente), a importância da doação de sangue, a doação como responsabilidade social, o papel e contribuição do multiplicador;
- ▶ Avaliação de impactos das ações do “*Multiplicador*”, nas campanhas realizadas;
- ▶ Definir carga horária mínima para realizar a qualificação.

## Metas:

As metas devem ser estabelecidas conforme a realidade de cada instituição.

## Recursos Necessários:

- ▶ Profissional da Captação;
- ▶ Material específico de orientação para o “*Multiplicador*”, como: cartilhas, manual e/ou fôlder;
- ▶ Fichas de inscrição, certificados, fichas de avaliação;
- ▶ Computador;
- ▶ *Pen drive*;
- ▶ Local para realização do treinamento “*Formação de Agentes Multiplicadores de Doação de Sangue*”.

## Projeto de Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde para a Captação de Doadores

O projeto surgiu a partir da necessidade e da importância do trabalho em parceria com os diversos segmentos da sociedade, especialmente com os agentes comunitários de saúde, devido à sua atuação entre a comunidade em prol da prevenção e promoção da saúde, por meio de ações educativas para a saúde individual e coletiva.

### Objetivos

- ▶ Qualificar os agentes comunitários para que se tornem multiplicadores de informações sobre a doação de sangue entre a comunidade em que atuam;
- ▶ Motivar, cada vez mais, pessoas a tornarem a doação de sangue uma atitude habitual, humanitária e de responsabilidade;
- ▶ Incentivar o indivíduo para o cuidado com a sua saúde e com o seu corpo, a fim de contribuir para a saúde coletiva;
- ▶ Aumentar o número de doadores de sangue.

### Operacionalização

- ▶ Contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- ▶ Reunião junto à Secretaria Municipal de Saúde com coordenadores do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para apresentação e discussão do projeto;
- ▶ Elaboração de cronograma para operacionalizar o projeto;
- ▶ Avaliação do Projeto de qualificação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- ▶ Acompanhamento e supervisão dos ACS na captação de doadores;
- ▶ Retorno dos resultados alcançados à SMS;
- ▶ O registro das atividades deve ser realizado durante todo o processo.

### Recursos Necessários

- ▶ Local adequado para a realização da qualificação;
- ▶ Profissionais da área do ciclo do sangue;
- ▶ Cartilha, fólder e cartazes de divulgação;
- ▶ Computador e *data show*.

É necessário um bom planejamento, monitoramento das ações e avaliação do processo, especialmente por ser um projeto que capacita o agente comunitário, profissional que desenvolve seu trabalho diário na comunidade, a multiplicar informações sobre a doação de sangue.

Há ainda outras linhas de atuação possíveis dentro da Captação de Doadores de Sangue. No desenvolvimento dessas ações, é primordial a criação de uma espiral de mobilização progressiva, envolvendo grupos representativos, que atuem em diversas áreas da sociedade. Isso significa convocar, unir forças para atuação em busca de um propósito comum e a ampla e responsável divulgação da doação voluntária.

Nesse âmbito, é fundamental para a introdução de novas estratégias um direcionamento e incentivo de lideranças à frente de grupos de representações diversas, para efetivação de ações pelo diálogo, com um objetivo pré-definido e compreensível que venha a gerar uma convicção coletiva quanto ao envolvimento de todos. De acordo com Abreu e Cardoso (2009): “A mobilização social e a organização, enquanto expressões das práticas educativas desenvolvidas em diferentes espaços sócio-ocupacionais consubstanciam-se em processos de participação social”.

Abaixo, um quadro com algumas das outras linhas de atuação possíveis nesse setor:

	<b>Líderes</b>	<b>Linhos de atuação</b>
Clubes de serviço	Presidente, Governadores ou Dirigentes distritais, Comissões permanentes e adicionais, Associações de governadores, Grupos liderados pela juventude, etc.	Apreender o propósito e visão do clube; Participar das reuniões com as lideranças dos distritos, articular parcerias para divulgação nos espaços de mídia existentes; Facultar parcerias para a realização de campanhas e projetos.
Instituições religiosas	Arcebispos, Bispos, Reverendos, Padres, Freiras, Ministros, Pastores, Pastoras, Presbíteros, Diáconos e outros.	Conhecer a história, os dogmas da igreja, para que as ações previstas não venham a ferir esses dogmas; Valorizar os grupos já existentes que atuam em diversos projetos desenvolvidos pela igreja; Realizar reuniões com líderes para apresentação e discussão da proposta de mobilização nas igrejas para ações de promoção à doação de sangue.
Forças Armadas	Comandante da Unidade militar, Chefia do setor de Saúde, Comandantes de Companhias etc.	Apresentar proposta de campanha para o comando; Impulsionar a realização de reuniões com comandantes de companhias, para que incentivem as campanhas; Ministrar palestra com os soldados, reforçando no discurso a doação como ação voluntária.

Fonte: Autoras.

## Atenção às realidades locais

Não devemos esquecer que cada região do país tem suas peculiaridades – perfis, com diversidades e características locais. Esses são fatores que deverão permear as decisões, as justificativas e atividades que sensibilizem e motivem o público-alvo. Destacam-se, dentre tais peculiaridades, as características físicas, ambientais, socioeconômicas, educacionais, políticas e religiosas de determinada comunidade. Esses aspectos primordiais auxiliam a determinar e orientar os caminhos a serem trilhados, para que a sociedade seja partícipe na promoção da doação de sangue e que os resultados sejam coerentes com a realidade local.

Outro aspecto importante a ser considerado pelo profissional são os acontecimentos de cada região que valorizam datas e festeiros específicos, e que estes, por sua vez, configurem-se em períodos estratégicos de mobilização da população. Podemos destacar eventos como: carnaval, festas juninas, cerimônias religiosas, festivais, competições esportivas e outros. Caberá aos captadores um estudo de viabilidades e potencialidades para realização de campanhas nos períodos que antecedem os eventos e durante estes.



Fonte: Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope, 2014).

**Figura 13 – Exemplo de Campanha de Junina e Copa do Mundo**

**Figura 14 – Exemplo divulgação da Campanha de Carnaval - Ônibus**



Fonte: Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope, 2014).

## Tecendo considerações

A Captação de Doadores é um setor que tem a comunicação como instrumento de trabalho, e é por meio dela que demonstra a sua filosofia, seus princípios e valores norteadores das suas ações, estratégias, projetos e programas.

As estratégias utilizadas para captar doadores devem estar imbuídas de um corpo teórico com argumentos para sustentar as ações desenvolvidas. Dessa forma, além dos referenciais humanos, sociológicos, antropológicos, é necessário, fundamentalmente, o respeito às leis que regem a hemoterapia, as quais se encontram embasadas e norteadas pela Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (PNSH).

A mudança do panorama nacional, que apresenta 1,9% da população como doadora de sangue, conta não somente com as gestões participativas dos hemocentros públicos e bancos de sangue privados, mas, principalmente, com profissionais captadores comprometidos com a sua missão, e que buscam incansavelmente o seu aprimoramento, estudando e pesquisando novas estratégias sob uma perspectiva crítica, em busca do fortalecimento de uma cultura voltada à doação voluntária de sangue.

## Referências

- ABREU, M. M; CARDOSO, F. G. **Mobilização social e práticas educativas**. [S.l.]: UFMA, 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/Mari/Desktop/Disciplina\\_5\\_7\\_Franci\\_Gomes\\_M arina\\_Maciel.pdf](file:///C:/Users/Mari/Desktop/Disciplina_5_7_Franci_Gomes_M arina_Maciel.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 51, de 7 de novembro de 2013**. Altera a Resolução - RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010, que determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Disponível em: <<http://pegasus.fmrp.usp.br/projeto/legislacao.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2014.
- FREIRE, Paulo. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 4. ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- \_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- GIRON, L. S. (Org.). **Refletindo a cidadania**: Estado e sociedade no Brasil. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- LUDWIG, S. T.; RODRIGUES, A. C. M. Doação de sangue: uma visão de marketing. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 932-939, maio/jun., 2005.
- MAFFESOLI, M. **A contemplação do mundo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

\_\_\_\_\_. **O mistério da conjunção:** ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade. Porto Alegre: Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_. **O tempo das tribos:** o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense; 1987.

MELO, S.; POCOVI, R. M. **Caderno Pedagógico I.** Educação e Sexualidade Humana. Florianópolis: UDESC, 2002.

PEREIMA, R. S. M. R. **Sangue como fonte de vida:** os significados da doação de sangue em uma visão fenomenológica. 2002. 168 f. Dissertação (Mestrado em Educação e Cultura) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PEREIMA, R. S. M. R. *et al.* Doação de sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica. **Rev. Bras. Enfermagem**, [S.l.], v. 63, n. 2, p. 322-327, 2010.

RODRIGUES, R. S. M. **Projeto Escola [tese]:** educando para a captação de doadores de sangue. Florianópolis, SC, 2012. 197 p.

RODRIGUES, R. S. M.; REIBNITZ, K. S. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. **Texto Contexto Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 384-391, 2011.

# Estratégias de *marketing* aplicadas à promoção da doação de sangue

Doris Sandoval Lavorat<sup>1</sup>

Quando é referida a promoção da doação de sangue, é possível utilizar o conceito do *Marketing Social* para promover uma mudança de comportamento.

O termo *marketing social* apareceu pela primeira vez em 1971, para descrever o uso de princípios e técnicas de *marketing* para a promoção de uma causa, ideia ou comportamento social. Desde então, passou a significar uma tecnologia de gestão da mudança social, associada ao projeto, implantação e controle de programas voltados para o aumento da disposição de aceitação de uma ideia ou prática social em um ou mais grupos de adotantes escolhidos como alvo. (KOTLER; ROBERTO, 1992).

Dentro desse cenário, a causa da doação de sangue pode ser percebida como importante elo da comunidade com a sociedade. Nesse sentido, é necessário que os serviços de hemoterapia estejam, cada vez mais, próximos de seus doadores para que em conjunto criem novas ideias e iniciativas de *marketing*.

Nos dias atuais as pessoas estão cada vez mais preocupadas com questões de natureza social, e o *Marketing Social* torna-se um diferencial para a empresa que o pratica. Esse tema não somente proporciona grandes benefícios para a sociedade como também colabora para que a imagem corporativa de uma empresa seja bem vista por seus consumidores, colaboradores, fornecedores e mídia, criando um diferencial perante os concorrentes.

É dentro desse contexto que a doação de sangue pode inspirar empresas a abraçarem a causa, incentivando esse gesto entre seus empregados, familiares, clientes e fornecedores. Tais instituições podem colocar-se como estratégicos parceiros para patrocinar os materiais de comunicação para divulgação da causa ou ainda para captação de recursos voltados à criação e fomento da cultura da doação de sangue, por exemplo.

<sup>1</sup> Formada em Marketing pela Universidade Paulista/SP, pós-graduada em Comunicação com o Mercado pela Escola Superior de Propaganda e Marketing/SP, detendo MBA em Marketing pela Fundação Getúlio Vargas/SP. Gestora da Comunicação Corporativa da Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, que é a área responsável pela captação de doadores e realização das campanhas da instituição.

Ainda seguindo a mesma linha de raciocínio, as unidades de hemoterapia também podem obter apoio das agências de comunicação para divulgar essa importante causa em meio ao público local.

Cumpre lembrar que o *Marketing Social* realmente legítimo não é aquele que se pratica unicamente com recursos financeiros, mas sobretudo com a consciência e o coração. Bom exemplo para ilustrar esse conceito é a campanha “Tour do Carinho”, da Johnson & Johnson (Figura 15), que durante três meses levou um ônibus adaptado para doação de sangue às cidades-sede da Copa do Mundo, cuja meta era coletar 20 mil bolsas e “salvar um Maracanã de vidas”. A campanha atingiu o seu objetivo, e o vídeo criado para divulgação foi visualizado por mais de 3,5 milhões de pessoas.

**Figura 15** – Imagem de divulgação da campanha Tour do Carinho – Johnson & Johnson



Fonte: Arquivo Fundação Pró-Sangue.

Outra campanha que merece destaque é a campanha “Bombeiro Sangue Bom”, que mobiliza o efetivo do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo no mês de julho, época em que historicamente os estoques dos bancos de sangue diminuem por conta do período de inverno. A organização convoca a população para doação de sangue junto com os bombeiros e, dessa forma, ajuda no aumento das doações de sangue nesse mês. Em 2013, a ação contabilizou quase 30 mil bolsas de sangue.

Além da sensibilização para doação de sangue, as organizações precisam facilitar processos que levem a transformações de atitudes e comportamentos, pois só assim a mudança social será efetiva. Ocorre que muitas vezes os serviços de hemoterapia veem sua atuação limitada e circunscrita às políticas públicas ou à participação tímida da comunidade, mas isso não significa que não possam

empregar os recursos do *Marketing Social* para alcançar objetivos de transformação da sociedade.

Mas, para monitorar melhor essa transformação, é preciso criar um modelo de gestão que estabeleça metas mensuráveis e, ao mesmo tempo, inclua indicadores do trabalho de captação e triagem dos doadores para a quantificação e avaliação dos resultados.

### ***Marketing para serviços***

É importante destacar que qualquer serviço tem relação pessoal contínua com seus clientes, a qual é plenamente compatível com aquela que se estabelece com os doadores de sangue. Quando nos referimos aos serviços de hemoterapia, não há dúvida que experimentamos uma relação de troca entre dois sujeitos: de um lado, o candidato à doação que quer exercer um gesto de cidadania e, do outro lado, a instituição que receberá o seu sangue.

Enquanto para as empresas uma das principais metas do *marketing* é gerar receitas, o *marketing* de serviços pode ser direcionado para outros objetivos. No caso da Captação de Doadores, deve incentivar a mobilização de mais candidatos à doação aos postos de coleta.

O *marketing* de serviços assemelha-se, em vários aspectos, ao *marketing* de produtos tangíveis ou bens. Ambos são produtos destinados a oferecer “valor” aos clientes em uma troca. Ambos devem ser oferecidos em locais apropriados. Desse modo, os serviços de hemoterapia podem usar vários tipos de comunicação para informar o público doador sobre a doação de sangue ou mesmo para estimular a repetição desse nobre gesto.

O composto de *marketing* para serviços contém os mesmos “4Ps” (produto, promoção, praça e preço) do *marketing* de bens. Para proporcionar serviços de qualidade, os serviços de hemoterapia precisam adequá-los às necessidades e desejos específicos de seus clientes. É por meio de tal medida estratégica que se cria o “valor agregado”. Para atingir tal condição, torna-se necessária a adoção de indicadores internos de satisfação do cliente/doador (indicadores de auditoria de qualidade, pesquisa de satisfação, etc.). Contudo, muitas vezes isso não é feito, pois muitos profissionais pressupõem que já conhecem a fundo seus doadores, o que nem sempre é verdade.

É por tudo isso que os serviços de hemoterapia devem inovar e melhorar seus processos continuamente. Programas de qualidade e certificações podem

padronizar procedimentos e conduzir a instituição à valorização da qualidade de seus serviços.

### Estratégias de *marketing mix*

Qualquer estratégia de *marketing* se inicia analisando os “4 Ps”, que, na realidade dos serviços hemoterápicos, podem ser entendidos dessa forma: produto (doação de sangue), promoção (comunicação, *marketing* direto, relações públicas, publicidade, etc.), praça (localização dos postos de coleta) e preço (valor do serviço).

Cumpre lembrar que a aplicação desses conceitos acaba passando por algumas adaptações, em função das particularidades do ambiente hemoterápico, sobretudo no que diz respeito ao quesito “preço”. Conforme legislação vigente, a doação de sangue não pode ser remunerada. Entretanto, o processo de coleta, processamento, sorologia, estoque e distribuição da bolsa implica em elevados custos operacionais, acrescidos de outros custos indiretos que dão suporte à operação, mediante repasse de valores pelo Sistema Único de Saúde.

De qualquer modo, as ações e estratégias de *marketing* compreendem mistos dos “4 Ps”, seja para atrair e reter consumidores/doadores, seja para desenvolver vantagens competitivas (capacidade de ter um desempenho melhor do que o dos concorrentes na oferta de algo que o mercado valorize). Em se tratando dos serviços hemoterápicos, pode-se conseguir um diferencial por meio da disponibilização de estacionamento gratuito aos doadores, por exemplo.

Mas não basta simplesmente adotar o modelo dos “4 Ps” na gestão estratégica de *marketing*. Os serviços de hemoterapia devem também estudar as tendências no ambiente de seus serviços, de forma a ajustar suas estratégias de forma reativa ou proativa.

O ambiente de *marketing* contempla um **macroambiente**, que é incontrolável, e um **microambiente**, que é controlável. Pode-se afirmar que o primeiro consiste de: ambiente demográfico (tamanho da população, nível de educação, etnias, etc.); ambiente econômico (renda per capita, distribuição de renda, etc.); ambiente sociocultural (valores e crenças, segmentação do público, comportamento em relação ao espaço e tempo); ambiente legal (leis e regulamentações); ambiente tecnológico (ritmo das mudanças tecnológicas, substituição de trabalho por tecnologia) e ambiente natural (recursos finitos, recursos renováveis, qualidade do ar e da terra). Já o segundo, por sua vez, inclui os consumidores (doadores), os concorrentes, os fornecedores e outras partes interessadas nos objetivos ou nas ações das organizações (serviços de hemoterapia).

## Planejamento estratégico

A análise do ambiente e o estudo dos “4Ps” permitem conhecer o mercado e definir as tarefas mais adequadas para alcançar os objetivos propostos. Cumple lembrar que esses dois conceitos são fundamentais para a implementação de qualquer planejamento estratégico que, dentre outros propósitos, deve objetivar o desenvolvimento de ações de curto, médio e longo prazo, as quais devem estar alinhadas aos conceitos de missão, visão e valor institucionais.

### Sugestão de processo de planejamento estratégico de *marketing* nos serviços de hemoterapia:

- 1) **Estabelecimento de objetivos:** identificação dos objetivos específicos (por exemplo, aumento das doações de sangue, aumento de alguma faixa etária) ou objetivos pontuais em resposta a algum fato relevante (declínio das convocações de doadores).
- 2) **Análise da situação:** identificação dos fatores internos relevantes (forças e fraquezas) e fatores ambientais externos que trazem um peso específico ao problema ou dificuldade. Aqui, tal identificação pode ser feita por meio da análise SWOT, do inglês Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças).

	Positivo	Negativo
Fatores internos	Forças	Fraquezas
Ambiente externo	Oportunidades	Ameaças

- 3) **Desenvolvimento de alternativas estratégicas:** elaboração de ações estratégicas.
- 4) **Avaliação das alternativas estratégicas:** identificação de alternativas estratégicas com critérios de decisão específicos, que variam de acordo com a realidade de cada serviço de hemoterapia.
- 5) **Desenvolvimento de plano estratégico:** definição das melhores ações estratégicas a serem desenvolvidas conjuntamente com os respectivos planos táticos a serem implementados.

Um plano de *marketing* deve trazer considerações detalhadas sobre os objetivos a serem alcançados, como o mercado-alvo (população doadora, por exemplo) e as estratégias de *marketing mix* apropriadas para agregar “valor”.

Por meio dos resultados obtidos a partir da avaliação do desempenho estratégico, torna-se possível determinar se as estratégias de *marketing* foram efetivas e eficientes para alcançar os objetivos propostos.

Outra ferramenta amplamente utilizada no planejamento de ações futuras e na implementação de mudanças é o famoso ciclo do PDCA (P = planejar; D = do verbo inglês *do*, que em português significa fazer; C = checar; e A = agir corretivamente).

### **Sistemas de Informação de Marketing (Sim) nos Serviços de Hemoterapia**

Dados como a quantidade de doadores cadastrados, histórico de doações, número de bolsas coletadas, tipo de doação e faixa etária do doador são fundamentais para formação de um Sistema de Informação de *Marketing* - SIM, que pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias e novas ferramentas de apoio aos processos decisórios das unidades hemoterápicas.

A pesquisa de *marketing* é o método formal e sistemático de coleta, análise e disseminação de informações. Quando aplicadas aos serviços de hemoterapia, tais informações podem ser relativas aos doadores, concorrentes e outros aspectos do ambiente.

