

LUANA GIACOMINI

**ELEMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HEMOTERAPIA
COM VISTAS À FIDELIZAÇÃO DO DOADOR VOLUNTÁRIO DE SANGUE.**

RIO GRANDE

2007

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ELEMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HEMOTERAPIA
COM VISTAS À FIDELIZAÇÃO DO DOADOR VOLUNTÁRIO DE SANGUE.**

LUANA GIACOMINI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Organização do Trabalho em Enfermagem/Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

Rio Grande

2007

G429e Giacomini, Luana

Elementos para a organização do trabalho em hemoterapia com vistas à fidelização do doador voluntário de sangue / Luana Giacomini.

-- Rio Grande, 2007.

94 f. ; 29,7 cm.

Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho

Dissertação (mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Curso de Pós-graduação em Enfermagem, 2007.

Referências bibliográficas: f. 82-89

Apêndices: f. 90-92

Anexo: f. 93-94

1. Sangue 2. Doadores de sangue. 3. Bancos de sangue. 4. Hospital Santa Casa. 5. Rio Grande. I. Lunardi Filho, Wilson Danilo.

II. Universidade Federal do Rio Grande.

CDU 615.38

**ELEMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HEMOTERAPIA
COM VISTAS À FIDELIZAÇÃO DO DOADOR VOLUNTÁRIO DE SANGUE.**

LUANA GIACOMIMI

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 28/08/2007, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Wilson Danilo Lunardi Filho
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Presidente (FURG)

Dr.(a) Maria Alice Dias da Silva Lima
Membro (UFRGS)

Dr.(a) Giovana Calcagno Gomes
Membro (FURG)

AGRADECIMENTOS

Ao orientador, amigo e mestre, Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, pela confiança em mim depositada e tempo dedicado nesta orientação.

À banca examinadora que participou da revisão e validação do presente trabalho, pelos valiosos aportes, experiências e conhecimentos brindados para a culminação do mesmo.

À todos os professores do PPGENF que de uma forma ou outra contribuíram para meu crescimento e aprendizado.

Aos colegas de curso, que com paciência toleraram nossas diferenças e tornaram feliz nossa convivência juntos permitindo um crescimento do grupo.

Aos colegas de trabalho do Serviço de Hemoterapia do Hospital Santa Casa do Rio Grande, que muito colaboraram com discussões e troca de informações.

Aos amigos diretos e indiretos que contribuíram com carinho e palavras de incentivo para a consecução deste trabalho.

À minha família pelo amor, carinho, incentivo e confiança incondicional na realização desta conquista.

À DEUS, pai e protetor, por iluminar o meu caminho e pelo fortalecimento principalmente nos momentos difíceis, porém necessários para a nossa jornada.

Vencer não é nada, se não se teve muito trabalho;
fracassar não é nada, se se fez o melhor possível.

(Nadia Boulanger)

RESUMO

GIACOMINI, Luana. ELEMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HEMOTERAPIA COM VISTAS À FIDELIZAÇÃO DO DOADOR VOLUNTÁRIO DE SANGUE. 2007. 94 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem/Saúde) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Saúde, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Este estudo de caráter qualitativo e natureza exploratória teve como objetivos detectar a significação do ato de doar sangue; identificar elementos ligados à decisão de tornar-se um doador de sangue; conhecer as dúvidas ligadas à doação de sangue; conhecer a opinião do doador quanto à organização do trabalho realizado pelo serviço; identificar quais estratégias são mais eficientes para o desenvolvimento de um programa de doação voluntária de sangue; identificar a relevância da relação profissional-usuário na conquista de doadores voluntários e habituais. Foi realizado no Banco de Sangue do Hospital Santa Casa da cidade do Rio Grande e os sujeitos foram os doadores que se apresentaram como voluntários, no período de janeiro a março de 2007. Foi solicitado o Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes e realizadas entrevistas (semi-estruturadas) para a coleta de dados, as quais foram gravadas e transcritas. A partir do conteúdo das entrevistas, os dados foram classificados em quatro grupos relativos: 1) à significação e o comportamento diante da doação de sangue; 2) à avaliação da organização do serviço e do atendimento ao doador; 3) às estratégias para a promoção da doação de sangue altruísta; e 4) à relação profissional-usuário na fidelização de doadores assíduos. A análise permite perceber que é indispensável desenvolver uma comunicação social eficaz que contemple informação e educação, buscando reduzir os medos, tabus e falsas idéias que podem desmotivar as pessoas a se tornarem doadoras de sangue. Deve-se elaborar ou produzir meios, materiais, mensagens que tenham como função não apenas desmistificar os efeitos da doação, mas, também, despertar a generosidade e solidariedade, e educar quanto à necessidade de doadores saudáveis e regulares. Deve-se explorar os sentimentos dos que doam e não doam para que percebam que a doação se faz de pessoas para pessoas e que, portanto, a responsabilidade pelo abastecimento é de cunho social. Os serviços precisam desenvolver uma filosofia de atendimento aos doadores apoiada na humanização das relações, procurando estar aberto e atento aos questionamentos e responder de forma correta, orientando, acalmando e satisfazendo as necessidades apresentadas pelos doadores. Receber e entender que as queixas podem servir para melhorar o serviço. Desenvolver meios e medir de forma permanente os resultados de indicadores de satisfação que permitam orientar a necessidade de ajustar a prestação da assistência. Também é de extrema valia a implantação de melhorias nos aspectos que estão diretamente relacionados à execução do trabalho para realizar o acolhimento, como ampliação do horário de atendimento, administração da demanda e melhor espaço físico, proporcionando conforto e bem-estar aos usuários.

Descritores: Sangue; Doadores de Sangue; Bancos de Sangue.

ABSTRACT

GIACOMINI, Luana. ELEMENTS FOR THE ORGANIZATION OF THE WORK ON HEMOTHERAPY AIMING AT THE PATRONIZATION OF THE VOLUNTARY BLOOD DONATOR. 2007. 94 pages. Thesis (Master's Program in Nursing/Health) - Post-graduation Program in Nursing/Health at Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, Brazil.

This study of qualitative character and exploratory nature aimed to detect the significance of the act of donating blood; to identify elements connected with the decision on becoming a blood donator; to know the doubts connected with blood donation; to know the donator's opinion according to the organization of work done by the service; to identify which strategies are more efficient to the development of a voluntary blood donation program; to identify the relevance of the user-professional relation in the conquest of voluntary and regular donators. It was carried out in the Blood Bank of Santa Casa Hospital in the city of Rio Grande and the subjects were the donators that presented themselves as volunteers, in the period from January to March, 2007. The Statement of Free and Informed Consent of the participants was required and interviews were carried out (semi-structured) for the data collection, which were all recorded and transcribed. From the interview contents, the data were classified in 4 related groups: 1) to the significance and behavior front the blood donation; 2) to the evaluation of the service organization and attention to the donator; 3) to the strategies for the promotion of altruistic blood donation; and 4) to the user-professional relation in the patronization of regular donators. The analysis allows to notice it is indispensable to develop an efficient social communication that includes information and education, seeking for reducing fears, taboos and false ideas which can discourage people to become blood donators. It's necessary to prepare or produce means, materials, messages that have as a main role not only to demystify the donation effects, but also, to arouse generosity and solidarity, and to educate about the necessity of regular and healthy donators. It's necessary to explore the feelings of the ones who donate and the others who do not so that they realize donation is made from people to people and, therefore, the responsibility for the supply is of social nature. The services need to develop a philosophy of attention to the donators based on the humanization of relations, trying to be opened and aware to the questions and answer them in a proper way, orientating, calming and satisfying the needs presented by the donators. Receiving and understanding that complaints may serve to improve the service. Developing means and measuring in a permanent way the indicators of satisfaction results that allow to orientate the necessity of adjusting the giving of assistance. It is also of extreme importance the implementation of improvements on the aspects that are directly related to the work execution to do the reception, such as the increasing of the opening hours, demand administration and better room space, providing comfort and well-being to the users.

Keywords: blood; blood donators; blood banks.

RESUMEN

GIACOMINI, Luana. ELEMENTOS PARA LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN HEMOTERAPIA CON VISTA A LA FIDELIDAD DEL DONADOR VOLUNTARIO DE SANGRE. 2007. 94 hojas. Disertación (Maestría en Enfermería/Salud) - Programa de Pos graduación en Enfermería, Fundación Universidad Federal de Río Grande, Río Grande/RS.

Este estudio de carácter cualitativo y naturaleza exploratória tuvo como objetivos detectar el significado del acto de donar sangre; identificar elementos ligados a la decisión de convertirse en un donador de sangre; conocer las dudas relacionadas a la donación de sangre; conocer la opinión del donador al respecto así como sobre la organización del trabajo realizado por el servicio; identificar qué estrategias son más eficientes para el desarrollo de un programa de donación voluntaria de sangre; identificar la importancia de la relación profesional-usuario en la conquista de donadores voluntarios y habituales. Fue realizado em el Banco de Sangre del Hospital Santa Casa de la ciudad de Rio Grande y los sujetos fueron los donadores que se presentaron voluntariamente, en el período de enero a marzo de 2007. Se solicitó el Consentimiento Libre y Esclarecido de los participantes y realizadas entrevistas (semi-estructuradas) para la colecta de datos, que fueron grabadas e transcriptas. A partir del contenido de las entrevistas, los datos fueron clasificados en 4 grupos relativos: 1) al significado y el comportamiento frente a la donación de sangre; 2) a la evaluación de la organización del servicio y del atendimento al donador; 3) a las estrategias para la promoción de la donación de sangre altruista; y 4) a la relación profesional-usuario en la fidelidad de donadores asiduos. El análisis permite percibir que es indispensable desenvolver una comunicación social eficaz que contemple información y educación, buscando reducir los miedos, tabus y falsas ideas que pueden desmotivar a las personas a tornarse donadoras de sangre. Se debe elaborar o producir medios, materiales, mensajes que tengan como función no apenas desmistificar los efectos de la donación, pero, también, despertar la generosidad y solidaridad, y educar cuanto a la necesidad de donadores saludables y regulares. Se debe estudiar los sentimientos de los que donan y no donan para que perciban que la donación se hace de personas para personas y que, por lo tanto, la responsabilidad por el abastecimiento es de carácter social. Los servicios necesitan desarrollar una filosofia de atendimento a los donadores apoyada en el humanitarismo de las relaciones, procurando estar abierto y atento a las interrogaciones y respondiendo de forma correcta, orientando, calmando e satisfaciendo las necesidades presentadas por los donadores. Recibir y entender que las quejas pueden servir para mejorar el servicio. Desarrollar medios y medir de forma permanente los resultados de indicadores de satisfacción que permitan orientar la necesidad de ajustar el atendimento. También es de extrema valía el implante de mejoras en los aspectos que están directamente relacionados a la ejecución del trabajo para realizar la recepción, con ampliación del horario de atendimento, administración de la demanda y mejor espacio físico, proporcionando confort y bienestar a los usuarios.

Descriptores: Sangre; Donadores de Sangre; Bancos de Sangre.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SANGUE E SUA UTILIZAÇÃO TERAPÊUTICA	14
2.1 A evolução dos aspectos técnicos e éticos relacionados ao sangue	14
2.2 Perfil dos doadores e das doações na atualidade	22
2.3 A questão da qualidade: o doador de reposição <i>versus</i> o doador de repetição.....	27
3 O ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO TÉCNICO-ASSISTENCIAL PARA A CONQUISTA DE DOADORES FIDELIZADOS	35
3.1 A humanização no atendimento aos usuários nos serviços de saúde	36
3.2 A incorporação do acolhimento como estratégia para a fidelização de doadores dentro do processo e organização do trabalho em hemoterapia	40
4 METODOLOGIA.....	52
4.1 Caracterização da pesquisa.....	52
4.2 Local da pesquisa.....	52
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	53
4.4 Coleta de dados.....	54
4.5 Análise e interpretação dos dados	54
5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	56
5.1 A significação e o comportamento diante da doação de sangue	56
5.1.1 Significação da doação de sangue	56
5.1.2 Sentimentos ligados à doação de sangue.....	58
5.1.3 Motivações para começar e continuar a doar sangue	59
5.2 A avaliação da organização do serviço e do atendimento ao doador	63
5.3 As estratégias para a promoção da doação de sangue altruísta	66
5.3.1 A participação do banco de sangue no estímulo à doação voluntária de sangue	67
5.3.2 Ações para uma cultura de estímulo à doação voluntária de sangue.....	68
5.3.3 Incentivos e recompensas: estímulos à doação voluntária de sangue?.....	70
5.4 A relação profissional-usuário na fidelização de doadores assíduos.....	72
5.4.1 A atitude profissional e sua influência na decisão de retorno ao serviço.....	73
5.4.2 Atitudes positivas para a conquista de doadores de repetição.....	74
5.4.3 Atitudes negativas para a conquista de doadores de repetição.....	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	90
ANEXO	93

1 INTRODUÇÃO

A importância da transfusão de sangue como medida para salvar vidas humanas evidenciou-se durante a 1ª Guerra Mundial e, a partir de então, passou a ser incorporada ao cotidiano das funções hospitalares (OMS, 1993). Diariamente, muitas pessoas necessitam de transfusão sanguínea para o tratamento de hemorragias graves, transtornos hematológicos como a talassemia, a hemofilia, a leucemia e a anemia aplásica, queimaduras graves, ou ainda, para a realização de cirurgias.

Para tanto, estas pessoas precisam contar com um ato de solidariedade e cidadania, realizado através da doação de sangue que, no Brasil, deve ser voluntária e não remunerada (BRASIL, 2004c). Dentro deste sistema, torna-se mais fácil verificar o estado de saúde daquele que doa, pois “é menos provável que oculte enfermidades um doador voluntário que um remunerado” (OMS, 1991, p. 32).

Infelizmente, o que se evidencia nos serviços de hemoterapia é a falta de sangue, que se faz anunciar toda vez em que é televisionado um comercial de utilidade pública, pedindo o comparecimento dos doadores aos bancos de sangue. Quando se escuta ou se lê uma notícia a respeito deste assunto, geralmente, é para lamentar o baixo número de doadores cadastrados e de doações captadas. Outra lição que se aprende, quando se fala de sangue, é que tudo é relativo, pois as demandas variam conforme o tipo de hospital e região e, ainda, soma-se a isso o fato de o fluxo de doações não ser regular (ROGERIO, 2004).

Empiricamente, é possível observar o parcial ou total desconhecimento acompanhado por um distanciamento de grande parcela da população a respeito das situações que exigem a transfusão de sangue e/ou de seus componentes derivados, bem como de todos os processos que envolvem a doação de sangue. Muitas pessoas, inclusive, desconhecem o seu próprio tipo sanguíneo.

Isso é evidenciado quando o indivíduo procura o serviço para realizar uma doação, carregando consigo numerosos questionamentos incutidos de medos, receios, tabus e folclore. A este respeito, Dantas (2002, p. 25) diz que “o estudo e a observação do sangue sempre ocuparam lugar entre a ciência e o místico”. Para este autor, os tabus representam “falsas idéias sobre algo, e que determinada parcela da população adota como verdadeira”, provocando atrasos na cultura e desenvolvimento. Quanto aos paradigmas, considera que são “padrões que criamos, ou que aceitamos que os outros criem para nós, e que nos impedem de

expandirmos nossa capacidade, inteligência, criatividade, vocação, habilidades” (DANTAS, 2002, p. 55).

Outro aspecto que revela o afastamento da população em relação à questão do sangue refere-se à idéia de que o problema é facilmente solucionado pela doação de sangue por militares e parentes daqueles que necessitam de transfusões, ou seja, a questão é vista como responsabilidade do outro (RIO GRANDE DO SUL, 2003). A postura muda, quando o paciente que necessita do sangue passa a ser alguém conhecido ou da família do doador. Em muitos casos, a experiência de vivenciar a necessidade de alguém próximo é o que faz com que as pessoas percebam que esta é uma realidade constante do meio em que vivem.

Tal afirmação se justifica pelo fato de que a maioria das doações realizadas nos bancos de sangue ainda é do tipo direcionada/reposição a um paciente específico. Esta aproximação entre doador e paciente, por vezes, se torna tão essencial na sua decisão em doar que, apesar de estar fazendo uma reposição ao banco de sangue, ou seja, não necessariamente é o seu sangue que vai para o paciente em questão, mas um que já esteja liberado pelos exames imuno-hematológicos e sorológicos obrigatórios, que o mesmo chega a se negar em doar seu sangue sob outras circunstâncias.

Ao se analisarem as campanhas sobre a doação de sangue que, na sua grande maioria, são veiculadas nos meios de comunicação de massa e que deveriam configurar-se em instrumentos de informação/educação, pode-se observar que estas se fazem em cima de um apelo ou de um convite feito, muitas vezes, por alguém famoso, tendo um efeito “passageiro”, “da moda”. Deste modo, são ineficazes na mudança da postura da população, visto que não têm o efeito de desmistificar o ciclo do sangue, pois são desprovidas de um conteúdo educativo.

Estes elementos, dentre outros, podem ser responsabilizados pelo baixo número de doações voluntárias captadas pelos serviços de hemoterapia, demonstrado em muitas reportagens exibidas na mídia. Como consequência, pode haver o prolongamento de internações, o adiamento de quimioterapias e a suspensão de cirurgias, principalmente as de grande porte como as cardiológicas. Tais situações acabam aumentando o estresse vivenciado pelos pacientes e suas famílias em seus processos de saúde-doença.

Cabe ressaltar o fato de que algumas pessoas procuram o banco de sangue, em busca de resultados de exames, demonstrando a falta de conhecimento sobre os riscos associados à transfusão de sangue, o que futuramente pode trazer danos à saúde do receptor. Carrazzone *et al.* (2004) observam que a motivação não esclarecida do indivíduo em procurar o serviço de hemoterapia com o propósito de realizar uma doação pode sinalizar para interesses pessoais,

comprometendo todo o processo de segurança do sangue. Associa-se esta motivação a uma tendência ocorrida, nas décadas de 80 e 90, quando o surgimento da AIDS levou as pessoas a procurarem a doação de sangue como meio para a realização de testes sorológicos, de forma anônima (DANTAS, 2002).

Por outro lado, o surgimento da AIDS e sua associação às transfusões de sangue como meio de transmissão do vírus HIV levou a uma crescente demanda de qualidade e segurança por parte dos pacientes e da sociedade como um todo em relação às práticas transfusionais, levando a esforços contínuos para se garantir que a hemoterapia cumpra seus objetivos terapêuticos. Tais esforços resultaram na adoção de severas legislações e normas relacionadas à ética profissional e na introdução de medidas de segurança mais rigorosas, desde a seleção dos doadores até o seguimento pós-transfusional dos pacientes (PIMENTEL, 2006).

Na prática hemoterápica, o enfermeiro aparece como um dos profissionais de nível superior que, junto a um médico hemoterapeuta, atua na aplicação das pautas estabelecidas para a seleção de doadores, realizando uma triagem clínica e hematológica, determinando a aptidão ou não do candidato à doação. Suas ações são guiadas por uma portaria (BRASIL, RDC 153 de 14 de junho de 2004), que normatiza todas as atividades componentes do ciclo do sangue, a começar pela captação de doadores. Essas normas zelam em todo o momento pela segurança dessas pessoas e pela inocuidade da transfusão para o receptor (OMS, 1993).

Assim sendo, a qualidade e segurança das transfusões de sangue são preocupações constantes dos médicos especialistas, das autoridades de saúde, dos pacientes e da sociedade, o que faz com que a segurança do sangue usado para transfusão seja chave para qualquer sistema de saúde moderno e a Organização Mundial da Saúde (OMS) a considera um dos dez principais problemas de saúde em escala mundial (OKNAIAN, 2003).

Contudo, constata-se que dois elementos são fundamentais na garantia de uma boa assistência hemoterápica: quantidade e qualidade; quantidade expressa na manutenção de estoque suficiente para o atendimento da demanda e qualidade demonstrada na inobservância de efeitos outros senão aqueles esperados para a terapia com sangue. A partir disto, uma luta comum aos serviços de hemoterapia é a conquista da fidelidade dos doadores para que não falte sangue nos serviços bem como para diminuir os doadores de última hora, os quais não são ideais porque não se pode acompanhar seu estado de saúde (ROGERIO, 2004).

Entretanto, fazer com que o doador volte para não haver o risco de o hospital ficar sem sangue no estoque, visa algo que vai além do apelo emocional diante da urgência ou da geladeira vazia, e sim, deve incentivar à cidadania. Assim sendo, a idéia é educar a população para que as pessoas se tornem doadores fidelizados o que, por enquanto, não acontece, já que

os doadores, geralmente, só são atraídos por meio de campanhas de conscientização ou diante da hospitalização de um parente ou amigo (ROGERIO, 2004).

Romper com os velhos modelos de captação de sangue, segundo os quais o doador só é convidado a doar quando alguém da família precisa, apresenta-se como tarefa de todos os profissionais da hemoterapia, bem como do Governo e da sociedade como um todo (AMORIM FILHO, v.1, 2000). Para tanto, é preciso que os serviços de hemoterapia que realizam coleta de sangue tenham consciência de que a fidelização de doadores de sangue ou a conquista de doadores de repetição exige que os mesmos sintam-se seguros, quanto ao processo de doação, e satisfeitos durante o processo de atendimento. Assim, tornam-se necessários levantamentos de informações acerca dos níveis de satisfação dos doadores em relação ao serviço prestado, possibilitando o fornecimento de dados para a tomada de ações que possibilitem um número cada vez maior de doadores satisfeitos (BORGES, 2005).

Considerando que o ser humano está profundamente ligado à natureza e à cultura que o envolve e que ele transforma, torna-se essencial conhecer a percepção dos doadores a respeito da doação de sangue, buscando a identificação de elementos que possam interferir, de forma negativa ou positiva, na decisão de tornar-se um doador, buscando conhecer a visão social individual e coletiva deste procedimento. A OMS (1993, p. 19) considera que “a motivação dos doadores pode variar não só de um país para outro como também de uma região para outra, dentro do mesmo país”. Complementa, enfatizando que é preciso evitar generalizações e a planificação e as decisões devem basear-se em realidades, o que significa considerar variáveis como origem étnica, religião e a crença de um povo.

A partir do conhecimento das necessidades, percepções e comportamento dos doadores os bancos de sangue podem aprimorar suas relações com os mesmos, possibilitando o aumento do número de doações voluntárias e seguras. Segundo a OPAS/ANVISA (2003), para que obtenha sucesso, um Serviço de Atendimento ao Doador deve saber exercer a arte da boa captação de doadores, onde um conceito é chave, o conceito de cliente que se refere tanto a doadores como receptores. É necessário ter em mente que o doador ideal é aquele doador que apresenta um baixo risco transfusional, pois é esta característica que definirá o doador qualificado. Portanto, é imprescindível que este doador seja voluntário, espontâneo, habitual, que atenda aos critérios de aceite e que não tenha motivação subjacente.

Diante do exposto, têm-se como objetivos:

- Detectar a significação do ato de doar sangue;
- Identificar elementos ligados à decisão de tornar-se um doador de sangue;
- Conhecer as dúvidas ligadas à doação de sangue;
- Conhecer a opinião do doador, quanto à organização do trabalho realizado pelo serviço;
- Identificar quais estratégias são mais eficientes para o desenvolvimento de um programa de doação voluntária de sangue mais efetivo;
- Identificar a relevância da relação profissional-usuário na conquista de doadores voluntários e habituais.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SANGUE E SUA UTILIZAÇÃO TERAPÊUTICA

A crença de que o sangue que dá e sustenta a vida também é capaz de salvá-la vem de tempos remotos. Entretanto, foram necessários séculos de estudos e pesquisas para a ciência descobrir sua real importância e dar a ele uso adequado. Até chegar esse dia, prevaleceram as práticas fundamentadas na intuição e no senso comum (FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE, 2004).