### **Processo de pesquisa de marketing**

- 1) **Definição da problemática:** geralmente as situações cotidianas trazem dados que permitem identificar e dar forma à problemática em questão, que pode ser concebida, por exemplo, como um horário limitado de doação, uma melhoria no atendimento ao doador ou ainda uma investigação de não conformidade.
- 2) **Seleção do formato da pesquisa:** verificação da forma pela qual a pesquisa deve ser conduzida e do tipo de metodologia aplicado. Nessa etapa, apura-se também o tipo de pesquisa:
  - ▶ Exploratória – quando se pretende definir prioridades ou hipóteses, bem como compreender melhor a problemática;
  - ▶ Descritiva – usado para responder questões específicas ou testar hipóteses;
  - ▶ Casual – utilizada para procurar as relações de causa-efeito, não devendo ater-se somente à relação entre duas variáveis.
- 3) **Coleta de dados:** coleta de dados de forma sistemática de acordo com o formato da pesquisa específica. Tais dados podem ser categorizados de duas formas: dados primários (observados e gravados ou coletados diretamente da pessoa pesquisada) e dados secundários (coletados por jornais, revistas, relatórios elaborados por terceiros, entre outros). Nessa fase, também é determinado o tipo de amostra, que pode ser:
  - ▶ Probabilística – que traz a probabilidade de selecionar qualquer entrevistado da população na amostra;

- ▶ Não probabilística – feita com base em considerações específicas de pesquisa ou julgamento do pesquisador.
- 4) **Análise e interpretação de dados:** análise da informação por meio de técnicas qualitativas e quantitativas (estatística), além da totalização dos resultados.
  - 5) **Preparação de relatórios e resultados:** elaboração de relatório que define quais resultados encontrados serão considerados para o planejamento estratégico.

### **Entendendo o comportamento do consumidor**

O comportamento do consumidor (no caso, o comportamento do doador) é influenciado por inúmeros fatores:

#### *Fatores externos*

- 1) **Cultura:** conjunto de valores comuns, costumes e crenças do principal grupo social com os quais o doador/consumidor se identifica.
- 2) **Classe social:** status social específico com o qual o doador/consumidor se identifica ou deseja ser identificado.
- 3) **Grupos de referência:** grupos específicos do ambiente próximo ao consumidor/doador, do qual é membro ou ao qual aspira pertencer.
- 4) **Formadores de opinião:** pessoas significativas dos grupos de referência que influenciam as opiniões do consumidor/doador sobre algum assunto.
- 5) **Ambiente familiar:** influências que formam crenças e valores do consumidor/doador sobre escolhas de consumo.

#### *Fatores internos*

- 1) **Motivações:** desejo de satisfazer necessidades e vontades específicas por meio de escolhas de consumo.
- 2) **Comportamento:** posicionamento subjetivo do consumidor/doador diante de escolhas de consumo específicas, podendo ser negativo ou positivo.
- 3) **Aprendizado:** o quanto de conhecimento e habilidades o consumidor adquire a partir de suas escolhas. Quase sempre resulta em mudança de comportamento.
- 4) **Percepções:** atenção e compreensão dos estímulos externos (por exemplo, propaganda).

### Fatores situacionais

- 1) **Ambiente físico:** seja em casa ou em outro local, o ambiente físico influencia as escolhas do consumidor/doador, quando exposto ao contexto ou estímulo de *marketing*.
- 2) **Finalidade de escolha:** o consumidor/doador tem a opção de seguir sua própria escolha ou a sugestão de um membro da família ou de outra pessoa.
- 3) **Limitação de tempo:** o comportamento do consumidor na busca de um serviço pode ser afetado, por exemplo, pela sua disponibilidade de tempo.

### Promoção

É o conjunto de ferramentas de incentivo projetadas para estimular a compra ou a aquisição de um serviço mais rápido. Também pode ser usada para gerar valor para o consumidor, causando impacto e levando-o até o serviço ou produto.

### Mix promocional

É composto por métodos de comunicação de massa (propaganda, promoção de vendas, relações públicas, eventos, patrocínios e websites) e pela comunicação pessoal (*marketing* direto, vendas pessoais). Uma “Comunicação Integrada de *Marketing*” só é atingida quando todos os métodos de promoção utilizados tiverem como foco o envio de uma mensagem clara e consistente ao público-alvo. Esse conceito é plenamente aplicável aos processos de captação dos doadores.

### Processo de desenvolvimento de promoção:

- 1) **Selecionar e entender o público-alvo:** conhecer os hábitos de mídia e as preferências do mercado-alvo;
- 2) **Desenvolver objetivos de comunicação:** consiste em traçar objetivos que sejam claros, específicos e desafiadores, mas alcançáveis.
- 3) **Estabelecer orçamento de comunicação:** consiste em estabelecer objetivos de acordo com a realidade institucional. Nas empresas, é comum estabelecer-se um percentual baseado nas vendas. Contudo, para os hemocentros isso se torna bem difícil; porém, mesmo assim necessário. De qualquer modo, é muito importante disponibilizar recursos, por mínimos que sejam, às ações de comunicação. Mas para tanto é preciso otimizar a sua aplicação, o que não significa uma garantia para atingir os objetivos iniciais propostos.
- 4) **Avaliar as opções de mensagem:** deve-se decidir qual a melhor estratégia de mensagem para alcançar seus objetivos.

- 5) **Decidir o mix promocional:** escolha entre os vários métodos de comunicação de massa e comunicação pessoal.
- 6) **Implementar e avaliar:** deve-se avaliar as comunicações de *marketing* considerando-se os resultados, a partir dos quais se traçam objetivos a serem alcançados ou mudanças que possam ser atribuídas diretamente à promoção.

Como exemplo de promoções dirigidas aos doadores, é possível citar os displays nos postos de coleta (Figura 16), reservados ao armazenamento de folhetos e adesivos, cartazes e totens.

**Figura 16 – Displays de mesa e totem – Fundação Pró-Sangue/SP**

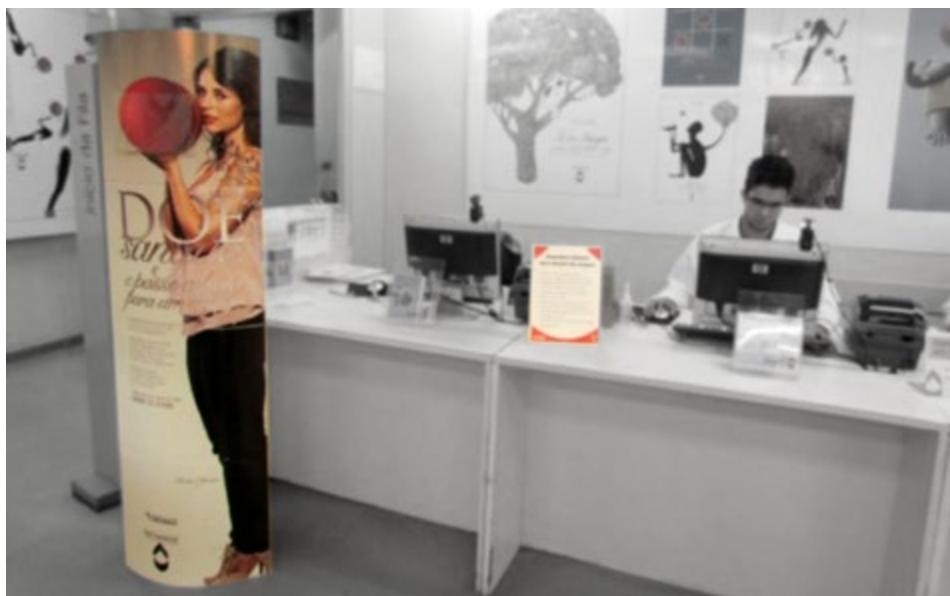


Foto: Arquivo Fundação Pró-Sangue.

### Propaganda

É a forma de se comunicar mais popularmente conhecida. Trata-se de uma técnica de comunicação de massa que inclui a veiculação de anúncio ou mensagem, por tempo limitado, nos meios de comunicação, seja de forma paga ou gratuita.

Dentre as mídias que podem ser utilizadas nas ações comunicativas, encontram-se:

### ***Televisão***

Apelando para o sentido da visão e da audição (mediante o uso de palavras, imagens, música e outros sons), a televisão consegue alcançar o maior número de pessoas ao mesmo tempo.

É possível estar presente nesse tipo de mídia por meio de comerciais (espaços pagos, em torno de 15 a 30 segundos) ou de infomerciais (inserções televisivas, de aproximadamente 30 minutos, que misturam informação e propaganda). Além dos custos elevados de exibição da grade televisiva, cumpre lembrar que a produção desses comerciais também exige um aporte de investimento. Contudo, muitos veículos vêm disponibilizando cada vez mais espaços gratuitos em sua programação, em apoio a causas sociais, a exemplo da doação de sangue.

### ***Rádio***

Pode-se pensar que o rádio está sendo substituído pela televisão ou por outros meios de comunicação. Mas, apesar de toda a inovação tecnológica assistida no universo midiático, continua sendo o veículo de comunicação mais abrangente. Prova disso é que há um número maior de emissoras de rádio do que televisivas.

Investir nesse tipo de mídia pode ser bem compensador. Os valores de veiculação no rádio são bem menores comparativamente aos da televisão, isso sem falar na facilidade que esse veículo dá aos anunciantes para que alcancem seu público-alvo. Por outro lado, tal como nos comerciais de televisão, os anúncios de rádios têm vida curta e não são os mais adequados para a transmissão de informações abstratas e complexas. Aliado a isso, estudos de comunicação atestam que esse tipo de veículo tem um menor poder de reter a atenção do público. Isso porque o rádio permite que as pessoas façam simultaneamente outras atividades enquanto ouvem a sua programação.

### ***Imprensa escrita***

Dependendo de seu conteúdo e circulação, jornais e revistas podem propiciar uma exposição tanto ampla como restrita a um público específico. Uma das grandes vantagens desse tipo de mídia é que os anúncios impressos podem divulgar informações detalhadas sobre assuntos e produtos complexos.

A cobertura para anúncios em jornais pode ser muito boa, desde que se dê em um veículo de grande circulação. Contudo, isso não garante eficácia para captar a atenção do público. Para uma estratégia adequada de veiculação, é necessário o desenvolvimento de um plano de mídia (planejamento de como serão

veiculadas as inserções nos diversos meios de comunicação). Desse modo, nem sempre a divulgação num veículo de grande circulação assegura maior retorno. Muitas vezes torna-se mais vantajoso anunciar num veículo de menor tiragem, de forma mais recorrente, para se conseguir a audiência desejada.

Nesse sentido, as revistas cumprem bem esse papel. Muitas delas são publicações segmentadas destinadas a públicos específicos. Outra vantagem é o fato de permitir a veiculação de imagens de altíssima qualidade, com reprodução fiel das cores, o que sem dúvida pode ser um bom chamariz para captar a atenção maior do público. Entretanto, a divulgação de anúncios nesse tipo de mídia leva mais tempo do que em jornal diário.

### *Mala direta*

Com a mala direta é possível direcionar a propaganda com precisão para um público específico. Muitos serviços de hemoterapia já utilizam esse canal na convocação de doadores, com bons resultados, e essa ação tem-se tornado uma ferramenta bem importante (Figura 17). Apesar disso, é preciso ficar atento ao seu custo, pois o preço do papel e as despesas postais aumentaram muito nos últimos anos.

**Figura 17 – Mala-direta de convocação de doadores – Fundação Pró-Sangue/SP**



Foto: Arquivo Fundação Pró-Sangue.

### *Outdoor*

É a propaganda ao ar livre e inclui *banners*, placas nos edifícios, bandeiras, propagandas em ônibus, táxis e estações de metrô. Um *outdoor* pode alcançar muitas pessoas de forma mais recorrente, mas raramente pode visar a uma audiência específica, exceto pela localização geográfica. A mensagem deve trazer poucos elementos e ser simples, objetiva, mas chamativa. O índice de lembrança de *outdoor* é alto: 72% (pesquisas da Mediаcross e da J. W. Thompson).

### *Internet*

Uma das grandes virtudes que a rede mundial de computadores oferece é a possibilidade de combinar palavras, imagens, sons e vídeos. Atualmente, é indispensável que os serviços de hemoterapia tenham uma página na internet com informações institucionais, requisitos para doação de sangue, localização dos postos de coleta, telefones, *e-mail* para contato, entre outros. Por meio de um site próprio, é possível ter maior controle da informação e do impacto da propaganda, o que pode dar-se mediante o monitoramento do número de visitantes, páginas mais acessadas, origem dos acessos, dias de maior volume de visita, entre outras informações. Outra vantagem trazida por tal mídia é a possibilidade de maior interação com o seu público, podendo constituir-se numa excelente oportunidade de aproximação e relacionamento com os doadores/clientes.

A internet oferece muitos benefícios. Um deles é o fato de que qualquer hemocentro, independentemente do porte do seu serviço, pode criar um site básico. Atualmente, a própria rede oferece uma série de ferramentas gratuitas para desenvolvimento de páginas web.

Geralmente, esse tipo de mídia consegue captar a atenção do público com grande facilidade. Contudo, se uma página apresentar problemas na sua construção (por exemplo, ter imagens pesadas), as pessoas podem com a mesma facilidade desistir de navegar num site específico. Dessa forma, os desenvolvedores devem considerar a capacidade do *hardware* e *software* utilizados pelos internautas, de modo a garantir um acesso rápido à página a ser visitada.

Outra questão é a vulnerabilidade inerente a esse meio de comunicação. Qualquer pessoa pode desencadear, via *online*, uma corrente difamando uma pessoa, empresa ou mesmo um serviço. Aliado a isso, um *hacker* pode tirar um site do ar, a qualquer momento.

### Mídias digitais

A comunicação eletrônica baseada em tecnologia digital vem-se consolidando como forte tendência para os próximos anos. Aqui cabe um destaque especial para os *blogs* e redes sociais.

Os blogs são geralmente *websites* gerados e mantidos por usuários que, com frequência, pertencem a categorias específicas. Atualmente, muitos *blogueiros* estão se consagrando como verdadeiros formadores de opinião, conseguindo uma legião de seguidores no universo *online*. Sob essa perspectiva, uma forma de dar grande visibilidade à causa da doação de sangue é garantir que ela seja tema em evidência em *blogs* conceituados.

Já as redes sociais, por sua vez, vêm-se consolidando como uma ferramenta eficaz de interação e aproximação das pessoas (Figura 18). Esse tipo de mídia permite que os indivíduos se comuniquem entre si por meio das mensagens postadas e compartilhamento de conteúdos.

Os serviços de captação devem adotar cada vez mais essas atuais plataformas nos seus processos comunicativos, caso queiram incrementar o resultado de captação.

**Figura 18** – Post no Facebook do Hemorio – Instituto Estadual de Hematologia Artur de Siqueira Cavalcanti



Imagen: Gabriel Neumann.

### Outras mídias

Além dos consagrados meios de comunicação, há uma série de mídias alternativas que podem ser implementadas. Desde que consiga inserir uma mensagem – como a frase “Doe Sangue” – qualquer suporte pode tornar-se numa criativa mídia. Como exemplo, pode-se citar os uniformes dos atletas e times de futebol, as placas nos estádios, os carros de corrida, as catracas das estações do metrô e até mesmo as bandeirinhas das quermesses (Figura 19).

**Figura 19** – Catraca na estação do Metrô – SP(1); Tipo sanguíneo nas camisetas dos jogadores – SP(2)



Fotos:(1) Arquivo Fundação Pró-Sangue e (2) Arquivo agência Publicis Brasil.

Outra forte tendência é a comunicação em celulares ou dispositivos móveis (*mobile marketing*), que pode incluir interessantes aplicativos ou criativos torpedos (Figura 20). Atualmente, há inúmeras empresas que já vêm demonstrando seu interesse no desenvolvimento de *softwares* e outras aplicações tecnológicas voltadas para a convocação de doadores.

**Figura 20** – Aplicativo HemoligaSite Positive Drop



Imagem: 2TAF Soluções em Tecnologia da Informação LTDA Imagem: Natan Magalhães e Rafael Barreiros.

Enfim, há um universo de infinitas possibilidades para se divulgar esse gesto tão nobre que é a doação voluntária de sangue. Basta um toque de criatividade e um pouco de sensibilidade para se perceber que é no próprio ambiente que se encontram ótimas ideias para o desenvolvimento da comunicação mais adequada.

### *Publicidade*

É a comunicação de informações vista como “não paga”, geralmente na forma de algum tipo de mídia. A publicidade pode se manifestar em uma diversidade de formas, sendo que a mais usual é a reportagem nos veículos de comunicação. Mas para obter esse espaço é preciso enviar um comunicado à imprensa (*press release* ou aviso de pauta), de modo a chamar a atenção para um evento específico.

O *press release* é um texto escrito e distribuído a jornais, revistas, emissoras de rádio, TV e internet. Fornece informações sobre a instituição, seus serviços e os nomes e telefones das pessoas que podem ser contatadas para detalhes adicionais (preferencialmente, é interessante a instituição designar porta-vozes para representá-la). Podem-se incluir fotos ou links de vídeos para inserção.

Algumas dicas:

- ▶ Sintetizar: o melhor é usar uma única página.
- ▶ Adotar linguagem clara, objetiva e concisa, evitando jargões.
- ▶ Caprichar na introdução, de forma a prender a atenção do leitor.
- ▶ Citar fatos ou números importantes.

Algumas instituições podem dispor de serviço de assessoria de imprensa que, sem dúvida, é o profissional mais qualificado para articular o contato com os veículos de comunicação. Caso isso não seja possível, a área de Captação de Doadores pode iniciar esse processo e criar um relacionamento com esses veículos.

### *Eventos e relações públicas*

É muito importante que os hemocentros participem de eventos de grande porte. O tema da doação voluntária de sangue pode ser explorado em feiras ou exposições (Figura 21). A vantagem desses ambientes consiste no fato de poder reunir um grande número de pessoas em um único local, num curto período de tempo. Esses eventos são particularmente úteis para atingir o público-alvo da doação de sangue. Ainda que tal participação implique em investimentos, vale lembrar que muitas organizadoras disponibilizam espaços gratuitos para divulgação das causas sociais.

**Figura 21** – Exposição “A Bola Vermelha” com curadoria da agência Publicis Brasil – Shopping Frei Caneca/SP



Foto: Arquivo Fundação Pró-Sangue.

As redações de jornais, revistas e emissoras de rádio ou televisão recebem informações de vários canais diariamente. Organizar eventos é uma boa maneira de conseguir destaque nesses veículos. (Figura 22).

**Figura 22** – 2<sup>a</sup> Corrida de Rua do Hemosc – promovida pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina



Imagen: Sambba Propaganda.

Um profissional de Relações Públicas pode ser um importante articulador das relações entre a imprensa e o setor de eventos de hemocentros. O objetivo desse profissional é colaborar para a criação de estruturas e canais de comunicação que facilitem o diálogo e a circulação de informações para fortalecimento da imagem corporativa.

### *Programas de fidelização*

Para se criar uma relação de lealdade com consumidor/doador e incentivar a repetição das doações, os serviços de hemoterapia podem utilizar algum tipo de programa de fidelização para valorizar o doador. Na Fundação Pró-Sangue, participantes que integram o Clube Irmãos de Sangue (doadores com mais de 10 doações voluntárias) (Figura 9) têm preferência no atendimento em todos os postos da instituição.

Figura 23 – Modelo de Carteirinha do Clube Irmãos de Sangue



Foto: Arquivo Fundação Pró-Sangue.

### *Convocação de doadores por telefone, e-mail e SMS*

Uma das formas mais comuns de convocação de doadores é por telefone. Esse recurso pode ser realizado em grandes ambientes, como *call centers* ou centrais de atendimento. Pode-se atender por meio de DDG (discagem direta gratuita - 0800), bem como centralizar, nesse setor, a convocação de doadores por *e-mail* e por SMS, os quais vêm se tornando uma importante ferramenta de captação. Na ausência de tais opções, tal trabalho pode ser realizado por um grupo menor de pessoas, bastando para isso dispor de um telefone, computador e lista de doadores previamente selecionada por tipo sanguíneo, telefone (fixo e celular) e *e-mail*.

Caso o serviço não possua estrutura para aquisição de programas especiais para envio de *e-mails*, pode-se realizá-lo manualmente. Para isso é preciso ter disponível uma conta de *e-mail*, tomando-se o cuidado para limitar o número de destinatários e o intervalo entre os envios. Deve-se ter tal precaução para que os servidores não bloqueiem o envio por caracterizá-lo como “*spam*”.

Nas convocações por SMS é necessário ter acesso a uma plataforma web para envio das mensagens, o que pode ser feito mediante a contratação de uma empresa do mercado.

### ***Questões Éticas na Publicidade***

Assim como se preconiza no mundo da propaganda, é indispensável que se dirijam esforços ao controle do teor da informação, que deve essencialmente nortear-se por preceitos éticos e de responsabilidade social. Nesse sentido, por exemplo, os *press releases* e os porta-vozes das instituições não devem declarar nada que seja enganoso, parcial ou prejudicial às pessoas. Para garantir o interesse e a credibilidade tão desejados, as mensagens devem ser objetivas e informativas, e não ardilosas manobras para obter, a todo custo, a atenção do público.

Uma instituição que pratica o *marketing* dirigido para o “valor” deve reconhecer o papel da publicidade na formação de relações de longo prazo com seu público-alvo. Vale lembrar que tal valor deve estar presente no “valor agregado” dos serviços e produtos, tão preconizado pelo *Marketing Social*. Somente dessa maneira é que será possível conseguir uma opinião pública favorável.

## **Considerações Finais**

Em face ao exposto, torna-se patente a importância de todas as áreas envolvidas no atendimento aos doadores terem a percepção de que essas pessoas têm um valor inestimável e imensurável para as instituições. Nesse sentido, os serviços de hemoterapia devem direcionar seus esforços para que o atendimento aos seus doadores atinja elevados patamares em grau de excelência.

## **Bibliografia**

ADULIS, Dalberto. **Marketing social: usos e abusos**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAG4AF/marketing-social-usos-abusos-dalberto-adulis>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

BARROS, Fischer; ASSOCIADOS. **Princípios de Marketing**. 1. ed. nov. 2012. (Série Administração & Negócios).

CHAND, Smriti. **Marketing Mix: Product, Price, Place, and Promotion (4Ps)**. Disponível em: <<http://www.yourarticlerepository.com/marketing/marketing-mix-product-price-place-and-promotion-4ps/5395/>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

CHURCHILL JR, Gilbert A.; PETER, J. Paul. **Marketing: criando valor para os clientes**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

COLUMNISTA PORTAL EDUCAÇÃO. **Processo de pesquisa de marketing.**

Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/administracao/artigos/23278/processo-de-pesquisa-de-marketing#ixzz3TvdROPWQ>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

LUIS, Diego. **Marketing social:** Por que fazer?. Disponível em: <<http://plugcitaros.com/2013/07/marketing-social-por-que-fazer/>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

O QUE É MARKETING?. Disponível em: <<http://www.significados.com.br/sobre/>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

O QUE É MARKETING SOCIAL?. Disponível em: <<http://www.sinprop.org.br/clipping/2001/CLIPPING2001-167.htm>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

PHILIP KOTLER APRESENTA O CONCEITO DE MARKETING FOCADO NO SER HUMANO. Disponível em: <<http://www.mercadoetico.com.br/arquivo/philip-kotler-apresenta-o-conceito-de-marketing-focado-no-ser-humano/>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

PHILIP, Kotlere; EDUARDO, Roberto. **Marketing social:** estratégias para alterar o comportamento público. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

RODRIGUES, Anderson Ricardo; PEIXOTO, Maria Gabriela Mendonça; SETTE, Ricardo de Souza. **Marketing social:** conceituação, características e aplicação no contexto brasileiro. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a12v33n03/123303201.html>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

SERRANO, Daniel Portillo. **O que é marketing 3.0?** Disponível em: <[http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos3/O\\_que\\_e\\_Marketing\\_3\\_0.htm](http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos3/O_que_e_Marketing_3_0.htm)>. Acesso em: 26 jun. 2014.



# **Captação hospitalar**

*Juciara Farias de Farias<sup>1</sup>*

*Heloisa Maria Dias de O. Gondijo<sup>2</sup>*

Historicamente a assistência à saúde no Brasil foi aprimorando-se com a criação de um sistema de controle de algumas políticas, como a de hemoterapia, no país. As atividades hemoterápicas compõem o processo de assistência à saúde, portanto, devem ser organizadas e estruturadas de acordo com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

No enfoque da concepção de saúde na Constituição, destacamos que “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”.

A legislação do sangue define que a doação deve ser de natureza altruísta e não remunerada, como ato relevante de solidariedade e compromisso social. Assim fica evidente a necessidade da busca de um comprometimento com a causa, criar estratégias que promovam a manutenção de um sistema transfusional condizente com a necessidade da população. Harmonizar os princípios do voluntariado e as diversas visões desse tema, doação de sangue, tornou-se desafiador para todos os serviços de Captação de Doadores do país. O cuidado com a manutenção dos estoques de sangue deve ser uma preocupação permanente. Logo, o envolvimento de parceiros variados com a questão da doação, incluindo familiares de pessoas internadas em hospitais e profissionais de saúde, abre caminhos para a construção de novas práticas para persuasão de candidatos à doação de sangue.

---

<sup>1</sup> Assistente Social do Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (Hemopa). Gerente de Captação de doadores de sangue. Especialista em gestão do terceiro setor.

<sup>2</sup> Comunicadora Visual da Fundação Hemominas. Gerente de Captação e Cadastro da Fundação Hemominas. Especialista em inovação.

## A Captação Hospitalar como um processo de educação em saúde

A educação em saúde, com foco na importância e necessidade da doação de sangue, é determinante para conscientizar e envolver a sociedade na manutenção dos estoques de sangue e hemocomponentes dos hemocentros e/ou serviços de hemoterapia. Considerando que a maior utilização desse líquido precioso – o sangue – acontece nos hospitais, esse segmento poderá ter uma contribuição extremamente ativa no processo de captação de doadores por meio da socialização e unificação das informações sobre a doação de sangue.

Considerando a prática educativa em saúde, nesse sentido Macedo (2001) comenta:

O processo educativo é o instrumento básico que veicula informações e experiência sobre a saúde [...]. A educação é instrumento de transformação social, não só a educação formal, escolarizada, mas toda ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e que estimulem a criatividade.(MACEDO, 2001, p. 19).

No cenário da captação, a educação em saúde, por meio de um conjunto de saberes, propicia qualidade de vida para a população, já que interfere diretamente na manutenção dos estoques de sangue que atendem os pacientes. É dentro desse contexto que foi necessário repensarmos a prática da captação nos hospitais, ultrapassando e combatendo velhos conceitos que se tinha da doação dirigida, entre eles:

### Práticas ultrapassadas

- ▶ Cada paciente era atrelado e/ou vinculado a um determinado doador como condição para receber uma transfusão.
- ▶ O trabalho era realizado leito a leito com abordagem diretamente aos pacientes.

Fonte: do autor.

## Quais caminhos a percorrer na parceria com hospitais x familiares de pacientes x agências transfusionais

O caminho deve ser iniciado na rede hospitalar e concluir no serviço de hemoterapia, aonde o candidato à doação chega trazendo valores, mitos, angústias e uma grande carga emocional. Ao interagirmos com candidatos à doação, estamos lidando com afetos, percepções, limites, vivências e, ainda, a situação-problema principal, que é a saúde do seu paciente. A utilização de

uma linguagem clara e objetiva, difundida no momento oportuno, é um poderoso instrumento de promoção ao incentivo do ato da doação voluntária de sangue no trabalho da captação hospitalar.

Nesse contexto, a captação tem o fundamental papel de criar intervenções para incrementar e promover novas abordagens e conceitos, em que a educação em saúde fique cada vez mais evidente, visando potencializar as ações no **agir comunicativo**, ferramenta necessária para a transformação de atitude dos potenciais doadores, cidadãos solidários e conscientes. É necessário atuar nessa perspectiva por meio de elementos como:

**Informação → Comunicação → Educação**

Esse tripé são pilares importantes para o trabalho de profissionais da captação, por meio de ações que podem transformar diariamente uma realidade e devem compor toda e qualquer atitude de mudança de comportamento. Alguns elementos devem fazer parte do repertório de abordagem dos captadores para subsidiar suas práticas – assim, citaremos alguns itens importantes.

Critérios
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Avaliar o contexto em que pacientes e familiares recebem a informação de que vão precisar de sangue; propiciar um espaço adequado para repassar as informações.</li> <li>▶ Perceber como os familiares podem doar e obter sangue para seus pacientes, de maneira responsável.</li> <li>▶ Identificar qual a representação do sangue nesse grupo familiar. Essa análise pode subsidiar um trabalho de educação em captação hospitalar, visando estabelecer uma relação motivadora para a família, já que a falta de informação pode comprometer a atitude positiva de um doador em potencial.</li> <li>▶ Prover informações corretas a respeito da doação, com atenção ao fato de que, muitas vezes, a representação do sangue para esse familiar ou paciente está relacionada a um imaginário negativo de morte e não de vida.</li> </ul>

Fonte: do autor.

Em muitas situações, os familiares deparam com a necessidade imediata das doações. Nesse momento, é muito importante que a mensagem de solicitação da doação de sangue não seja desvinculada de informação, tendo em vista que a intervenção junto ao familiar deve ser fomentada com orientações consistentes, mas sem perder a humanização e a natureza acolhedora do atendimento. Essa postura pode transformar uma doação dita de reposição em doação espontânea e de repetição, que é o principal alvo a ser perseguido por todos os serviços de captação do País.

Os profissionais de captação propõem a mediação, por meio de elementos como: acolhimento, esclarecimentos com informações de maneira clara, e o estímulo à participação crítica. Esses elementos podem motivar o retorno dos doadores de reposição, especialmente os de primeira vez.

O entendimento dessa realidade é uma condicionante aos profissionais da captação, em face aos inúmeros desafios e afirmação de comprometimento com as diretrizes de dimensão educativa e permanente, que devem ser partilhadas dentro dos hospitais por meio de uma equipe multiprofissional, para atuação em todos os setores, especialmente nos que recepcionam os pacientes.

Com o conceito de que as ações de saúde, enquanto prática educativa, têm por base o processo de capacitação continuada dos indivíduos e grupos, faz-se necessário incentivar os diversos segmentos de profissionais de saúde para assegurar uma atuação mais intensa e dirigida sobre a realidade da captação no hospital, no papel de **agentes multiplicadores** capazes de transformar positivamente o cenário da doação voluntária no Brasil. Importante constatar que o compartilhamento das informações sobre o processo de doação precisa acontecer de maneira contínua e atualizada .

## Estratégias para aumentar número de parceiros na rede hospitalar

As estratégias abaixo são propostas para implementação em agências transfusionais, equipe dos hospitais e de serviços de hemoterapia, com o objetivo de fomentar e promover o tema da doação de sangue como uma responsabilidade de todos. Algumas possibilidades de atividades de captação no sentido de aumentar parceiros na rede hospitalar para promover a doação de sangue:

### Estratégias

- ▶ Criar espaços de discussão sobre o ciclo do sangue, levando, para os hospitais, palestrantes que abordem temas como hemovigilância e uso racional do sangue, e não somente temas da doação. Essa estratégia gera um conhecimento mais aprofundado para a equipe do hospital sobre hemoterapia e fortalece a adesão ao projeto de captação.
- ▶ Realizar oficinas sobre captação hospitalar de doadores dirigidas a médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros. As oficinas devem ser informativas, com objetivo de potencializar e sensibilizar as equipes para a formação de multiplicadores.

*Continua*

## Conclusão

**Estratégias**

- ▶ Criação de materiais promocionais específicos à temática da doação. Por exemplo, cartazes ou folhetos com a chamada: "Doutor, oriente seus pacientes e familiares sobre a importância de doar sangue."
- ▶ Proferir palestra nas salas de espera, levando a informação da doação como um procedimento de saúde e disponibilizar vídeos educativos sobre os temas nos horários de visita aos pacientes em salas de espera.
- ▶ Fazer parte dos comitês transfusionais e de captação. Os comitês são constituídos por diversos profissionais da área de hemoterapia, incluindo um captador que pode ter o papel de, no grupo, pensar em estratégias e elaborar plano de ação de melhorias na atividade da captação dentro dos hospitais.
- ▶ Estabelecer uma relação dialogada com familiares de pacientes e equipe do hospital, deixando bem claro que o atendimento do paciente, em hipótese alguma, está condicionado ao envio de doadores.
- ▶ Socializar informações de hemoterapia com as assessorias de comunicação dos hospitais para dar suporte na divulgação e promoção do ato voluntário da doação, não apenas no ambiente hospitalar, mas em suas redes sociais e mídia em geral, sempre levando a mensagem da prática da doação de forma clara e objetiva.
- ▶ Firmar parceria com sindicatos médicos e de enfermeiros para potencializar a divulgação do tema da doação como informação de saúde nos impressos, e todo tipo de publicação da área de saúde.
- ▶ Promover campanhas de doação de sangue nos espaços dos hospitais com ou sem unidade móvel.
- ▶ Enviar mala direta aos médicos, com textos solicitando a parceria na promoção da doação, que evidenciem os critérios básicos para doadores. As malas serão enviadas em parceria com sindicato dos médicos, encartadas em revistas e jornais com tiragens semestrais e/ou entregues aos hospitais para serem disponibilizadas aos médicos.
- ▶ Garantir, na pactuação dos contratos de fornecimento de sangue e hemoderivados, cláusulas ressaltando a responsabilidade dos hospitais na contrapartida da disseminação da causa da doação de sangue entre o público usuário.
- ▶ Mobilizar grupos de voluntários como Cruz Vermelha, associações, lideranças comunitárias, igrejas, para trabalharem como multiplicadores dentro dos hospitais.
- ▶ Participar das semanas de saúde promovidas pelos hospitais na condição de palestrante, levando conhecimento sobre a promoção da doação voluntária de sangue e temáticas afins, tais como o ciclo do sangue.

Fonte: do autor.

## A visão necessária no projeto

Uma das principais tarefas dos captadores é definir e criar estratégias de monitoramento para que, no tempo certo, possam ser realizadas modificações, quando necessário, nas ações para manter o estoque de sangue e hemoderivados. Portanto, dentro desse contexto da captação hospitalar, claramente precisamos trabalhar seguindo uma linha de ação em que os pacientes/familiares não podem agir **como passivos receptores**, na expectativa de que haja ou não o sangue. É imperativa a necessidade de mostrar que a falta desse produto representa um risco real para a saúde da população, de modo geral, podendo implicar, por exemplo, o cancelamento de cirurgias e transfusões, além do agravo no atendimento na rotina dos hospitais e na saúde pública.

## Alguns requisitos básicos para os captadores e profissionais que trabalham nos hospitais desenvolverem seus projetos

É importante entender que o tema doação de sangue pode ser claro para os profissionais que atuam na captação de doadores, mas pode ser de total desconhecimento para o paciente ou familiar, que devem ser ativos no processo. Assim, a comunicação do assunto da doação deverá ser socializada, observando-se os seguintes cuidados:

- ▶ Saber ouvir as dúvidas e questionamentos de pacientes e familiares sobre a doação de sangue;
- ▶ Estar disponível para entender a situação/problema daquela família, sem perder o foco na sensibilização para a doação;
- ▶ Não fazer imposição. Se isso ocorrer, não haverá interação para que os familiares de pacientes aceitem o ato da doação de sangue como prática saudável e socialmente necessária. Além disso, não pode acontecer o entendimento errôneo de que os procedimentos hospitalares realizados no paciente estão atrelados às doações das pessoas que doaram sangue para a reposição dos estoques do paciente.
- ▶ Enfatizar todas as fases do ciclo da doação, para que, na sua escolha, esteja presente a atitude de voltar ao Hemocentro.
- ▶ Promover o conhecimento das etapas de doação de sangue.

Ainda, o tratamento reducionista que muitas instituições hospitalares dão ao assunto da doação de sangue, transformando um problema de ordem coletiva e de interesse de toda a comunidade em questão individual ou familiar, precisa ser modificado. Com isso, verifica-se que a emergência ou a doença

que provoca a necessidade de transfusão de sangue apresenta-se, naquele momento, como um problema individual, mas para a comunidade e para o poder público é uma questão de coletividade, sendo que diariamente ocorrem acidentes de trânsito, de trabalho, aumento da violência etc. É uma realidade presente em toda sociedade.

Deve-se considerar a doação não só como um ato de altruísmo, mas como uma forma de **participação social**, necessária à solução de um problema real e concreto, que reside no fato de que o sangue é um produto que deve ser utilizado por centenas de pacientes, diariamente, e que só podemos obtê-lo por meio de voluntariado.

É necessário estar bem atento ao fato de que a vivência da necessidade transfusional, pessoal ou de alguém próximo, de uma bolsa de sangue pode motivar e mobilizar pessoas ou a comunidade para a realização de uma doação. Por sua vez, aos serviços de captação cabe o desafio de receber e fidelizar esse voluntário, a partir de um modelo de captação hospitalar contínuo e com caráter educativo, para comprometer as pessoas com a manutenção do estoque de sangue.

Atender a uma solicitação de familiares e/ou amigos para doação pode ser o início de uma atitude positiva, que reforce a saída da zona de conforto de determinados cidadãos, que nessa causa agem como expectador. Se esse doador souber da destinação de seu sangue, muito maior será a possibilidade de reflexão sobre a sua condição, somando pontos para a credibilidade e divulgação de sua ação, até se tornar um doador de repetição sem visões preconceituosas que podem dificultar sua doação.

Algumas manifestações do senso comum também devem ser trabalhadas pela equipe de captação dos hemocentros e dos hospitais para uma melhor compreensão por parte dos familiares e receptores sobre o processo de doação de sangue:

- ▶ Não sei para quem vai meu sangue
- ▶ Ninguém na família precisa
- ▶ O doutor não me falou nada
- ▶ Essa responsabilidade é do banco de sangue
- ▶ No Hemocentro já tem doador demais

**Por fim, para o êxito do trabalho de captação hospitalar, é necessário:**  
 Fomentar abordagens educativas a respeito da reposição de sangue, com os seguintes cuidados:

Cuidados
► A abordagem do tema da doação deve ser realizada por um profissional devidamente treinado, com domínio do conteúdo da hemoterapia, facilidade de expressão, utilizar estratégias que motivem as pessoas.
► Os hospitais devem possuir um profissional responsável pela realização das atividades educativas a serem realizadas no âmbito dos hospitais, como pessoas de referência.
► O captador deve estar muito atento para a qualidade do atendimento e informações prestadas durante a captação hospitalar.
► O profissional que entra em contato com a família deve ter interesse pelo paciente e seu estado de saúde para, posteriormente, incluir as informações sobre a doação.
► Ouvir com atenção tudo o que o paciente, familiar ou amigo queira dizer, esclarecendo todas as dúvidas.
► Sensibilizar fornecendo informações e explicações, inclusive por escrito. A fala deve ser integrada à família e aos amigos, já que não se trata apenas de um processo de ajuda a um paciente específico.
► A abordagem ao familiar deve ser pessoal e individual, em sala ou local reservado a entrevistas, de acordo com o que o caso requerer do paciente.
► Repassar com precisão que a todo instante os hemocentros precisam de suprimento regular de sangue seguro para repor, não apenas em situações pontuais.

Fonte: do autor.

## **Algumas barreiras que podem ser enfrentadas no trabalho de captação hospitalar**

Podem ser encontradas, em algumas situações dentro dos hospitais, resistências, falta de percepção de que a abordagem da doação é um cuidado com a saúde e falta de percepção de que os profissionais que trabalham no local precisam adotar posturas de adesão ao projeto. Ainda, a falta de acesso aos profissionais dos hospitais, a alta rotatividade destes e a comunicação falha entre serviço de hemoterapia e instituição hospitalar podem ser alguns dos entraves à implementação desse trabalho.

## Considerações Finais

Hoje, a Captação Hospitalar é estratégica para a prática de educação em saúde e manifestação real do espírito cívico voluntário. Ações que propiciem o engajamento do corpo clínico e administrativo do hospital, pacientes e familiares na causa da doação de sangue são essenciais, considerando as estratégias apresentadas e os cuidados que vêm ser tomados nessas estratégias.

## Referências

- BAYER,Gustavo F.; LEYS, Hector R. Saúde enquanto questão política intermediada. **Revista Serviço Social**, São Paulo, n. 22, ano 7, 1986.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2013, Seção 1, p. 106.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jun. 2014, Seção 1, p. 50.
- DONATO, A. F. **Trançando redes de comunicação**. Tese (Doutorado) – Faculdade Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.
- FARIAS, J .R. **A Captação de Doadores no Centro de Hemoterapia do Pará**. 1995. Trabalho de conclusão de curso Serviço Social, Universidade da Amazônia, Pará, 1995.
- MACEDO, S. R. M. de. **As representações sociais da mulher sobre o sangue e a doação do sangue: uma proposta de investigação**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2001. (mimeo).
- MANUAL DA CRUZ VERMELHA. Fazendo a diferença: captando doadores de sangue voluntário não remunerado – Federação Internacional da Cruz Vermelha, 2002.
- SANTOS, L. A. C. Os anos 80. A politização do sangue. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 1992.
- SEJA UM VOLUNTÁRIO. Disponível em: <<http://www.voluntarios.com.br>>. Acesso em: 23 out. 2014a.



# Elementos de gestão da qualidade aplicáveis à captação de doadores

Marcelo Addas-Carvalho<sup>1</sup>

O presente capítulo tem como objetivo apresentar princípios relacionados com os sistemas de gestão da qualidade (SGQ) utilizados em serviços de hemoterapia (SH) e aplicáveis ao processo de captação de doadores possibilitando a garantia da qualidade.

Antes de tudo, algumas definições devem ser apresentadas. A primeira delas é a definição de qualidade. Vários autores apresentam diferentes definições. A palavra qualidade tem sua origem no latim: *qualitate*. É um conceito subjetivo, isto é, relacionado com a percepção de cada indivíduo, em que diversos fatores, como cultura, tipo de produto ou serviço prestado, etc., interferem. Porém, um princípio está sempre presente, a referência e expectativa do cliente e/ou usuário são um elemento imprescindível na definição da qualidade.