2.1 A evolução dos aspectos técnicos e éticos relacionados ao sangue

A transfusão de sangue é classicamente dividida em três períodos: o período ou fase pré-histórica, que inicia com as primeiras experiências gregas e vai até a descrição da circulação sanguínea por William Harvey, no início do século XVII; o segundo é o período pré-científico, que vai desde a descrição da circulação até o início do século XX, quando é descoberto o grupo sanguíneo ABO por Karl Landsteiner; o terceiro período, ou período científico foi o que se iniciou com a descoberta do sistema ABO e vem até os dias atuais (AMORIM FILHO, 2000).

Com a classificação ABO criava-se o conceito de compatibilidade sanguínea, que representou uma verdadeira revolução científica, na medida em que tornou possível que as transfusões pudessem ser utilizadas como agente terapêutico com menor risco para a vida dos receptores. Quase quatro décadas mais tarde, outro fato que revolucionou a prática da medicina transfusional foi o da identificação do fator Rh, que permitiu classificar o sangue das pessoas em Rh positivas (presença do fator) e Rh negativo (ausência do fator). Estas duas descobertas criaram uma base sólida para a compatibilidade da transfusão de sangue e seus componentes.

Vencida a questão da incompatibilidade, a batalha enfrentada a seguir foi desenvolver processos e métodos que aumentassem a vida útil do sangue, permitindo o seu armazenamento e a formação de estoques (FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE, 2004). Com a I Guerra Mundial, acentuou-se a necessidade de se dispor de sangue estocado para o atendimento dos feridos que, muito comumente, morriam de hemorragias agudas. As pesquisas continuaram sendo realizadas e, no período entre as duas guerras, a solução anticoagulante à base de citrato foi desenvolvida. Porém, até meados da segunda década do

século XX, a prática da estocagem de sangue ainda não existia, apesar da descoberta do anticoagulante, que permitia a conservação do sangue em estado líquido.

Os primeiros serviços especializados que surgiram tinham organizações simples, que contavam com um médico transfusionista e um corpo de doadores universais, que eram selecionados e examinados para a comprovação de suas boas condições de saúde. O instrumento utilizado para passar o sangue do doador ao receptor era a seringa de Jubé. Deste modo, a transfusão ainda era braço a braço, mas os artigos da época já destacavam os cuidados com a seleção dos doadores, da qualidade das transfusões e da necessidade desta assistência estar acoplada a centros de estudos e investigações (JUNQUEIRA *et al.*, 2005).

Mais tarde, as soluções anticoagulantes e conservantes, que já haviam sido descobertas, aliadas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento dos equipamentos de refrigeração, permitiram a organização dos centros de armazenamento de sangue (FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE, 2004). A primeira transfusão de sangue coletado e estocado em garrafas de vidro de que se tem notícia ocorreu durante a guerra civil espanhola, em 1939. O sangue armazenado em garrafas de vidro, contendo citrato, era enviado de avião para o *front*.

Este conceito ganhou força e expandiu-se durante e após a Segunda Guerra Mundial e, assim, surgiam os primeiros bancos de sangue. A transfusão generalizou-se e tornou-se uma rotina na prática médica, tendo sido decisiva para salvar as vidas de civis e militares atingidos pelos horrores da guerra. Assim, a guerra foi o que serviu de motivação e de estímulo para as primeiras campanhas de doação de sangue e, provavelmente, daí tenha surgido o *slogan* “salve vidas”. De qualquer modo, foi graças ao apelo da guerra que os países da Europa Ocidental organizaram seu sistema de doação de sangue que desde o início estava alicerçada na doação altruísta e não-remunerada, possibilitando que hoje seus pacientes possam contar com a solidariedade cidadã fruto desta cultura.

A hemoterapia brasileira começou a se caracterizar como uma especialidade médica na década de 40, no Rio de Janeiro e São Paulo. Em 1942, no Rio de Janeiro, foi inaugurado o primeiro Banco de Sangue no Instituto Fernandes Figueira, o qual visava à obtenção de sangue para este hospital bem como atender ao esforço de guerra, a partir do envio de plasma humano para os hospitais nas frentes de batalha (JUNQUEIRA *et al.*, 2005). A partir daí outros Bancos de Sangue públicos e privados foram fundados no Rio Grande do Sul, Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro e outros estados.

Nessa época, década de 40, as doações no Brasil ainda eram realizadas pelo método braço a braço e as transfusões eram realizadas para atender às emergências, entretanto, com um risco alto para o receptor, que não tinha alternativa. Mais tarde, surgiram as doações

realizadas em frascos de vidro reutilizáveis. Este sistema, denominado sistema aberto, era igualmente ruim por oferecer elevado risco de contaminação para o receptor.

Desse modo, a hemoterapia seguia lentamente como uma nova especialidade. Ocorria uma evolução compatível com os avanços da medicina, mas era pequeno o número de profissionais com conhecimentos de biologia do sangue e de imuno-hematologia. Porém, este fato associado ao crescimento da demanda, ao surgimento dos bancos de sangue privados e suas características notadamente comerciais (baseavam-se em depósitos, na forma de doações e retiradas, na forma de requisições transfusionais) consolidou uma interface de negócio que, durante as décadas seguintes até meados dos anos 80, predominou nesses serviços (PIMENTEL, 2006).

Nos anos 50, houve a fundação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH), possibilitando o fortalecimento das duas especialidades irmãs: a hematologia e a hemoterapia. Nesta mesma década, foi promulgada a Lei n. 1075 de 27 de março de 1950 que dispõe sobre a doação de sangue voluntária, trazendo em seu teor somente o abono do ponto do servidor público que fizesse doação sangüínea, voluntariamente, a banco de sangue mantido pelo Governo (JUNQUEIRA *et al.*, 2005; PIMENTEL, 2006).

Como um dos maiores problemas na área de hemoterapia estava na falta de doadores, os serviços públicos foram levados à exigência de doação de sangue para internar os pacientes ou à realização de coletas de sangue em presídios. Já os bancos de sangue privados, por sua vez, recorriam nas capitais e cidades de médio porte à doação remunerada, criando, assim, uma profissão – a do doador gratificado (GUERRA, 2005). Este método de recrutamento de doadores resultou em doações oriundas de alcoólatras, anêmicos, mendigos e andarilhos, que buscavam os bancos de sangue por alguma recompensa em dinheiro, resultado de exames ou, pelo lanche oferecido (DANTAS, 2002). Dessa forma, refere Dantas (2002), criou-se um estigma no qual as pessoas pertencentes às classes favorecidas sempre que precisavam de sangue pagavam um preço, mesmo sem exigir qualidade. Em razão disto, doar sangue no Brasil virou coisa de pobre.

Para fomentar ainda mais esse viés comercial a obtenção de hemoderivados via industrial delineou um novo modelo de indústria capital o qual proporcionou grandes lucros e passou a mobilizar um comércio em escala mundial, configurando-se num estímulo para a instalação de vários bancos de sangue operando em condições mínimas, vendendo sua produção para o fracionamento industrial, garantindo uma expansão do setor hemoterápico com total liberdade (PIMENTEL, 2006).

O sistema era desorganizado, com serviços públicos e privados de altíssimo nível técnico e científico, convivendo com outros de péssima qualidade, alguns com interesses prioritariamente comerciais. As indústrias de hemoderivados, em geral, estimulavam a obtenção de matéria-prima através de doadores remunerados e da prática da plasmáfereze. Nem sempre os cuidados com a saúde dos doadores tinham primazia. Em alguns bancos de sangue, de ética questionável, indivíduos de classes menos favorecidas, que muitas vezes não tinham reais condições físicas e mesmo nutricionais, eram incentivados a doar sangue (JUNQUEIRA *et al.*, 2005).

Em 1964, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho para estudar e regulamentar disciplinarmente a Hemoterapia brasileira, o qual resultou na formação da Comissão Nacional de Hemoterapia, em 1965. Esta comissão, juntamente com o Ministério da Saúde, por meio de decretos, portarias e resoluções, estabeleceu o primado da doação voluntária de sangue, bem como a necessidade de medidas de proteção aos doadores e receptores, disciplinou o fornecimento da matéria-prima para a indústria de fracionamento de plasma e a importação e exportação de sangue e hemoderivados. Em 1979, é criado o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue). Desse modo, entre 1964 e 1979, a Hemoterapia no Brasil contava com legislação e normatização adequadas, porém ainda carecia de uma rígida fiscalização das atividades hemoterápicas e de uma política de sangue consistente (JUNQUEIRA *et al.*, 2005). Alguns acontecimentos, explicados por Junqueira *et al.* (2005), culminaram na reorganização do sistema hemoterápico brasileiro:

A cooperação Brasil-França e o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – A cooperação entre estes dois países iniciou-se em 1961, quando o presidente Jânio Quadros incumbiu um eminente cirurgião e professor universitário de viajar para a França e comprar dois bancos de sangue para instalá-los no Rio de Janeiro e São Paulo. Em função da renúncia do presidente, isto acabou não ocorrendo. Contudo, em 1962, o citado cirurgião viaja à França e o Governo deste país disponibiliza quatro bolsas de estudo para especialização em Hemoterapia e transfusão de sangue. Visando à capacitação técnico-científica, principalmente na formação de recursos humanos, o programa Brasil-França foi intensificado, em 1977, com a inauguração do Hemocentro de Pernambuco (Hemope), que foi concebido de acordo com o modelo dos centros franceses e que serviu de base para a criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue). O Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados estabelecia uma ordenação do Sistema Hemoterápico no Brasil, criando hemocentros nas principais cidades do país, trazendo por diretrizes a doação voluntária e não-remunerada de sangue e medidas para segurança de doadores e receptores.

A campanha de Doação Voluntária de Sangue da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia – Em 1979, a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, na representação de seu presidente juntamente com a comunidade médica, hemoterapeutas, órgãos de classe, imprensa, etc realizaram uma campanha nacional que culminou com a extinção da doação remunerada de sangue no Brasil. Esta iniciativa se deu em função da inconformidade, diante da situação da doação de sangue em alguns serviços do país realizadas, muitas vezes, por presidiários em troca de cigarros ou por mendigos em busca de remuneração. Nesta ocasião, a estratégia para a obtenção do doador altruísta, a exemplo de países desenvolvidos, era conseguir o chamado doador de reposição (familiares e amigos dos pacientes, que eram sensibilizados e conscientizados para o ato de doar).

A Constituição de 1988 – O artigo 199 estabeleceu que a assistência à saúde fosse livre à iniciativa privada e, no seu parágrafo 4, refere que a lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção dos órgãos, tecidos e substâncias humanas, para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão do sangue e seus componentes, vetado todo tipo de comercialização. Apenas em 2002, a regulamentação legal deste artigo foi aprovada com a proibição da doação gratificada de sangue, conceituando a remuneração dos serviços através da cobertura de custos de processamento.

Os medos relacionados às questões do sangue começaram a se intensificar, na década de 80, quando surgiram, no Brasil, os primeiros casos de pacientes infectados pelo vírus da AIDS. Em decorrência disto, surgiu a preocupação com o processo de transfusão de sangue como fator de risco de contaminação, preocupação esta que já se tornava crescente em todo o mundo, transformando radicalmente o panorama da hemoterapia brasileira.

A exemplo do que ocorreu em todo o mundo, as principais mudanças no sistema hemoterápico brasileiro não ocorreram nem por intervenção dos especialistas nem por influência direta do governo e sim por causas aleatórias como, por exemplo, o advento da AIDS e por razões econômicas. Em 1981, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi reconhecida como entidade nosológica. Posteriormente, ficou estabelecido que as transfusões de sangue, componentes e derivados poderiam ser considerados fontes de transmissão. Durante a década de 80, no Brasil, cerca de 2% dos casos de AIDS eram transmitidos por transfusões e mais de 50% dos hemofílicos apresentavam-se infectados pelo vírus. Desta forma, o aparecimento da AIDS introduziu novos procedimentos (JUNQUEIRA *et al.*, 2005).

Deste modo, observamos que a participação efetiva do Ministério da Saúde (MS) na formulação da política e da gestão da hemoterapia nacional intensificou-se a partir de 1980 com a criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – PRÓ-SANGUE, criado

pela Portaria Ministerial nº 07/80, de 30 de abril, dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, na qualidade de Programa Especial, definindo seus objetivos e suas ações básicas (BRASIL, 2000). Neste documento, o Governo posicionava-se de forma clara pela doação voluntária de sangue e estabelecia um projeto de estatização da atividade hemoterápica com a substituição dos serviços privados pelos públicos (GUERRA, 2005). A proibição definitiva da doação remunerada aconteceu com a inclusão, na Constituição Brasileira de 1988, do Artigo 199 proibindo toda e qualquer forma de comercialização do sangue ou de seus derivados. Este artigo levou 12 anos para ser regulamentado pela Lei n. 10.205, de 21 de março de 2001 (DANTAS, 2002).

Outros fatos subverteram a evolução tradicional da Hemoterapia como os Sistemas de Qualidade. Houve um crescimento do número de serviços de Hemoterapia e Bancos de Sangue do Brasil, que buscam processos administrativos adequados, documentados e seguros com o princípio de melhoria contínua ou aperfeiçoamento, visando superar as expectativas dos pacientes. Observa-se um incremento constante do número de serviços credenciados e acreditados por entidades nacionais e internacionais (JUNQUEIRA *et al.*, 2005).

Contudo, de 1980 para cá, foram desenvolvidas novas técnicas na hemoterapia e criou-se uma legislação específica, com vistas à eliminação do costume praticado pela sociedade brasileira: a comercialização do sangue humano. Começaram a ser instalados os hemocentros públicos e uma rede pública hemoterápica em todos os Estados brasileiros, com o intuito, principalmente, de garantir sangue com qualidade em todo seu processo de coleta, armazenagem e distribuição. Desse modo, a epidemia de AIDS serviu para conscientizar as autoridades e o público em geral sobre a importância das medidas de controle desta doença, em especial, no que tange às atividades desenvolvidas em hemoterapia.

Assim, “a promoção da doação altruísta, a proibição da venda de sangue e a anamnese dos candidatos a doador, para descartar os de alto risco, antes de realizar os exames sorológicos, têm contribuído decididamente para melhorar a qualidade do sangue usado em transfusões” (BONAMETTI *et al.*, 1998, p. 570). Desse modo, a hemoterapia, no Brasil e no mundo, tem se caracterizado pelo desenvolvimento e adoção de novas tecnologias, objetivando minimizar os riscos transfusionais relacionados às conseqüências potencialmente letais da incompatibilidade sangüínea do tipo ABO e, especialmente, quanto à prevenção da disseminação de agentes infecto-contagiosos (CARRAZZONE *et al.*, 2004; AMORIM FILHO, 2000).

Para a construção de uma nova estrutura para a Hemoterapia no Brasil, a Coordenação Geral do Sangue e Hemoderivados, em 1998, elegeu sua Meta Mobilizadora Nacional

“Sangue com Garantia de Qualidade em todo seu Processo até 2003” desdobrada em 12 projetos. Esta meta estabelece um marco importante na hemoterapia brasileira, qual seja, a mudança comportamental dos doadores, passando pela humanização do atendimento até a revisão dos procedimentos internos dos órgãos executores das atividades hemoterápicas, visando a sua eficiência técnica e sua maior eficácia na materialização dos objetivos sociais (BRASIL, 2000).

Pode-se entender por segurança transfusional o conjunto de medidas quantitativas e qualitativas adotadas que vise um menor risco aos doadores e receptores de sangue, além da garantia de estoques estratégicos de sangue capazes de atender à demanda transfusional. Portanto, “as normas, regulamentando a utilização de sangue, componentes e derivados, têm a finalidade de proteger tanto o doador quanto o receptor, evitando a contaminação deste e garantindo a saúde de ambos” (VALADARES; VIANA, 2003, p. 334).

Para tanto, rígidos parâmetros de qualidade devem ser seguidos. Estes parâmetros estão atualmente dispostos na RDC 156, de 14 de junho de 2004, que determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea.

De acordo com esta portaria, fica determinado que a doação de sangue deva ser voluntária, anônima, altruísta e não remunerada, direta ou indiretamente. A doação de sangue ocorre de forma processual, sendo composta por quatro fases: Recrutamento, Recepção, Triagem clínica e hematológica e Coleta do sangue. Na prática dos serviços, o ciclo do sangue apresenta-se da seguinte forma:

Recrutamento/captação dos candidatos a doadores de sangue

Considera-se que a seleção de doadores se inicia nessa fase, a qual antecede o ciclo do sangue propriamente dito. Conduzida por diferentes técnicas de recrutamento (diretamente ou por meio da mídia, nas escolas, nos ambientes de trabalho, etc), essa fase tem como objetivo motivar as pessoas em bom estado de saúde para que sejam potenciais doadoras de sangue, no sentido de garantir à população um suporte hemoterápico suficiente e de boa qualidade.

Como toda doação de sangue deve ser altruísta, voluntária e não remunerada direta ou indiretamente, o sangue depende, portanto, do desprendimento do doador, que deve estar consciente de que o ato de doação de sangue não pode prejudicar sua saúde, bem como a do

receptor do sangue. Ademais, quanto maior for o nível de saúde dos doadores mais seguro será o sangue obtido. Deste modo, há que se considerar o perfil epidemiológico da população trabalhada para esse fim.

Recepção/registro do doador

É obrigatória a identificação clara e inconfundível do doador. Para isso, ele deve apresentar documento de identidade com fotografia. São registrados os dados pessoais, tais como: nome completo, data de nascimento, nº do documento de identidade, filiação, sexo, cor, profissão, data e destino da doação. Importante anotar endereço completo, com CEP e telefone, de modo que ele possa ser localizado e, se necessário, convocado. Ao ser registrado, passa a integrar o cadastro de doadores e recebe um número próprio.

Triagem clínica e hematológica

O candidato à doação deve passar por uma seleção antes de doar sangue. Essa seleção, de responsabilidade do serviço de hemoterapia, é chamada de triagem e deve ser realizada por profissional de saúde habilitado. É realizada com o intuito de selecionar, dentre os candidatos apresentados, aqueles que preencherem os critérios desejáveis para um doador de sangue.

É realizada uma avaliação clínica e epidemiológica por meio de entrevista, em local com privacidade, na qual se utiliza de um roteiro padronizado que contém questões referentes à história de doença (prévia ou atual), cirurgias, maior vulnerabilidade para doenças sexualmente transmissíveis, etc. Além disso, procede-se à verificação dos sinais vitais (pulso, pressão arterial, temperatura axilar), do peso e da altura do doador; realização de teste para detectar se é portador de anemia (hemoglobina ou hematócrito); hidratação do doador – oferecimento de um líquido açucarado (suco). O questionário deve ser assinado pelo doador ao término da entrevista, consentindo na doação e assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas. O entrevistador também assina a ficha do doador, anotando o volume de sangue a ser coletado.

O candidato considerado apto nesta fase é encaminhado para a coleta. O candidato considerado inapto, temporária ou definitivamente, será dispensado do serviço, após orientação e encaminhamento se necessário. O motivo de recusa é registrado em sua ficha. Como medida adicional de segurança, o serviço de hemoterapia deve oferecer ao candidato a oportunidade de se auto-excluir, caso ache que o seu sangue não deva ser utilizado para

transfusão. Esta medida é denominada de voto de auto-exclusão e tem por objetivo permitir ao doador que não referiu ou omitiu, durante a triagem, uma situação de risco acrescido para doenças transmitidas pelo sangue.

Coleta do sangue

O processo de coleta pode ser realizado de duas formas, sendo a mais comum a coleta de sangue total. A outra forma, mais complexa e específica, realiza-se por aférese (retirada apenas do hemocomponente desejado).

2.2 Perfil dos doadores e das doações na atualidade

A necessidade de sangue para transfusões leva à busca de candidatos à doação. Assim, todos os hemocomponentes e hemoderivados se originam da doação de uma unidade de sangue por um doador (DORLHIAC-LLACER, 2001). Porém, muitos são os tipos de doadores e, deste modo, muitos serão os tipos de doações que poderão ser realizadas por estes. Pimentel (2006), em seu trabalho apresentou conceitos e classificações dos tipos de doadores e doações realizados pela Fundação Hemominas, os quais são considerados como mais uma tentativa de uniformizar condutas que possam interferir no sistema de captação de doadores de sangue:

Tipos de doadores

- Doador de 1ª vez: É o candidato à doação que comparece ao hemocentro pela primeira vez para realizar qualquer um dos tipos de doação citados.
- Doador de retorno: É o candidato à doação que já possui um cadastro no hemocentro e que retorna com o objetivo de realizar qualquer um dos tipos de doação citados. O total de doadores de retorno de uma Unidade é a soma dos doadores esporádicos, aptos e inaptos, com doadores de repetição, aptos e inaptos.
- Doador de repetição: É o doador que comparece ao hemocentro, em intervalo igual ou inferior a 13 meses, com o objetivo de realizar uma nova doação. O doador de repetição poderá realizar qualquer um dos tipos de doação citados.

- Doador esporádico: É o doador que comparece ao hemocentro para repetir a doação em intervalo superior a 13 meses. O doador esporádico poderá realizar qualquer um dos tipos de doação citados.
- Doador fidelizado: É o doador de repetição (que realizou uma doação em período menor ou igual a 13 meses) ou aquele que já realizou, no mínimo, três doações no hemocentro.

Tipos de doações

- Doação espontânea (ex-voluntária): É a doação feita por pessoas motivadas para manter o estoque do hemocentro.
- Doação de reposição: É a doação feita por pessoas motivadas pela família ou amigos de pacientes para repor o estoque do hemocentro.
- Doação de benefício: É a doação feita por pessoas motivadas pela vinculação a alguma instituição conveniada com o hemocentro, cujo benefício é a obtenção de tipagem sanguínea (Exército e Polícia Militar) ou o sistema de crédito/débito (Exército, Loja Maçônica, etc).
- Doação autóloga: É a doação feita pelo paciente para seu próprio uso.
- Doação agendada: É a doação feita por pessoas que marcaram previamente data e horário para seu comparecimento. A doação agendada pode ser espontânea, de reposição, de benefício ou autóloga.
- Doação convidada (ex-convocada): É a doação feita por pessoas já cadastradas e chamadas pelo hemocentro (por telefone, carta, telegrama ou e-mail) para realizar uma doação espontânea.
- Doação por aférese: É a doação feita com equipamento especial, que retira do sangue apenas o componente desejado (ex: plaquetas) e devolve ao mesmo tempo os demais componentes (ex: plasma, hemácias) ao próprio doador. Pode ser uma doação espontânea, de reposição, de benefício, autóloga, agendada ou convidada.

Recentemente, o Programa de Doação Voluntária de Sangue solicitou ao Programa de Estatística Aplicada (PRESTAP), do Instituto de Matemática e Estatística (IME) da Universidade do Rio de Janeiro (UERJ), a realização de uma pesquisa patrocinada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) intitulada “Perfil do Doador de sangue

Brasileiro”. O alvo foram os doadores dos hemocentros de referência das regiões Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-Oeste. Do conjunto de pessoas consultadas, 62,39% eram do sexo masculino; a faixa de idade predominante ficou compreendida entre 30 e 39 anos, 28,25%; estado civil solteiro, 49,03%; etnia mais representativa foi a branca com 49,45%; o nível de escolaridade de maior incidência foi o Ensino Médio completo em 39,70%; a participação de estudantes foi de 10,21%; a avaliação sócio-econômica verificou que 42,95% pertencem à classe C (ANVISA, 2006).