Abaixo algumas definições mais conhecidas de qualidade:

- ▶ Joseph Juran (1904 – 2008): “Adequação ao uso”;
- ▶ Philip Crosby (1926 – 2001): “Conformidade com as especificações”;
- ▶ Noriaki Kano (1940 - ): “Produtos e serviços que atendem ou excedem as expectativas do consumidor”. Esse autor desenvolveu um modelo, conhecido com modelo de Kano, que tem como objetivo a identificação das expectativas do cliente frente a um produto ou serviço. Esse modelo classifica os requisitos em seis grupos que devem ser considerados: unidimensionais, atrativos, obrigatórios, indiferentes, reversos e questionáveis. Esse modelo valoriza o desejo do cliente e identifica requisitos que são questionáveis por inconsistência das informações ou por desconhecimento técnico e científico.
- ▶ Sociedade Norte-Americana para a Qualidade (*American Society for Quality* - ASQ): pode ser (1) as características de um produto ou serviço que suportam sua capacidade de satisfazer necessidades declaradas ou implícitas dos clientes ou usuários, ou (2) um produto ou serviço livre de deficiências ou defeitos.

<sup>1</sup> Médico hematologista-hemoterapeuta, doutor em clínica médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, diretor da divisão de hemoterapia do Hemocentro de Campinas/Unicamp.

Na atividade hemoterápica, tem grande importância a percepção de clientes e usuários dos parâmetros de segurança transfusional. Esse requisito é considerado indispensável, pois sua ausência compromete a qualidade de vida do usuário e expõe clientes a riscos.

A qualidade deve ser buscada tanto nos processos produtivos, em que o produto final com característica adequada é o objetivo, quanto no fornecimento de serviços aos clientes/usuários. Os Serviços de Hemoterapia (SH) são exemplos de organizações que realizam os dois tipos de atividade.

Devemos considerar que os objetivos finais são distintos para essas duas situações. No caso de fornecimento de um produto – por exemplo, hemocomponentes –, sua uniformidade e o atendimento dos requisitos e especificações técnicas definidos por literatura científica e/ou legislação regulamentadora é meta a ser atingida.

Nessa situação, o processo produtivo deve minimizar as variações e gerar um produto que atenda as especificações. Já no fornecimento de serviços – como, por exemplo, atendimento de candidatos à doação de sangue e/ou pacientes –, a organização deve estar preparada para permitir certo grau de flexibilidade do processo para que as expectativas do cliente ou usuário sejam atendidas. Os profissionais e o processo devem estar preparados para adaptar o serviço de maneira a atender a demanda dos clientes/usuários sem comprometer a qualidade. Esse é um dos grandes desafios dos SH, principalmente no atendimento aos candidatos à doação de sangue.

Cabe ainda ressaltar uma particularidade da atividade hemoterápica, os SH devem considerar os candidatos à doação de sangue clientes e/ou usuários dos serviços, porém, no momento em que se tornam doadores, formalizam um vínculo com o SH de fornecedor ou provedor de matéria-prima para a produção de hemocomponentes. Dessa forma, cria-se um vínculo de responsabilidade mútua na garantia da segurança transfusional. Essa particularidade deve ser conhecida por toda a equipe e considerada na estruturação dos sistemas de qualidade dos SH.

Outra definição importante que precisa ser apresentada é a diferença entre controle de qualidade e sistema de gestão da qualidade. O Controle de Qualidade (CQ) tem por objetivo a detecção de defeitos ou desvios que chegaram a ocorrer, tipicamente associada a sistemas de verificação e validação por meio de testes estatísticos. Já Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) é a estruturação de ações e processos que tentam realizar a prevenção de defeitos por meio de sistemas integrados de gestão de qualidade e outras técnicas. O SGQ é uma ferramenta que permite a estruturação dos processos garantindo o atendimento dos requisitos dos clientes minimizando dessa forma a

ocorrência de desvios. É indispensável na atividade hemoterápica a estruturação de um SGQ, exigência esta determinada também pela legislação brasileira.

## **Elementos de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)**

A descrição dos elementos que constituem o SGQ a ser implantado nos serviços SH está disponível na literatura especializada e nas legislações regulamentadoras da atividade. Pelo menos três referências devem ser consideradas. Segue a apresentação de proposta de estruturas de SGQ para os SH.

### **Gestão da Qualidade – OMS Guia de Boas Práticas de Fabricação/Produção (BPF) para serviços de hemoterápica, 2010 (*Quality Management – WHO Guideline on GMP for Blood Establishments, 2010*)**

Nesse documento, elaborado por um grupo de trabalho da Organização Mundial da Saúde (OMS) constituído por profissionais reconhecidos e envolvidos com a atividade hemoterápica e, portanto, conhecedores dos processos, identificam-se 10 elementos, a saber:

- 1) Princípios: garantia da qualidade, boas práticas de fabricação (GMP), controle de qualidade
- 2) Revisão da qualidade dos produtos
- 3) Gestão de risco
- 4) Controle de mudanças
- 5) Registro e avaliação de desvios
- 6) Ações corretivas e preventivas
- 7) Auditorias internas
- 8) Gestão de reclamações e *recall*
- 9) Melhoria de processos
- 10) Retrovigilância (*lookback*)

Dentro das boas práticas de fabricação (BPF/GMP) e do processo de manufatura dos hemocomponentes, essa proposta de SGQ considera fases: registro do doador, seleção do doador, vigilância epidemiológica da população, informações ao doador, questionário e entrevista, política e critérios de inaptidão, avaliação clínica do doador, coleta, preparo de hemocomponentes, testes laboratoriais, rotulagem e liberação de hemocomponentes, armazenamento e distribuição.

É importante ressaltar que a presente proposta de SGQ tem como objetivo a estruturação de serviços produtores, portanto não considera na identificação das fases do processo as atividades relacionadas com o ato transfusional.

### **Portaria GM/MS nº 2.712, de 12 de novembro de 2013**

Essa legislação redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Em seu capítulo II (seções I a V), em que identifica os princípios do SGQ a ser implantados nos SH brasileiros, encontramos a descrição de cinco elementos básicos relacionados com a gestão da qualidade (GQ). São estes:

- ▶ Princípios Gerais da Qualidade
  - Documentação relacionada com os processos críticos (procedimentos operacionais e registros)
  - Definição formal de atribuições e responsabilidades técnicas e administrativas
  - Acompanhamento do desempenho dos processos com uso de indicadores e utilização de ferramentas de melhoria contínua, proposição de ações preventivas e corretivas e tratamento das reclamações e sugestões dos usuários
  - Gestão de Desvios constituída por processo para identificação, investigação e análise dos desvios, com proposição de ações corretivas e verificação da eficácia das ações
  - Gestão de Pessoal: adequado número de profissionais qualificados com programa de treinamento e capacitação contínuo
  - Gestão de Equipamentos: qualificação, manutenção preventiva e corretiva
  - Programa de Auditorias Internas com o objetivo de verificar o cumprimento dos requisitos pré-definidos
  - Gestão de Fornecedores e Insumos: um sistema de controle e qualificação de produtos e serviços críticos, garantindo também completa rastreabilidade de todos os itens críticos utilizados no processo produtivo
- ▶ Infraestrutura
- ▶ Biossegurança: os SH devem manter procedimentos formais a respeito das normas de biossegurança a serem seguidas por todos os funcionários
- ▶ Gestão de Resíduos: os SH devem possuir um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), devendo respeitar as normas técnico-sanitárias sobre o tema
- ▶ Transporte

## **Manual Técnico da Associação Americana de Bancos de Sangue, 18<sup>a</sup> Edição, 2014 (AABB Technical Manual 18th edition, 2014)**

O manual técnico da AABB é utilizado pelos SH dos EUA e Canadá como referência na estrutura dos processos e serve como base, juntamente com o *Standards for Blood Banks and Transfusion Service*, do programa de acreditação dos SH nesses países. Nesse documento, 12 elementos são identificados:

- 1) Organização e liderança
- 2) Instalações, ambiente de trabalho e segurança
- 3) Recursos humanos
- 4) Foco no cliente
- 5) Gestão de fornecedores e materiais
- 6) Gestão de equipamentos
- 7) Gestão dos processos
- 8) Monitoramento e avaliação – auditorias e indicadores
- 9) Gestão de eventos não conformes
- 10) Melhoria dos processos
- 11) Documentação e registros
- 12) Gestão da informação

Com base nos documentos descritos e nos elementos de um SGQ aplicável aos SH, discutiremos sua aplicação e importância dentro do processo de captação de doadores (Tabela 1).

### **Organização e liderança com definição de atribuições e responsabilidades**

Uma organização é definida como a combinação de esforços individuais que têm por finalidade realizar propósitos coletivos. Por meio de uma organização torna-se possível alcançar objetivos que seriam inatingíveis para uma pessoa. Uma organização é formada pela soma de pessoas, equipamentos, recursos financeiros e outros.

Os SH são organizações que têm como missão a assistência hemoterápica. Essa missão deve ser detalhada e disseminada dentro da organização. Os objetivos da qualidade e a visão de futuro da organização devem também ser de conhecimento de todos, incluindo os fornecedores e clientes/usuários. Também é importante que todas as áreas do SH responsáveis por processos específicos tenham sua missão e seus objetivos de qualidade definidos.

A área responsável pela captação de doadores é de grande importância, pois no desenvolvimento das atividades entra em contato constante com os candidatos a doação, doadores e com a comunidade, atores indispensáveis ao atendimento dos objetivos institucionais. Portanto, a missão da organização deve ser incorporada e assimilada por todos os profissionais dessa área.

O SH deve estruturar uma área que seja responsável pelo desenvolvimento e manutenção das ações relacionadas com o sistema de gestão da qualidade (SGQ). Essa estrutura organizacional deve ter autonomia das ações e o apoio da alta direção, que deve garantir a estrutura necessária. A participação ativa de representantes da área de captação nas ações da área responsável pelo SGQ implantado no SH garante a representação de um processo crítico e indispensável para o atendimento dos objetivos da qualidade da organização.

A estrutura das organizações deve ser documentada formalmente, na maioria das vezes por meio do uso de organograma ou funcionograma com a definição formal de responsabilidades. O desenho do macrofluxo de trabalho é útil para a identificação pelos colaboradores das relações de trabalho e de clientes e fornecedores internos e externos.

A liderança da organização deve propiciar um ambiente adequado de trabalho que atenda aos requisitos técnicos e legais, e deve existir um responsável técnico que tenha conhecimento dos processos, com autoridade para intervenções imediatas em situações de desvios. Esse responsável técnico deve representar a alta direção nas ações dentro do SGQ como: revisão e aprovação de procedimentos operacionais, acompanhamento das auditorias internas e externas, coordenação das ações de melhoria baseadas em avaliação de satisfação de clientes ou de ações preventivas, acompanhamento das ações de correção de desvios e não conformidades, avaliação constante do desempenho do SH utilizando indicadores da qualidade, entre outras.

No processo de captação, a direção deve acompanhar os indicadores de desempenho, procurando identificar oportunidades de melhoria e avaliar a eficácia na viabilização de estoques adequados e seguros, atendendo dessa forma a necessidade de hemocomponentes. A participação da liderança do SH nas ações de captação é fator crítico para um bom desempenho da organização.

### **Instalações, ambiente de trabalho, segurança, infraestrutura, gestão de resíduos e biossegurança**

A organização deve garantir um local de trabalho adequado ao desenvolvimento das atividades do SH permitindo que estas sejam desenvolvidas de maneira segura pelos profissionais da instituição, clientes/usuários, visitantes

ou fornecedores e comunidade da região. O compromisso com a preservação das condições ambientais deve ser um objetivo do SH.

Os SH devem desenvolver e manter atualizados e testados os planos de contingência para situações de emergência como incêndios, comprometimento do abastecimento de energia elétrica, água ou fornecimento de material e/ou insu-mos. Deve considerar também situações em que possa haver comprometimento da mão de obra do SH (profissionais qualificados) por eventos como epidemias ou surtos de doenças. Nessas situações a colaboração entre SH é indispensável.

A infraestrutura deve ser adequada à atividade desenvolvida e o número de indivíduos que utilizam ou frequentam o SH. É indispensável que seja garantido espaço e ventilação adequados, condições de descarte de resíduos líquidos ou sólidos, qualidade do ar, disponibilidade de água, etc.

As condições de biossegurança e a análise de risco devem considerar todos os indivíduos expostos ou potencialmente expostos. A organização deve se preocupar com o constante treinamento dos profissionais e dos clientes/usuários, garantido informação adequada e minimização dos riscos.

### **Gestão de recursos humanos/pessoal**

Os SH devem garantir que os profissionais envolvidos nas atividades tenham qualificação adequada, garantindo assim o bom desempenho e a adequação das atividades desenvolvidas. Para que esse objetivo seja alcançado são necessárias ações para a seleção adequada dos candidatos, de treinamento/orientação para desenvolvimento da competência necessária e esperada e para a implantação de um plano continuado de capacitação teórico-prática de recursos humanos.

A seleção dos profissionais de um SH deve estar baseada na descrição das atividades que esses profissionais desenvolverão e das responsabilidades exigidas. É importante que estejam claros para os responsáveis pelos processos e pela seleção quais os critérios devem ser exigidos quanto a formação, habilidades e experiência. Esse processo de seleção deve ser formal e é desejável a participação de diferentes profissionais na estruturação do processo seletivo e análise dos candidatos.

Após a admissão dos novos profissionais, ações de treinamento e desenvolvimento das competências necessárias para o cumprimento das atividades propostas são necessárias. Frequentemente observamos no dia a dia dos SH uma falta de conhecimento dos novos profissionais sobre as atividades desenvolvidas nos SH. Os cursos básicos de formação tanto de nível médio como superior ca-recem em seus currículos de conteúdos relacionados a atividade desenvolvidas

nos SH. Esse treinamento e/ou orientação deve incluir conceitos relacionados com o SGQ e esses profissionais devem ter seu desempenho avaliado no decorrer desse período. Cabe lembrar que, pela criticidade das atividades, os profissionais em treinamento devem ser constantemente, e de maneira próxima, supervisionados por profissionais experientes e qualificados para essa atividade.

Um plano de qualificação deve ser desenvolvido e implantado, garantindo assim o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais e a aquisição de novos conhecimentos, principalmente se novas tecnologias forem incorporadas ou novos conhecimentos se tornarem disponíveis. Periodicamente, também, os responsáveis pelos processos devem avaliar o desempenho dos profissionais envolvidos nas atividades e identificarem necessidade de treinamento ou aquisição de novos conhecimentos.

O SGQ e a alta direção da organização devem garantir o desenvolvimento do plano continuado de capacitação teórico-prática de recursos humanos por meio da disponibilização de condições e recursos necessários. Um grande desafio dos responsáveis por processos dentro dos SH é garantir o incentivo necessário para que um plano continuado de capacitação seja estimulante e tenha o envolvimento de todos os profissionais.

### Foco no cliente e/ou usuários

A primeira pergunta que surge quando pensamos em como atender esse elemento da qualidade é quem são os clientes de um SH. De maneira precipitada conseguimos identificar os **candidatos à doação de sangue** como nosso principal cliente, pois estes estão muito próximos, principalmente da equipe de captação. Porém, outros clientes devem ser identificados: os pacientes, a equipe de assistência médica (médicos, enfermeiros, etc.), as empresas de saúde privadas, órgãos governamentais, a comunidade etc.

Cabe ressaltar aqui que os doadores de sangue podem também ser caracterizados como fornecedores ou provedores, pois ao realizarem a doação fornecem matéria-prima para a produção de hemocomponentes, produtos que serão distribuídos pelo SH. Nesse momento, assumem responsabilidades semelhantes à de fornecedores clássicos de materiais e insumos.

A identificação dos requisitos dos clientes deve ser uma ação constante dos SH com o objetivo de identificar estratégias de melhoria dos processos de trabalho, procurando atender os requisitos identificados. É necessário que os SH e a área de captação de doadores possuam um processo estruturado de recebimento, análise, avaliação de viabilidade e proposição de ações de melhoria, baseada nas reclamações ou sugestões e na pesquisa de satisfação de clientes.

Cabe lembrar que na avaliação de viabilidade e na proposição de ações, os requisitos técnico-científicos devem ser considerados para que no atendimento de demandas dos clientes não seja comprometido o objetivo principal do SH, que é a garantia da segurança transfusional.

### Gestão de fornecedores e materiais

Os SH devem possuir um processo estruturado de qualificação de fornecedores de materiais, insumos, produtos e serviços garantindo o atendimento dos requisitos pré-definidos. A definição desse processo inicia-se com a identificação da criticidade desses materiais e serviços, isto é, o grau de impacto na qualidade dos produtos e serviços ofertados pelo SH.

A legislação brasileira que regulamenta a atividade hemoterápica determina que a lista de materiais e serviços críticos deve incluir no mínimo: conjuntos diagnósticos de triagem para ITT e imuno-hematologia, filtros de desleucocitação, conjuntos de aférese e bolsas para coleta de sangue e componentes e equipos para transfusão. Outros materiais podem ser incluídos nessa lista pelo responsável técnico do SH.

O sistema de gestão de fornecedores e materiais deve contemplar um processo de avaliação contínua do atendimento dos requisitos necessários antes da aquisição dos produtos, além de definir métodos de acompanhamento do desempenho dos produtos e serviços relacionados.

A gestão dos estoques de materiais e insumos deve garantir o adequado armazenamento e evitar o desabastecimento, com comprometimento do processo de trabalho do SH. As responsabilidades dos fornecedores devem estar formalizadas por meio de um contrato em que se definem as obrigações e eventuais punições para o descumprimento de cláusulas contratuais.

Dentre os materiais e serviços críticos relacionados com a captação de doadores, podemos identificar: serviços de correspondência ou contato telefônico, fornecimento de material educativo, transporte, etc.

Os doadores de sangue devem ser considerados pelos SH como fornecedores de matéria-prima para a produção de hemocomponentes. A relação SH-doador de sangue se baseia num compromisso formal assumido entre as partes em que o SH se compromete à utilização ética, adequada e mais eficiente do sangue doado, preservando o sigilo das informações dadas pelo candidato à doação, e o doador se compromete a cumprir com as normas estabelecidas pelos SH no que se refere principalmente à honestidade das informações prestadas no processo de qualificação pré-doação (triagem clínica). Esse compromisso

formal é estabelecido com o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e deve ser enfatizado nas ações de captação de doadores.

### Gestão de equipamentos

A identificação dos equipamentos críticos também é indispensável na estruturação do SGQ dos SH. O processo de gestão tem como objetivo avaliar a capacidade dos fornecedores de equipamentos de atender requisitos pré-definidos, como requisitos dos equipamentos, adequados às exigências dos processos críticos, bem como requisitos associados com o suporte técnico-científico, manutenção preventiva e/ou corretiva, treinamentos, etc. Devem ser incluídas nesse programa as manutenções preventivas, corretivas e as qualificações essenciais para a manutenção da segurança dos processos críticos.

A legislação brasileira exige que os equipamentos utilizados nos processos críticos dos SH tenham registros nos órgãos sanitários para a atividade a que se destinam. Além disso, o processo de implantação de um novo equipamento deve contemplar sua qualificação e a validação do processo antes de sua utilização na rotina, garantindo dessa forma a adequação a requisitos pré-definidos.

As manutenções preventivas, corretivas e as qualificações de equipamentos devem estar programadas no plano anual de gestão de equipamentos, processo este crítico para a garantia da qualidade e a segurança transfusional.

### Gestão de processos, validação e retrovigilância (*lookback*)

O desempenho dos processos críticos deve ser acompanhado continuamente por meio da avaliação dos resultados de indicadores e da análise das ocorrências de desvios (não conformidades e/ou reclamações). A implantação de novos processos deve ser precedida de um planejamento que contemple uma avaliação sistematizada da viabilidade e das ações necessárias. Nesse processo de análise deve-se considerar: necessidade e expectativas com clientes/usuários, requisitos regulamentares ou de legislação, avaliações de desempenho e análise de riscos associados, recursos necessários, inter-relação com outros processos, etc.

A validação dos processos críticos é indispensável e consiste na demonstração de que um processo é capaz, na forma como está desenhado, de atender requisitos pré-definidos. O processo de validação pode ser: prospectivo, concorrente ou retrospectivo. A forma ideal de validação dos processos críticos nos SH é a forma prospectiva, em que é feita a avaliação antes da implantação do processo. Os SH devem elaborar um plano de validação que contemple um planejamento das revalidações necessárias e os critérios para uma revalidação ser desencadeada frente a mudanças do processo ou a desvios identificados.

Dentre os processos críticos, a retrovigilância ou processo de *lookback* é um processo que envolve a captação de doadores, em que deve ser desencadeada a investigação de receptores ou doadores nos casos de soroconversão de doadores ou de pacientes, respectivamente. É importante reforçar que a completa rastreabilidade do processo produtivo é indispensável nesse processo.

### **Monitoramento dos processos, auditoria interna e externa, acompanhamento de indicadores**

O monitoramento dos processos de um SH pode ser feito por meio do uso de indicadores e do acompanhamento das características do produto por meio da avaliação de uma amostra dos hemocomponentes produzidos (controle de qualidade).

Indicadores são medidas-sínteses que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do desempenho do sistema de saúde. Além de avaliarem individualmente o desempenho de cada processo ou sistema de saúde, esses indicadores podem comparar a efetividade de alguns sistemas entre si. Os indicadores de saúde, vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde, além de permitirem o acompanhamento do desempenho de processos críticos do SH.

Além do controle de qualidade e do acompanhamento do desempenho dos processos com uso de indicadores, a utilização de ferramentas de auditoria interna e externa é indispensável. As auditorias internas são estruturadas com a colaboração da equipe do SH e têm como objetivo avaliar o grau de atendimento a requisitos pré-definidos e o seguimento dos procedimentos que descrevem como os procedimentos devem ser realizados. Essa estratégia é exigência da legislação brasileira, e uma potente ferramenta para a melhoria dos processos de um SH, pois cria um compromisso institucional generalizado com a garantia da qualidade. A participação de profissionais da área de captação de doadores na equipe de auditoria interna é importante, pois traz à tona e valoriza, dentro de todo o ciclo do sangue, a relação entre os SH e os candidatos à doação de sangue.

### **Gestão dos desvios e não conformidades (NC)**

Os SH devem ter processos estruturados para a análise de desvios que ocorram em todas as fases do ciclo do sangue. A detecção e registro desses desvios (erros e não conformidades), incluindo os quase erros, com identificação de causa e proposição de ações, são requisito obrigatório dos sistemas de gestão da qualidade (SGQ) e da legislação que regulamenta a atividade hemoterápica.

A gestão desses desvios deve ficar a cargo da área de qualidade, com a colaboração da alta direção do SH, pois a identificação de causas associada à proposição de ações corretivas (AC) pode ser utilizada para a melhoria de todos os processos do SH. O exercício de identificação das causas e da proposição de AC deve ser feito por equipe de colaboradores com conhecimento amplo do processo e experiência, permitindo uma visão global e madura das possíveis causas. Profissionais da área de captação devem ser envolvidos no processo de análise de desvios e NC, pois têm conhecimento detalhado dos requisitos dos doadores, que sempre devem ser considerados.

### **Melhoria dos processos, ações corretivas e preventivas**

A melhoria contínua dos processos é um objetivo fundamental em qualquer sistema de qualidade. Para as organizações de saúde, a segurança dos pacientes e a oferta das melhores alternativas terapêuticas são objetivos a serem alcançados.

O processo de melhoria está baseado na identificação de desvios, como destacado anteriormente, e após a identificação da(s) causa(s), a proposição de ações corretivas que evitem a reocorrência dessas não conformidades. A identificação da(s) causa(s)-raiz deve ser feita utilizando ferramentas disponíveis e com a participação de colaboradores envolvidos nos processos relacionados. As ações corretivas são, portanto, reativas, isto é, desencadeadas pela ocorrência de desvios.

Outra ferramenta de melhoria são as ações preventivas. Essas se baseiam na proposição de ações de melhoria, com o objetivo de evitar a ocorrência de não conformidades potenciais. Deve-se utilizar também a identificação de quase erros como fonte das ações de melhoria dos processos.

O estudo dos processos utilizando ferramentas de avaliação de pontos críticos suscetíveis a desvios e não conformidades, utilizando uma análise de risco, deve ser implementada nos SH.

### **Documentação e registros**

Os documentos são a principal ferramenta de comunicação dentro de um SH. Estes devem descrever como o trabalho deve ser realizado, quem são os responsáveis por esse trabalho, como deve ser feito o registro e os controles e, finalmente, como deve ser feita a implantação da tarefa. A realização de tarefas/trabalho em um SH deve gerar registros no momento de sua execução que permitam a completa rastreabilidade dos resultados obtidos, dos insumos e materiais utilizados e dos responsáveis pela execução da tarefa/trabalho e interpretação dos resultados.

Os documentos são classificados em quatro níveis de abrangência: **nível I**: documentos estratégicos – caracterizam a organização, seus objetivos e compromissos e definem as metas; **nível II**: descrevem os macroprocessos de gestão, isto é, processos de abrangência geral na organização; **nível III**: procedimentos e instruções de trabalho – têm como objetivo orientar os colaboradores a como realizarem as tarefas/trabalhos, devem ser aprovados por responsáveis técnicos que tenham uma visão global do processo, identificando as inter-relações, permitindo assim a garantia dos resultados esperados; e **nível IV**: registros – podem ser em papel ou eletrônicos, e garantem o registro de dados obtidos durante a realização da tarefa/trabalho (Figura 24).

Os SH devem controlar as alterações (revisões) dos documentos da organização, bem como o tempo de guarda dos registros. Cabe lembrar que a legislação brasileira que regulamenta a atividade hemoterápica define a temporalidade de guarda para os principais registros gerados nos SH. Portanto, um procedimento formal de revisão dos documentos e de aprovação é obrigatório e deve estar descrito entre os documentos de nível II.

É importante também que os SH tenham um processo de avaliação da necessidade de adequação dos processos da organização frente a documentos externos, como publicações científicas, legislação, notas técnicas, etc.

Atualmente, a utilização de sistemas informatizados para o registro de dados obtidos no desenvolvimento das tarefas/trabalho tem sido cada vez mais frequente. É importante garantir que os sistemas informatizados (*softwares*) possibilitem a guarda de todos os dados indispensáveis e que garantam a pronta obtenção e a segurança dessas informações.

### Gestão da informação

O sistema da qualidade nos SH deve garantir o sigilo e o apropriado uso das informações, obtidas dos candidatos à doação e dos pacientes. A utilização de sistema informatizado de gestão com acesso restrito com utilização de senhas e níveis de acesso é indispensável para essa garantia. Essa garantia de confidencialidade é um ponto crítico no processo de captação de doadores e deve ser um compromisso firmado com os candidatos a doadores.

Os SH devem garantir que sistemas de proteção dos dados sejam armazenados por meio do uso de ferramentas de *backup* para os dados armazenados nos sistemas de informação.

Finalmente, é importante enfatizar que a participação da área de captação dos doadores no sistema de gestão da qualidade, com estruturação de processos

baseados nos elementos da qualidade apresentados, é indispensável para a garantia da segurança transfusional, propiciando um atendimento adequado ao candidato à doação de sangue.

**Tabela 1** – Elementos da qualidade e principais funções ou atividades relacionadas a serem estruturadas no processo de captação de doadores

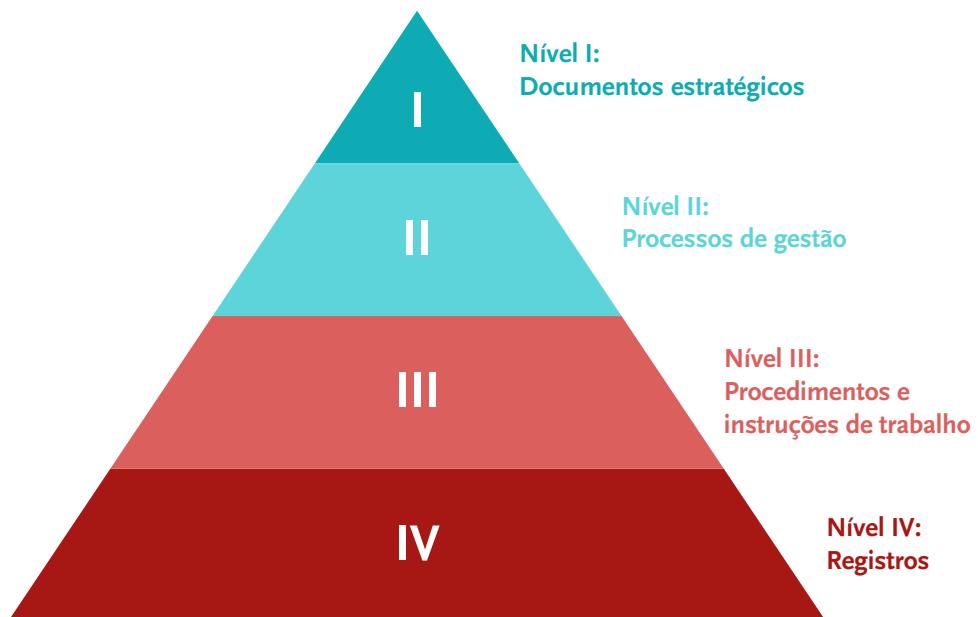
Elemento da qualidade	Funções e atividades
Organização e liderança com definição de atribuições e responsabilidades	Definição das lideranças Formalização das responsabilidades Identificação dos produtos e serviços relacionados com o processo (entradas e saídas) Caracterização do processo de captação e sua inserção no macroprocesso da organização Ferramentas de comunicação interna
Instalações, ambiente de trabalho, segurança, infraestrutura, gestão de resíduos e biossegurança	Estrutura adequada de trabalho com identificação de riscos Segurança patrimonial Adequado fluxo de trabalho Participação no Programa de Gestão de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) da organização Disseminação e respeito aos requisitos de biossegurança e de gestão de resíduos
Gestão de recursos humanos/pessoal	Qualificação da equipe de trabalho Descrição das atividades e qualificação necessária Programa de qualificação, treinamento e educação continuada
Foco no cliente e/ou usuários	Identificação dos clientes Doador de sangue: cliente usuário e fornecedor Identificação das expectativas do cliente Acompanhamento da satisfação Tratamento de reclamações e/ou sugestões e <i>feedback</i>
Gestão de fornecedores e materiais	Qualificação dos fornecedores Acompanhamento de desempenhos Relação de ganho recíproco (ganha-ganha)
Gestão de equipamentos	Qualificação dos equipamentos Manutenção preventiva e corretiva Programa de incorporação tecnológica
Gestão de processos, validação e retrovigilância ( <i>lookback</i> )	Validação de processo Rastreabilidade segura Controle de qualidade dos produtos e serviços Retrovigilância (soroconversão de doadores ou investigação de potenciais Infecções Transmissíveis por Transfusão [ITT] em pacientes)
Monitoramento dos processos, auditorias internas e externas, acompanhamento de indicadores	Acompanhamento e análise crítica de indicadores de desempenho Auditorias internas Programas de certificação, acreditação ou avaliação externa Programas de avaliação externa da qualidade (CQE/AEQ)

*Continua*

*Conclusão*

<b>Elemento da qualidade</b>	<b>Funções e atividades</b>
Gestão dos desvios e não conformidades	Relato de efeitos adversos Identificação de não conformidades, erros, quase erros e desvios Ferramentas de identificação de causas
Melhoria dos processos, ações corretivas e preventivas, gestão de risco	Identificação de oportunidades de melhoria Ferramentas de melhoria: PDCA/PDSA Ações preventivas <i>Benchmarking</i> Gestão de Risco
Documentação e registros	Padronização dos documentos Formalização do procedimento de revisão Preservação dos registros Processo formal de revisão e aprovação
Gestão da informação	Preservação do sigilo/confidencialidade Rastreabilidade <i>Backup das informações e sistema de contingência</i>

Fonte: do autor.

**Figura 24 – Níveis de abrangência dos documentos de uma organização**

Fonte: do autor.



# Planejamento e operacionalização das ações de coleta de sangue de doadores

Márcio Pinto<sup>1</sup>

Claudia Vicente<sup>2</sup>

## Introdução

O atendimento aos candidatos à doação e aos doadores de sangue é a continuação de todo o trabalho educativo desenvolvido pelas equipes de Captação de Doadores.

O principal objetivo do planejamento e operacionalização das ações de coleta de sangue é promover condições adequadas para o atendimento ágil, cordial e eficaz aos doadores de sangue para que estes superem seus medos e se sintam motivados a serem doadores espontâneos e regulares.

No entanto, para que o resultado dessas ações seja eficaz, as equipes de captação de doadores e de coleta de sangue devem ser parceiras desde o planejamento das campanhas de coleta até a realização das atividades planejadas. É importante que essas duas equipes conheçam como as atividades de captação e de coleta são desenvolvidas e se inter-relacionam, que entendam a importância de cada uma e priorizem a interação contínua e harmoniosa entre ambas para que haja continuidade no desenvolvimento de todo o trabalho.

A Portaria 2.172/2013 (BRASIL, 2013a) define o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. O planejamento das ações para o atendimento aos candidatos à doação e doadores de sangue baseia-se nesse regulamento, e deve contemplar aspectos relacionados com as técnicas realizadas, o dimensionamento de equipes, o dimensionamento de recursos materiais e a área física, essenciais para a operacionalização de todas as atividades preconizadas pela portaria.

Nesse sentido, a seguir serão apresentadas informações relevantes para o planejamento e operacionalização de coleta de sangue de doadores.

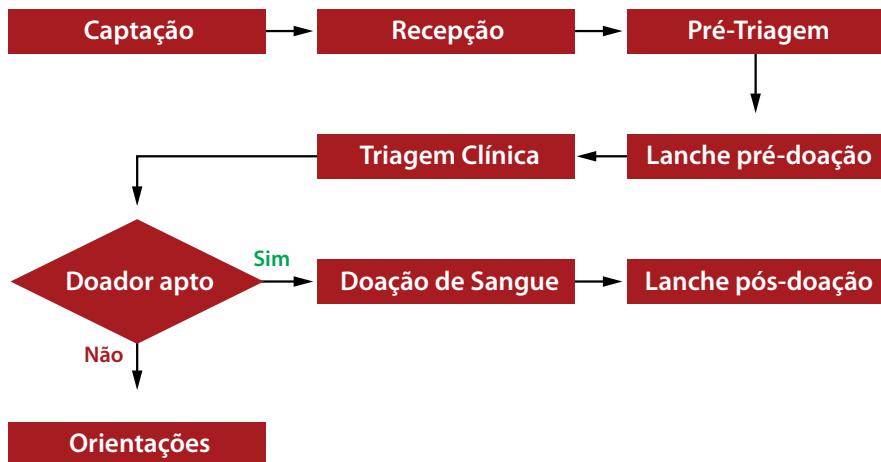
<sup>1</sup> Biólogo do Hemocentro de Campinas/Unicamp.

<sup>2</sup> Enfermeira do Hemocentro de Campinas/Unicamp. Mestre em Gestão da Qualidade e Doutora em Saneamento e Ambiente.

## Fluxo de atendimento aos candidatos à doação

O fluxo de atendimento aos candidatos à doação de sangue inclui 5 etapas, estabelecidas pela Portaria 2.172/2013 (BRASIL, 2013a), e está representado na Figura 25.

**Figura 25 – Fluxo de Atendimento ao Doador de Sangue**



Fonte: Elaborado pelos autores

## Recepção e Cadastro

É a primeira fase do atendimento. Na recepção os candidatos à doação são acolhidos e orientados sobre os processos aos quais serão submetidos, desde o cadastro até a doação do sangue. No cadastro são registrados, em fichas apropriadas ou em sistema informatizado, os dados cadastrais dos candidatos à doação, sendo que todas as informações registradas devem ser atualizadas a cada vez que o doador comparecer ao serviço, para manter o cadastro atualizado. É recomendável que tenha alguma distração nesse ambiente, como televisores e revistas, a fim de diminuir a tensão da espera e o efeito negativo que isso tem sobre os candidatos à doação.

## Pré-triagem

É o procedimento realizado antes da Triagem Clínica e consiste em aferir e registrar os dados antropométricos e sinais vitais dos doadores (peso, altura, pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e triagem hematológica).

A pré-triagem pode ser realizada por um profissional de nível médio antes que o doador seja submetido à triagem clínica, no entanto, a avaliação desses dados e as orientações devem ser feitas pelo triador. De outra maneira, o próprio triador faz a pré-triagem.

Os valores considerados normais para a doação de sangue são:

- ▶ peso: maior ou igual a 50 kg;
- ▶ pressão arterial (PA): deve estar entre 180 mmHg (máxima) e 100 mmHg (mínima);
- ▶ pulso: deve estar com ritmo regular, e com frequência de 50 a 100 batimentos por minuto;
- ▶ temperatura corpórea: é um importante indicador de infecção e não pode estar superior a 37 °C; e
- ▶ dosagem de hemoglobina (Hb) ou determinação de hematócrito (Ht) no sangue do candidato (triagem hematológica): devem estar em níveis compatíveis para doação de sangue, sendo que os valores mínimos aceitáveis são:
  - mulheres: Hb = 12,5 g/dL ou Ht = 38%; e
  - homens: Hb = 13,0 g/dL ou Ht = 39%.

Níveis de Hb igual ou maior que 18,0 g/dL ou Ht igual ou maior que 54% contraindicam a doação (MS, 2013).

Embora essas informações sejam da competência da equipe de coleta, o seu conhecimento pode facilitar as atividades do captador e ajudá-lo na orientação e esclarecimento de candidatos à doação.

## **Triagem Clínica**

A triagem clínica dos candidatos à doação de sangue é um procedimento baseado nos critérios definidos na Portaria 2.172/2013 (BRASIL, 2013a). Trata-se de uma entrevista realizada por um profissional com formação universitária na área de saúde, devidamente treinado.

A finalidade da Triagem Clínica é avaliar as condições de saúde e os hábitos do doador para garantir sua segurança no momento da doação, assim como a segurança dos pacientes que receberão seu sangue. Os dados obtidos durante a pré-triagem são avaliados pelo triador que, além desse aspecto, questiona sobre cirurgias a que o candidato à doação já tenha se submetido, sobre patologias que possui ou que já tenha tido, e uso de medicamentos. Quanto aos

hábitos, o doador é questionado sobre o uso de drogas ilícitas, estadia em regiões endêmicas para doenças transmitidas por transfusões e comportamento sexual (número de parceiros, se fixos ou eventuais, se do mesmo sexo).

É recomendável que o serviço possua um manual de triagem clínica baseado na legislação vigente e na literatura internacional, para direcionar a tomada de decisão e a conduta do triador.

Os doadores considerados inaptos e rejeitados temporariamente para a doação devem receber orientações quanto ao prazo mínimo, cuidados a serem tomados antes de um possível retorno para doação e serem incentivados a retornar. Estes são menos propensos a retornar para uma nova tentativa de doação, em especial os doadores de primeira vez (CUSTER, 2007), mas se os doadores estiverem cientes da importância do processo de triagem e da possibilidade de estarem aptos para futuras doações, a frustração pode ser diminuída e a probabilidade de retorno aumenta.

## **Coleta do Sangue**

Apenas os candidatos aprovados na triagem clínica são encaminhados para doação.

Pode-se considerar que a coleta do sangue do doador é a finalização de todo o trabalho desenvolvido desde a captação dos doadores, e requer atenção especial. Deve ser realizada por profissional de enfermagem devidamente treinado para essa atividade, capacitado para prestar uma assistência eficaz, com o objetivo de conquistar definitivamente o doador de sangue, tanto no aspecto técnico como no acolhimento.

O processo de coleta é minucioso e deve ser realizado com atenção e rigor técnico.

Antes da coleta do sangue as bolsas plásticas e os tubos para a coleta de amostras para testes de laboratório recebem os rótulos de identificação apropriados – Processo de Rotulagem. Esse processo deve ser realizado com muita atenção para garantir a conformidade com a legislação, a rastreabilidade dos produtos obtidos, dos profissionais que realizam a coleta do sangue e a consistência do conjunto, ou seja, a rotulagem deve garantir que todas as bolsas e tubos e o respectivo doador tenham recebido o mesmo número de amostra, deve garantir que as bolsas, os tubos de amostras e o doador estejam interligados. Antes da punção venosa, o conjunto de bolsa e tubo para amostras deve ser novamente checado e deve ser feita a confirmação positiva com o doador.

O volume de sangue a ser coletado deve ser de 450 ml (+/- 50) e o tempo de coleta não deve ultrapassar 15 minutos.

Durante a coleta o doador é acompanhado pelo profissional que punctionou sua veia (flebotomista), que deve permanecer ao seu lado pronto para atender as intercorrências que podem surgir durante a doação, como as reações à doação.

Após a doação, o doador deve permanecer no serviço pelo tempo necessário para se recuperar e, antes de ser liberado, deve receber as orientações sobre os cuidados a tomar em relação à hidratação, possível reação e de como informar o serviço sobre qualquer alteração de sua saúde nos dias subsequentes ou sobre qualquer informação não relatada na triagem.

## **Reações à doação de sangue**

As reações à doação são as principais complicações à doação de sangue. É todo tipo de desconforto, lesão ou mal-estar sofrido pelo doador e podem ser classificadas em leves, moderadas e graves, de acordo com sua intensidade. Esses eventos podem ser relacionados com a resposta fisiológica do organismo à perda de sangue, fatores emocionais e psicológicos, ou com características físicas dos doadores (AABB, 2013). O índice de reações varia de acordo com os critérios de registro, com o perfil do doador e características do atendimento ao doador de cada serviço. O atendimento às reações e as ações para minimizá-las merecem atenção especial do serviço de hemoterapia (MASSER, 2013). É necessário que os serviços disponham de um manual para atendimento às reações, e que haja medicamentos e equipamentos adequados para o atendimento dos doadores que apresentarem reações.