Quanto à predominância do sexo masculino, outros estudos também apontam que, apesar de representar a maioria da população brasileira, as mulheres são minoria entre os doadores. No estado do Pará, apenas 17% das pessoas que doam sangue pertencem ao sexo feminino, no Tocantins, este percentual é de 20,8%; em Goiás, 17,6%; no Rio Grande do Norte, 15,1% e na Paraíba, 11,8% (BRASIL, 2004f). Contudo, pode-se observar que a participação feminina na doação de sangue tem aumentado ano a ano, sendo que em 2004, já haviam Estados que se aproximavam de um índice de 30% de doadoras como em Minas Gerais, São Paulo e os da região Sul (BRASIL, 2004f).

Os dados apresentados pela Anvisa (2006) para o perfil do doador são corroborados pelos estudos de Ribeiro e Marques (2005) que, buscando caracterizar o doador de sangue de João Pessoa/PB, revelaram que a maioria dos doadores tem o ensino fundamental (42,4%) e médio (40,4%), são solteiros (50,7%), com profissão de baixa remuneração como motorista, vigilante, pedreiro, pintor, porteiro, serviços gerais, entre outras.

No que se refere às doações, na década de 80, a doação de sangue paga foi terminantemente proibida, porém, o sistema de doação remunerada deixou seqüelas. Como o recrutamento de doadores era feito com o estímulo do pagamento, a rede pública de hemocentros brasileiros precisou apoiar-se no chamado doador de reposição – que doa sangue quando algum parente ou amigo internado precisa de transfusão para, assim, repor o estoque dos hemocentros ou dos serviços de hemoterapia. Na rede oficial de hemocentros, na década de 90, as doações de reposição representavam até 80% do total. Este dado trazia preocupação, pois 20 a 25% delas não passavam nos testes e tinham de ser descartadas. Ao passo que, entre doadores espontâneos, apenas 8 a 10% tinham o sangue rejeitado. Esta situação começou a denotar que o Brasil necessitava, portanto, de mais doadores e, particularmente, de doadores voluntários (SANTOS, 1995).

Estudos demonstram que o sistema de captação apoiado no doador de reposição ainda é o mais utilizado pelos serviços. A reposição de estoques de sangue, a partir de doadores relacionados à pacientes de unidade de internação foi o processo de captação mais importante

no Hemocentro de Botucatu, correspondendo a percentual médio de 67,6 %, conforme estudo realizado por Anjos (2000). Dados colhidos por Ribeiro e Marques (2005) demonstram a atualidade desta tendência, ao apontar que 77,9% das doações analisadas foram de reposição, enquanto 21,6% foram voluntárias e 0,55% do tipo autóloga.

Com exceção de alguns bancos de sangue em países da região de Cuba, onde a percentagem de doadores é maior, o restante dos bancos de sangue também possui um maior número de doadores de reposição. Isto confirma que a doação por reposição é uma prática muito comum e, ainda que não seja a mais recomendável, permite cumprir com a demanda de sangue quando não se conta com suficientes doadores voluntários não remunerados. Os autores ressaltam o fato de que, na maioria das vezes, estes doadores não admitem sua condição diretamente, se fazendo passar por familiares ou amigos dos pacientes e, por isso, não são detectados e passam por doadores de reposição (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003).

Outra característica predominante nas doações de reposição é que na maior parte das vezes encontram-se doadores de “primeira viagem”, o que nos aponta que os serviços de hemoterapia não estão conquistando doadores assíduos. Neste aspecto, Ribeiro e Marques (2005) referem em seu estudo que 72% dos doadores estavam doando pela primeira vez, enquanto 28% eram de repetição. Nesse sentido, Borges *et al.* (2005) destacam que, dentre os indivíduos que relataram estar doando sangue a pedido de parente ou amigo, há uma frequência significativamente maior de novos doadores, sendo 61,7% de novos doadores e 38,3% de indivíduos que já haviam doado sangue, respectivamente.

Quanto à motivação de primo-doadores, Anjos (2004) destacou a motivação por pressão social como principal fator desencadeante da primeira doação (76,3 %) e a motivação relacionada à solidariedade e humanitarismo (23,6 %). No grupo de doadores frequentes, a motivação para voltar a doar apresentou-se como solidariedade e humanitarismo com 63,2 % e pressão social de 18,4 %. A justificativa para não voltar a doar no grupo de doadores de evento único de doação foi falta de tempo, oportunidade ou estímulo (30,8 %), dificuldades de acesso (23,1 %) e problemas de saúde (19,2 %).

Chen (2001) apresenta resultados que apontam que variáveis como a conveniência do local de doação, se o doador teve amigo ou familiar que recebeu transfusão, a privacidade durante o processo de doação, se o doador sente dor, se percebe a doação como procedimento médico seguro e se tem medo de contrair AIDS ao doar sangue parecem apresentar relação com a frequência de doação. Por outro lado, o número de doações já realizadas na vida, sentir tontura ou náusea ao doar e variáveis de atitude de satisfação que sente ao doar, o medo de

contrair AIDS e a importância dada a pequenos benefícios (dia de folga no trabalho) parecem apresentar relação com a qualificação do doador.

As causas de resistência estão apoiadas em muitos fatores tais como o medo, ignorância, falta de consciência e passividade social (DANTAS, 2002), na falta de informação ou conhecimento, não estar apto ou o temor de contrair uma enfermidade, desinteresse, egoísmo, crenças religiosas, existência de enfermidades no doador tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial (VALDÉS, 2002). Borges *et al.* (2005) notaram que os sentimentos de ansiedade e medo estão significativamente mais presentes entre novos doadores.

Além da percepção da falta de participação consciente, crescente e solidária por parte da população, torna-se inevitável entender que se faz necessário elevar o conhecimento da população geral sobre o tema doação de sangue, visto que os doadores referiram que desejariam ter informação acerca de temas tais como a importância do sangue e da doação, as necessidades de sangue que existem, o procedimento da doação e suas complicações, os requisitos para a doação, as enfermidades que limitam a doação, o que sucede com o sangue doado, além de transfundi-lo, as provas que se realizam no sangue, dentre outras, já que estas mensagens contribuiriam para que as pessoas tomassem maior consciência com respeito à doação, estimulando o incremento do número de doadores. Nesse sentido, as campanhas emergenciais nos meios de comunicação de massa pouco têm contribuído para a solução do problema, pois ainda que exista alguma informação sobre a doação de sangue, estas são esporádicas e insuficientes (VALDÉS, 2002).

Com relação aos conhecimentos, a população tem conhecimentos gerais sobre o sangue, sua transfusão e doação, mas tem uma compreensão relativamente limitada de aspectos específicos. A população conhece que o sangue se repõe, as suas funções, seu próprio tipo de sangue, as situações mais comuns em que uma transfusão é necessária, alguns requisitos e limitações para doar sangue e a quantidade de sangue que se extrai. Por outro lado, desconhece como se produz o sangue, a quantidade de sangue no corpo humano, o processo de transfusão, o uso do sangue doado, a necessidade de sangue, onde e com que frequência se pode doar, as enfermidades transmissíveis e os benefícios e riscos de doar sangue (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003).

Ainda, com referência às campanhas e conforme já assinalado pela OMS (1993), Soares (2005) destaca que é necessário que se tenham campanhas regionais, que se adaptem às características de cada região do país, advertindo que se trata de um processo lento, de mudança de comportamento da sociedade. Porém, em sua percepção, há uma adesão muito

grande às campanhas de doação de sangue e esse espírito de solidariedade precisa ser motivado e estimulado, continuamente.

2.3 A questão da qualidade: o doador de reposição *versus* o doador de repetição

O processo transfusional tem uma história de um pouco mais de um século. Ao longo de sua história, importantes marcos foram decisivos no sentido de se modificar conceitos, até chegarmos, nas últimas três décadas principalmente, a um complexo e sofisticado processo que incorpora conhecimentos clínico-epidemiológicos e laboratoriais. Tudo em função de ser a transfusão um processo que, mesmo realizado dentro das normas preconizadas, bem indicado e corretamente administrado, envolve risco sanitário (BRASIL, 2004e).

O principal motivo é aumentar a segurança nas transfusões sanguíneas, com particular ênfase nos incidentes transfusionais, que podem ser classificados em imediatos ou tardios. A identificação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e suas marcantes conseqüências produziram grande impacto na sociedade, tendo contribuído decisivamente para a ocorrência das mudanças na hemoterapia, procedendo-se à revisão completa dos critérios e das indicações para o uso racional de sangue e hemocomponentes.

Desta forma, a hemoterapia no Brasil e no mundo, tem se caracterizado pelo desenvolvimento e adoção de novas tecnologias, objetivando minimizar os riscos transfusionais, especialmente quanto à prevenção da disseminação de agentes infecto-contagiosos (CARRAZZONE *et al.*, 2004). Porém, a segurança de uma transfusão depende de uma série de fatores, como o perfil epidemiológico da população, na qual se faz a captação dos candidatos à doação, a seleção desses candidatos na triagem clínica, a triagem sorológica de infecções/doenças transmitidas pelo sangue, etc (BRASIL, 2004d).

Atualmente, é notória a acentuada melhoria na qualidade do sangue no Brasil, embora o número de doadores ainda esteja aquém do que seria necessário para atender às necessidades da população. Com isto, percebe-se que a gestão da qualidade em hemoterapia não pode ser vista somente sob o ângulo técnico. Um doador responsável, por meio de um ato altruísta, pode exercer um ato social, que não leve risco ao receptor e que garanta estoque disponível à demanda. “Isso é qualidade em hemoterapia, ou seja, a idéia de qualidade deve ser difundida conceitualmente em cada circunstância específica que trata” (PIMENTEL, 2006, p. 90).

O desenvolvimento e a implantação de um Sistema de Qualidade na Hemoterapia devem refletir a política, a organização, as ações e as estratégias. Para tanto, reconhecer o valor da promoção da doação altruísta e dos doadores voluntários de sangue dentro da segurança transfusional é o primeiro passo que se deve dar. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) tem, entre suas metas específicas, obter uma administração de sangue com o menor risco possível. Na opinião deste órgão, a situação que caracteriza a doação de sangue na América Latina, baseada primordialmente na reposição, a promoção da doação voluntária e repetida de sangue é uma carência, cuja correção é impostergável (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003).

A maneira mais racional seria através da doação regular ou habitual feita independentemente da necessidade de alguém da convivência do doador. Outro ponto contra este sistema está no fato de que conseguir doadores de reposição é uma função que os hospitais delegam à família do paciente que precisa de transfusão. Esse sistema, segundo Amorim Filho (2000, p. 21), “é um sistema perverso”, pois transfere para a família, em período de estresse, a obrigação de prover de sangue o hospital. Amorim Filho (2000, p. 22) menciona que a mudança do perfil dos doadores, transformando-os em doadores habituais, tem ocorrido bem, através da hemorrede pública brasileira, não obstante “os serviços privados ainda continuarem quase que exclusivamente com doadores de repetição ou com os dirigidos”.

Embora a doação dirigida ou de reposição possa fornecer as necessidades de unidades de sangue nos hospitais, esses tipos também interferem na lógica que deve mostrar um sistema de hemoterapia voltado para o atendimento das necessidades da comunidade, caracterizando-se por doações anônimas, voluntárias e habituais. Para Pimentel (2006), a auto-suficiência em sangue só será atingida quando todo o sangue dos doadores ficar à disposição de qualquer pessoa que dele necessitar.

Na opinião de Gutiérrez *et al.* (2003), pode-se evidenciar que o sistema de doação por reposição dificulta o estabelecimento de um sistema de doação voluntária, visto que a maior motivação expressa pelos entrevistados em seu estudo foi o fato de que um familiar ou um amigo necessitou de sangue. Esta situação pode levar a pensar que as pessoas poderiam reservar sua doação para estas situações específicas. Assim sendo, a doação passa a ser esporádica e vinculada a um paciente determinado e, ainda, a ânsia justa pelo tratamento poderá fazer com que se acabe oferecendo dinheiro para que um vizinho, um colega de trabalho ou um doador que alguém das suas relações conheça vá doar sangue em seu nome (DANTAS, 2002).

Contudo, dentre os tipos de doadores, os preferidos pelos hemocentros são os doadores voluntários e habituais, pois o doador voluntário e habitual, pelo seu hábito de vida, é o que apresenta menos chance de contrair e transmitir doenças através de seu sangue. Além disso, a habitualidade da doação mantém os estoques de sangue em níveis constantes, sem colocar em risco o abastecimento de sangue para os hospitais e, ainda, a repetição de exames confere maior segurança transfusional. Conceitualmente, o doador de repetição é aquele que doa mais de uma vez por ano, durante vários anos seguidos e tem predileção por apresentar um risco de transmissão de doenças muito menor que o doador de reposição ou de primeira vez (DORLHIAC-LLACER, 2001). Corroborando este dado, estudos recentes do Serviço de Coleta do Hemocamp demonstraram que os índices de rejeição e de sorologia positiva no grupo de doadores regulares são significativamente menores do que os mesmos índices para o grupo de outros tipos de doadores não regulares. Além disso, “esse tipo de doador está comprometido com esse ato, é mais consciente e responsável, tornando-o, portanto, mais confiável” (VICENTE, 2002, p. 17). Da mesma forma, os doadores espontâneos realizam a doação por altruísmo e repetem esse ato em intervalos regulares, pois têm “consciência da importância da doação para a manutenção de estoques dos hemocomponentes com qualidade” (VICENTE, 2002, p. 18).

Independentemente da tipologia aplicável a doadores de sangue, cada vez mais, neste século, investimentos têm sido realizados na difusão da doação de sangue. A Organização Mundial de Saúde - OMS lançou, em 2001, uma frente simbolizada pelo *slogan* “Sangue seguro começa comigo”, para destacar a importância da doação de sangue, voluntária, não-remunerada como a base de uma política de sangue seguro. Também, é muito significativa, com referência à qualidade, a responsabilidade do candidato à doação, visto que só ele tem consciência de sua história médica e, portanto, de seu estado clínico, para, então, voluntariamente, praticar o ato altruísta sem motivação subjacente (PIMENTEL, 2006).

Diante de tudo, constata-se que a doação de sangue salva vidas, porém, a doação contínua por requerer exames rotineiros aumenta a margem de segurança quanto às doenças transmissíveis. Desta forma, observa-se que, para o futuro, deve-se pensar não mais em termos de reposição de sangue, mas sim de transfusões de sangue com maior margem de segurança, o que pode ser obtido através de doadores voluntários e contínuos. Assim, “a busca do doador voluntário e habitual se deve principalmente à segurança, mas também à economia, pois doadores testados e retestados significam bolsas de sangue com margem maior de segurança para o receptor e menos exames sorológicos desprezados” (LUDWIG; RODRIGUES, 2005, p. 934).

Aos bancos de sangue cabe a percepção de que “a promoção e recrutamento de doadores voluntários é o primeiro estágio da cadeia transfusional” (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003, p. 89). A captação de doadores é uma atividade voltada ao desenvolvimento de programas que objetivem conscientizar a população quanto à importância da doação de sangue. O trabalho deve voltar-se não apenas para assegurar a quantidade necessária de doadores, mas também para aprimorar o perfil das doações, garantindo a elevação do padrão de qualidade do sangue coletado e transfundido (RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Pimentel (2006) destaca o trabalho que, atualmente, começa a ser desenvolvido nas escolas, denominado de doador do futuro, com a introdução de aulas sobre a doação de sangue nos currículos do primeiro grau e outras atividades para que ocorra a conscientização desse ato de dádiva da comunidade. Desse modo, o autor acredita que o hábito da doação, possivelmente, passará a fazer parte dos costumes brasileiros, tal como ocorre em outros países.

O lançamento, em maio de 1998, da Meta Mobilizadora Nacional do Setor Saúde: “Sangue com garantia de qualidade em todo o seu processo até 2003”, foi um marco histórico da hemoterapia brasileira. No ano de 1999, foram detalhados os doze projetos e 10 subprojetos que compõem a meta, dentre eles, o Programa Nacional de Doação Voluntária de Sangue – PNDVS. O objetivo proposto foi o de envolver a sociedade brasileira, levando-a a participar ativamente do processo da doação de sangue, de forma consciente e responsável, através de ações educativas e de mobilização social, visando à garantia da quantidade adequada à demanda do país e a melhoria da qualidade do sangue, componentes e derivados (BRASIL, 2000).

As estratégias adotadas para o alcance deste objetivo foram: mobilizar as lideranças de distintos segmentos sociais para participação no planejamento e implemento das ações; viabilizar parcerias com entidades governamentais nos âmbitos federal, estadual e municipal, organizações não governamentais e organismos internacionais; apoiar a realização de projetos educacionais para a doação de sangue direcionado à população; efetuar levantamento dos projetos de captação de doadores de sangue dos diversos Estados; desenvolver pesquisas para conhecer o perfil do doador de sangue e para conhecer as percepções dos grupos sociais a respeito da doação, segundo as distintas regiões do país; estimular a qualificação de recursos humanos para a captação de doadores, respeitando as diferenças regionais; promover estreitamento das relações entre a imprensa e a Hemorrede para disseminação da importância da doação voluntária e habitual de sangue; assessorar tecnicamente e validar a elaboração de campanhas educativas e publicitárias, com a criação de peças e instrumentos de comunicação

de suporte; promover ações que facilitem a inclusão da temática doação de sangue nos programas de divulgação, informação e educação das instituições governamentais; incentivar fóruns de captação de doadores com técnicos e representantes dos distintos segmentos sociais (BRASIL, 2003).

O Governo, de sua parte, tem participado com a elaboração de campanhas como a Campanha Nacional de Doação de Sangue. “Doe vida. Doe sangue”. Este é o *slogan* usado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para suas campanhas sobre doação de sangue. As campanhas têm o objetivo de conscientizar a população sobre a importância de doar sangue de forma fidelizada (pelo menos duas vezes ao ano) e responsável. Segundo a Anvisa, as ações da área de Sangue, outros Tecidos e Órgãos não se limitam apenas às campanhas de sangue, pois é importante encontrar pessoas que se tornem doadores permanentes. A Anvisa deseja conseguir a fidelização do doador, ou seja, o doador que volta para doar, que doa constantemente. Assim, se atingirá a eficiência e qualidade do sangue doado. Por isso, as campanhas são apenas um dos passos da ANVISA (2003a).

Para tanto, no dia 25 de novembro de 2003, o *site* da Anvisa divulgava a notícia “Governo conscientiza população sobre importância de doação de sangue”, a qual versava sobre O Termo de Compromisso e o decreto presidencial, que fazem parte da estratégia do governo para o Brasil atingir a meta de ter entre 3% e 5% da população doando sangue anualmente. Essa taxa é considerada a ideal, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para que um país possa manter os estoques regularizados. Na época, o percentual de doadores brasileiros variava entre 1,76% e 1,78% por ano. Segundo o Termo de Compromisso, os cinco ministérios, dentro das especificidades de cada área e das suas possibilidades, deveriam desenvolver as seguintes atividades: homenagens públicas aos doadores voluntários de sangue; ações informativas voltadas para os diversos segmentos da sociedade, buscando fomentar a atividade de doação de sangue; campanhas destinadas a divulgar a importância do ato de doar sangue; processos educativos direcionados às crianças e adolescentes, difundindo conceitos de solidariedade e cidadania, relativos à atividade de doar sangue; outras atividades informativas e educativas que demonstrem para a população os inúmeros benefícios do ato de doação de sangue (ANVISA, 2003b).

Anualmente, o Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue é celebrado em 25 de novembro e, na última semana desse mês, os principais serviços de coleta de sangue sempre realizam atividades para aumentar o número de doações. Conseqüentemente, a criação da Semana Nacional do Doador Voluntário de Sangue veio oficializar e ampliar uma prática já legitimada pela sociedade. Esse esforço pelo aumento das doações ocorreu sempre em

novembro, pelo fato de a falta de estoques em unidades de saúde ser habitual em dezembro e janeiro, período em que há diminuição do número de doadores, por causa das férias e festas. Igualmente, é quando há um aumento no número de acidentes, elevando a demanda por sangue (ANVISA, 2003b).

De forma geral e de acordo com suas possibilidades, as instituições têm estimulado o doador a continuar doando, a partir da concessão de:

- isenção de taxa de inscrição em concursos públicos, para doadores com um mínimo de duas doações, a exemplo do Estado do Ceará, conforme a Lei Estadual nº 12559/95. Para os servidores públicos estaduais, é acrescentada uma semana ao tempo de trabalho para cada doação, contando tempo para a aposentadoria, de acordo com a Lei nº 12.634; e, no caso do servidor público municipal, são garantidos três dias de folga no trabalho;
- atestado de comparecimento ao Hemocentro para fazer doação de sangue;
- atestado de doação;
- carteira de Doador, após a segunda doação no Hemocentro;
- “*check-up*” sem custos para o doador, pois o sangue passa por uma série de exames para detectar desde anemia até aids, entre outras doenças;
- dispensa do dia de serviço, conforme a Lei nº 1.075, de 27.03.1950;
- isenção de Taxa de Concurso Público no DF, conforme Lei nº 1.321, de 26.12.1996, bem como em outros estados e municípios, conforme suas legislações;
- lanche balanceado;
- o doador de repetição tem a grande vantagem de estar sempre fazendo o teste sorológico, podendo identificar algumas doenças infecto-contagiosas que possa ter. Para os hemocentros e/ou bancos de sangue, a vantagem é a de formar um grupo de doadores seguros, com menor risco de estarem contaminados, o que termina beneficiando os receptores com sangue de melhor qualidade;
- resultado dos exames realizados, orientação e encaminhamento médico, nos casos de exames alterados (BRASIL, 2000, p. 7-8).

Porém, é preciso ter muito cuidado neste tipo de oferta, para não acabar aumentando os riscos no processo do sangue, atraindo pessoas com comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis ou mesmo estar cometendo algum tipo de remuneração ao doador. Um exemplo deste último caso e da polêmica que envolve a questão da motivação foi divulgado no Informativo da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, em setembro de 2005, em sua primeira página. O título do artigo: “Meia-entrada para doadores de sangue é caminho aberto para remuneração indireta” e, resumidamente:

Em abril de 2005, o presidente da Assembléia Legislativa do Estado do Espírito Santo promulgou a lei nº 7.737, que instituía a meia-entrada para doadores regulares de sangue, em todos os locais públicos de cultura, esporte e lazer mantidos pelas entidades e órgãos das administrações direta e indireta do Estado do Espírito Santo. A lei foi contestada no Supremo Tribunal Federal. No dia 01/06, o governador do ES, Paulo Hartung, ajuizou Ação Direta de Inconstitucionalidade contra a eficácia da lei. Para ele, o caráter voluntário da doação tem a função de assegurar a qualidade do sangue e para que o doador transmita as informações certas, ‘as quais podem ser omitidas a partir da promessa de benefícios. Sujeitar a doação de sangue a um conseqüente benefício econômico desnatura o seu caráter gratuito’, argumenta.

Uma estratégia atualmente divulgada no *site* do Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul (HEMORGS) é o “Projeto Mensagem Solidária”, um serviço inédito no país de estímulo à doação voluntária de sangue. Ele foi lançado no Rio Grande do Sul graças a uma parceria entre o HEMORGS, a Companhia de Processamento de Dados do Estado (Procergs) e a VIVO-RS. Através deste projeto, foi estabelecida uma linha direta de comunicação com os doadores, por meio de “torpedos” (mensagens de texto no celular) toda vez que o HEMORGS necessitar, avisando os doadores cadastrados. Acessando o *site* do HEMORGS, especialmente desenvolvido pela Procergs, o candidato a doador preenche o cadastro e escolhe uma senha de acesso ao serviço. Toda vez que o HEMORGS precisar de um determinado tipo de sangue, a instituição localiza, no banco de dados, os doadores cadastrados e envia a Mensagem Solidária para o celular dos usuários da VIVO-RS que atenderem às exigências específicas da doação.