Os responsáveis pelo atendimento ao doador devem ter habilidade para identificar os fatores que predispõem o indivíduo à reação, identificar rapidamente os sinais e sintomas que indicam a ocorrência de reações e minimizá-los quanto possível.

Os principais fatores predisponentes são:

- ▶ idade (jovem);
- ▶ baixo peso;
- ▶ sexo feminino;
- ▶ doação de sangue pela primeira vez;
- ▶ história prévia de reação à doação;

- ▶ tempo de espera prolongado; e
- ▶ atendimento impessoal dos profissionais da unidade de coleta.

As principais ações de profilaxia incluem:

- ▶ prestar atendimento cordial e atencioso desde a recepção até a finalização da coleta da bolsa de sangue;
- ▶ estimular a hidratação antes da doação;
- ▶ diminuir o tempo de espera o quanto possível;
- ▶ manter ambiente calmo, com temperatura agradável, de preferência climatizado (sempre que possível);
- ▶ minimizar a visualização do sangue pelo doador;
- ▶ evitar, quanto possível, que um doador visualize outros doadores com reação;
- ▶ conversar com o doador enquanto se realiza o procedimento de coleta; e
- ▶ esclarecer dúvidas sobre todas as fases do processo de doação de sangue.

A atuação cordial da equipe multiprofissional envolvida no atendimento é fundamental para diminuir a ansiedade da espera, principalmente em situações em que há um grande número de doadores aptos, aguardando o momento da doação, buscando sempre manter um ambiente calmo. Essa atitude pode contribuir para a diminuição dos índices de eventos adversos relacionados com a espera prolongada. Toda a equipe multiprofissional deve estar empenhada em promover o melhor ambiente para os doadores.

## Atuação da enfermagem na reação

A reação à doação pode ocorrer durante todos os processos do atendimento, sendo, no entanto, mais frequente durante e após a doação. As reações que ocorrem no local da doação exigem uma atuação tão precoce quanto possível, por parte da enfermagem. O tempo decorrido entre o início da reação e a intervenção da equipe de enfermagem tem importante influência no tempo de recuperação do doador.

Segundo France (2014) o medo e a ansiedade são as principais causas de reação. Ao perceber os primeiros sinais de desconforto do doador, a equipe de enfermagem deve atuar desviando-lhe a atenção, o que ajuda a reverter o quadro.

A atuação da enfermagem será mais interventiva se os sintomas persistirem ou se progredirem. Nesse caso, o doador é colocado em posição deitada, inclinada, com as pernas em nível mais elevado que a cabeça. Um médico deve ser acionado se os sintomas forem intensos, como perda de consciência, queda significativa da pressão arterial, dores fortes ou se a recuperação for demorada.

A ocorrência de reações pode interferir no fluxo de atendimento, pois a cadeira em que está o doador ficará bloqueada até que possa ser removido para um ambiente reservado a essa finalidade. Nos serviços que não possuem um local para o atendimento às reações, a cadeira ficará bloqueada até que o doador se recupere ou seja transferido para outro serviço.

Inaba (2013) relata que mais de 5% dos doadores que responderam a um questionário sobre reações à doação relataram algum tipo de mal-estar fora do local da doação. Essas ocorrências podem ser reduzidas por meio das orientações sobre a hidratação e período de repouso pós-doença.

## **Voto de Autoexclusão**

A legislação atual, Portaria nº 2.712/2013 (BRASIL, 2013a), determina que:

O serviço de hemoterapia, a seu critério, poderá oferecer ao doador a oportunidade de se autoexcluir por motivos de risco acrescidos não informados ou deliberadamente omitidos durante a triagem, de forma confidencial. (BRASIL, 2013a, p. 16).

Assim, se o serviço de hemoterapia implantar esse sistema, o doador terá a oportunidade de informar que seu sangue não deve ser utilizado para transfusão, caso tenha omitido alguma informação durante a triagem.

Esse processo é opcional e, se o serviço optar por utilizá-lo, o doador deve ser orientado a assinalar o descarte de seu sangue caso se lembre de alguma informação relevante, que não tenha revelado durante a triagem clínica. A orientação para uso correto dessa ferramenta pode ser feita durante a triagem clínica e reforçada, pelo flebotomista, após a doação do sangue. O mecanismo utilizado para esse processo pode ser um formulário, que o doador preenche e deposita em uma urna (Figura 26), ou diretamente no sistema informatizado, por meio de um computador onde será assinalada a opção de descarte ou não (Figura 27). O local deve ser reservado para preservar o sigilo.

**Figura 26 – Voto de Autoexclusão**

Nome do Serviço ... Nome do Serviço ... Nome do Serviço ... Nome do Serviço ...  
**Auto-exclusão**

*Etiqueta de Doador*

Marque com um X no procedimento que você julgar mais correto

O Hemocentro **pode** utilizar meu sangue para transfusão

O Hemocentro **não deve** utilizar meu sangue para transfusão, somente para exames

Fonte: Arquivo próprio.

**Figura 27 – Voto de Autoexclusão**



Fonte: ALMEIDA-NETO *et al.*, 2011.

## Informações posteriores à doação

O gerenciamento adequado de Informações posteriores à doação é fundamental para a segurança no uso do sangue e seus derivados. Esse gerenciamento requer o comprometimento de todos os profissionais envolvidos e conscientização dos doadores. Os doadores devem receber orientações específicas sobre como enviar ao serviço de coleta toda informação que possa estar relacionada com a qualidade do sangue dado. Em especial, se apresentarem qualquer

sintoma que indique infecção nos sete dias posteriores à doação. Esse processo reduz os riscos transfusionais, pois ao ser submetido à triagem clínica o doador pode estar com a saúde comprometida, sem apresentar qualquer sintoma que possa desqualificá-lo para doação. Os doadores podem também retificar qualquer informação equivocada que tenham fornecido ao triador.

Toda informação posterior à doação, relacionada com o doador, deve ser analisada criticamente por um responsável, a fim de definir ações adequadas. É essencial que essas informações sejam tão detalhadas quanto possível, assim evita-se o descarte desnecessário de hemocomponentes.

Essas ações podem ser:

- ▶ Segregar os hemocomponentes até obter informações suficientes para se decidir pelo descarte ou liberação;
- ▶ Descartar os hemocomponentes em estoque;
- ▶ Rastrear pacientes transfundidos com os hemocomponentes relacionados;
- ▶ Repetir sorologia com métodos confirmatórios ou mais sensíveis;
- ▶ Convocar o doador para nova anamnese ou realização de novos exames.

## **Lanche pré e pós-doença**

O lanche pré-doença deve ser oferecido para iniciar a hidratação oral e quebrar o jejum, às vezes prolongado, antes da doação.

Na pós-doença o principal objetivo é repor o volume hídrico retirado na doação.

## **Características da área física para cada fase do fluxo de atendimento**

A área física adequada é importante a fim de garantir um ambiente agradável e confortável aos candidatos, aos doadores de sangue e para a realização das atividades desenvolvidas em cada fase do atendimento.

**Área de Recepção:** a área destinada à recepção deve ser ampla o suficiente para acomodar os candidatos à doação que aguardam o atendimento. É recomendável que tenha alguma distração, como televisores e revistas, a fim de diminuir a tensão da espera e o efeito negativo que isso tem sobre os candidatos à doação.

**Sala de Cadastro:** a área para o cadastro do candidato à doação deve ter balcão ou mesas para o atendimento, cadeiras, e pode estar no mesmo ambiente que o da recepção. Nesse caso o barulho pode dificultar o atendimento e deve ser avaliado. No entanto, esse modelo propicia um atendimento ininterrupto.

**Sala de Pré-triagem:** a sala de pré-triagem deve conter uma mesa ou balcão para atendimento e os equipamentos e materiais necessários, tais como esfigmomanômetros (para verificação de pressão arterial), hemoglobinômetros ou centrífugas de hematócrito (para o “teste de anemia”), uma balança antropométrica, termômetros, compressas de gaze de algodão, agulhas ou lancetas, entre outros. Esse atendimento pode ser individualizado ou com atendimento simultâneo a mais de um doador.

**Sala de Triagem Clínica:** a triagem clínica deve ser privativa, mas não requer instrumentos e equipamentos especiais. Sendo assim, pode ter dimensões reduzidas, definidas na legislação, contendo uma mesa e duas cadeiras.

**Sala coleta:** a sala de coleta é o local onde será feita a coleta de sangue dos doadores e deve reunir características especiais, como ambiente calmo, limpo, organizado, iluminado, com temperatura ambiente agradável. Deve conter uma bancada ampla, suficiente para a rotulagem das bolsas e tubos de amostras, para conter as bandejas com o conjunto rotulado à espera do doador a ser atendido, e para receber e acondicionar o material coletado até a retirada pelos laboratórios. A sala deve contar com unidades funcionais de coleta, compostas por duas cadeiras e uma bancada entre estas, em número adequado à demanda de doadores, sendo que haverá um profissional responsável para cada uma dessas unidades. De acordo com o guia para elaboração de projetos (BRASIL, 2013b) a área aproximada para cada unidade funcional é de 8,0 m<sup>2</sup>.

**Copa:** ambiente onde o doador recebe alimentação e hidratação antes e depois da doação de sangue. Recomenda-se que a copa tenha dois ambientes, um reservado para as cadeiras e mesas para acomodar os doadores, separado por bancada de outro ambiente, onde ficará a pessoa que faz o atendimento e os equipamentos destinados ao armazenamento dos alimentos servidos, como os refrigeradores, refresqueiras e outros materiais.

## Planejamento do atendimento aos doadores de sangue

O planejamento do atendimento aos doadores de sangue inclui o dimensionamento de equipes, o planejamento e controle de recursos materiais e de equipamentos.

## Dimensionamento da Equipe x Fluxo de atendimento

O dimensionamento de equipe de enfermagem para o atendimento deve ser feito para garantir o fluxo contínuo e adequado do atendimento.

O dimensionamento adequado de Recursos Humanos deve ser preocupação constante dos profissionais que organizam e coordenam equipes de coleta de sangue. Seguramente o sucesso de todo o trabalho planejado está diretamente relacionado a esse aspecto. O dimensionamento adequado das equipes visa atenuar ou eliminar principalmente a espera prolongada, que é causa comum de reclamações dos doadores e um dos fatores desencadeantes das reações à doação, permitir um fluxo constante de atendimento e garantir aos diferentes profissionais da equipe um tempo hábil para a execução correta de todos os procedimentos e técnicas padronizados. Além destes aspectos existe o compromisso do serviço com o cliente, que é buscar continuamente melhorar o atendimento oferecido (VICENTE, 2002, p. 37).

Para o dimensionamento da equipe de coleta de sangue de doadores, deve ser considerado o tempo médio de atendimento para cada fase do atendimento, o número previsto de candidatos à doação e o tempo de atendimento ao público (horário de atendimento por dia).

Em seu estudo, Vicente (2002) concluiu que o tempo de atendimento estimado para a Pré-Triagem é de 3 minutos, na Triagem é de 3 minutos e na Coleta, de 15 a 20 minutos. No entanto, para atender as atuais normas vigentes, o tempo de atendimento na triagem aumentou e varia entre 5 e 9 minutos, o que justifica a necessidade do aumento do número de triadores para que o fluxo de atendimento seja mais ágil. Esse exemplo demonstra a importância de se conhecer o tempo de cada processo, entre outros critérios citados, e que estes sejam constantemente avaliados e ajustados em cada serviço, de acordo com suas características, acompanhando as mudanças de procedimentos definidas nas normas, e para garantir um fluxo de atendimento adequado.

Deve-se considerar ainda que as dimensões da área física limitam o dimensionamento da equipe independentemente do número previsto de candidatos e doadores. Ou seja, em uma sala de coleta de sangue com um número fixo de cadeiras para atendimento dos doadores não é possível aumentar a equipe.

Além disso, outros fatores interferem na agilidade do atendimento, como o grau de informatização de cada serviço, a quantidade de registros e formulários a serem preenchidos, as dimensões físicas de cada serviço, o índice de rejeição clínica, a ocorrência de reações à doação e outras intercorrências.

Além da metodologia proposta por Vicente (2002) para coletas externas, a Resolução Cofen 293/2004 (COFEN, 2014) também estabelece uma metodologia para dimensionar a equipe nos locais fixos de coleta, nos quais o número de profissionais por dia não se altera.

## Materiais e insumos

Os materiais e insumos devem ser dimensionados e controlados, a fim de atender à demanda diária de atendimento de candidatos e doadores de sangue. A quantidade diária de cada item a ser utilizado, normalmente solicitada a um almoxarifado, depende de um controle que pode ser diário ou semanal, conforme o espaço disponível para armazená-los. Esse controle inclui contagem, solicitação, armazenamento em local e temperatura adequados, avaliação do material estocado em relação ao vencimento e condições das embalagens. Para o cálculo da quantidade a ser solicitada e mantida em estoque na área, deve ser considerada a média diária de atendimento em cada fase.

## Medicamentos e materiais de urgência

Para o atendimento às reações à doação de sangue é necessário que haja materiais e medicações de urgência, cujo controle deve ser definido e descrito em um procedimento operacional. Deve haver um membro da equipe de enfermagem designado para esse controle, responsável por organizar os materiais e medicamentos especificados em uma lista previamente definida pelo responsável do serviço. É recomendável que os medicamentos estejam guardados em carrinhos, maletas, armários ou gavetas devidamente identificados, lacrados com lacre numérico ou trancados com chave.

## Coletas Externas

Coletas Externas são aquelas realizadas em ambiente não habitual, para onde se desloca uma equipe de profissionais com equipamentos e instrumental necessário ao atendimento aos candidatos e doadores de sangue.

O ideal é que o planejamento de Coletas Externas seja feito pela equipe de Captação de Doadores em parceria com a equipe de Coleta de sangue de doadores, pois as Coletas Externas podem ocorrer em Postos de Saúde, Hospitais, Escolas, Empresas ou em Ônibus adaptado para coleta (Unidades Móveis de Coleta) e o número de candidatos varia muito para cada coleta programada.

A legislação atual (BRASIL, 2013a) traz diretrizes para essa atividade:

- Art. 80. Para a realização de coletas externas, serão observados os seguintes critérios:
- I - o procedimento para avaliar a adequação do local e da estrutura;
  - II - a compatibilidade entre a equipe e o número de doadores esperado; e
  - III - a presença de, pelo menos, um médico e um enfermeiro para a constituição da equipe de coleta externa.
- § 1º No procedimento para avaliar a adequação do local e da estrutura para a realização das coletas externas, verificar-se-á:
- I - a compatibilidade da infraestrutura com o processo de coleta, a fim de permitir o fluxo adequado;
  - II - a iluminação e ventilação da área física para coleta de sangue;
  - III - a privacidade para a triagem clínica;
  - IV - as condições adequadas para o atendimento de intercorrências clínicas dos doadores; e
  - V - as condições para oferta de hidratação oral e descanso após a doação. (BRASIL, 2013a, p. 19)

O planejamento de todas as atividades inclui o dimensionamento da equipe, de materiais e equipamentos, que se baseia na previsão do número de candidatos que será atendido, nas dimensões do local e no tempo disponível para o atendimento. Quando não se dispõe de um histórico de coletas no local programado essa previsão pode ser uma estimativa. Quando se dispõe de um histórico, o cálculo da previsão do número de candidatos é a média das três últimas coletas realizadas naquele local.

### **Avaliação dos Locais de Coleta Externa**

A avaliação dos locais de Coleta Externa deve estar descrita em um procedimento operacional constando os critérios de avaliação e os itens a serem avaliados. É recomendável que seja feita por no mínimo um enfermeiro e um profissional da equipe de captação e que seja registrada em formulário específico, no qual deverá constar tudo o que deverá ser providenciado para o dia da coleta, incluindo o mobiliário necessário, a realização de limpeza, presença de tomadas elétricas, iluminação e remoção de móveis e outros objetos das salas. Uma cópia desse formulário deve permanecer com a equipe que avaliou o local e outra deve ser entregue ao responsável por providenciar a organização do local.

Ao selecionar um local para Coletas Externas os seguintes aspectos devem ser considerados, para garantir a segurança dos doadores e proporcionar condições adequadas para o trabalho da equipe multiprofissional:

- ▶ características gerais da área física: deve ser ampla, arejada, iluminada e de fácil limpeza, ter dimensões compatíveis com a previsão do número de candidatos à doação; a distribuição das salas de atendimento deve favorecer o fluxo de atendimento; ambiente plano, sem escadas; deve ter piso lavável e presença de pia nos locais de atendimento, principalmente na pré-triagem e na sala de coleta;
- ▶ local para a recepção: pode ser em sala ou área aberta (saguão), porém protegida de intempéries (frio, vento, chuva, calor excessivo);
- ▶ sala de pré-triagem: arejada, iluminada, com tomadas para ligar aparelhos usados na pré-triagem;
- ▶ sala de coleta: requer atenção especial, deve ser ampla, arejada, iluminada, com pia para lavagem de mãos, piso e parede revestidos com material que permita lavagem e desinfecção (ex.: paredes azulejadas e piso frio); dimensões compatíveis para acomodar as macas necessárias para o atendimento do número de doadores previsto, e 1 (uma) mesa para rotulagem; e
- ▶ sala de triagem: arejada, iluminada, com portas para garantir a privacidade e o sigilo das entrevistas.

É importante que:

- ▶ tenha um banheiro para uso dos doadores e da equipe, e que este esteja fora das salas de atendimento;
- ▶ não tenha escadas na área de circulação dos doadores, ou seja, toda a área deve estar no piso térreo, a fim de prevenir acidentes e facilitar o acesso e a remoção dos doadores que apresentarem reações à doação; e
- ▶ a área de espera seja coberta.

No dia da coleta é importante que o ambiente esteja limpo e organizado de acordo com as solicitações feitas no dia da visita de reconhecimento e aprovação do local.

A limpeza da sala de coleta deve ser feita com água e sabão, lavando-se parede e piso, nessa ordem, removendo toda sujeira que houver no ambiente. Esse local deverá ser limpo novamente no final da coleta, da mesma forma, para garantir a segurança dos usuários.

### **Preparo de materiais para Coletas Externas**

Ao partir para uma coleta externa, a equipe deve ter a segurança de estar levando todo material, insumos e equipamentos necessários ao atendimento

previsto, já que o local da coleta pode ser distante do serviço de origem, e a falta de algum material ou mau funcionamento de algum equipamento pode colocar em risco todo o atendimento, com atrasos e desistências.

A preparação do material com pelo menos um dia de antecedência ajuda a prevenir essas situações. Utilizando-se uma planilha ou lista de checagem, um membro da equipe deve ser designado para separar os materiais e testar os equipamentos que serão levados. Na figura 4 apresenta-se um modelo de planilha eletrônica com cálculo automático da quantidade necessária de cada item. Nesse exemplo os responsáveis fazem uma primeira checagem na planilha ao separar todo o material e uma segunda checagem no momento em que são embalados para o transporte.

É importante considerar que, principalmente nas Coletas Externas, a agilização e o sucesso do atendimento aos doadores não dependem somente da equipe que realiza a coleta de sangue, pois muitos fatores interferem nessa dinâmica.

Por isso é importante que a equipe multiprofissional envolvida nas atividades programadas para as Coletas Externas conheça e entenda todo o processo de atendimento e todos os fatores que podem interferir no fluxo de atividades, e auxilie constantemente na manutenção de um ambiente agradável e acolhedor para os candidatos à doação e doadores de sangue.