Estas ações visam o estabelecimento de um vínculo com o doador, possibilitando o alcance de metas relativas tanto à quantidade como à qualidade do produto disponível para o atendimento das necessidades da população. Com este intuito, o Hemocentro do Distrito Federal divulgou em seu *site* o “Projeto de Fidelização de Doadores de Sangue” que será lançado nacionalmente. O objetivo é incentivar os jovens e estudantes do ensino médio e universitário a tornarem-se doadores de sangue voluntários e fidelizados. A proposta do Clube 25 visa atingir jovens entre 18 e 25 anos de idade, que deverão assumir o compromisso de realizarem 20 doações de sangue, assegurando atendimento à demanda de sangue com qualidade e proporcionando aos jovens, por meio da educação, estilo de vida saudável e responsabilidade social. O presente projeto é pioneiro no Brasil e contará com a parceria do Ministério da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, Secretarias de Educação e da Juventude do Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 2006).

O Distrito Federal é hoje a unidade da Federação que tem a maior participação dos jovens na doação voluntária de sangue (60% dos doadores da Fundação Hemocentro de Brasília são jovens entre 18 e 29 anos de idade), resultado de ações educativas como o projeto “Hemocentro nas Escolas” e “Trote Solidário”. Considerando que muitos jovens possuem um desejo marcante de contribuir para sua comunidade, porém não sabem como, o projeto busca estimulá-los a desenvolver seus valores humanos e éticos, exercendo na prática sua cidadania, por meio da doação de sangue. O grande desafio é que, ao aderir ao projeto, o jovem deverá assumir o compromisso de realizar, no mínimo, três doações ao ano, totalizando vinte doações, até completar os 25 anos de idade e manter um estilo de vida saudável. Ao realizar a segunda doação, terá direito a receber a Carteira de Membro Fidelizado do Clube 25 (DISTRITO FEDERAL, 2006).

De acordo com o explicitado, pode-se perceber que, a partir da fidelização de uma parcela cada vez maior de doadores na população, será possível aumentar a porcentagem dos doadores de repetição (aqueles que doam sangue, periodicamente), diminuindo, assim, a porcentagem dos doadores esporádicos e de reposição (aqueles que doam, atendendo aos pedidos de familiares ou conhecidos) (ANVISA, 2006). Entretanto, os resultados que se conseguirão serão determinados por vários fatores externos, como a acessibilidade do serviço e as condições sob as quais se realiza a doação (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003).

3 O ACOLHIMENTO COMO INSTRUMENTO TÉCNICO-ASSISTENCIAL PARA A CONQUISTA DE DOADORES FIDELIZADOS

O avanço tecnológico alcançado pela humanidade criou equipamentos capazes de mudar o estilo de vida e assegurar, muitas vezes, uma melhor qualidade de vida para os seus beneficiários. Com relação a estes avanços, forte destaque pode ser dado à área da saúde, onde é permanente e cada vez mais aprofundado o trabalho na busca da prevenção, reabilitação e cura de doenças, bem como na busca da longevidade. No entanto, a cultura predominante nas instituições parece considerar os profissionais meros recursos, que devem contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais, relegando a abordagem sistêmica que estuda o homem como uma totalidade e não apenas como um profissional, cuja vida deveria se restringir ao ambiente de trabalho.

Por sua vez, um hospital ou um posto de saúde pode ser excelente do ponto de vista tecnológico e, mesmo assim, ser desumano no atendimento, tratando os pacientes como simples objetos de intervenção técnica, não os acolhendo em suas angústias, temores e expectativas, ou sequer informando-os sobre os procedimentos necessários (SERRA, 2002). Portanto, o fato da ênfase demasiada na técnica ser a regra da maioria dos serviços ocasiona que, na maior parte das situações, os profissionais de saúde não estejam preparados para lidar com as questões sociais e subjetivas dos usuários, o que culmina na fragilização das suas práticas de atenção (FERREIRA, 2005).

Desta forma, ciência e tecnologia podem tornar a assistência desumanizada, quando reduzem as pessoas a objetos despersonalizados de sua própria técnica, numa investigação fria e objetiva. Em outras palavras, o avanço tecnológico parece ter trazido consigo um aspecto maquinal, técnico e frio, não humano, atingindo principalmente os hospitais, as clínicas e os laboratórios, onde os funcionários são levados a agir quase que como autômatos (MEDEIROS, s.a), cujo relacionamento interpessoal saudável, muitas vezes, não vem encontrando guarida no âmbito organizacional, acabando por gerar os mais diversos conflitos e desumanizando as organizações como um todo (COSTA, 2004).

Essa carência geral ou específica de condições gerenciais, técnicas, materiais, de capacitação, de espírito de acolhimento induz à desumanização, já que profissionais e usuários passam a se relacionar de forma desrespeitosa e impessoal, resultando em má qualidade no atendimento e baixa resolubilidade (SERRA, 2002). Diante disto, mostra-se

fundamental a busca permanente do aprimoramento da prestação de serviços para a sociedade, envolvendo a complexidade e abrangência da concepção ampliada de saúde.

Esta busca deve estar apoiada na “luta política para a devida priorização da saúde, na análise das necessidades da população e, ainda, na análise da atuação cotidiana do sistema, hoje existente, diante dessas necessidades” (PIMENTEL, 2006, p. 100). Contudo, as conseqüências do desenvolvimento da tecnologia vêm sendo detectadas e enfrentadas com a busca de um equilíbrio que seja capaz de dosar o uso dos equipamentos e as intervenções humanas (MEDEIROS, 200?).

Na concepção do Ministério da Saúde (2005), para se resolver esses desafios e melhorar a eficácia no atendimento à saúde, não basta investir na eficiência técnico-científica e na racionalidade administrativa. Qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é caracterizado pelas relações humanas. Estes aspectos relacionam-se com a humanização, forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente com sua subjetividade e referências culturais (DESLANDES, 2004).

3.1 A humanização no atendimento aos usuários nos serviços de saúde

Por humanização, podemos entender a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, em que os valores norteadores são “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão” (BRASIL, 2004b, p. 3). Assim, não é suficiente ao hospital dispor de toda uma estrutura moderna, equipamentos apropriados às suas atividades médicas e uma administração dita criativa, se tudo isto não estiver voltado completamente para a satisfação das necessidades dos usuários e dos funcionários que os atendem. Portanto, antes de se pensar em paredes, móveis e equipamentos, temos de enxergar primeiro o usuário e funcionários, pois, das suas necessidades, surgirá a estrutura humanizada (MEDEIROS, 200?).

Por este motivo, a discussão sobre a humanização dos profissionais de saúde vem crescendo nos últimos anos, sendo percebida pelo aumento na publicação de artigos sobre o tema e pela criação de programas político-sociais que visam à humanização do ambiente hospitalar e da assistência em saúde (BAZON, 2004). Nos últimos anos, desenvolveram-se no Ministério da Saúde (MS) vários projetos ou programas no campo da humanização da atenção

à saúde, contornados pelo debate sobre a busca da qualidade na atenção ao usuário, estabelecendo, assim, tênue relação entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Desse modo, a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), Humaniza SUS, veio como uma proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do SUS, no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde dentro do sistema, priorizando o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS (BRASIL, 2004b). A partir desta política, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (2000), por reconhecer que a experiência do atendimento ao usuário proporcionado pela rede pública é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro (SERRA, 2002).

Com este programa, objetiva-se a busca de estratégias que possibilitem a melhoria do contato humano entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, visando o bom funcionamento do Sistema de Saúde Brasileiro. As ações devem reger-se por princípios como o respeito à singularidade das instituições hospitalares e a integração e cooperação entre os diversos agentes que compõem o Sistema de Saúde (SERRA, 2002).

Para tanto, é necessário estender o conceito de humanização para toda a instituição hospitalar, por meio da implantação de uma cultura organizacional diferenciada, que vise o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais de saúde e dos usuários (BAZON, 2004). É, neste ponto, que se estabelece a Humanização, ou seja, o aumento do grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde, envolvendo mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

Deste modo, o padrão na atenção deve abarcar a criação do vínculo com os usuários, a garantia dos seus direitos e dos seus familiares, o estímulo para que eles se coloquem como atores do sistema de saúde, por meio da sua ação de controle social, mas é também instaurar melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novos atos e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004b). Assim, a reforma da atenção, no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, depende de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida e da possibilidade da ampliação do grau de desalienação e de transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso (CAMPOS, 2005).

Na realidade, a construção de organizações que estimulem seus trabalhadores a considerar que lidam com outras pessoas, durante todo o tempo, e que estas pessoas, assim como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se devem conciliar é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência (CAMPOS, 2005). Com isso, “tomamos a Humanização como estratégia de interferência, no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004b, p. 8).

A Humanização, assim entendida, apresenta-se como mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também dos sujeitos, da interação que ocorre entre eles, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (BRASIL, 2004b; CAMPOS, 2005). O primeiro passo é a sensibilização dos gestores para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão voltado para a construção de uma nova cultura organizacional, a qual deverá ser pautada pelo respeito, pela solidariedade e pelo desenvolvimento da solidariedade e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários (SERRA, 2002).

A meta da humanização no estabelecimento de uma nova cultura institucional é instaurar padrões de relacionamentos éticos entre gestores, trabalhadores e usuários da instituição (SERRA, 2002). Costa (2004, p. 18) pondera que “a desconsideração dos valores humanos e da ética também são exemplos de realidades ‘desumanizadoras’”. Portanto, é preciso estar atento a princípios e valores como a solidariedade e a ética, na relação entre gestores, profissionais e usuários, acolhendo o desconhecido e o imprevisível, aceitando os limites de cada situação e respeitando o outro como um ser singular e digno (SERRA, 2002).

Com isso, considera-se que não há como haver um projeto de Humanização sem que se leve em conta a democratização das relações interpessoais e das instituições. Dentro do SUS, a Humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada e estendida para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do usuário e seus familiares ou da população em geral, diante do poder e da autoridade impostos pelo saber e pelas práticas sanitárias (CAMPOS, 2005).

Partindo dessa perspectiva, a Política de Humanização da Assistência à Saúde aponta diferentes parâmetros em três grandes áreas: acolhimento e atendimento aos usuários, trabalho dos profissionais e lógicas de gestão e gerência. Humanizar a assistência à saúde é, então, dar lugar à palavra do usuário e também à palavra do profissional de saúde, de forma que ambos possam fazer parte de uma rede de diálogo, em busca da mudança e qualidade desejadas (MS, 2005). Porém, a humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e

fragilidade do conceito, veria seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou, mesmo, ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado pela racionalidade administrativa e pela qualidade total. Desta forma, para ganhar a força necessária, que dê real direção a um processo de mudança que possa responder aos anseios e necessidades dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Com isso, refere-se à necessidade de adotar a Humanização como transversal, abrangendo um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzam em ações nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Portanto, na construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser percebida como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como, apenas, mais um programa a ser aplicado nos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede do SUS (BRASIL, 2004b).

A implantação dependerá da realização de mudanças nos processos de produção de saúde, exigindo também mudanças nos processos de subjetivação, pois os princípios do SUS só se materializam na experiência concreta, a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. Assim, humanizar a assistência “é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Há, portanto, uma inseparabilidade entre estes dois processos, o que faz da humanização um catalisador dos movimentos instituintes que insistem no SUS” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392).

O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas, principalmente, o modo como tais processos se dão devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e a produção de sujeitos. Portanto, construir uma política de humanização impõe que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, criando e/ou fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação sempre orientados pelo direito à saúde, pois “é no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e de gestão” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 393).

Estas concepções indicam o “como fazer” concretizado como “tecnologias relacionais”, visto que é, a partir da modificação das formas de os sujeitos entrarem em relação, constituindo coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392). Portanto, a discussão da humanização no ambiente

de trabalho torna-se impostergável, na medida em que a efetiva vivência num ambiente organizacional, cujos valores maiores incluem a humanização, trará grandes benefícios para os indivíduos, organizações e sociedade como um todo (COSTA, 2004).

3.2 A incorporação do acolhimento como estratégia para a fidelização de doadores dentro do processo e organização do trabalho em hemoterapia

O processo de trabalho dos profissionais de saúde “tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida” (PIRES, 1999, p. 32).

Transferindo estes elementos para o processo de trabalho em hemoterapia, podem-se fazer as seguintes relações: o trabalho no banco de sangue objetiva um fim que, neste caso, é uma bolsa de sangue apta para transfusão; como objeto, por um lado, está o doador de sangue e, por outro, o receptor do sangue; o meio instrumental pode ser visualizado nas técnicas e conhecimentos utilizados nos processos do sangue; o produto, o sangue, é um material natural que pode ser adaptado às necessidades humanas, por meio do fracionamento dos hemocomponentes e da industrialização dos hemoderivados.

Como o sangue e seus componentes são usados com muita frequência, quase todos os hospitais dispõem de banco de sangue, realizando principalmente transfusões e muitos hospitais de grande porte têm, também, locais para doação de sangue. Apesar de existirem os hemocentros públicos criados a partir da politização do sangue, formando a hemorrede pública brasileira, e que seriam responsáveis pelo abastecimento de toda e qualquer instituição que realize hemoterapia, estes ainda não são suficientes, necessitando da complementação do setor privado.

O serviço oferecido pelos Hemocentros inclui a assistência hematológica e hemoterápica aos pacientes da região de sua abrangência, através de atendimento ambulatorial e laboratorial altamente especializado e dentro de padrões internacionais. Além disso, promovem atividades de ensino em nível de graduação e pós-graduação, formação de recursos humanos em Hematologia e Hemoterapia, pesquisas, assessoramento técnico aos

hemonúcleos e centrais sorológicas e campanhas educativas permanentes sobre a conscientização da doação de sangue e formação de doadores voluntários.

Por ordem de prioridade, a prestação de serviços dos Hemocentros à comunidade prevê o atendimento à rede pública nos níveis federal, estadual e municipal, o atendimento às entidades filantrópicas e, por último, o atendimento ao setor privado (VICENTE, 2002). Isto tudo na vigência de um contrato de abastecimento entre o hemocentro regional e as instituições de sua cobertura e de que dele necessitem.

Dessa forma, as instituições filantrópicas e privadas que realizam a hemoterapia em seus pacientes possuem em suas instalações, não somente uma agência transfusional, mas também, uma unidade de coleta de sangue, a fim de obter reserva para o atendimento de sua demanda. Por conseguinte, a forma de recrutamento mais utilizada nestes hospitais baseia-se no doador de reposição, que doa com o intuito de repor os hemocomponentes utilizados por um determinado paciente. Porém, este método tem como inconvenientes a não garantia de estoques para o atendimento de urgências ou politransfundidos, a diminuição da segurança no processo transfusional, além de permitir algumas formas de coação, pois estes doadores geralmente são amigos ou familiares dos pacientes e acabam doando com um sentimento de obrigação (VICENTE, 2002).

A preocupação maior está relacionada ao atendimento das necessidades dos pacientes, principalmente nos casos de urgências (acidentes graves), quando o pronto atendimento é de suma importância, além dos pacientes com doenças crônicas graves, que necessitam fazer transfusões regularmente como nos casos das hemodiálises, onde é grande a busca por doadores (LUDWIG; RODRIGUES, 2005). Por outro lado, uma questão que está intrinsecamente relacionada a isso é que esse abastecimento tem que estar vinculado à qualidade e não apenas à quantidade. A partir disto, a captação e a seleção do doador são pontos importantes para a qualidade da transfusão, bem como o aumento da fidelização do doador significa precisar de menos doadores (SOARES, 2003).

Assim, a busca do doador voluntário e habitual se deve a muitos fatores, mas principalmente à segurança e à economia, pois doadores com repetidas testagens significam bolsas de sangue com maior margem de segurança para o receptor, bem como menos exames sorológicos são desprezados (LUDWIG; RODRIGUES, 2005). No contexto das atividades relacionadas à vigilância em saúde, a hemovigilância se apresenta como uma das áreas estratégicas de atuação do Ministério da Saúde com o objetivo de direcionar ações para aumentar a segurança nas transfusões sanguíneas, com particular ênfase nos incidentes transfusionais (BRASIL, 2004d).

As ações adotadas, neste sentido, se justificam, uma vez que o sangue, pela sua característica de produto biológico, mesmo quando corretamente preparado e indicado, carrega intrinsecamente vários riscos, sendo impossível reduzir a zero a possibilidade de ocorrência de reações adversas, após uma transfusão (BRASIL, 2004d).

A garantia da segurança do sangue a ser transfundido e de órgãos e outros fluídos a serem doados é diretamente ligada à responsabilidade civil do Estado, em função das importantes repercussões sociais para a saúde pública que a epidemia de Aids e demais doenças transmissíveis pelo sangue impõem à formulação de políticas (BRASIL, 2004d). Porém, as ações que visam à segurança do sangue vão muito além da adoção de leis que impõem a adoção de técnicas padronizadas, pois, a partir do momento em que o sangue é obtido de um doador, torna-se preciso perceber que é na relação com este que começa o cuidado.

Na medida que se estabelece uma relação de confiança com a pessoa que se apresenta para fazer uma doação, pode-se conseguir com que esta seja o máximo possível fiel em suas respostas na investigação clínica e, na medida que se consegue fazer com que esta pessoa volte, pode-se orientá-la quanto aos hábitos saudáveis de vida e práticas de cuidado e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e outros agravos que produziriam danos à saúde do receptor. Desse modo, percebe-se que a capacidade de um serviço em produzir um produto de qualidade às necessidades de seus clientes primários (pacientes) está diretamente relacionada à capacidade de estabelecer relações saudáveis e de saúde com seus clientes secundários (doadores). Em outras palavras, a capacidade da instituição para o atendimento à sua população depende da sua capacidade de compreender e dominar esse ambiente e as relações que ali se estabelecem (LUDWIG; RODRIGUES, 2005).

Conseqüentemente, torna-se necessário perceber e compreender que os doadores também são clientes deste serviço, apesar de não consumirem nenhum bem ou produto desse processo específico. Borges (2005) destaca que o doador de sangue não é perfeitamente comparável a um consumidor, já que não está necessariamente adquirindo um bem, mas sim, doando algo, neste caso, o seu sangue, produto sem o qual não seria possível o desenvolvimento do processo de trabalho em hemoterapia. “A doação altruísta é, assim, a fonte de matéria-prima das unidades hemoterápicas” (LUDWIG; RODRIGUES, 2005, p. 933).

O conceito de doador como cliente já vem sendo utilizado como base para programas de fidelização de doadores. Para transformar a pessoa que procura o posto de coleta em um doador de fato, o primeiro passo é encará-lo como um cliente. Tanto que a equipe do

Hemocentro da UNIFESP/Hospital São Paulo montou um treinamento denominado 'Em busca da qualidade total', voltado para esse público. O programa tem como foco sensibilizar os funcionários de que gestos como um cordial bom dia ou uma atenção especial podem ser fatores determinantes para que o doador se sinta estimulado a retornar ao posto de coleta e realizar outras doações (ROGERIO, 2004).

Nesse contexto, o doador assume grande importância e o seu atendimento requer cuidados especiais, pois, ao mesmo tempo em que é fornecedor é um cliente do serviço, pois fornece a matéria prima responsável pela existência de toda uma estrutura organizacional, na qual empresa e cliente vivenciam um interessante intercâmbio, talvez único, dentro do universo das empresas prestadoras de serviço. Assim, a relação entre cliente doador e serviço exige um preparo técnico e científico e sensibilidade por parte de quem o atende. "A doação de sangue é um processo traumático, onde, geralmente, estão envolvidos a dor e o medo. E, para conquistar o cliente, o atendimento deve ser executado de tal forma que esses sentimentos sejam superados pela eficácia dos procedimentos executados nesse momento" (VICENTE, 2002, p. 3).

Isto faz com que a avaliação da satisfação do doador se volte totalmente ao seu contentamento em relação ao serviço prestado e não em relação a um possível produto adquirido (BORGES *et al.*, 2005). Dentre os diversos fatores e tendências que contribuem para a busca da qualidade dos serviços e da conquista da clientela, destaca-se a opinião dos usuários, pois "um cliente mal atendido raramente retorna a uma loja ou restaurante, mesmo se o preço for bom" (CAMPOS, 2003, p. 580).

Assim, urge uma nova forma de olhar o cliente, em que as equipes de saúde precisam oferecer mais do que a prestação de um serviço pura e simplesmente entendido como a realização de atos formais (CAMPOS, 2003). Desta forma, o compromisso com o cliente tem, na qualidade do atendimento, um fator decisivo, pois as pessoas lembram mais do seu serviço do que do seu produto e este é um processo que começa dentro da empresa (OPAS/ANVISA, 2003).

Para tanto, necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, traduzidos em ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004). Isso exige que os profissionais incorporem nas suas práticas, contínuas discussões acerca do seu atual processo de trabalho e o tipo de relação que estão travando com os usuários (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

O indivíduo busca no serviço de saúde estabelecer uma relação de confiança e compromisso com os profissionais de saúde, desejando ter priorizado seu problema/necessidade, tornando-se importante a negociação das necessidades, já que nem sempre o que é um problema para o cliente é problema para o serviço de saúde (BRANCO, 2005). A equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos, mas também buscar refletir e atuar, considerando a importância do envolvimento com o usuário e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou precisam do seu atendimento (CAMELO *et al.*, 2000). O sentimento de amparo está relacionado com o vínculo que se estabelece entre profissional/clientes e é, a partir deste vínculo, que o cliente começa a confiar nas decisões do profissional e a seguir suas orientações ou com ele compor qual o melhor caminho (BAZON, 2004).

Nesta lógica, precisam ser valorizadas as expressões das expectativas e necessidades dos próprios usuários, ou seja, o subjetivo relacionado à satisfação do usuário, reconhecendo sua autonomia e sua legitimidade simbólicas, cujas manifestações, a princípio, não são delegáveis a tradutores-intérpretes (DESLANDES, 2004). Assim, o trabalho em saúde se humaniza, quando se busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade de vida para sujeitos concretos e em interação. Campos (2005, p. 400), ressalta que “não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração”.

Nos recursos humanos, encontra-se uma possível solução para a maioria das questões da saúde, visto que são eles que, sendo capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população e na expectativa de uma sociedade saudável, influirão diretamente na atenção à saúde e na terapêutica prestadas aos indivíduos e coletividades. “A saúde exige profissional ético e responsável, na medida em que este passe a reconhecer no usuário dos serviços um ser repleto de necessidades complexas e nem sempre objetivadas em uma doença” (CAMELO *et al.*, 2000, p. 31).

A qualidade de um produto ou de um serviço pode ser medida pela capacidade de atender às necessidades implícitas e explícitas do cliente, em que as necessidades implícitas têm a ver com aspectos pessoais, próprios de cada indivíduo ou de um grupo que reúna características comuns, e as necessidades explícitas têm a ver com o projeto arquitetônico. Assim sendo, além de conter um plano operativo orientado pela humanização e horizontalização no atendimento, o serviço deve oferecer ambiente e área física adequados ao conforto dos usuários (SENAC, 2001).

Ainda, de acordo com esta concepção, “é necessário construir um ambiente especial na empresa, em que a excelência do serviço oferecido ao cliente seja um compromisso de todos os membros integrantes da organização” (SENAC, 2001, p. 21). Mas, se por um lado, o compromisso com o cliente e com o bom atendimento é expresso na responsabilidade pelas ações individuais e coletivas e o pensamento de que todos são responsáveis, por outro, exige a contínua motivação dos funcionários, a manutenção de um espírito de equipe e o reconhecimento e crédito pelo alcance dos objetivos propostos pelo serviço, em resposta às necessidades da clientela (OPAS/ANVISA, 2003).

É crescente a importância do reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário, quando se aborda a qualidade de serviços de saúde, posto que o seu papel como protagonista do sistema de saúde produz impacto direto na melhoria da relação entre este e o serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais, planejar a assistência, treinar adequadamente a equipe que irá atendê-lo ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (RAMOS; LIMA, 2003; VICENTE, 2002).

A forma como os estabelecimentos e organizações são concebidos e o modo como organizam suas práticas influem decisivamente na satisfação dos usuários e no impacto das ações sobre a saúde dos indivíduos (CAMPOS, 2003). Desse modo, a temática da organização dos serviços de saúde e as práticas de atendimento à população revestem-se de importância estratégica, visando maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade (SILVA JUNIOR, 1998). Assim sendo, deve-se optar por um modelo assistencial capaz de ajudar na implementação de um serviço com maior excelência e atendimento baseado nos seres humanos envolvidos, conquistando sua adesão e fidelização, possibilitando um produto seguro e disponível para as demandas populacionais.

Nesta perspectiva, o acolhimento como modelo assistencial tem importância reconhecida, uma vez que acesso e acolhimento são elementos essenciais para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para a procura pelo usuário. “A conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propiciam a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, freqüentemente, um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso” (RAMOS; LIMA, 2003, p. 33).

O acolhimento, desta maneira, é considerado central nas propostas de reorientação da atenção à saúde. Ele tem sido analisado como processo e estratégia na reorganização da assistência à saúde, buscando a inversão do modelo técnico-assistencial, de modo a contemplar o princípio da universalidade no atendimento (HENNINGTON, 2005). Assim, o

acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho, “de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários” (BRASIL, 2004b, p. 5).

Neste contexto, acolher significa aproximar-se do outro e envolve a escuta, a valorização das queixas, a identificação das necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, e a sua transformação em objeto-sujeito das ações em saúde (BRANCO, 2005). Apresenta-se como estratégia de interferência nos processos de trabalho, permitindo a reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2004).

Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção, a partir de sua entrada no sistema (HENNINGTON, 2005), constituindo-se em uma seqüência de atos ou modos que compõem o processo de trabalho em saúde (MATUMOTO, 1998). Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações que, partindo do encontro entre sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar: a adequação da área física; as formas de organização dos serviços de saúde; 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; o compartilhamento do conhecimento; o uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida (BRASIL, 2004b).

Considera-se que a acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários, ou seja, corresponde às características dos serviços que assumem algum significado, quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população em usá-los (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Assim sendo, a melhoria do acesso começa pelo levantamento dos problemas e as possíveis soluções iniciam-se pela abertura do serviço e do interesse dos trabalhadores em reconhecer o usuário como sujeito deste processo e acolhê-lo (BRANCO, 2005). Deste modo, acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não dos serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados na satisfação das necessidades dos pacientes e/ou clientes (TRAVASSOS;

MARTINS, 2004) e depende da qualidade dos encontros que se realizam no serviço, bem como daqueles que o serviço possibilita realizar (TEIXEIRA, 2005).

O estabelecimento do vínculo entre profissional-usuário/familiares pressupõe a aproximação para a compreensão do sujeito e uma empatia mínima entre as partes envolvidas para que passe da situação de caso clínico para a de pessoa humana. Para tanto, é necessária a disposição do profissional em relacionar-se de forma mais personalizada, menos objetada e mais humanizada, o que caracteriza o profissional como aberto para a exploração dos relacionamentos humanos e menos defendido pelos conhecimentos científicos (BAZON, 2004).

Diante disto, o acolhimento nos serviços de saúde tem sido considerado como um processo especificamente de relações humanas (MATUMOTO, 1998), pois pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O profissional de saúde é responsável pelo acolhimento do usuário no serviço, considerando-o como sujeito das ações de prevenção e controle da doença e transformador de seu cuidado. Este pressuposto filosófico do acolhimento exige, assim, que a interação com o usuário seja uma construção e reconstrução permanentes de trocas de conhecimentos, na qual se elabore o aumento da capacidade de responsabilização e autonomia dos sujeitos (BEDIN; RIBEIRO, 2004).

Além disso, o acolhimento não é um espaço ou um local e nem mesmo uma etapa do processo, mas uma postura ética, uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do atendimento, não pressupondo hora ou profissional específico para fazê-lo, e seu desenvolvimento implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções (BRASIL, 2004b). Da mesma forma, a sua implantação não é apenas uma questão de mudança do espaço físico, mas, principalmente, uma mudança nas ações e comportamento dos profissionais frente ao paciente, seus familiares e usuários dos serviços de saúde (BEDIN; RIBEIRO, 2004).

O acolhimento é mais do que um fenômeno lingüístico do discurso verbal. Ele deve traduzir-se em intencionalidade de ações, possibilitando a captação das necessidades de saúde manifestadas pelos usuários, disparando na instituição um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades captadas (MATUMOTO, 1998). Em outras palavras, o profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolher a avaliação do próprio usuário e se responsabilizar em dar uma

resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades dos usuários com a possibilidade de resposta do serviço (BRASIL, 2004b).

Porém, outro elemento essencial para se atingir a qualidade nos serviços é o nível de comprometimento dos profissionais de saúde com o seu trabalho, que será tanto maior quanto melhor for a qualidade da relação funcionário-usuário. Esta, por sua vez, vai depender do reconhecimento das necessidades dos funcionários no desempenho de suas funções (MACIEL-LIMA, 2004), ou seja, é preciso que o profissional também se sinta acolhido e integrado no sistema (BRANCO, 2005). Assim, no que tange aos gestores dos serviços, parece ser preciso que olhem também para o trabalhador como um ser tão carente quanto o usuário que é atendido, pois “os trabalhadores não são coisas, são seres humanos que têm vontades, desejos, agem e reagem a tudo e a todos, executando práticas de saúde que conformam um dado modelo assistencial, que pode não ser exatamente aquele que desejam ou que projetaram” (MATUMOTO *et al.*, 2001, p. 238).

Dessa forma, o compromisso com o cliente tem como questão chave a motivação dos funcionários, pois funcionário desmotivado é igual à baixa qualidade de atendimento. Manter a motivação exige a criação de um bom ambiente de trabalho, oferecer segurança no emprego, fazer uso de promoção e plano de carreira, proporcionar treinamento rotineiro e remuneração justa. Além disso, necessita desenvolver o espírito de equipe. Equipe esta que é bem informada, consultada e que opina, participando das decisões, criando um *feedback* de mão-dupla (OPAS/ANVISA, 2003). Contudo, não existe um modelo de acolhimento a ser implantado. Ele está relacionado à capacidade do serviço em organizar-se, através do conhecimento da coletividade e da busca de subsídios que possibilitem a construção de um modelo que melhor atinja as necessidades identificadas nos sujeitos envolvidos, fundamentado na valorização, na solidariedade e na cidadania (BRANCO, 2005), “o que implica estar atento e poroso à diversidade cultural, racial e étnica” (BRASIL, 2004b, p. 10).

Teixeira (2005) propõe o acolhimento dialogado, uma técnica de conversa de apoio ao processo de conhecimento das necessidades, fundada em certas disposições ético-cognitivas: 1) o reconhecimento do outro como um legítimo outro; 2) o reconhecimento de cada um como insuficiente; 3) o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Ou, ainda: “todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido, no ponto de convergência das diversidades” (TEIXEIRA, 2005, p. 593).

O resultado desta equação é percebido na qualidade do atendimento prestado, que será diretamente proporcional à qualidade da relação entre os sujeitos. Portanto, a qualidade da

atenção trata especificamente de relacionamentos interpessoais, em que deve ser criado e valorizado o intercâmbio de valores e conhecimentos, num processo que vise o estabelecimento do diálogo e do vínculo, proporcionando a fidelidade entre cliente e empresa. Assim, para o fornecimento de um excelente atendimento ao cliente, devem-se tratar as pessoas como se gostaria de ser tratado (OPAS/ANVISA, 2003).

Esta é uma tarefa relativamente simples, pois basta que o responsável pela gerência ou mesmo os profissionais da área coloquem-se no lugar do cliente e se perguntem: quais os desconfortos que ele percebe? O que deveria ser alterado para dar maior conforto? Quais os medos que lhe afligem, quando você é o cliente? Com a resposta a estas perguntas, podem-se descobrir muitos aspectos que merecem ser alterados dentro do seu serviço. De maneira geral, os serviços de saúde precisam ser agradáveis para os clientes e para os profissionais que ali trabalham. Aos clientes, porque chegam estressados e com medo. Aos profissionais porque passam a maior parte do seu tempo dentro do ambiente de trabalho. Baseado nisso, a humanização do espaço físico também deve ser foco da mudança, buscando tranqüilizar o cliente, deixá-lo à vontade e tornar o espaço mais agradável ao profissional de saúde, no desempenho de suas funções (CAPRONI; MORAIS, s.a).

Buscando articular os conceitos trabalhados até o momento no que diz respeito ao acolhimento e atendimento do doador e à busca de sua satisfação, neste processo, utiliza-se de proposições realizadas em conjunto pela OPAS e ANVISA (2003, p. 23-36) como forma de operacionalização, conforme a seguir apresentadas:

Necessidades Pessoais:

1 . Manter e buscar a auto-estima	Tratar o doador como uma pessoa importante Elogiar e cumprimentar o doador, no momento certo. Mostrar seu apreço. Ser educado e cortês. Ser pessoa e honesto.	Isso é uma boa idéia. Eu realmente gosto... Prazer em conhecer o (Sr., Sra., Srta.). Obrigado pela ajuda. Parabéns. Estou feliz em ouvir isso... E bom falar com você de novo.
2 . Ouvir e responder com simpatia	Ouvir atentamente os fatos e ver sinais de como a pessoa se sente. Responder aos fatos e mostrar empatia pelos sentimentos do doador.	Eu posso imaginar como é (desapontador, agradável)... Eu estou vendo como você se sente. Eu me sinto... também, O mesmo já aconteceu comigo. Algo parecido já aconteceu comigo uma vez. Eu sei como você se sente. Parece que você está (feliz, triste) com isso...
3 . Perguntar por idéias e/ou perguntar sugestões	Perguntar por idéias, mesmo quando tenha uma boa solução.	O que você tem em mente? O que poderia lhe ajudar?

	Usar as idéias do doador quando possível. Evitar revelações ou exigências.	Como acha que devemos tratar isso? Você tem alguma idéia? Posso dar uma sugestão? E se... Mesmo sendo difícil poderíamos fazer isso, talvez pudéssemos... Posso fazer uma sugestão? O que você prefere?...ou...? Isso é o que podemos fazer.
--	---	---

Necessidades Práticas:

1 . Conhecer a pessoa Bom dia, tarde, noite (Sr., Sra., Srta).	Atender aos doadores prontamente e de maneira cortês. Explicar procedimentos/atrasos Ser respeitoso Fazer contato visual/sorrir	Bem vindo ao... Meu nome é... prazer em conhecê-lo/falar com você. Desculpe se está demorando um pouco, mas tentaremos não deixá-lo esperando muito. Enquanto isso não gostaria...?
2 . Esclarecer a situação	Definir e esclarecer necessidades Mostrar compreensão e empatia	Como posso ajudá-lo O que posso fazer hoje por você? Pode descrever a situação mais detalhadamente? Deixe-me ver se entendi direito (explique com um resumo).
3. Alcançar ou exceder a necessidade	Se possível, vá além das expectativas do doador. Pense no doador primeiro, por último e sempre.	Eu cuidarei disso agora mesmo. O que farei é... está bem para você? Isso é o que farei Outra coisa que podemos fazer... Eu o chamarei de volta por...
4 . Confirmar a satisfação	Avalie para garantir se o doador está satisfeito.	Posso fazer algo mais por você? Isso é satisfatório? Isso resolveu tudo? Se tiver mais perguntas, sinta-se à vontade para perguntar.

O mito – A realidade

1. Qualidade – preste atenção na qualidade e na fidelização do doador - Qualidade e serviço aos doadores são interdependentes. Você não pode falar sobre qualidade, num contexto que não inclua doadores, sem considerar os seus pontos de vista. O sangue seguro é uma parte da equação – o doador contente é outra.
2. Queixa – bom atendimento ao cliente é saber como lidar com queixas - A meta real deve ser evitar queixas do doador, em primeiro lugar. Um programa do doador bem administrado verá as queixas como meios de avaliação e de melhoria.
3. A ilha - se os seus doadores estão insatisfeitos, iremos acionar nossos supervisores de doadores e o departamento de reclamações - Um programa de atendimento ao doador bem

administrado irá garantir que cada um tem responsabilidade por fornecer atendimento de qualidade ao doador. Muita especialização, em departamentos especiais instalados para lidar com queixas, por exemplo, pode levar a equipe a se absolver de qualquer responsabilidade.

4. Iniciativa – nossas enfermeiras e equipe de contato do doador são pagas para aplicar princípios de qualidade em todo procedimento. Eles não são pagos para pensar - A equipe de atendimento ao doador é a interface com a fonte real de fornecimento e devem ser autorizados a tomar decisões importantes, observando as necessidades do doador.

5. Política – nós precisamos de políticas para nos proteger do doador - Alguns programas têm políticas de atendimento ao doador e procedimentos que são frequentemente usados para proteger o serviço de sangue dos doadores. Políticas e procedimentos devem ser planejados para proteger, em primeiro lugar, os interesses dos pacientes e dos doadores.

6. Rotatividade – a alta rotatividade da equipe impede os investimentos em pessoas que prestem bons serviços ao doador - Este racionalismo de se tornar auto-suficiente, conforme são tratados como comodidades de curto-prazo, agem deste modo. Uma vez que pessoas são treinadas e motivadas, irão se tornar mais produtivas e permanecerão mais tempo porque gostam mais do seu trabalho.

7. Seleção – não se preocupe com quem contratamos. Nós iremos treiná-lo mais tarde - Alguns serviços de sangue podem considerar o atendimento ao doador como uma tarefa sem importância, que qualquer um pode ser treinado para realizar. Na verdade, a seleção e a captação deste pessoal da linha de frente deve ser tratada com tanto cuidado quanto o compromisso de um cientista ou uma consulta médica.

8. Sorriso – sorria e o mundo irá sorrir com você - Ensinar pessoas como sorrir, quando estiverem trabalhando no atendimento ao doador, é apenas uma parte da história. Certamente, uma pessoa tem que saber como ser agradável e cortês com os doadores, mas muito conhecimento e habilidades são necessários e podem ser construídos com o passar do tempo.

9. O herói – heroísmo na linha do dever é suficiente para mudar o comportamento do atendimento ao doador - O doador pode apreciar que seja recompensado na sua quinquagésima doação, mas é muito mais importante ser consistentemente excelente e atender ou exceder as expectativas do doador o tempo todo.

10. O conserto rápido – bom serviço do doador é simplesmente senso comum - Não existe um caminho fácil e não existem atalhos na busca por excelência no atendimento ao doador. Para um programa de sangue construir reputação num serviço de qualidade, uma mudança de atitude é necessária.

4 METODOLOGIA

Esta investigação buscou identificar os sentimentos e significação contida no ato de doar, perceber os fatores que motivam e os que são obstáculos para a doação de sangue, bem como opiniões quanto ao funcionamento interno do banco de sangue e sua interação com os doadores e possíveis estratégias a serem utilizadas para fomentar a cultura da doação. Este estudo permitiu identificar elementos que poderão servir de base para a formulação de um programa de doação voluntária mais consistente, baseada na reorientação da cultura organizacional.

Esta pesquisa foi pautada pelos parâmetros éticos contidos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, em dezembro de 2006 (Processo número 041/2006, Anexo 1).

4.1 Caracterização da pesquisa

O presente estudo teve caráter qualitativo e natureza exploratória. A opção pela pesquisa qualitativa deu-se por permitir compreender o conteúdo das entrevistas e descrever as percepções dos participantes. Segundo Minayo (2007, p. 21), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Ela responde a questões muito particulares, se ocupando com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois o ser humano se distingue não apenas por agir, mas por pensar e interpretar suas ações a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (Minayo, 2007).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Banco de Sangue do Hospital Santa Casa da cidade do Rio Grande. O Serviço de Hemoterapia da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande é o único na Cidade de Rio Grande, sendo responsável pelo fornecimento de sangue aos três

hospitais atualmente em funcionamento no município: o Hospital Santa Casa, o Hospital de Cardiologia e o Hospital Universitário. Esse serviço tem as seguintes características:

- Assistência Hemoterápica: coleta, processamento, análise e armazenamento de sangue e seus componentes; transfusões de hemocomponentes; e procedimentos especializados (Aférese).
- Serviço de Laboratório: Sorologia; Imunohematologia; Processamento; Controle de Qualidade Interno e Externo; Transfusão.

O Serviço de Hemoterapia é composto por seis seções: 1) Seção de Captação/Recepção de doadores, a cargo da secretária e sob supervisão de uma enfermeira; 2) Seção de Triagem clínica e hematológica, a cargo de uma enfermeira; 3) Seção de Coleta, a cargo de técnicos de enfermagem e de laboratório supervisionados por uma enfermeira; 4) Seção de Processamento, sob a responsabilidade de um profissional técnico; 5) Seção de Imuno-hematologia, a cargo de técnicos de enfermagem e de laboratório, sob a supervisão de uma bioquímica e 6) Seção de Sorologia, a cargo de uma bioquímica.

Como é comum em muitos serviços de saúde, o dimensionamento de recursos humanos para o atendimento aos doadores de sangue não se mostra adequado, visto que os mesmos funcionários que realizam o atendimento ao doador, durante a coleta, também são responsáveis pelas atividades do laboratório de imunohematologia, transfusão e atendimento de pacientes (tipagem sanguínea e orientação quanto à busca de doadores).

4.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram os doadores que se apresentaram como voluntários¹ ao Banco de Sangue, no período de janeiro a março de 2007, que atendiam aos critérios de seleção e que aceitaram participar deste estudo, totalizando o número de quinze participantes. A seleção dos participantes foi do tipo amostragem por acessibilidade ou por conveniência, na qual o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Faz parte do grupo amostragem não-probabilística, o qual não apresenta fundamentação matemática ou estatística, dependendo unicamente de

¹ Doador espontâneo/voluntário – é aquele que doa motivado pelo ato de cidadania e solidariedade, sem vincular sua doação a um determinado paciente e, geralmente, torna-se assíduo, sendo considerado doador voluntário e de repetição;

critérios do pesquisador (GIL, 1999). A escolha dos entrevistados foi orientada por dois critérios principais: vínculo com a instituição (de pelo menos doze meses, com um mínimo de duas doações realizadas neste intervalo de tempo) e/ou disponibilidade para dar os depoimentos.

4.4 Coleta de dados

Depois da triagem clínica e hematológica, foi exposto aos doadores o andamento do estudo no serviço e, após explicação da justificativa e metodologia, foram convidados para participação. Em seguida, foi solicitado o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) dos participantes, assegurando-lhes sigilo e anonimato das informações, bem como a garantia da liberdade em retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que lhes trouxesse qualquer prejuízo no seu atendimento. Por fim, realizaram-se as entrevistas semi-estruturadas (Apêndice II) para a coleta de dados, as quais foram gravadas e transcritas, sendo posteriormente objeto de análise.

A escolha da entrevista como método para a coleta de dados deu-se em razão de que a mesma busca obter informes contidos na fala dos entrevistados. Para Minayo (2007, p. 65), ela fornece dados que “referem-se a informações diretamente construídas no diálogo com o sujeito sobre a realidade que vivencia”. A forma semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Desse modo, a coleta de dados, por meio da entrevista semi-estruturada, teve por finalidade estimular os participantes a informarem, naturalmente, sobre suas percepções, sentimentos, condutas quanto ao ato de doar sangue e sua relação com o serviço. A fase de coleta de dados encerrou-se, quando as informações começaram a se tornar repetitivas, sinalizando sua saturação.

4.5 Análise e interpretação dos dados

Foi realizada, primeiramente, a leitura minuciosa dos depoimentos, a fim de serem apreendidos os significados, argumentações e justificativas presentes nas manifestações discursivas. Numa segunda etapa, foi desenvolvido o processo de categorização. Assim, o material coletado foi analisado, por meio da técnica da análise de conteúdo, no qual se

priorizou a fala dos entrevistados como fonte de informação, e interpretados à luz do referencial teórico consultado.

Segundo Gomes (2007), dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, destaca-se: categorização, inferência, descrição e interpretação. Eles não ocorrem de maneira seqüencial, podendo-se: decompor o material em partes; distribuir as partes em categorias; descrever o resultado da categorização expondo aos achados; fazer inferências dos resultados utilizando-se de premissas aceitas pelo pesquisador; e interpretar os resultados obtidos com o auxílio da fundamentação teórica adotada. Para Gil (1999, p. 168), “a análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação”.

5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir do conteúdo das entrevistas, os dados foram classificados em quatro grupos relativos: 1) à significação e o comportamento diante da doação de sangue; 2) à avaliação da organização do serviço e do atendimento ao doador; 3) às estratégias para a promoção da doação de sangue altruísta; e 4) à relação profissional-usuário na fidelização de doadores assíduos.

5.1 A significação e o comportamento diante da doação de sangue

5.1.1 Significação da doação de sangue

Os doadores entrevistados consideram que a doação de sangue é um ato que demonstra solidariedade e caridade humanas: “*Eu acho que é uma coisa importante, que a gente pode ajudar outras pessoas*” (11); “*O significado é pra ajudar as pessoas que precisam de sangue*” (4). Este pensamento é compartilhado por tantos outros doadores em todo o país, visto que, para 23,13% dos entrevistados de um outro estudo realizado no Brasil, doar sangue é um ato bom/de amor/ato humanitário/caridade/solidariedade/fazer o bem/boa ação (ANVISA, 2006).

Da mesma forma, dados da pesquisa realizada na Colômbia demonstram que a maioria dos doadores e não-doadores pensam que a doação de sangue é vital, necessária e deve ser oferecida por solidariedade e voluntariamente e que, além de ser saudável, é uma questão de responsabilidade comunitária (GALLEGO *et al*, 2000). Em Cuba, os participantes de uma pesquisa realizada por Valdés *et al*. (2002) consideram que a doação de sangue é um ato humanitário, um gesto bonito, maravilhoso, um gesto de nobreza, que serve para salvar vidas, um ato de consciência e cooperação, um dever do cubano, que é útil.

Os achados do presente estudo são corroborados pelos resultados dessas pesquisas já realizadas. Assim, para os doadores entrevistados, o principal significado e importância da doação residem na possibilidade de poder salvar outras vidas. Vidas que estejam necessitando de sangue: “*Eu acho assim: podendo salvar vidas, eu dôo sangue...*” (6); “*Eu acho que a doação de sangue é ótimo. Pelo menos, ajuda as pessoas que estão necessitando. Porque*

doar sangue é vida” (15). Estas manifestações dão mostras da internalização do *slogan* utilizado em campanhas publicitárias: “Doe sangue. Sangue é vida”.

Os resultados do estudo de Gallego *et al.* (2000) apresentam que tanto os doadores como os não-doadores reconhecem que o sangue doado é para transfusão e, para a maioria das pessoas, é salvador de vidas e requerido em emergências, cirurgias e algumas enfermidades. Este tipo de constatação também é apresentado por Moura *et al.* (2006, p. 66), quando referem “que o conhecimento preponderante acerca da importância da doação de sangue habitual reside na garantia de ‘salvar vidas’”. Portanto, pode-se perceber que os doadores entrevistados identificam que o sangue colhido é para ser transfundido naqueles que, em risco de morte, precisem de sangue.

Estas significações dadas ao ato da doação de sangue parecem constituir-se nos principais motivos para as pessoas voltarem a doar sangue, sempre que se apresente uma necessidade do país ou de qualquer pessoa, para salvar vidas, porque têm disposição e porque pensam que doar sangue é um gesto humanitário (VALDÉS *et al.*, 2002). Assim, a doação está ligada à solidariedade, que se faz presente na possibilidade de ajuda ao próximo e de poder contar com a ajuda do outro, no futuro.