**Figura 28 – Planilha de cálculo e preparo de materiais utilizados nas coletas externas**

Local da Coleta Externa			Data da coleta		
Previsão	56	Obs.:	Levar Macas		
Etiquetas	70	Id. Hemoglobinômetros :			
Tam. Equipe	5	Termômetros :			
N. Pessoas Prê	1	Esfígmhos :			
Coletando	3				
Maca	5				
MATERIAL	Qde	1º Chec.	2º Chec.	MATERIAL	Qde
Aguilha p/ vácuo + Adap.	20			Microcuvetas	84
Álcool 70% - Almot.	7			Microlancetas	84
Almot. c/ clorexidina	6			Pacote de gaze	1
Avental Descartável	15			Pacote de gaze estéril	53
Balança	Sim			Pinças Kelly	8
Boia Dupla	70			Pinças para ordenha	4
Boia Top Bottom	0			Plan. Contr. Equip. PRÊ	Sim
Boia Tripla	0			Plan. Monit. T. Transp.	Sim
Boia Quadrupla	20			Plan. Ctr. Saída Amostra	Sim
Etiqueta Transporte	4			Plan. REDOME	Sim
Caixa térmica p/ bolsas	2			Plan. Transporte	Sim
Caixa térmica p/ tubos	2			Plan. Temp. Ambiente	Sim
Curativos	70			Plan. de Saída Medic.	Sim
Cx. P/ Pêrfuro. [ 13 L - 7 L ]	9			Plan. Estações Trab.	Sim
Cx. Medicamentos	1			Plan. Peso Homogeniz.	
Cx. Urgência	1			Pilhas	4
Esfigmananômetro	4			Potes com gazes secas	4
Espadrapo	3			Rolo de lençol descart.	1
Estetoscópio	4			Saco bco p/ lxo – 30 L	9
Etiquetas em Branco				Saco plástico p/ lanche	20
Etiquetas N° 0415141				Saco Lixo Preto	2
Extensão elétrica	1			Saco Pl. Azul (tubos)	2
Ficha de Prescr. Med.	10			Scalp	0
Ficha de Reação	20			Termôm. de max. e min.	1
Fita Durex	1			Termômetro clínico	2 a 4
Garrotes	9			Tesouras	3
Gelox				Transformador	1 sn
Grade gde. p/ tubos	4			Tubos p/ NAT	70
Grade peq. p/ tubos	6			Tubo com EDTA 4,5 ml	70
Hemoglobinômetro	1			Tubo com EDTA 7 ml	70
Luvas ( P. M. Vinil) - unid.	200			Tubo seco 6 ml	70
Macas	8			Tubo seco 9,5 ml	70
Voto de autoexclusão	90			Planilha de REMESSA	Sim
Manta Absorvente	4			Urna p/ autoexclusão	1
Total de Caixas Preparadas:				Ventiladores (Nº)	
Cestas e Placas Fritas:					
Separação do material:					
Conferência do material de Coleta:					
EQUIPE: Pré:	Rot.	Cel.			
Pré:	Cel.	Cel.			
Pos:	Cel.	Cel.			

Fonte: Elaborado pelo autor.

## Referências

- ALMEIDA-NETO, C. *et al.* Demographic characteristics and prevalence of serologic markers among blood donors who use confidential unit exclusion (CUE) in São Paulo, Brazil: implications for modification of CUE policies in Brazil. *Transfusion*, Baltimore, MD, v. 51, p. 191-197, jan. 2011.
- AMERICAN ASSOCIATION OF BLOOD BANKS (AABB). *Technical Manual*. 17. ed. Bethesda, MD: AABB, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.172, de 12 de novembro de 2013.** Redefine o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. 2013a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2.172\\_12\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2.172_12_11_2013.html)>. Acesso em: 16 jun. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Hematologia e hemoterapia:** guia para elaboração de projetos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 293/2004.** Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.novo.portalcofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes/page/16>>. Acesso em: 20 jun. 2013.
- CUSTER, B. *et al.* The consequences of temporary deferral on future whole blood donation. *Transfusion*, Baltimore, MD, v. 47, p. 1514-1523, ago. 2007.
- FRANCE, C. R. *et al.* Fear of blood draws, vasovagal reactions, and retention among high school donors. *Transfusion*, Baltimore, MD, v. 54, p. 918-924, mar. 2014.
- INABA, S. Analysis of a questionnaire on adverse reactions to blood donation in Japan. *Transfusion and Apheresis Science*, [S.l.], v. 48, p. 21-34, fev. 2013.
- MASSER, B. M. *et al.* Beliefs underlying the intention to donate again among first-time blood donors Who experience a mild adverse event. *Transfusion and Apheresis Science*. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.transci.2013.06.008>>. Acesso em: 22 jun. 2014.
- VICENTE, C. S. **Implantação de um sistema de gestão da qualidade internacional ISO no hemocentro da Unicamp e seu impacto na sistematização e melhoria da assistência de enfermagem aos doadores de sangue.** 2002. 179 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Engenharia Mecânica/Gestão da Qualidade total.)-Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.



# **Humanização e doação de sangue**

*Anselmo Clemente<sup>1</sup>*

*Georgia da Silva<sup>2</sup>*

*Rafael José da Silva<sup>3</sup>*

*Marilda Marques Luciano Marvulo<sup>4</sup>*

A doação de sangue, enquanto ato em saúde, é derivado da articulação entre três atores estratégicos: o doador, o trabalhador e o gestor. Esses sujeitos em interação produzem e são promotores de saúde e subjetividade, e o modo como se relacionam em determinado serviço falam invariavelmente sobre o modelo de atenção e gestão vigente.

Enquanto estabelecimento organizado em diversos espaços produtivos, um centro de hematologia e hemoterapia dispensa atividades especializadas, realizadas por diferentes categorias profissionais, que percorrem conceitos como segurança, controle e risco. Em nome dessas perspectivas – segurança, controle e risco – conformam-se tendências à anteposição e maximização das dimensões normativa e legalista em detrimento das dimensões relacionais e do encontro entre sujeitos.

Modelos de gestão em saúde baseados, por exemplo, na hierarquização das estruturas ou dos sujeitos, em que há grande fragmentação do trabalho, presença de voluntarismo, assistencialismo, tecnicismo ou paternalismo, tendem a consolidar no cotidiano dos serviços processos de saúde excludentes e cada vez mais afastados dos princípios constitucionais do SUS. Esse ambiente tende a criar relações assimétricas entre os sujeitos, criando lócus herméticos de poder em vez da promoção da autonomia dos sujeitos, corresponsabilização e compromisso ético-político com uma política pública de saúde em defesa da vida.

Referimo-nos então à indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde. E é sobre essa relação, que fundamenta a humanização em saúde, que falaremos a seguir.

---

<sup>1</sup> Anselmo Clemente – Psicólogo – Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde.

<sup>2</sup> Georgia da Silva – Antropóloga – Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde.

<sup>3</sup> Rafael José da Silva – Assistente Social – responsável pelo setor de captação de doadores do Hemocentro de Marília – SP.

<sup>4</sup> Marilda Marques Luciano Marvulo – Enfermeira – responsável pela assistência de enfermagem do Hemocentro de Marília – SP.

## Política Nacional de Humanização: uma política transversal

O SUS como política pública de saúde visa à integralidade, universalidade, equidade e incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Ainda que lhe pesem vinte e cinco anos desde sua constituição, o SUS é uma política pública recente, que se constrói cotidianamente, estando em pleno curso de transformação, com debates constantes sobre a organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde.

O SUS apresenta muitos avanços desde sua constituição, como a ampliação do acesso à rede de serviços de saúde pela população brasileira, tanto nas regiões metropolitanas e grandes cidades quanto nos municípios de mais difícil acesso, com o fortalecimento da Atenção Básica, redução das disparidades regionais com a Estratégia Saúde da Família, aumento da cobertura, aumento da rede ambulatorial e estabelecimentos de saúde e estabilização dos investimentos e financiamento em saúde (WHO, 2013).

Numa perspectiva mais focal em relação ao sistema global, também podemos sinalizar alguns avanços das políticas de sangue, componentes e hemoderivados:

- a) Evolução da hemoterapia;
- b) Aumento de doadores voluntários;
- c) Oferta de sangue e hemocomponentes de qualidade para 100% dos leitos SUS;
- d) Boa imagem dos serviços de hemoterapia públicos e da gestão federal;
- e) Estímulo à doação voluntária e de repetição, em todo o país;
- f) Lideranças técnicas, com capacidade equivalente à dos países desenvolvidos;
- g) Realização de cursos, com destaque para o de Gestão de Hemocentros;
- h) Construção e fortalecimento da Hemorrede Nacional;
- i) Parceria constante entre o Ministério da Saúde e a Hemorrede, com assessoramento técnico e incentivo financeiro;
- j) Articulação com as Sociedades de Especialidades;
- k) Avanços na Área de Cooperação Técnica Internacional; e
- l) Publicação de um manual como este, voltado para os captadores de doação de sangue.

Dentre os desafios reconhecidos (BRASIL, 2008), destacamos quatro que pretendemos desdobrar na discussão aqui exposta: qualificar o sistema de cogestão do SUS; superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; implantar diretrizes de acolhimento e da clínica ampliada, para a ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida; e melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), que dispõe como princípios a inseparabilidade entre a clínica e a política nos processos de produção de saúde, a transversalidade e o protagonismo dos sujeitos e coletivos, coloca-se em frente aos desafios destacados. Há um modo de fazer intrínseco à PNH, modulado por uma postura ético-estético-política, assentado sobre a autonomia e protagonismo dos sujeitos, com corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. Dentre suas diretrizes, evidenciamos duas como basilares para afirmação de uma atenção humanizada ao doador de sangue: o acolhimento e a cogestão dos/nos serviços.

O acolhimento pode ser compreendido como técnica e como modo ético-político-estético, produzido no estar com e na relação com outro. O acolhimento é processo “constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde sua chegada até sua saída” (BRASIL, 2008, p. 51). O acolhimento pressupõe uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e a garantia de uma atenção integral, resolutiva e responsável, “por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência, quando necessário.” (BRASIL, 2008, p. 51).

Ele fala de corresponsabilização no cuidado entre todos os implicados em um serviço e rede de atenção à saúde. O acolhimento é um evento dialógico, um encontro e, portanto, não está encerrado em um lugar, personificado em um profissional específico, ou tem uma dimensão protocolar.

O potencial doador deve ser tratado de forma equânime seja no momento da captação ou no interior de um centro de hemoterapia e hematologia, independentemente de sua identidade de gênero, sexual, religiosa, idade, expressividade no vestuário, corte de cabelo, uso de adornos corporais, etnia, raça/cor e outros signos e símbolos de distintividade sociocultural. O encontro intercultural que ocorre na relação entre trabalhador e doador merece ser potencializado em

sua expressividade e capacidade de transformação. Intercultural, pois tanto trabalhador quanto doador trazem consigo a experiência de suas perspectivas de mundo e as colocam quando em relação em um encontro. Troca de saberes e afetos, reconhecimento do outro em sua diferença e modo de estar no mundo é o que configura o acolhimento enquanto dimensão ética-política.

Essa dimensão do acolhimento fala de um tipo de clínica, que se pretende inclusiva, com construção de vínculo e confiança, elementos importantes para assegurar a permanência no serviço dos doadores voluntários. Uma clínica não fragmentada, com olhar integral sobre o sujeito, pleno em sua história e experiência. Enquanto tecnologia leve<sup>5</sup>, o acolhimento, por falar de relações interpessoais, tem um papel fundamental e importante para a construção de integralidade e humanização do cuidado.

A humanização implica então exercer a dimensão comunicativa com radicalidade, em uma troca de informações e saberes, permitindo o diálogo e a escuta de expectativas e demandas e a partilha de decisões entre profissionais, gestores e doadores.

A entrevista como instrumento de triagem cotidiano do processo de doação de sangue, com suas questões fechadas, com uma perspectiva binária em relação às respostas – Sim e Não – pode ser ressignificada a partir da lógica do acolhimento. A dimensão técnica e normativa não deve sobrepor-se à dimensão relacional do encontro entre trabalhadores e potenciais doadores.

Quando se realiza a entrevista, colocam-se questões que falam sobre comportamentos inaptos e não sobre sujeitos inaptos. A inaptidão, salvo nos casos clínicos previstos nas normativas, na maioria das vezes, é uma condição provisória que fala de comportamentos inadequados, não imprimindo às identidades sexuais, de gênero e/ou étnicas/sociais qualquer marca para aptidão ou inaptidão. Assim, redimensionar e ressignificar o momento da entrevista é fundamental, permitindo uma escuta e comprometimento em ofertar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo doador, incluindo suas experiências e conhecimentos, inclusive auxiliando-o na construção de um comportamento adequado para a doação de sangue, de acordo com as normas e regras estabelecidas.

Nesse caminhar de escuta e olhar qualificado promovido pelo acolhimento, os trabalhadores e gestores podem construir análises sobre o contexto

<sup>5</sup> As tecnologias leves são produzidas no trabalho vivo em ato, em relações de interação e subjetividade, permitindo a produção de acolhimento, vínculo e responsabilização. Para saber mais ver: MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. *Práxis em salud um desafio para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

sociocultural experienciado pelos potenciais doadores e promover ofertas e articulações expandindo o seu objeto de trabalho. Essa é uma das reflexões feitas pela Clínica Ampliada.

As informações necessárias a um potencial doador devem ser amplamente divulgadas, preferencialmente, antes de este procurar um banco de sangue ou hemocentro, de modo que aquele que não se enquadre nos requisitos legais não se sinta distante da possibilidade de doar ou, ainda, de participar do serviço de outros modos para além da doação em si, como: articular outros doadores ou ainda tornar-se um agente multiplicador de informações para doação de sangue.

Estratégias como ouvidorias, amplamente implantadas nos hemocentros do país, também são espaços potentes para escuta de manifestações sociais sobre o serviço, sendo um componente importante da gestão estratégica e participativa do SUS. O sistema de ouvidorias de hemocentros possui em sua maioria o atendimento receptivo, em que a população procura a Ouvidoria para declarar-se. Todavia, a Ouvidoria Ativa, formalizada pelo Decreto nº 7.508/2011, pode configurar-se em uma importante ferramenta para participação social na gestão do SUS e, por extensão, dos estabelecimentos de doação de sangue.

A Ouvidoria Ativa busca contribuições da sociedade para a construção de estratégias no envolvimento da percepção do cidadão, na avaliação das ações dos serviços de saúde e nas soluções às dificuldades apresentadas. (BRASIL, 2014, p. 13).

Podemos considerar então, que a Ouvidoria, enquanto ferramenta extensiva ao acolhimento, é tanto instrumento da atenção quanto da gestão em saúde.

O acolhimento em sua dimensão política permite mudanças estruturais na forma de gestão do serviço, e a partir dele é possível visualizar os processos de organização do serviço, o tipo de gestão implantada na unidade, enfim, os processos de trabalho em voga.

O funcionamento do acolhimento se multiplica em inúmeras outras ações e traz a possibilidade de analisar: a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde, as formas de organização do serviço e os processos de trabalho, a governabilidade das equipes locais, a humanização das relações em serviço, os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde, o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica e a multi/interdisciplinaridade nas práticas (BRASIL, 2012, p. 20).

Assim, o acolhimento é importante dispositivo de intervenção para análise do processo de trabalho, na tríade das relações entre gestores, trabalhadores e usuários – no caso dos hemocentros e/ou bancos de sangue, os doadores.

Como dito anteriormente, em termos de Humanização, entende-se que nos serviços de saúde existe uma indissociabilidade entre gestão e atenção prestada, ou seja, a qualidade do cuidado prestado ao usuário tem relação direta com a forma como o serviço organiza e gere seu processo de trabalho. Nesse sentido, todos os trabalhadores de saúde de determinado serviço operam não apenas o cuidado, mas também dimensões da gestão do serviço de modo global.

Queremos dizer com isso que, independentemente da função desempenhada ou do serviço de saúde em questão, a atenção prestada por qualquer trabalhador de saúde terá uma dimensão organizativa do espaço de trabalho.

Tradicionalmente, os serviços de saúde apresentam uma forma de gestão ainda com grande hierarquização e rigidez dos papéis institucionais, e consequente verticalização do poder decisório sobre o cotidiano do trabalho. Como resultado, a produção do cuidado, entendido aqui no paradigma de produção de saúde e da clínica ampliada, acaba dando-se de forma fragmentada, alienada e sem criação de sentido daquilo que se produz. Os trabalhadores acabam infantilizados na sua capacidade de criar e produzir resultado, sendo o trabalho realizado de forma repetitiva, pensado em outro lugar. Nesse contexto a função da gestão era manter a organização produzindo, em um espaço de controle, submissão e renúncia do trabalhador.

A trilha em gestão defendida pela humanização é a que tem como perspectiva a gestão participativa, mecanismo que possibilita àqueles implicados no serviço a atribuição de sentidos ao processo de trabalho. “As ações, no âmbito da PNH, destacam a importância de se (re)organizarem os processos de trabalho para mudar a oferta de serviços, priorizando o modo de se discutir e articular essa (re)organização em equipe, o “que fazer” não pode suplantar o “como fazer” (SANTOS-FILHO *et al.*, 2009, p. 607).

Propõe-se a noção de cogestão, em que comparece a inclusão de usuários/doadores, trabalhadores e gestores o mais ampliadamente possível, e a consequente participação ativa no processo de tomada de decisão desses atores envolvidos. Assim, “a inclusão de novos sujeitos nos processos decisórios de saúde, para se concretizar como prática de gestão necessita da construção de condições políticas e institucionais efetivas” (BRASIL, 2009, p. 25).

Podemos conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de oferecer métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metas/objetivos. (BRASIL, 2009, p. 13-14).

Qualquer estabelecimento de saúde pode implantar mecanismos ou espaços de cogestão no serviço. Assim,

Em primeiro lugar, cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligogestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõe a organização, assumindo-se o predicho de que “todos são gestores de seus processos de trabalho”. (BRASIL, 2009, p. 24).

A ideia de cogestão suplanta a ideia de gestão tradicional, que se preocupa em manter a organização funcionando sob a égide de um poder centralizado. Ela pretende compartilhar não somente o poder, mas também a responsabilidade e os meios para a resolução dos problemas, promovendo a desalienação quanto ao trabalho realizado. Dessa maneira, os trabalhadores passam a ser reconhecidos e a reconhecer os outros como parte da solução e não como culpados ou vítimas.

Observa-se que existem diversas iniciativas pelo país que relacionam esses arranjos de gestão ao cotidiano dos Hemocentros. Um desses arranjos diz respeito à participação do hemocentro – por meio de seu diretor, por exemplo – nas Câmaras Técnicas de Humanização (CTH).

As CTHs são formadas por representantes de serviços que compõem a rede SUS, como hospitais, hemocentros, conselhos de saúde, organizações não governamentais, movimentos sociais, secretarias de saúde, enfim, todos aqueles interessados em unir e/ou potencializar ações de humanização. Elas possibilitam olhar para os fluxos do serviço de saúde e a pactuação entre os serviços, criando redes de atenção e planejamento coletivo, em uma ação-intervenção que qualifica as ações em saúde. Nota-se que a participação dos Hemocentros em CTHs pode indicar um comprometimento com a mudança nos modos de atenção e estimula o intercâmbio de experiências em humanização.

Muitos serviços que participam das CTHs também implantam um arranjo de humanização chamado Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) ou Comitês de Humanização.

Os GTHs podem ser formados a partir de iniciativas tanto de trabalhadores quanto de gestores ou até mesmo de usuários. Se em um Hemocentro os profissionais de saúde interessados em discutir o seu processo de trabalho começam a se reunir e, com o crescimento das discussões, começam a sentir necessidade de incluir o gestor da unidade, e o grupo se amplia, esse espaço pode passar a ser um lugar de acolhimento das demandas que surgem no serviço e construção de propostas de melhoria.

Outro caminho pode partir do seguinte exemplo: o gestor de determinado hemocentro é convidado para participar de uma Câmara Técnica de Humanização em sua região de saúde. Sensibilizado com as discussões do cuidado em rede, sabe da necessidade de qualificar a atenção do serviço que gerencia. Então passa a se reunir com os trabalhadores de seu serviço para debater as questões relevantes e também acolher as necessidades que surgem no cotidiano de trabalho. Com a organização do grupo, esse espaço passa a ser um espaço privilegiado de produção de cogestão no serviço.

Ainda, podemos pensar quando a iniciativa parte de usuários de um serviço de saúde. Se em um determinado hemocentro, como parte das atividades de humanização do serviço propostas pela gerência, convidam-se os doadores mais frequentes para uma confraternização, seguida de roda de conversa com o intuito de debater sobre a relação de vínculo e acolhimento estabelecida entre eles, os triadores e captadores, ou ainda sobre como organizar melhor o espaço. Essa ação pontual, que pode gerar um espaço frequente de encontro e diálogo, pode instalar outra forma de funcionamento da unidade de saúde, com estímulo à discussão e tomada de decisão compartilhada entre gestor, trabalhadores e usuários.

Estão colocadas algumas questões que esse tipo de gestão propõe: a análise da instituição, a formulação de projetos, apontando a dimensão criativa dos espaços de diálogo, a tomada de decisão e a transformação da gestão em um espaço pedagógico.

A Política Nacional de Humanização, a fim de apoiar a qualificação em termos de atenção humanizada aos usuários do SUS, trabalha com a perspectiva da mudança no processo de gestão dos serviços para melhoria na atenção. Nesse sentido, reconhece-se que arranjos de gestão, baseados na inclusão dos usuários, trabalhadores e gestores em coletivos organizados, participativos e democráticos de maneira horizontalizada, favorecem a difusão e implantação dos princípios e diretrizes do HumanizaSUS nos serviços de saúde.