Em outras palavras, doando sangue, acreditam que, se um dia precisarem de uma transfusão, este ato também será realizado em seu benefício: “*O significado é que a gente ajuda outras pessoas, né? No mundo que nós vivemos hoje, a gente precisa de ajuda, depender do próximo*” (3); “*Eu acho importante porque, assim como eu estou ajudando outras pessoas, eu posso um dia precisar também e eu espero que essas pessoas também possam me ajudar*” (2). Estas manifestações também são corroboradas pelas opiniões dos norte-americanos, cujos sentimentos que acompanham o ato da doação de sangue são, dentre outros, a compaixão, a obrigação moral, o altruísmo, a necessidade de aprovação social e a expectativa de reciprocidade. Com isto, percebe-se que a reciprocidade é um fator influente na decisão de tornar-se um doador (TITMUSS *apud* SANTOS, 1997).

Entre os entrevistados, existe a consciência da constante necessidade de sangue, no qual o ato de doar aparece como um ato de desprendimento: “*Eu acho que a gente tem que doar sangue, porque tem sempre alguém precisando. E eu acho que a gente seria muito egoísta de saber que alguém precisa de um tipo de sangue e tu poder doar e tu não doar*” (5). Esta manifestação é corroborada pela assertiva de que toda doação de sangue deve ser altruísta, voluntária e não-gratificada direta ou indiretamente, assim como o anonimato do doador deve ser garantido. Portanto, esta percepção confirma que o sangue “é um elemento

precioso que depende de um ato de desprendimento do doador” (DORLHIAC-LLACER, 2001, p. 1).

Para os doadores entrevistados, até mesmo por já estarem habituados ao procedimento, a doação de sangue: “*É uma coisa tão simples. O sangue se repõe naturalmente no organismo, que é tão importante pra quem precisa*” (13); “*É normal, não dói nada e ajuda muitas pessoas*” (9). Desse modo, pode-se perceber que os mitos e medos da doação já não se expressam de maneira significativa em pessoas que já possuem o hábito de doar, pois são providas de maior conhecimento, em comparação com a população em geral.

Corroborando esta assertiva, do total de entrevistados da Anvisa (2006), 89,35% deles afirmaram que a doação de sangue não afeta a saúde do doador e o estudo realizado por Valdés *et al.* (2002), em Cuba, revelou que a maior parte dos entrevistados concordou que o sangue se repõe e que o volume é recuperado rapidamente, embora a qualidade (parte celular) demore dias ou meses.

5.1.2 Sentimentos ligados à doação de sangue

Muitos são os fatores responsáveis pela não-doação de sangue no Brasil, mas uma forte indicação refere-se à falta de uma cultura da doação, o que pode ocasionar o tardio começo na vida de um doador. A esse respeito, Dorlhiac-Llacer (2001) considera que o hábito de doar sangue é adquirido e é peculiar, na medida em que não traz prazer físico ou vantagem material nem satisfaz uma necessidade intelectual ou emocional, mas deve existir a consciência de que esse ato é necessário para salvar vidas. Em função dessa conscientização, apareceram sentimentos de lamentação pela demora em começar a doar sangue: “*Eu acho que é uma coisa muito importante, que eu comecei a doar muito tarde. Deveria ter feito isso desde os 20 anos de idade*” (7).

Apesar dessa lamentação, os sentimentos predominantes revelados pelos doadores entrevistados foram os de satisfação, bem-estar e felicidade por poder, a partir da sua doação, ajudar alguém necessitado e, por isso mesmo, realizam doações de sangue voluntárias e habituais: “*Ah! Eu me sinto bem. Eu me sinto muito bem. Me sinto feliz que alguém está recebendo aquele sangue meu, que eu estou ajudando alguma pessoa*” (5); “*Bem, feliz*” (6); “*Satisfeito*” (8). Gallego *et al.* (2000) ressaltam que poucos doadores reconhecem uma satisfação moral ou espiritual, mas, se presentes, são mais freqüentes no grupo de voluntários.

Dorlhiac-Llacer (2001) explica que, em cerca de 1% dos doadores, especialmente os que doam pela primeira vez, poderão experimentar reação vasovagal, caracterizada por

desmaio, sudorese, discreta hipotensão e náusea, tendo como um dos fatores desencadeantes a ansiedade. Os doadores entrevistados referiram bem-estar físico, por não apresentarem nenhuma reação, durante o procedimento: *“Me sinto bem, normal, sem problema nenhum”* (1); *“Normal, nunca senti nenhuma reação, tontura, nada”* (2); *“Me sinto bem fisicamente e, emocionalmente, fico bem”* (7). Assim, percebe-se que a falta da ocorrência destes sintomas se deve ao fato de que os participantes deste estudo já estão habituados ao procedimento e, portanto, apresentam-se mais tranqüilos, neste momento.

O bem-estar é tão presente nos doadores que a doação, dessa forma, é considerada como um modo de ajudar a si mesmo, tornando-se uma pessoa melhor, por estar sendo solidário às necessidades alheias: *“Eu me sinto bem melhor. Eu acho assim: que, se ajuda os outros, a gente empresta a Deus e tudo fica melhor, porque a gente, podendo ajudar de alguma forma alguém, ajuda a si mesmo”* (14). Deste modo, percebe-se que a preocupação com as necessidades alheias é uma evidência contida no ato da doação de sangue. Portanto, “o papel do altruísmo nas sociedades modernas pode se fundir com as políticas de bem-estar e a moralidade das vontades humanas, principalmente, porque a difusão da cultura da cidadania cada vez mais se torna freqüente” (PIMENTEL, 2006, p. 59).

A esta situação podemos relacionar a humanização, que pode abarcar um projeto com o teor da doação de sangue, pois, de qualquer modo, é um conceito que tem potencial para se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização social contemporânea. Para Campos (2005, p. 400), “a humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social. É uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros”.

Cabe ressaltar que todos os doadores entrevistados manifestaram não ter qualquer sentimento de medo ou dúvida com relação à doação. Isso se deve, talvez, pelo fato de todos já terem feito um número significativo de doações, durante as quais foram aperfeiçoando seus conhecimentos, superando temores e dirimindo suas dúvidas: *“Nenhuma! Eu acho que tudo é bem esclarecido, quanto à doação, tudo. Dúvida ou medo nenhum, não tenho”* (2); *“Não, não tenho dúvida não, nem medo”* (3); *“Não, não tenho dúvidas e também não tenho medos”* (5).

5.1.3 Motivações para começar e continuar a doar sangue

Os motivos para começar e continuar a doar sangue apontados pelos doadores entrevistados refletem tanto interesses pessoais quanto humanitários. Dentre os motivos pessoais aparecem o ganho do dia de folga e o efeito na sua própria saúde como, por exemplo,

o “afinamento do sangue grosso”: *“Pra ganhar a folga no trabalho e para ajudar quem precisa”* (1); *“Eu comecei porque uma vez eu fui no médico e ele disse que eu deveria doar sangue porque eu tinha o sangue grosso. Então, me faz bem”* (12). Por outro lado, aqueles que doam com interesses humanitários o fazem porque desejam ajudar ao próximo e sabem da importância deste ato: *“É pra doação voluntária. Nunca tive precisão. Sempre veio de mim mesmo. Eu sempre quis doar”* (4). Ou esta já era uma característica sua intrínseca ou foi estimulada por outras fontes: *“Sempre foi por minha iniciativa. Uma vez eu ouvi uma campanha na tv e, aí, resolvi começar a doar”* (13); *“A primeira vez que eu doei foi por conselho das pessoas que já tinham doado”* (15).

Resultados semelhantes são evidenciados no trabalho de Moura *et al.* (2006), que apresenta as motivações apontadas para a primeira doação, dividindo-as em três categorias: voltadas para o outro, voltadas para si e influências externas. Dentro das motivações voltadas para o outro e que representam 80% dos dados, encontram-se a solidariedade, necessidade da família e responsabilidade coletiva. A renovação do sangue é o exemplo da motivação voltada para si e, dentro das influências externas, encontram-se a solicitação de amigos, campanhas nas emissoras de rádio e tv, campanhas escolares, campanhas nos bairros e exemplos de pessoas públicas.

De forma similar, em países como a Colômbia, em geral, as doações têm sido realizadas por responsabilidade filial, amizade ou individual, em busca de benefícios e por sua saúde, por responsabilidade comunitária e, em algumas ocasiões, por curiosidade e experimentação (GALLEGO *et al.*, 2000). Para a população cubana em geral, as pessoas doam sangue porque têm consciência da necessidade de doar e porque se sentem úteis, porque possuem as condições requeridas, por costume, porque gostam, por estarem com excesso de sangue e por entusiasmo (VALDÉS *et al.*, 2002).

Em nosso estudo, as principais fontes motivadoras apontadas para a primeira doação foram: 1) a necessidade de um parente: *“Justamente, ajudar outras pessoas. Até porque, no meu caso, a minha mãe precisou de sangue também. Então, isso me incentivou mais... vir mais vezes, sempre que eu possa vir doar sangue”* (2). *“A primeira vez que eu doei foi por causa da minha filha”* (6); 2) o estímulo das forças armadas: *“A primeira vez foi quando eu era da marinha. Era militar. Foi um pedido. Eu era novo. Tinha uns 18 anos, na época”* (9); *“A primeira vez foi no quartel, no exército”* (10); 3) o convite, em grandes empresas empregadoras: *“A primeira vez que eu doei foi na empresa, que pediram se eu poderia doar, se eu aceitaria ser doador e eu aceitei”* (8); e 4) as campanhas veiculadas nos meios de comunicação, principalmente pela televisão: *“Eu comecei a doar sangue porque eu vi na tv*

que precisavam de doadores de sangue e que o número de doadores era muito pequeno, né? E, aí, eu vim a primeira vez” (5); A primeira vez que eu doei foi porque vi uma campanha na televisão, no mês de novembro, que é o mês do doador universal” (7).

Assim, Gallego *et al.* (2000) destacam que a maioria dos doadores tem doado porque pessoas alheias aos bancos de sangue o têm pedido, incluindo os médicos, no caso das doações autólogas, realizando doações dirigidas ou pra si próprios. Já os voluntários e altruístas têm sido motivados por ações dos bancos de sangue, no trabalho ou por familiares. Os dirigidos, naturalmente, foram solicitados por um familiar e os de reposição pelos amigos e companheiros de trabalho (GALLEGO *et al.*, 2000).

As campanhas, embora despertando o interesse da população em geral, não estão ligadas às outras fontes motivadoras e, portanto, têm menores possibilidades de serem doações dirigidas ou de reposição. Estes dados estão de acordo com outras pesquisas realizadas sobre o tema, em que os motivos apontados como fundamentais para a doação de sangue foi, também, a vontade de ajudar, o incentivo de amigos e a convocação no quartel ou empresa (TÂMARA, 2006). O mesmo ocorre em nível nacional, pois dados da Anvisa (2006) apontam que, quanto à principal razão porque doou/doaria sangue, 36,45% dos doadores disseram que foi/seria para ajudar o próximo/parente/amigo.

Desta forma, o tipo de doador acaba delineando o tipo de doação como mostram os dados colhidos na Colômbia, pois, para os doadores de reposição, dirigidos e autólogos, as pessoas doam por responsabilidade familiar, filial ou pessoal, enquanto os voluntários, remunerados e altruístas refletem uma intenção de solidariedade ou responsabilidade comunitária (GALLEGO *et al.*, 2000).

O ainda diminuto número de doadores no Brasil se deve aos laços ou vínculos de sangue que afetam de modo sutil o cenário da doação e transfusão. Os brasileiros, particularmente das elites, associam sangue a laços de sangue, a laços familiares. Desse modo, doação, para as classes média e alta, em particular, é uma questão de família. A doação de sangue genuína - a doação altruísta não-vinculada – exige um tipo de sociabilidade aberta, livre do jugo dos laços primários. Isto significa que a vida social de um país, em que predominem os laços da afetividade sobre os da civilidade, poderá conviver com diversas formas de altruísmo, mas a doação de sangue será uma das formas menos difundidas de comportamento altruísta. “Isto vale particularmente para as classes mais abastadas, das quais se poderá dizer que preferem perder os anéis para não perder o precioso sangue” (SANTOS, 1995, p. 170).

Em nível nacional, com relação à possibilidade de doar sangue outra vez, 98,84% dos entrevistados disseram que pensam em voltar a doar sangue e 44,37% dizem que o principal motivo para voltar a doar é ajudar (ANVISA, 2006). Para continuar doando, os doadores entrevistados em nosso estudo referiram: 1) a tomada de consciência da necessidade de sangue: *“Eu continuei a doar porque eu me conscientizei que tem muitas pessoas que precisam de sangue”* (11); 2) a falta e dificuldade de se conseguir doadores: *“Depois, eu continuei porque eu vi que sempre ajuda. Eu vejo a dificuldade. Hoje em dia, todo mundo fala que é difícil de arranjar doadores”* (9); 3) a vontade de ajudar e ser solidário: *“E continuei pra fazer solidariedade pras outras pessoas que precisarem”* (10); *“E, de lá pra cá, continuo doando sempre (...) e me sinto muito feliz por estar ajudando alguém”* (5); *“Depois, eu me tornei voluntário por vontade própria”* (8); e 4) a possibilidade de poder salvar outras vidas: *“E, aí, como eu salvei ela, eu vi que eu podia salvar mais vidas”* (6).

Assim, os achados do presente estudo corroboram a assertiva de que as pessoas que se tornam realmente conscientes do valor do ato de doar sangue tornam-se doadores voluntários e passam a comparecer regularmente às Unidades Hemoterápicas (SOARES *et al.*, 1998). Moura *et al.* (2006) acrescentam em sua análise a categoria conhecimento das necessidades, considerando positivo o fato de uma parcela expressiva dos sujeitos que participaram do estudo ter demonstrado conhecimento técnico sobre a necessidade de manter o estoque de segurança e de saber que o Rh negativo é um fator raro e, portanto, muito necessário. Nesse sentido, a garantia de manutenção do estoque de segurança foi apontada por 8% do grupo de entrevistados, todavia, o compromisso de “salvar vidas”, referido por 62% dos entrevistados pode ser incorporado ou confundido com “a garantia de estoque de segurança”, pois é a sua manutenção que permitirá que vidas sejam salvas, por meio da terapêutica transfusional (MOURA *et al.*, 2006, p. 66).

Porém, alguns parecem estar associando a solidariedade a usufruto de alguns benefícios, dentre os quais, o dia de folga no trabalho, os exames e o cuidado com a sua própria saúde. Neste sentido, apesar da literatura considerar o vínculo a uma maior consciência social, a doação de repetição pode ser vista sob um novo enfoque, no qual o doador de repetição executa este ato com interesses intrínsecos à sua pessoa (BASTOS *et al.*, 2001). Como exemplo, podemos citar países como a Colômbia, onde ainda existe o doador remunerado, sendo notório em alguns Departamentos o interesse em receber resultados de exames e o reembolso do sangue (GALLEGO *et al.*, 2000).

5.2 A avaliação da organização do serviço e do atendimento ao doador

Para parte significativa dos doadores entrevistados, o atendimento prestado ao doador, de modo geral, é bem avaliado: *“Ótimo! Comigo, nunca teve problema”* (1); *“Pra mim, sempre foi ótimo”* (4); *“Eu acho um serviço muito bom. Eu sempre sou bem atendida, quando venho, tanto ali na recepção, quanto aqui na triagem e na coleta também”* (5); *“Eu gosto muito”* (6). Este achado também é confirmado por outro estudo realizado, em que a maioria da população tem uma opinião positiva acerca dos bancos de sangue, ainda que exista uma minoria cuja opinião seja desfavorável (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003). Nos casos em que houve opinião desfavorável, esta ocorreu por comparação a outros serviços de outros estados, por considerar que, em relação a estes, o atendimento prestado pelo banco de sangue onde foi realizado este estudo deixa a desejar: *“Olha, no Rio de Janeiro, a gente tem um acompanhamento melhor do que aqui, né? Aqui, eu senti muita dificuldade. Muitos amigos meus não vêm doar sangue porque acham que, aqui, é o “vampirão”, né”* (3)?

Em alguns casos, o serviço é avaliado como bom, em função da troca que existe entre o banco de sangue e o doador, pois, ao fornecer o seu sangue, tem a possibilidade de, periodicamente, realizar um *check-up* de seu estado clínico: *“Pra mim, ele é um serviço ótimo porque, além de verificar... No caso, além da gente fazer o favor, a gente está vendo como anda a nossa situação médica. No caso de algum problema, alguma reação, além de ajudar, a gente ajuda a nós, fazendo um examezinho sempre periódico, pra ver se tem algum problema... algum problema pessoal. Sempre é bom”* (9).

Portanto, grande parte dos doadores entrevistados opinou que o banco de sangue oferece uma boa atenção, que o material utilizado é adequado, o ambiente é limpo e organizado e consideraram que há um retorno ao doador, pois ele recebe avaliações periódicas de pressão e, ainda, é submetido a uma série de exames. Por outro lado, quando há opiniões negativas, estas geralmente estão relacionadas a elementos desfavoráveis como o tempo que toma uma doação, a falta de capacitação do pessoal para a venopunção, a desorganização, o mau trato e limitações na infraestrutura e equipamentos (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003).

Neste sentido, a recepção é uma das áreas onde, eventualmente, ocorrem situações que podem desagradar o doador como a falta de espaço e conforto, a demora decorrente da livre demanda ou algum erro na ordem de atendimento: *“Eu acho que, na recepção, às vezes, é um pouco demorado, assim. Tu ficas um tempo esperando. Até teve uma vez que eu vim e passaram alguém na minha frente. Eu acho que foi erro delas, ali. Não querendo, mas*

aconteceu uma vez. Mas foi só, aqui, na frente. Depois, quando eu estou ali dentro doando sangue, sempre fui bem tratada, bem tranqüilo” (2).

A sala de coleta é outro ambiente, onde podem ocorrer situações de desagrado devido, em alguns casos, à imperícia: *“Alguns profissionais... Outras vezes, eu vim aqui e fiquei com o meu braço roxo. Eu mesmo falei para mim: “Poxa! Eu não vou mais doar sangue, ali na Santa Casa, porque... Pô! Ali, eles são maior vampirão e... Mas, aí, eu me conscientizei e vim doar, hoje” (3).*

Para alguns, a área poderia ser maior para proporcionar mais conforto e ter mais cadeiras para agilizar o atendimento de um maior número de doadores: *“Podia ser mais espaçoso, pra gente se sentir melhor. A gente fica muito amontado” (6); “Acho bom, mas poderia ter mais cadeiras, para que mais pessoas doassem. Talvez, o dobro de cadeiras” (7); “A área física, também, é meio apertada, né” (10)?* Portanto, em relação às instalações do banco de sangue, a exemplo da grande maioria dos bancos de sangue, salvo raras exceções, não se encontram nas melhores condições para o desenvolvimento das atividades que desempenha o pessoal de saúde nem para que o doador desfrute da comodidade e segurança requeridas, durante a doação (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003). No entanto, apesar dessas manifestações, a área física é considerada por uns como boa, mostrando-se adequada à demanda, organizada e limpa: *“Bom, o espaço é bom” (2); “É legal” (3); “Eu acho que está um bom espaço, tem tudo separado, tudo direitinho. É tudo organizado e limpo também” (5); “Também, é três cadeiras que tem ali. É o suficiente. Eu acho que, pelo número de pessoas que tem, por enquanto, na nossa cidade... Pela população, eu acho que é suficiente” (9).*

Por sua vez, cabe ressaltar que, além das limitações presentes na infraestrutura, outros problemas parecem influenciar para que a atenção que se presta ao doador nem sempre seja a melhor. Exemplo disso pode ser a limitação do número de profissionais e de pessoal encarregado da promoção da doação (muitos serviços sequer tem pessoal específico para esta função), bem como os horários de atendimento que não são flexíveis e, muitas vezes, podem se mostrar inadequados (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003).

Nesse sentido, o dimensionamento de pessoal adequado às necessidades do serviço deve ser preocupação constante dos profissionais que organizam e coordenam equipes de coleta de sangue, pois este visa atenuar ou eliminar a espera prolongada, causa comum de reclamações dos doadores e um dos fatores desencadeantes das reações adversas à doação, além de permitir um fluxo constante de atendimento e garantir aos diferentes profissionais da equipe tempo hábil para a execução correta de todos os procedimentos e técnicas padronizados (VICENTE, 2002).

Em nosso estudo, o horário de funcionamento do serviço mostrou-se do agrado de grande parte dos doadores que o consideraram adequado e de acordo com a sua disponibilidade: *“O horário é bom. Pra mim, é bom. Tem de manhã e de tarde. Então, se eu não puder vir de manhã, eu venho à tarde”* (2); *“Pra mim, é um horário bom. É um horário acessível, que eu posso vir. Pra mim, está ótimo”* (5); *“O horário está bom”* (7). Porém, para outros doadores, o horário poderia ser expandido até à noite e não deveria ter intervalo ao meio-dia e poderia haver atendimento ininterrupto, inclusive aos sábados e domingos: *“Podia ser direto, sem fechar ao meio-dia”* (1); *“Eu acho que, se pudesse ter um horário depois das 19 horas, seria melhor. Tipo um plantão ou coisa assim”* (8); *“De repente, podia ser até um pouquinho mais tarde eu acho também... mais até de noite”* (10); *“De repente, no domingo, assim. (...) Não sei qual é o fluxo de pessoas. Se era necessário ser aberto no domingo”* (9).

No entanto, para muitos dos doadores entrevistados, o tempo de permanência não tem sido percebido como demasiado: *“Você é atendido rapidamente. Demora... em 15 minutos, aproximadamente, você colhe o seu sangue”* (3); *“Eu acho que é o tempo exato, nem mais nem menos”* (5). Alguns acham que é rápido ou que o tempo não é importante e outros justificam que: *“Está de acordo com o que tem de ser feito. Não adianta querer apurar e não fazer o que tem que ser feito”* (1). Para outros, a demora varia em função da demanda, que não é regular e tende a ser maior, quando há divulgação na mídia, e depende do turno, pois, à tarde, o movimento tende a ser menor: *“É, às vezes, quando dão notícia na tv, então, daí, é aquela fila imensa, né? Aí, às vezes, tu fica um tempo enorme, aqui”* (2); *“É! Nunca demorou. Sempre tive sorte, porque eu venho à tarde e tenho sorte sempre”* (7); *“Olha! Hoje, foi muito rápido. Eu cheguei, aqui, agora e já estou saindo. Às vezes, no máximo, assim, uma espera... mas pouca coisa. Não é sempre”* (9).

Portanto, existem possíveis mudanças que podem realizar-se facilmente nos bancos de sangue como ampliar o horário de atenção ao doador para facilitar que as pessoas doem à sua conveniência e para evitar aglomerações, motivar o doador de reposição e convencê-lo a que volte a doar seu sangue de maneira voluntária e realizar uma análise dos passos do processo para reduzir o tempo que dura o procedimento da doação e melhorar o fluxo que tem os doadores, durante sua permanência nos bancos de sangue (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003).

Por outro lado, existem doadores que demonstram não estar preocupados com o tempo gasto, durante o processo de doação: *“Pra mim, está tudo tranquilo. O tempo não tem problema nenhum”* (10). Também, demonstram aceitação e paciência, diante de eventual demora no atendimento: *“Pra mim, está bom. Eu acho que a gente tem que ter paciência e*

esperar, se necessário” (13); “Eu acho que é uma coisa normal a espera. A gente espera, em tudo que é lugar (15).

5.3 As estratégias para a promoção da doação de sangue altruísta

Ao longo das décadas, o aumento da necessidade de doação de sangue passou a envolver questões científicas, sociais, econômicas e éticas, com direcionamentos diferenciados em cada cultura. Entretanto, a cultura brasileira ainda tem se mostrado adversa à doação voluntária, habitual e espontânea de sangue, em decorrência de mitos, preconceitos e tabus socialmente arraigados e pelo contexto sociocultural resultante de inúmeros e interligados fatores que permeiam a evolução da política de sangue e sua implementação no país (MOURA *et al.*, 2006). Assim, “as crenças, atitudes e valores ligados ao sangue e a sua posse, herança, uso e perda, em diversas sociedades, passam a delinear aspectos históricos, religiosos e sociológicos” (PIMENTEL, 2006, p. 58).

Segundo Guerra (2005, p. 2), “desde a extinção da doação remunerada no Brasil, em 1980, a sensibilização para o ato altruísta de doação de sangue se processou lenta e gradativamente e, hoje, 25 anos após, não é freqüente a falta de doadores”. A escassez de sangue no Brasil é um problema que vem sendo combatido graças aos esforços empreendidos e requer a adoção de estratégias como o Programa Nacional de Doação Voluntária de Sangue, pois, ainda hoje, o volume de sangue doado é, essencialmente, para a reposição, sistema implementado pelos serviços de hemoterapia para suprir a carência de doadores voluntários no país (MOURA *et al.*, 2006).

Um maior número de pessoas doaria sangue se fossem abrandados os medos e as dúvidas sobre a segurança e se fossem pedidos por um familiar ou numa situação de emergência. Muitas pessoas manifestam que nunca doaram porque seu sangue é muito comum (O positivo) e porque este tema não é trabalhado na família. Para tanto, os doadores e não-doadores recomendam haver mais educação, informação, promoção e publicidade (GALLEGO *et al.*, 2000).

Sem dúvida, os meios massivos de comunicação têm um grande alcance na propagação e divulgação da doação, mas, em função de seu alto custo e de não ser fácil desmistificar e educar com pequenas chamadas, torna-se necessário contemplar a utilização de outros meios de comunicação, como a comunicação direta e personalizada, que pode ser desenvolvida no serviço (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003). Ainda, deve-se investir na educação que

se inicia com a criança nos colégios, melhorar a imagem dos bancos de sangue, quanto à segurança (de que não são transmissores de infecções) e também estimular a associação de doadores e grupos sociais como, por exemplo, integrantes de igrejas (GALLEGO *et al.*, 2000).

5.3.1 A participação do banco de sangue no estímulo à doação voluntária de sangue

Atualmente, alguns bancos de sangue têm realizado atividades de promoção da doação de sangue, mas ainda com pouca eficiência. Na opinião dos brasileiros participantes da pesquisa da Anvisa, 72,16% disseram que foi dada alguma informação ou orientação, antes da doação de sangue, e 9,81% disseram que essa informação era referente à alimentação (ANVISA, 2006). De modo geral, a população tem estado exposta a mensagens sobre o tema em diversos meios, porém, as pessoas recomendam que se eduque, informe e motive a população para que se doe mais sangue. Para que isto aconteça, recomendam “tratar temas como os benefícios e riscos da doação, desfazer os mitos e crenças e informar sobre o processo, a necessidade de sangue, a importância da doação e o uso do sangue coletado” (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003, p. 87).

No nosso estudo, para alguns dos doadores entrevistados, ainda não está bem clara qual seria a possível participação do banco de sangue na estimulação da doação voluntária de sangue: *“Olha! Eu vou te dizer. Eu, na realidade, eu não sei te dizer o que eles fazem pra chamar novas pessoas para serem voluntárias. (...) Mas eu acho que, como as pessoas sabem que é aqui, não custava vir aqui e se informar, se estão precisando ou não”* (5); *“O banco eu não sei. Nunca vi ninguém fazer campanha pra doar sangue”* (6). Entretanto, muitos dos doadores entrevistados acreditam que a decisão de tornar-se um doador está unicamente ligada à consciência das pessoas: *“Isso, aí, não é o banco de sangue que tem que fazer. É o pessoal que tem que se conscientizar que é preciso, para ajudar outras pessoas”* (1); *“Pois é! Eu não sei por que as campanhas são feitas. Eu acho que é mais a conscientização das pessoas mesmo, em vir, porque eu acho que o banco já está fazendo o que pode. Acho que não teria mais o que fazer, aqui. Na tv, tem propaganda. Sempre tem. Eu acho que vai mesmo das pessoas se conscientizarem e virem”* (2).

Na opinião dos doadores entrevistados, o baixo número de doadores voluntários de sangue se deve, principalmente, aos medos e preconceitos ligados à doação: o medo de passar mal ou ser contaminado com alguma enfermidade, a falta de conhecimento e preparo da população quanto ao processo de doação e a cultura que não desenvolve este tema

socialmente: “*Não vai adiantar fazer muita coisa, porque o pessoal, a maioria do pessoal tem a cabeça muito pequena. Vão achar que tirar um pouquinho de sangue vai fazer mal*” (1); “*Porque tem muita gente que tem medo. Não sabe bem o que é o doar um sangue. As pessoas têm o medo que pode pegar alguma doença. As pessoas não estão preparadas, não sabem muita coisa*” (4); “*Perder aquele medo que se tem de doar sangue, que... Ah! Vou doar sangue e vou ser contaminada com isso ou com aquilo, porque tu doa sangue e são feitos vários exames no teu sangue, né? antes de chegar alguma pessoa pra receber*” (5); “*Eu acho isso aí uma coisa que já é cultural das pessoas. Eu acho que vai vindo da cultura. Umas gostam... Eu acho que é uma coisa muito pessoal, assim*” (9).

Nesse sentido, estas manifestações são corroboradas pela assertiva de que a falta de tempo, a desmotivação e o esquecimento, bem como a crença na possibilidade de contaminação e o medo da agulha aparecem como os maiores e principais dificultadores relacionados à doação (TÂMARA, 2006). Igualmente, servem para corroborar as manifestações dos doadores entrevistados, os resultados da pesquisa realizada pela Anvisa (2006), que apresenta que 35,01% dos participantes disseram que o motivo pelo qual a maioria das pessoas não doa sangue é o medo. Gallego *et al.* (2000) demonstram em seu estudo que, na opinião de doadores e não doadores, as pessoas não têm doado porque ninguém pediu ou por temor às agulhas ou desmaios e, além disso, por falta de informação sobre as necessidades de sangue e as falsas crenças (engorda, emagrece, etc.), mas que estariam dispostas a doar, se alguém conhecido ou um familiar necessitasse ou se fosse extremamente necessário ou urgente.

5.3.2 Ações para uma cultura de estímulo à doação voluntária de sangue

Os doadores entrevistados referem que os meios para incentivar as pessoas a doarem sangue são a divulgação escrita e falada na forma de folhetos, jornais e campanhas na televisão: “*É como se... Pô! Tivesse folhetos na rua, pra incentivar as pessoas, né? Porque um dia pode ser você. Incentivar mais, dessa maneira*” (3); “*Acho que devia fazer mais propaganda, divulgar mais na tv, no rádio*” (11). Estas manifestações coincidem com as opiniões de 23,11% dos entrevistados pela Anvisa (2006), que manifestam que deveria haver campanhas para que mais pessoas doassem sangue. Neste mesmo estudo, a melhor forma de transmitir mensagens sobre a doação seria pela televisão para 50,94% dos entrevistados e 30,43% dos entrevistados consideram que as mensagens para incentivar a doação de sangue deveriam ser divulgadas através de *folders*, folhetos, panfletos e cartazes (ANVISA, 2006).

Os achados de ambos os estudos somam-se aos resultados obtidos por Gallego *et al.* (2000), que apresenta que, para os entrevistados, as melhores formas para divulgar as mensagens são através da televisão, em programas formativos, educativos e culturais, além da comunicação interpessoal, referindo ainda outros meios que se podem utilizar, tais como os interativos, internet, dispositivos em conferências, canções, palestras em universidades e colégios sobre prevenção, direitos humanos, civismo, etc.

No estudo da Anvisa (2006), do total de entrevistados, 72,41% já viram ou ouviram alguma mensagem na televisão, 91,06% disseram que as mensagens a respeito de doação de sangue são dirigidas para o público em geral. A maioria dos doadores e não-doadores têm ouvido ou visto mensagens sobre a doação, entretanto, elas são poucas e algumas mensagens são de reposição. Poucas são as mensagens que evocam a solidariedade e incentivam a doação sem esperar a emergência. Grande parte destas mensagens é observada na televisão, outros as têm visto nos bancos de sangue, algumas em rádio e poucas em universidades, locais de trabalho, revistas de saúde, etc. Na maioria, estas mensagens são dirigidas a toda população e aos aptos para doar (GALLEGO *et al.*, 2000).

Os doadores entrevistados consideram que divulgar o assunto é uma boa estratégia, pois, assim como muitos responderam aos chamados e campanhas, outros também podem fazê-lo, além de reforçar ou relembrar àqueles que já doaram para que façam novas doações: *“Eu fiquei sabendo pela televisão, pelo jornal que precisavam de doadores. No caso, eu vim. E só fico sabendo, quando dá na televisão que precisam de urgência, que venham doar sangue”* (5); *“Eu acho que podiam fazer mais campanhas pela televisão, alguma coisa assim, né? Que eu acho que o pessoal, que todo mundo vê e é mais fácil, reforça mais”* (10). Estas manifestações são corroboradas pelo que foi constatado no estudo realizado pela Anvisa (2006), ao apresentar que as pessoas afirmaram ter vontade de ouvir ou ver mensagens sobre doação de sangue no futuro (97,75%), sendo que destes, 28,14% acham que seria bom para lembrar de doar/alertar/conscientizar as pessoas. Em outras palavras, agradaria ouvir ou ver mensagens sobre a doação para estarem mais informadas e educadas, motivadas e conscientizadas, pois consideram que elas incitam à solidariedade, ajudam a reduzir o medo e ganhar mais confiança e segurança, além de estimular hábitos saudáveis de vida e cuidado nas condutas de risco (GALLEGO *et al.*, 2000).

Para tanto, os doadores entrevistados acreditam ser importante realizar um trabalho junto aos jovens, àqueles que procuram o banco de sangue e à população em geral, transformando as pessoas não somente em doadores, mas também multiplicadores, incentivando nas mesmas o sentimento de solidariedade: *“Eu acho que mais é incentivar mais*

os jovens” (4); “Olha! A gente começar conversando com eles. Eu converso, faço as pessoas virem. O meu filho também é doador de sangue. Eu fiz ele doar sangue” (6); “Fazendo mais (...), falando com as pessoas, pras pessoas fazerem colaboração e ajudar as pessoas” (15).

Diante disto, portanto, é importante não descuidar do trabalho educativo com os mais variados segmentos sociais, principalmente com o grupo de jovens, pois, na medida em que se conquistou uma população mais educada, será possível conseguir que a doação de sangue seja percebida como uma responsabilidade social do cidadão (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003). Dentro deste contexto, a juventude pode ser um fator preponderante na conquista de doadores espontâneos de sangue, haja vista que estes ainda não estão imbuídos das idéias pré-estabelecidas que ainda perduram na sociedade brasileira, acerca da doação de sangue e, por conseguinte, estão mais receptivos às ações educativas propiciadas (MOURA *et al.*, 2006).

Por fim, é preciso que este trabalho educativo não se restrinja apenas às classes mais baixas, mas incluam as classes média e alta (SANTOS, 1995). Além disso, a escolaridade é, certamente, um dos fatores decisivos para a conquista e fidelização de doadores espontâneos de sangue e para a conscientização do seu papel na co-responsabilidade social e cidadã. Do grupo de doadores habituais pertencentes ao estudo de Moura et al (2006), a grande maioria possui ensino médio completo, superior incompleto e completo, perfazendo 88% da amostra, dos quais 44% com o ensino médio completo, seguido de 30% com ensino superior incompleto e 10% com ensino superior completo (MOURA *et al.*, 2006).

Desta forma, fidelizar doadores habituais aos serviços públicos de hemoterapia pressupõe forjar a cultura da doação como ato de solidariedade civil e compromisso social, mudar gradualmente o perfil do doador e, enfim, garantir a quantidade e qualidade de sangue, componentes e derivados (Meta Mobilizadora Nacional). Para tanto, torna-se necessário aumentar a publicidade sobre o tema e orientá-la, ressaltando os ganhos de uma responsabilidade social adquirida, enfocando a necessidade permanente de doadores, deixando de associar o imediatismo com a necessidade (GALLEGO *et al.*, 2000).

5.3.3 Incentivos e recompensas: estímulos à doação voluntária de sangue?

Quando questionados, alguns dos doadores entrevistados manifestaram, ainda que de forma pouco convicta, que poderia haver um tipo de recompensa, alguma vantagem que estimulasse as pessoas a doarem sangue: *“Ai, ai! Aí, tu me pegou. Doação paga, talvez... Não pode? Não sei. Alguma vantagem... Não sei. Eu sei que é impossível, mas, se houvesse a possibilidade do banco de sangue, em associação com a FURG, conseguir consultas médicas*

grátis e sem fila para quem viesse doar sangue... Acho que seria uma forma de estimular as pessoas, de ter uma vantagem. Também seria uma troca. Vocês dariam saúde e teriam saúde” (7); “Não sei. De repente, a propaganda que se faz pode fazer algum incentivo, algum programa assim... Algum programa, uma coisa que possa... Eu não sei o tipo. Tem que ser um projeto. Teria que analisar bem. Não sei como... Como ainda poderia ser feito” (9).

Outra sugestão é a de que o assunto deve ser divulgado, aliando-o ao lado emocional e humano das pessoas, demonstrando a importância de cada um fazer o que for possível para ajudar, enquanto puder ou estiver apto para isto: *“Eu penso que tem que divulgar mais e apelar pro lado emocional das pessoas, da necessidade de ajudar os outros, que não custa nada à pessoa vir, aqui, e perder uma hora do seu dia. Olha! Eu estou numa idade em que eu penso assim: eu vejo a vida de uma maneira diferente do que eu via antes, que hoje a gente está aqui, mas, de repente, vai tudo pra debaixo da terra. Então, enquanto eu puder, eu vou ajudar” (13).* Da mesma forma, na Colômbia, as pessoas também consideram que, para convencer uma pessoa para que doe sangue, deve-se fazer menção à utilidade como salvadora de vidas, que é uma responsabilidade comunitária, além de sensibilizar, através de testemunho de experiências, e transmitir que a hemoterapia não é mais um negócio (GALLEGO *et al.*, 2000).

Com relação ao conteúdo das mensagens divulgadas, 16,45% disseram: Doar sangue é vida, e 14,89%: Doe sangue. Com relação à forma de convencimento para aumentar o número de doadores 20,56% diriam: Salve vidas, seguido de 17,19% que diriam: Ajude hoje, amanhã você pode precisar (ANVISA, 2006). Diante disto, Bastos *et al.* (2001) observam que, empiricamente, a grande maioria das propagandas sobre a doação de sangue tenta sensibilizar os indivíduos para a doação, estimulando-os a serem heróis, ou seja, a serem capazes de salvar uma vida, ou algumas vidas, dotando as pessoas que se dispõem e que podem doar sangue, de maior poder frente aos que recebem ou não podem doar.

Também é destacada a necessidade do trabalho educativo ser contínuo, para que se possa estabelecer o hábito da doação de sangue, evitando as campanhas emergenciais com suas doações situacionais: *“Eu acho que mais campanhas, porque, por exemplo, acontece alguma coisa e, aí, tem as campanhas e daqui um pouquinho some, né? Eu acho que tem que ser contínuo: pelo rádio, pela tv, também panfletos que peçam que tenham voluntários pra doação. Porque, geralmente, a gente vê assim: tem alguém doente. Aí, a pessoa chega na tua casa e pede pra tu doar sangue. Mas eu acho que seria assim, pra que isso não acontecesse” (14).* Desse modo, os esforços que se realizam devem apontar para além de atender as necessidades imediatas de sangue e de seus componentes numa comunidade em um dado

momento, pois o objetivo dos bancos de sangue não é somente incorporar doadores voluntários, mas ganhar a doação repetida, já que o sangue é mais seguro, quando proveniente de pessoas melhor informadas e que tenham sido submetidas a provas periódicas de laboratório (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003).

Há muitas sugestões quanto ao horário e dias de coleta, espaço e área física, mas também há sugestões que podem facilitar, através da lembrança, o retorno dos doadores para novas doações: *“Olha! Eu acho muito bom o serviço, todos vocês. Só tem uma pequena... Eu acho que deveriam nos avisar, em casa, quando precisasse. Eu gostaria, se tivesse na data, chegasse pra mim: olha, tu pode vir aqui? Eu viria com a maior boa vontade”* (7). Gallego *et al.* (2000) referem que, além de ministrar informação suficiente à população, deve-se solicitar explicitamente a doação, podendo-se utilizar a execução de programas de recrutamento telefônico ou a realização de eventos especiais, com o propósito de fazer presença na comunidade e promover a doação, angariando doadores para o serviço.

5.4 A relação profissional-usuário na fidelização de doadores assíduos

De acordo com os resultados de um estudo realizado na Colômbia, os doadores de reposição ou dirigidos, que ainda são maioria, têm em geral, doado mais vezes do que os voluntários, apesar de entre estes haver alguns que têm doado muitas vezes. Quanto à periodicidade, a maioria tem doado apenas uma vez por ano e raras vezes os voluntários até três vezes em um mesmo ano; os altruístas doam a cada quatro meses e os que menos doam são os dirigidos, a cada um ou dois anos, de acordo com as circunstâncias e, em geral, são primo-doadores e não repetem a doação. Isto porque os doadores altruístas, de reposição e autólogos doam por responsabilidade comunitária, enquanto os dirigidos o fazem por responsabilidade individual ou filial (GALLEGO *et al.*, 2000).

Na pesquisa realizada pela Anvisa (2006) em nível nacional, buscando a descrição do perfil do doador brasileiro de sangue, foi verificado que 53,47% dos doadores habituais já haviam doado sangue cinco ou mais vezes em sua vida, o que na avaliação deste órgão é considerado um alto índice de fidelização. Em nosso estudo, o número total de doações realizadas pelos entrevistados variou de cinco a quinze doações, sendo que a periodicidade variou entre uma a três doações por ano nas mulheres e duas a quatro doações por ano nos homens. Estes dados demonstram um bom índice de participação destas pessoas na

manutenção de um estoque de sangue no serviço e permite considerar que há a fidelização destes doadores.

5.4.1 A atitude profissional e sua influência na decisão de retorno ao serviço

Para a maioria dos doadores entrevistados, a atitude do profissional, durante o atendimento ao doador, é fator que exerce grande influência na sua decisão em retornar ao serviço para realizar novas doações voluntárias. Além disso, o tratamento dispensado ao doador é quesito para avaliação do serviço prestado: *“Com certeza, se for bem recepcionado, bem atendido, a gente sempre volta”* (8); *“Eu acho que sim. Acho que ajuda”* (13); *“Influencia o bom atendimento. Quando tu és bem tratado, tu sempre queres voltar. Tu queres ajudar as outras pessoas”* (4). Deste modo, a satisfação do doador deve ser uma preocupação constante de quem presta o serviço e interage com ele, por ser este um fator determinante em ganhar a fidelidade das pessoas como doadores voluntários de sangue (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003). Esta afirmativa se materializa à medida que aparece o relato de que algumas pessoas que já retornam em função do bom atendimento que recebem no serviço, exemplificado pelas atitudes cordiais dos funcionários: *“Olha! Talvez, o pessoal é tão gentil, trata todo mundo tão bem. Eu acho que sim. Acho que o pessoal volta porque se sente bem”* (7).

No estabelecimento de um Programa de Atendimento ao Cliente/Doador, o serviço deve mostrar interesse, facilitando a manifestação de suas necessidades e sentimentos, a partir da criação de instrumentos de avaliação e participação da clientela. Deve-se criar um canal de comunicação que facilite a explicitação de suas queixas, melhorando as relações entre os doadores e os profissionais. Este canal pode ser estabelecido, na forma de um Posto de Atendimento, por entrevistas pessoais ou um 0800 (OPAS/ANVISA, 2003).

Porém, para outros doadores, a decisão de retornar ao serviço não está necessariamente ligada ao atendimento recebido, mas à questões particulares. Para estes a vontade de ajudar, de ser solidário não deve sofrer influências externas: *“Isso aí já é muito particular, de pessoa pra pessoa. Tem pessoa que é influenciada pela atitude das outras, mas acho que, no meu caso, não influencia nada, assim. Mas, também, da forma que sempre me trataram, aqui... As atitudes que tiveram aqui sempre, pra mim, foram irrelevantes, foram boas e nunca... não diferenciou nada, também”* (9); *“Eu acho que não, porque tudo vai da consciência da pessoa”* (15).

5.4.2 Atitudes positivas para a conquista de doadores de repetição

Os doadores entrevistados referem que atitudes positivas com o doador são aquelas que expressam calma, paciência, carinho, atenção, simpatia, humor: “*Ser como ela é comigo. Ela me atende calma, carinhosa. Ser carinhosa, atenciosa com as pessoas*” (6); “*Eu acho que tratar a pessoa com simpatia, né? Tratar bem a pessoa. E todo mundo vai querer voltar*” (10); “*Ser bem recebida, com humor. A paciência também ajuda bastante. Acho que seria isso*” (14). Além das atitudes cordiais, consideram primordiais as atitudes que demonstrem educação e respeito: “*Atender as pessoas com educação e respeito, acima de tudo*” (8); “*Ah! O bom tratamento, assim como o teu, com toda essa educação que tem aqui*” (9).

A partir destas manifestações pode-se perceber que os doadores desejam e precisam ser acolhidos em suas necessidades de carinho, de valorização, de informação pela equipe que os atende. Gomes; Pinheiro (2005, p. 291), em relação ao colhimento, referem que é interessante notar que os sentidos atribuídos às palavras não se correlacionam diretamente às questões de saúde, mas podemos identificar alguns de seus significados, como: “atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si”, atributos de atenção integral à saúde, enfim, da integralidade.

As atitudes positivas são valorizadas porque criam um ambiente seguro e descontraído, diminuindo a ansiedade e o medo diante do procedimento: “*O atendimento que tem ali, desde a recepção até a triagem e, depois, na coleta ali, pra mim está em perfeitas condições e até ajuda. Acho que fica mais... fica melhor. Acho que fica mais descontraído, né? Às vezes, a pessoa fica meio nervosa, dá uma descontração melhor*” (9); “*Um bom acompanhamento, que acalme a pessoa que queira doar porque, geralmente, a pessoa chega nervosa e, aí, se a pessoa é bem recebida e bem tratada, ela vai voltar sempre*” (14). Essas manifestações confirmam que, no atendimento ao doador, deve-se recebê-lo com simpatia e cordialidade, tratando-o pelo nome completo, dando-lhe atenção e assistência constante, de maneira que ele se sinta bem e queira retornar, tornando-se um doador de sangue habitual. É importante que sejam informados sobre todos os procedimentos a serem adotados, visando diminuir a ansiedade, o nervosismo e o medo (SOARES *et al.*, 1998).

Por vezes, é demonstrada uma postura tão positiva, diante da doação, que alguns doadores referem ser positivas ações básicas e até obrigatórias, durante o processo de coleta do sangue, como verificar o estado do doador, antes da doação, explicar os motivos de rejeição e atender prontamente às reações que possa apresentar, durante a extração do sangue

ou, simplesmente, proporcionar praticidade, durante o atendimento: *“Olha! Eu não saberia te dizer. A gente chega, tem a praticidade. A gente preenche a ficha, vocês verificam como é que a pessoa está fisicamente. Eu acho que isso tudo vai... Quem tem alguma coisinha vocês já excluem e dizem porquê. Eu acho que tudo está bem. Depois, lá dentro, na doação, também a gente fica bem. Eu meio que já passei um pouco mal, nas primeiras vezes, mas não desisti e até fui bem atendido: levantaram meus pés na cadeira”* (7).