## Reflexões finais

As práticas transfusionais datam do século XVII, sendo que no Brasil estudos apontam para seus primeiros experimentos, em caráter científico, em princípios do século XX (JUNQUEIRA *et al.*, 2005). O sangue, como substância que encerra múltiplos sentidos para diferentes povos, aparece nas mais variadas formas de significação na sociedade brasileira. Expressões como “chorei lágrimas de sangue”, “sangue bom”, “o sangue subiu à cabeça”, “sangue ruim” são exemplos das conotações significativas sobre o sangue, que compõe as percepções sobre o corpo, saúde, doença vivenciadas pelos atores sociais.

Se observarmos o processo de doação de sangue no campo da saúde pública brasileira, a exemplo de outras políticas desse setor, é fundamental considerarmos sua dimensão político-social. Política, pois reconhece que a organização dos serviços relacionados com o sangue, componentes e hemoderivados está comprometida com os princípios e diretrizes do SUS e também com a reforma sanitária brasileira.

A doação de sangue, seja ela de reposição ou espontânea, aponta fios de relações de reciprocidade que extrapolam a noção biológica de um corpo produtor de sangue, trazendo-nos a dimensão social da relação. Assim, apesar do importante conhecimento biológico da biomedicina moderna sobre essa substância, o ato de doação de sangue também redimensiona sociopoliticamente a produção em saúde.

A dimensão social da doação de sangue também se expressa na constituição de suas políticas. Por exemplo, quando se define qual população será ideal para doar sangue, o quanto a sexualidade dos indivíduos doadores importa para a qualidade do sangue doado, com quais sujeitos temos que nos preocupar mais ao avaliar o potencial doador, estaremos sempre em contato permanente com a forma com que a doação de sangue foi-se organizando ao longo da história.

Por isso, quando trabalhamos com dimensão sociopolítica no campo das políticas de sangue, componentes e hemoderivados, ressaltamos a necessidade da ampliação da atenção ou da clínica dispensada aos potenciais doadores do serviço. Em algumas áreas da saúde coletiva a ampliação da atenção ocorreu a partir de um saber dominante sobre o corpo, como na saúde mental, que, a partir da desconstrução do saber psiquiátrico em detrimento de um olhar ampliado sobre a ideia de loucura, experienciou a reforma psiquiátrica no Brasil. Outro exemplo ocorreu na atenção básica, que dispensou um modelo flexneiriano, para a construção de um olhar mais holista e integral sobre a produção social dos estados de saúde dos indivíduos, promovendo a reorganização do modelo de atenção por meio da Estratégia Saúde da Família.

As diversas políticas setoriais do SUS apresentam momentos históricos diferentes. A qualificação e aperfeiçoamento da gestão pública na área de sangue e hemoderivados são recentes e se atualizam no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e, nesse sentido, a Política Nacional de Humanização tem muito a contribuir para a construção de uma atenção reflexiva, com foco nas necessidades do sujeito e comprometida éticamente com uma gestão democrática, participativa, solidária, geradora de protagonismo e autonomia dos sujeitos.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Ouvidoria Ativa do SUS: ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- JUNQUEIRA, Pedro C.; ROSENBLIT, Jacob; EHAMERSCHLAK, Nelson. História da Hemoterapia no Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** [online]., v. 27, n. 3, p. 201-207, 2005.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic. Saude Educ.**, [S.l.], v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009.
- WHO. **20 anos de construção do Sistema de Saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde**, 2013.

# A experiência do Hemocentro do Ceará durante a copa do mundo de 2014 no Brasil

*Nágela Maria Lima de Oliveira<sup>1</sup>*

*Luciana Maria de Barros Carlos<sup>2</sup>*

*Eva Gomes da Silva<sup>3</sup>*

Para compreender como se processa uma estratégia de adequação de um Banco de sangue quando da realização de eventos de grande envergadura, necessário se faz que se tenha uma compreensão conceitual do que são eventos e seus impactos na estrutura social, de como se planeja e se executa uma ação desse nível. Partindo-se de uma definição no senso comum, evento é um acontecimento fora do padrão ou rotina, notadamente algo diferente ao que se está habituado. O que por si só agrupa o sentimento de expectativa e ansiedade para além da zona de conforto a que se está habituado.

Ao se consultar um dicionário, constata-se que evento é um acontecimento ou mesmo algo bem sucedido. Nesse sentido, trata-se de uma definição bem próxima à que corriqueiramente se entende.

Ao aprofundar o conceito, encontra-se em Luiz Carlos Zanella (2003, p. 13) a seguinte definição:

Uma concentração ou reunião formal e solene de pessoas e / ou entidades realizada em data e local especial, com objetivo de celebrar acontecimentos importantes e significativos e estabelecer contatos de natureza comercial, cultural, esportiva, social, familiar, religiosa, científica, etc.

Sob esse olhar já se percebe um aspecto fundamental do que se entende por eventos como algo que compreende uma elaboração, um planejamento. Para um evento acontecer, faz-se necessário que exista uma articulação em sua promoção. Independentemente de seu objetivo, de seu porte ou de sua finalidade,

---

<sup>1</sup> Assistente Social do Hemocentro do Ceará.

<sup>2</sup> Diretora Executiva do Hemocentro do Ceará.

<sup>3</sup> Assistente Social do Hemocentro do Ceará.

um evento pressupõe um engajamento visando ao seu sucesso, objetivando atingir sua meta de realização e ser bem sucedido.

Um evento pode ser algo simples, uma reunião com amigos, uma ida ao cinema; pode ser um evento com milhares ou milhões de participantes. Reunir pessoas de uma mesma cidade, de um estado ou de vários países. Pode angariar recursos ou doações ou objetivar o comércio e o lucro. Pode ser religioso ou musical, artístico ou esportivo, econômico ou político. Em que pese a essas facetas, um evento passa por um planejamento, é isso que garante sua realização dentro de um padrão.

Um aspecto interessante a se registrar é que um evento tem sempre um aspecto de engajamento e que reúne pessoas a partir de um nível de similaridade. Ou seja, quem participa de um evento tem uma relação de interesse, não sendo aleatório o envolvimento, “tem como característica principal propiciar uma ocasião extraordinária ao encontro de pessoas, com finalidade específica, a qual constitui o “tema” principal (...) e justifica sua realização.” (GIACAGLIA, 2003, p. 11).

Assim, eventos são espaços de congraçamento e divulgação, compartilhando expectativas, ideias e interesses, promovendo marcas e filosofias, dividindo saberes e criando ciência, divulgando cultura ou espalhando diversão.

Historicamente falando, é complexo definir as primeiras experiências da humanidade na realização de eventos. Registros de grandes congraçamentos apontam Jogos Olímpicos sendo realizados em 776 a.C., tendo se repetido a cada quatro anos por mil anos. Um exemplo de evento planejado e minuciosamente realizado até os dias de hoje. A Copa do Mundo de Futebol é outro exemplo de megaevento. Iniciado em 1930, em Montevidéu, Uruguai, trata-se de um dos eventos que mais mobilizam pessoas ao redor do mundo.

Para efeitos das ações desenvolvidas pela Hemorede do Ceará, entende-se evento, em especial os de grande porte ou de massa, conforme conceituado na Portaria 1.139, de 10 de junho de 2013, que define no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) responsabilidades e diretrizes para o planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância e assistência à saúde em eventos de massa. Assim, eventos de massa são:

Atividade coletiva de natureza cultural, esportiva, comercial, religiosa, social ou política, por tempo pré-determinado, com concentração ou fluxo excepcional de pessoas, de origem nacional ou internacional, e que, segundo a avaliação das ameaças, das vulnerabilidades e dos riscos à saúde pública exijam a atuação coordenada de órgãos de saúde pública da gestão

municipal, estadual e federal e requeiram o fornecimento de serviços especiais de saúde, públicos ou privados (Sinonímia: grandes, eventos especiais, eventos de grande porte). (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, observa-se a necessidade de compreender a saúde pública adequada a eventos de grande impacto no cotidiano social, envolvendo a comunidade local e os visitantes.

## **Eventos no Brasil**

Assim como o marco inicial da realização de eventos no mundo é difícil de ser estabelecido, no Brasil também existe essa questão. Registra-se a realização de um baile de carnaval, em 1840, como a primeira experiência em eventos no país.

A partir da década de 1920, o Brasil passou a ampliar sua oferta de locais para eventos com o surgimento de hotéis de grande porte, como, por exemplo, o Copacabana Palace (Rio de Janeiro), Hotel Quitandinha (Rio de Janeiro), Grande Hotel Araxá (Minas Gerais) e Hotel Atlântico (São Paulo).

Cada vez mais ao longo do final do século XX e início do século XXI, o Brasil vem desenvolvendo e consolidando sua posição como expoente no roteiro de grandes eventos. Segundo ranking da ICCA - International Congress and Convention Association, de 2013, o país é o nono em realização de eventos internacionais. Em primeiro lugar estão os Estados Unidos, seguidos por Alemanha, Espanha, Reino Unido, França, Itália, Japão e China.

A realização da Copa do Mundo 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016, no Rio de Janeiro, devem contribuir para o avanço do país nessa estatística, a partir do sucesso dos eventos e da massiva divulgação da imagem do Brasil, de forma positiva e bem sucedida.

## **Captação de Doadores e Grandes Eventos**

Para conquistar as metas estabelecidas para o atendimento da população cearense, por meio do Hemoce, a Hemorrede do Ceará desenvolve ações permanentes no intuito de conscientizar a sociedade acerca da importância da doação de sangue e, assim, conseguir formar um grupo constante de doadores voluntários, conscientes e corresponsáveis pela qualidade transfusional no estado. Isso ressalta a importância do estabelecimento de parcerias que proporcionem

a ampla discussão e valorização da doação voluntária de sangue entre os diversos setores da sociedade cearense. Buscar essas parcerias significa comprometer a sociedade com a doação de sangue e ampliar as possibilidades de seu envolvimento direto para a garantia de estoques de sangue estáveis e regulares, com o objetivo de atender às necessidades transfusionais existentes atualmente, considerando seu potencial de crescimento.

Esse trabalho é realizado, em específico, pelo setor de Captação de Doadores do Hemoce, que tem como objetivo captar e conscientizar candidatos à doação espontânea que compareçam regularmente ao Hemoce por razões humanitárias, em claro exercício de cidadania, responsabilidade social e/ou solidariedade plena.

O desafio cotidiano de dar sustentação ao atendimento das necessidades transfusionais em um estado é potencializado quando da realização de eventos de grande impacto e que envolve milhões de pessoas. A realização da Copa do Mundo de Futebol, em 2014, no Brasil é um momento de imensa aglutinação de pessoas e com as necessidades de garantia de bem-estar elevadas exponencialmente. Nesse sentido, a utilização de estratégias e planejamento adequados se faz imprescindível.

## Copa do Mundo de Futebol, 2014

A realização da 19<sup>a</sup> Copa do Mundo de Futebol no Brasil é sonho antigo e concretiza-se em meio a inúmeras expectativas. Desde a realização do primeiro evento, em 1930, no Uruguai, até a abertura da Copa 2014, em São Paulo, passaram-se 84 anos, e cada vez mais pessoas se envolvem e mais gente assiste ao evento nos mais longínquos rincões. Disso se deduz a importância de um evento dessa envergadura ocorrer sem intercorrências e com sua infraestrutura funcionando em fina sintonia.

Fortaleza, uma das doze sedes da Copa, recebeu seis jogos e mais de 350.000 turistas ao longo da competição. Os números ainda não foram fechados, mas os indicativos iniciais apontam para a superação das expectativas quanto ao sucesso do evento. A estrutura quanto à saúde, segurança, transporte e outras necessidades que cercam eventos desse porte foi planejada de forma articulada para possibilitar a mitigação de problemas. Os aspectos relativos à saúde foram coordenados pelo Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS). Órgãos e profissionais de saúde da Secretaria da Saúde do Estado (Sesa) e a Secretaria de Saúde de Fortaleza trabalharam de forma conjunta na prevenção de riscos e doenças e na prestação de serviços de recuperação da saúde em ocorrências relacionadas com os eventos da Copa.

Nos 20 hospitais responsáveis pelos atendimentos aos participantes do evento foram registrados, até o dia 24 de junho, segundo dados da Secretaria de Saúde - Sesa, cerca de 1.249 atendimentos, sendo 69,5%, de casos clínicos, e 30,42%, de traumas. Por nacionalidade foram atendidos 996 (79,87%) brasileiros, 62 mexicanos, 28 alemães, 27 norte-americanos, 19 uruguaios, 18 franceses, 11 ingleses e os demais, de outras 27 nacionalidades.

## **Plano de ação para Copa 2014**

Em se tratando de evento grandioso como a Copa do Mundo Fifa, é fundamental o trabalho com a perspectiva de ação preventiva, garantindo assim a manutenção dos estoques de sangue em um nível seguro para atendimento das demandas potencialmente maiores no período. Sempre preservando a qualidade transfusional, garantindo a todos o acesso ao sangue, se necessário.

Nesse sentido, é importante observar pontos específicos e que contribuem substancialmente para a formação de estoque adequado ao evento:

- ▶ Conscientizar novos doadores, sempre sensibilizando para o ato humanitário de doar;
- ▶ Estabelecer um nível seguro de estoque;
- ▶ Analisar os fatores exógenos, como, por exemplo, o clima, doenças sazonais, que impactam o número de doações;
- ▶ Conhecer detalhadamente a realidade local para especificar as quantidades necessárias de bolsas, demanda normal, capacidade de resposta no atendimento;
- ▶ Intensificar a fidelização dos doadores, garantindo o hábito de doar.

Vale destacar que, dentro dos preceitos da Portaria 1.139/13, ficam estabelecidas as responsabilidades das autoridades sanitárias e gestores nos diferentes âmbitos: federal, estadual e municipal. O objetivo é focar em estratégias e ações de prevenção, mitigação de riscos e provimento de serviços de saúde quando necessários. Na esfera federal a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS serão responsáveis por ações de acordo com suas competências. Em relação às coordenações do eventos, observe-se o art. 8º (BRASIL, 2013):

Art. 8º A coordenação das ações relativas à vigilância e assistência à saúde em eventos de massa é responsabilidade do ente municipal, devendo ser compartilhada com os demais

gestores do SUS, quando extrapolar os limites de competência e capacidade municipal, conforme as disposições desta Portaria e outros atos normativos complementares.

§ 1º Nos eventos designados de interesse estadual a coordenação é compartilhada pelos gestores estaduais e municipais;

§ 2º Nos eventos designados de interesse nacional a coordenação é compartilhada entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde.

Dentro dessa perspectiva, foi traçado o Plano de Ação para atender as situações de urgência e emergência de sangue durante a Copa do Mundo (CEARÁ, 2013), com os seguintes objetivos:

## Geral

Orientar ações necessárias para o atendimento regular e de situações de urgência e emergência de sangue no período da Copa das Confederações e da Copa do Mundo da FIFA na Região Metropolitana de Fortaleza.

## Específicos

- ▶ Alinhar as ações de atendimento hemoterápico com as ações de atendimento a urgências e emergências estruturadas pela Sesa.
- ▶ Preparar o estoque de sangue para atendimento pleno às necessidades transfusionais dos hospitais de grande complexidade de Fortaleza durante os eventos.
- ▶ Definir a logística de distribuição de sangue para os principais serviços hospitalares designados para atendimento à urgência e emergência da Região Metropolitana de Fortaleza.
- ▶ Viabilizar soluções para eventuais panes ou problemas que afetem o funcionamento do Hemocentro Coordenador de Fortaleza e Agências Transfusionais dos hospitais responsáveis pelo atendimento.

Para tanto foi estabelecido um estoque mínimo de três vezes a demanda diária em períodos normais de funcionamento, buscando garantir o atendimento de demanda extra, compatível com o porte do evento mundial. Para alcançar esse patamar ideal no estoque de sangue, foram traçadas as seguintes estratégias, adequadas a cada objetivo.

**Objetivo:**

Manter o estoque de sangue adequado no período da Copa do Mundo Fifa

**Estratégias:**

**1. Controle do estoque**

- 1.1. Definir valor para estoque mínimo, adequado e seguro de acordo com os últimos 180 dias de consumo;
- 1.2. Acompanhar diariamente estoque: por hemocentro, por tipo sanguíneo;
- 1.3. Estabelecer ações de convocação de doadores, organização de grupos para doação (caravana da solidariedade), sensibilização de parceiros e divulgação na mídia;
- 1.4. Promover mobilização de estoque dos Hemocentros Regionais para o Coordenador, se necessário.

**2. Aumento da coleta de sangue**

- 2.1. Aumento da coleta de sangue, por meio da intensificação das ações de captação hospitalar nos seis maiores hospitais de alta complexidade de Fortaleza;
- 2.2. Aumento das coletas externas em locais estratégicos nos 15 dias que antecedem o evento, com estimativa de pelo menos 150 doações diárias;
- 2.3. Intensificar a coleta de sangue nos Hemocentros Regionais;
- 2.4. Promover inserções midiáticas positivas que chamem atenção à população para a doação de sangue;
- 2.5. Funcionamento aos domingos do Hemocentro Coordenador.

**3. Contingência para emergências**

- 3.1. Organizar equipe de contingência para as áreas técnica e de transporte, para aumento da equipe de coleta e logística de distribuição em casos emergenciais.

**4. Ampliação do atendimento ao doador**

- 4.1. Estruturação de um posto de coleta fixo em lugar estratégico para facilitar o acesso do doador.

**5. Comunicação e mobilização**

- 5.1. Criação de campanha de publicidade específica para o evento.

As ações realizadas no período atingiram seu objetivo, ou seja, o estoque permaneceu adequado e atendeu a população dentro dos princípios de qualidade, ética e equidade. Entre as ações destacam-se:

- ▶ A intensa mobilização da Hemorrede para a garantia do serviço;
- ▶ O trabalho de coletas externas, que manteve fidelizados os parceiros já existentes, além da adesão de novos, tendo um incremento de 3.540 doações, no período de janeiro a julho de 2014, comparado com o mesmo período de 2013;
- ▶ Instalação de postos fixos em *shoppings* da capital, no trimestre de junho a agosto;
- ▶ Aumento de 94%, no período de janeiro a junho de 2014, do número de doadores participantes das caravanas de solidariedade, que consistem em grupos organizados oriundos da sociedade civil;
- ▶ Intensa adesão da população às campanhas de sensibilização para o ato de doar realizadas pela assessoria de comunicação com início 30 dias antes da realização do evento;
- ▶ A intensa mobilização da Hemorrede para a garantia do serviço, tendo ultrapassado em 30% a meta de doação, que era de 10 mil, conforme resultado abaixo:

<b>Quantitativo de doações de sangue por hemocentros</b>	
Hemoce Fortaleza	7.325 Doações
Hemoce Quixadá	755 Doações
Hemoce Sobral	1.905 Doações
Hemoce Iguatu	958 Doações
Hemoce Crato	1.039 Doações
Hemoce Juazeiro do Norte	919 Doações
<b>Total</b>	<b>12.901 Doações</b>

Fonte: Hemoce Coordenador.

A consecução dos objetivos é mensurada a partir do monitoramento de entrada e saída do sangue, desde o momento da coleta à distribuição, permitindo de forma ágil a chegada do material aonde se fazia necessário, ressaltando a importância de uma articulação bem sucedida com os serviços de urgência e emergência, possibilitando o atendimento das demandas.

## Considerações Finais

No encerramento da Copa do Mundo Fifa 2014, dentre as conquistas na realização de um megaevento mundial, acompanhado por milhões de pessoas em todo o planeta, considerado um sucesso de organização, percebe-se que, além de estruturas físicas relativas a estádios de futebol, obras de mobilidade urbana, apreço por receber bem os turistas, valorização do brasileiro e da cultura nacional, o poder de organização e o exercício da solidariedade são também legados da Copa.

Sem um planejamento eficiente e eficaz, apropriado com disposição pela equipe da Hemorrede, não se obteria a margem de segurança transfusional necessária ao evento, assim como este não aconteceria sem o compromisso assumido pela população de garantir as doações necessárias à manutenção do estoque. Sem solidariedade não existe sangue disponível nos hospitais para salvar vidas, essa foi a maior conquista e permanecerá como vitória incontestável do povo cearense.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.139, de 10 de junho de 2013. Define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jun. 2013.

CEARÁ (Estado). **Plano de ação para atender a situações de urgência e emergência de sangue na copa das confederações e copa do mundo da FIFA, de Fortaleza-CE**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 2013.

GIACAGLIA, M. C. **Organização de eventos: teoria e prática**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

ICCA. **Ranking do International Congress and Convention Association**. Disponível em: <<http://www.iccaworld.com/npps/story.cfm?nppage=4020>>. Acesso em: 29 jun. 2014. Ranking do ICCA.

PEREIMA, R.; SUELLYM, R. *et al.* Doação de Sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, mar./abr., 2001.

ZANELLA, L. C. **Manual de organização de eventos: planejamento e operacionalização**. São Paulo: Atlas, 2003.





POLÍTICA NACIONAL DE  
SANGUE E HEMODERIVADOS



DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde

[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PÁTRIA EDUCADORA