5.4.3 Atitudes negativas para a conquista de doadores de repetição

Os doadores referem que atitudes que denotem falta de educação, de atenção, de bom humor, de simpatia, podem ser responsabilizadas por dificultar o retorno das pessoas ao serviço: *“Às vezes, assim, não atender as pessoas com educação ou não dar a atenção que elas necessitam”* (8); *“Bom, eu acho que tratar a pessoa, assim, de mau humor, né? Falar com a pessoa com antipatia, com uma cara feia assim, amarrada, né?”* (10); *“Falar estupidez... A gente perguntar alguma coisa e responder com estupidez”* (6).

Em relação à insatisfação, poucos são os doadores que fazem reclamações. Na pesquisa realizada pela Anvisa (2006), apenas 5,74% dos entrevistados disseram que ficaram insatisfeitos na última doação de sangue. O motivo predominante foi o mau atendimento. Na conquista de uma clientela fiel, deve-se evitar o “boca a boca” negativo. Dos clientes insatisfeitos, apenas 4% reclamam, os outros 96% ficam calados, porém, trocam de produto ou de serviço e, ainda, farão o “boca a boca” negativo, passando uma visão negativa do serviço para outros possíveis clientes. Na maioria das vezes, o cliente não reclama, pois acredita que não vale a pena o tempo ou o problema. Não sabem como registrar a queixa e acreditam que seria inútil porque as pessoas da empresa não se importam com eles ou com suas queixas (OPAS/ANVISA, 2003, p. 29).

Esta visão pode ser causada pelo fato de o pessoal, muitas vezes, não se mostrar cordial com o doador, não o saúda e nem sempre é atento com ele (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003). Atender doadores de sangue, por vezes, pode ser uma situação difícil, pois se lida com pessoas muito diferentes, que carregam consigo conhecimentos e sentimentos diferentes relativos ao sangue e à doação, os quais irão determinar a sua atitude, durante o processo. Para atender a esta população, os profissionais hão de valer-se de habilidades interpessoais e habilidades do serviço, sendo importante ouvir as dúvidas e queixas, enfatizar a cidadania refletida no ato da doação, desculpar os medos e responsabilizar-se pela ação de formar e informar doadores conscientes e participativos (OPAS/ANVISA, 2003).

Portanto, mostra-se necessário implementar programas eficientes de educação contínua para instruir o pessoal sobre temas relacionados com a segurança do sangue e seus componentes, incluídas as diferentes etapas do processo de doação. Adicionalmente, deve-se insistir na necessidade de capacitar todo o pessoal que interage com os doadores, acerca do serviço ao público. É preciso melhorar a atenção e o trato brindados ao doador (GUTIÉRREZ *et al.*, 2003).

Mostra-se necessário também, manter a motivação do pessoal próprio do banco de sangue para melhorar a produtividade e dedicar seus melhores esforços no atendimento da clientela e estabelecer e manter um sistema de reconhecimentos, avaliações de desempenho e promoção interna, bem como intensificar e dinamizar os treinamentos e a capacitação do pessoal do banco de sangue em habilidades pessoais e conhecimentos relevantes para propiciar a idoneidade requerida (GALLEGO *et al.*, 2000).

Já aqueles doadores que possuem uma consciência ampliada da necessidade permanente de sangue e que reconhecem o seu papel de cidadão e responsável pelo atendimento à demanda de sangue da comunidade acreditam que não será o mau atendimento que impedirá o doador de voltar a doar, se a sua intenção for verdadeiramente solidária: *“Olha! Pra não voltar, tem que ser assim... Uma atitude assim... Algo muito... Como é que eu posso dizer? Pô! Tem que ser algo, uma coisa absurda assim pra falar, porque, mesmo as pessoas tratando mal, quem tem a intenção mesmo de doar não vai ser pelo tratamento que vai ser preocupação. Tem pessoas que pensam: pô! Aquela lá me tratou mal, eu não vou doar por causa de tal funcionária. Que não é isso, mas eu acho que não é o caso do nosso banco de sangue, aqui”* (9); *“Comigo nunca aconteceu nada, mas eu acho que não vai ser isso que vai fazer com que a pessoa não queira mais doar. Eu acho que a pessoa doa porque se conscientizou que é preciso doar”* (13).

Todavia, como muitos ainda doam com um sentimento de obrigação, acreditam que se estão “servindo alguém”, se estão prestando um favor doando o seu sangue entendem que o mau atendimento pode dificultar o retorno, principalmente, porque não se sentem responsáveis por garantir um estoque de sangue seguro: *“As pessoas vêm aqui, vêm pra servir alguém. Se não se sente bem atendido, não volta. Porque não tem obrigação nenhuma”* (8); *“Ah! Tratar mal a pessoa, porque a gente se dispõe a vir aqui”* (11).

Baseado em fatos como este e buscando mudar a mentalidade social, diante da doação de sangue, é que cresceu a preocupação com a melhoria da qualidade do sangue transfundido no país e houve a fundamentação e a priorização de metas nacionais de fidelização de doadores de sangue. A operacionalização de tais metas, através de projetos educativos,

propiciou ao HEMOCE-Crato considerável avanço na reversão do perfil dos seus doadores. O êxito alcançado é verificado na modificação de antigas posições, quanto à formação de nova postura social, em relação à doação de sangue (doadores hoje, educadores/formadores de opinião amanhã) (MOURA *et al.*, 2006).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em hemoterapia tem se baseado em dois esforços: reduzir cada vez mais os riscos relacionados à transfusão de sangue, principalmente no que se refere à transmissão de doenças, e garantir estoque seguro para o atendimento das necessidades de sangue. A busca constante por qualidade e quantidade de sangue tem impulsionado a organização de serviços e procedimentos voltados para a seleção de doadores em condições adequadas de saúde e para o fomento da doação de sangue voluntária e habitual.

A adoção de inúmeras normas operacionais técnicas no manuseio do sangue tem garantido a drástica diminuição de soroconversão em pacientes transfundidos, garantindo boa margem de segurança na terapia com sangue. Por outro lado, o número de doações ainda está aquém das necessidades populacionais e a doação de sangue voluntária e habitual ainda não faz parte da cultura social brasileira.

Em função disto, estudos têm sido realizados na busca de compreender quais os fatores envolvidos na decisão das pessoas de tornarem-se ou não um doador e qual o papel das instituições neste processo. O objetivo é a conquista de doadores de sangue voluntários e assíduos. O meio para atingi-lo passa pela mudança na relação entre doadores e serviços, expresso na prestação de um atendimento com qualidade, em que o foco seja a atenção ao doador, com vistas à satisfação de suas necessidades.

Oferecer atendimento de qualidade exige o conhecimento das necessidades dos clientes para, a partir daí, repensar e modificar os pontos onde há necessidade. Por outro lado, a existência de elementos positivos e desejáveis também pode ser motivo para investigações que demonstrem de que forma estes elementos podem ser maximizados. Deste modo, a partir da existência de um pequeno número de doadores que já se encontram vinculados ao serviço e que costumam doar com certa freqüência, foi que se decidiu conhecer a relação destes com a doação e com o serviço.

Os resultados obtidos com este estudo permitem a observação de algumas estratégias que podem ser utilizadas pelos serviços de hemoterapia na busca de uma mudança da postura e pensamento da população em geral, quanto às questões relativas ao sangue. A intenção é contribuir para a implementação de mudanças necessárias para oferecer uma melhor atenção ao doador, motivando-o a regressar regularmente, assim como o desenho de uma estratégia de comunicação social que pode ser eficaz para promover a doação de sangue voluntária e altruísta.

Percebe-se que é indispensável o desenvolvimento de uma comunicação social eficaz que contemple a informação e a educação, visando reduzir os medos, tabus e falsas idéias que desmotivam as pessoas a tornarem-se doadoras de sangue. Deve-se elaborar, produzir e dispor de meios e materiais, mensagens em cartazes, panfletos ou outros materiais que sejam facilitadores em ações de comunicação verbal ou visual. A função deve ser a de informar e desmistificar os efeitos da doação (debilidade, contaminação, engrossar ou afinar o sangue), podendo-se estabelecer pontos de distribuição ou referência de informação em locais de grande circulação ou eventos.

Uma boa tática de comunicação deve contribuir para despertar a generosidade, a solidariedade e a preocupação pelo bem comum. Ressaltar o ato da doação como um hábito e costume ligado ao dever cívico, à necessidade de doadores sãos, com estilos de vida e hábitos saudáveis. A instauração de uma nova cultura exige que estes valores sejam trabalhados desde as crianças nas escolas e colégios, chegando às instituições de ensino superior. Assim, deve-se explorar os sentimentos dos que doam e não doam para que percebam que a doação se faz de pessoas para pessoas e que, portanto, a responsabilidade pelo abastecimento é de cunho social. Poucas pessoas têm consciência e conhecimento de suas responsabilidades em prover os serviços de hemoterapia com unidades de sangue. A conscientização deve esclarecer que a necessidade de sangue é universal, procurando atuar e contribuir na expansão das potencialidades morais e sociais.

Ainda, com relação à educação, é importante capacitar a equipe de trabalho para desenvolver suas atividades com ênfase nas qualidades pessoais e estimular a tomada de atitudes que propiciem o cumprimento dos propósitos do serviço. Que possibilite a participação e o intercâmbio de práticas e saberes com a comunidade adscrita ao seu território, de forma que a população conheça a organização do serviço e possa ser educada para a conveniência de ambos, no alcance de metas como aumentar a consciência pública e modificar as atitudes e o comportamento da comunidade com relação ao sangue e à saúde.

É relevante o estabelecimento de espaços de comunicação com os doadores e a comunidade, bem como com as empresas e instituições que apóiam a doação, identificando de forma permanente as motivações para não doar e seu impacto, com vistas a:

- Buscar meios para aumentar o banco de doadores e também a freqüência de suas doações entre os existentes e comprometê-los profundamente a cada contato estabelecido no serviço.
- Estimular a participação dos doadores como co-gestores, mas também como responsáveis pela promoção e educação para a conquista de um número crescente de

doações de sangue seguras e suficientes. Assim, os doadores tornam-se multiplicadores e podem agir positivamente no seu meio, no seu bairro, no seu grupo religioso, dentre outros.

- Desenhar e executar programas efetivos de educação e recrutamento de doadores. Uma boa estratégia é instalar um sistema de registro e sistematização de informação sobre os doadores, que facilite o emprego de recordações aos doadores são ou de baixo risco e que já tenham manifestado disponibilidade de atender a chamados e contribuir regularmente com o cubrimento das necessidades de sangue.
- Estabelecer e manter boas relações com os meios de comunicação e publicidade para difundir a cultura da doação voluntária, de forma clara, correta e de maneira entusiasta, a todos os segmentos sociais. A orientação deve solicitar o apoio e a parceria de empresas, organizações sociais e de ensino, para que colaborem ou proporcionem espaços para divulgação e propaganda da doação de sangue como um hábito cultural e saudável com grande benefício da saúde coletiva.
- Orientar a educação sobre o ganho da doação como um hábito e costume, um dever cívico e um gesto de solidariedade e de preocupação pelo bem comum e os estilos de vida e hábitos saudáveis e de baixo risco, mediante a educação das crianças desde as escolas e colégios e logo nos centros educativos superiores (GALLEGO et al, 2000).

Por outro lado, os serviços precisam desenvolver uma filosofia de atenção e cuidado aos doadores apoiada na humanização das relações, procurando estar aberto e atento aos questionamentos e responder de forma correta, orientando e acalmando; receber e entender que as queixas podem servir para melhorar o serviço; desenvolver meios e medir, de forma permanente, os resultados de indicadores de satisfação que permitam orientar a necessidade de ajustar a prestação da assistência. As expectativas de atendimento do cliente devem ser comunicadas à equipe e cada membro deverá ser treinado, pois o doador habitual é aquele que se sente seguro, quanto à capacidade da equipe que o atende, que conserva a confidencialidade das suas informações, que dispõe de adequados registros do doador, mantém um canal para o diálogo, mesmo que seja na forma de reclamação e/ou sugestão.

Neste contexto, também é de extrema valia a implantação de melhorias nos aspectos que estão diretamente relacionados à execução do trabalho para realizar o acolhimento, como ampliação do horário de atendimento, administração da demanda e melhor espaço físico, proporcionando conforto e bem-estar aos usuários. Na medida do possível, deve estabelecer ações que avaliem as necessidades de melhorias, quanto à infra-estrutura, equipamentos e

peçoal, contribuindo para a prestação de um serviço mais seguro e eficiente, bem como as demandas devem ser objeto de discussão da equipe, para que se possa repensar a oferta.

Assim, a qualidade deve permear todas as instâncias do serviço. Deve haver qualidade no atendimento aos clientes, nos procedimentos realizados, nas instalações e, também, nos projetos de captação que precisam ser diferenciados por segmento demográfico, sócio-econômico, cultural. Isto significa aumentar o número de doadores em setores populacionais que estejam deficientes como é o caso das mulheres, pessoas com escolaridade superior e classe social privilegiada, bem como incentivar um maior número de jovens, pois deles começará a mudança da mentalidade e da cultura relacionadas à doação de sangue.

Portanto, os achados do presente estudo são corroborados pela assertiva de que os serviços devem proporcionar aos clientes a oportunidade de se manifestarem, por meio de reclamações e/ou sugestões. Estas se configuram como as mais importantes fontes de informações a respeito da adequação do atendimento oferecido, sob o ponto de vista do cliente sobre os vários processos executados no serviço. Nestas avaliações, a execução correta das técnicas não é suficiente, ressaltando-se, como diferencial, o comportamento de quem atende o doador, interferindo seriamente nos resultados, pois atitudes cordiais e de respeito, como tratá-lo pelo nome e manter uma conversa agradável, são aspectos indispensáveis do ponto de vista do cliente. Além disso, o doador se sente valorizado, quando é atendido em um ambiente limpo, organizado e por uma equipe agradável e preparada para detectar suas necessidades e expectativas, retribuindo com a mesma simpatia, paciência e cordialidade, mesmo na ocorrência de situações desagradáveis como a espera prolongada para o atendimento.

Assim, este trabalho possibilitou a identificação de aspectos considerados na perspectiva do usuário e que devem ser pensados e internalizados pelos serviços de hemoterapia, a fim de que o acolhimento possa ser implantado como prática assistencial com foco no cliente, que é sujeito-objeto das ações. Realizando uma escuta ampliada e pactuada pode-se, de acordo com as limitações de cada serviço, produzir intervenções resolutivas e construtoras de vínculo, apoiadas em valores humanos, solidários e de cidadania responsável, capazes de contribuir significativamente para a fidelização de doadores ao serviço.

REFERÊNCIAS

AMORIM FILHO, L. (Org) et al. Textos de Apoio em Hemoterapia. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fiocruz, v. 1, 2000. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

_____. (Org) et al. Textos de Apoio em Hemoterapia. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fiocruz, v. 2, 2000. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

ANJOS, G. L. dos. **Doações de sangue no Hemocentro de Botucatu, São Paulo.** s.n; 2000. 77 p. ilus, tab. Apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre. Base de Dados LILACS dentro Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Acesso em: 01/10/2006.

_____. **Proposições para a melhoria da qualidade do sangue Hemocentro de Botucatu.** São Paulo; s.n; 2004. 141 p. ilus, tab. Apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública para obtenção do grau de Doutor. Base de Dados LILACS dentro Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Acesso em: 01/10/2006.

ANVISA. Anvisa divulga. Espaço Cidadão. **Campanha Nacional de Doação de Sangue.** Brasília, 25 de novembro de 2003. Disponível em <www.anvisa.gov.br/divulga/espacocidadao/2003/25112003.htm> Acesso em 13/02/07.

ANVISA. Anvisa divulga. Notícias da Anvisa: Diário e Mensal. **Governo conscientiza população sobre importância de doação de sangue.** Brasília, 25 de novembro de 2003 - 13h. Disponível em <www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2003/25112003.htm> Acesso em 28/02/07

ANVISA. **Pesquisa revela perfil de doadores e não-doadores de sangue.** Brasília, 11 de janeiro de 2006. Disponível em <www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2006/1101061.htm> Acesso em agosto de 2006.

BASTOS, M. L. A.; VILELA, R. Q. B.; SILVA, S. M. C. O ato de doar sangue sob a ótica de técnicos e doadores. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 23, n. 2, 2001.

BAZON, F. V. M. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 6, n. 2, p. 89-99, 2004.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. A. S. S. B. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 400-409, 2004. Disponível em <www.fen.ufg.br> Acesso abril de 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago 2005.

BONAMETTI, A. M.; CASTELO FILHO, A.; RAMOS, L. R.; BALDY, J. L. S.; MATSUO, T. A Infecção por Trypanosoma cruzi em candidatos a doador de sangue. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 566-71, 1998.

BORGES, V. L.; MARTINEZ, E. Z.; BENDINI, M. H.; COSTA, M. A. G. F.; FERREIRA, S. C. L. Avaliação da fidedignidade de um instrumento voltado à satisfação do doador de sangue. **Rev. bras. epidemiol.** v. 8, n. 2, p.177-186, Jun. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-artext&pid=S1415-790X2005000200010&lng=pt&nrm=iso>>. ISSN 1415-790X Acesso em abril de 2006.

BRANCO, Z. P. **Elementos socioambientais constitutivos do acolhimento no processo de trabalho em saúde da família**. Rio grande: 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Programa Qualidade do Sangue: sangue e hemoderivados** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualidade_sangue.pdf> Acesso em outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Fazendo a diferença Captação de doadores voluntários de Sangue**. Brasília – DF, 7 a 9 de julho de 2003. Disponível em <<http://www.opas.org.br/medicamentos/seminar/diferenca/apresent/beatriz.pdf#search=%22capta%C3%A7%C3%A3o%20de%20doadores%20de%20sangue%22>> Acesso em outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Oficina em hemovigilância: investigação da transmissão de doenças pelo sangue: caderno pedagógico** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. RDC nº 153 de 14 de junho de 2004. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. In: **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 24 de junho de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual técnico para a investigação da transmissão de doenças pelo sangue** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual técnico de hemovigilância** / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. –Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Autoridades querem aumentar participação feminina**. Notícias da Anvisa: Diário e Mensal. Brasília, 25 de junho de 2004.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M.; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 30-37, agosto 2000.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago 2005.

CAPRONI, R.; MORAIS. S. HUMANIZAÇÃO DE CONSULTÓRIOS. [200?]. Disponível em <www.caproni.com.br> Acesso em maio de 2007.

CARRAZONE, C.F.V.; BRITO, A. M.; GOMES, Y. M. Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. **Rev. bras. hematol. hemoter.**, v. 26, n. 2, p. 93-98, 2004.

CHEN, H. **Segmentação de doadores de sangue**: um estudo em duas instituições hemoterápicas da cidade de São Paulo; s.n; 2001. 241 p. tab, graf. Apresentada a Escola de Administração de Empresas de São Paulo para obtenção do grau de Mestre. Base de Dados LILACS dentro da BIREME/OPAS/OMS - Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Acesso em: 01/10/2006.

COSTA, W. S. da (Tutor). HUMANIZAÇÃO, RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E ÉTICA. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 17-21, janeiro/março 2004.

DANTAS, Marcos. **O Poder do Sangue**: o apelo, as experiências e os relatos de um doador/Marcos Dantas. Brasília: Thesaurus, 2002.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

DISTRITO FEDERAL. Governo Distrito Federal. Portal do GDF. **HEMOCENTRO - Projeto de Fidelização de Doadores de Sangue será lançado nacionalmente**. Brasília, 14/06/06. Disponível em <www.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=39674> Acesso em maio de 2007.

DORLHIAC-LLACER, P. E. Doação de Sangue e Testes Laboratoriais no Sangue do Doador. In: CHAMONE, D. de A. F. **Manual de transfusão sanguínea**/ Dalton de Alencar Fischer Chamone, Marcia Cristina Zago Novaretti, Pedro Enrique Dorlhiac Llacer. São Paulo: Roca, 2001.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 111-118, set-dez 2005.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004.

FUNDAÇÃO PRÓ-SANGUE. **Histórico da Doação**. Disponível em:<<http://prosangue.com.br/mainhistoria.cfm>> Acesso em: 23 set. 2004.

GALLEGO, M.; MUÑOZ, L.; CORTÉS, A. Características socioculturales de los donantes y no donantes de sangre en Colombia. **Colombia Médica**, v.31, p. 99-109, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5^a edição. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, D. S.; MATTOS, A. M.; SOARES, M. F.; ALBUQUERQUE, G. G. Gestão das informações em saúde perpassando pela humanização do atendimento. Disponível em www.icml9.org/program/track9/public/documents/Denise%20da%20Gomes-105635.doc Acesso em outubro de 2006.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GUERRA, C. C. C. Fim da doação remunerada de sangue no Brasil faz 25 anos. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** [online]. jan./mar. 2005, vol.27, no.1, p.1-3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164842005000100001&lng=pt&nrm=iso Acesso em abril de 2006.

GUTIÉRREZ, M. G. ; TEJADA, E. S. ; CRUZ, J. R. Estudio de factores socioculturales relacionados con la donación voluntaria de sangre en las Américas. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 13, n. 2/3, 2003.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, jan/fev. 2005.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. **Rev. bras. hematol. Hemoter**, v. 27, n. 3, p. 201-207, 2005.

LOPES, A. L. Maior hemocentro da América Latina traça perfil do doador. Disponível em www.sao.paulo.sp.gov.br/sis/leimprensa.php?id=64673 Acesso em junho de 2005.

LUDWIG, S.T.; RODRIGUES, A. C. de M. A Doação de sangue: uma visão de *marketing*. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 932-939, mai-jun, 2005.

MACIEL - LIMA, S. R. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 502-511, mar- abr, 2004.

MATUMOTO S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** Ribeirão Preto. (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; 1998.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan-fev, 2001.

MEDEIROS, W. Qualidade no Atendimento. Artigos de Walter Medeiros. [200?]. Disponível em <paginas.terra.com.br/arte/cordel/atendimento02_consertos.htm> Acesso em maio de 2007.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOURA, A. S. de; MOREIRA, C. T.; MACHADO, C. A.; VASCONCELOS NETO, J. A.; MACHADO, M. F. A. S. Doador de sangue habitual e fidelizado: fatores motivacionais de adesão ao programa. RBPS, v. 19, n. 2, p. 61-68, 2006. Disponível em <www.unifor.br/notitia/file/855.pdf> Acesso em maio de 2007.

OKNAIAN, S.; REMESAR, M.; FERRARO, L.; POZO, A. E. del. Evaluación externa del desempeño en el tamizaje de bancos de sangre en Argentina: resultados y estrategias para mejorarlo. Rev Panam Salud Publica, v. 13, n. 2/3, 2003. Disponível em <http://journal.paho.org/index.php?a_ID=723> Acesso em outubro de 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Gestión de Servicios de Transfusión de Sangre/** Editado por S.R. Hollán (et al). 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pautas para la organización de un servicio de transfusión de sangre/** Editado por W. N. Gibbs, A. F. H. Brittan. 1993.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ANVISA. **Fazendo a diferença Captando doadores voluntários de sangue.** Julho 2003. Disponível em <www.anvisa.gov.br/sangue/cursos/oficina_pndvs/opas.ppt> Acesso em outubro de 2006.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná - HEMEPAR. Disponível em: hemepar@pr.gov.br Acesso em 10/04/2006.

PIMENTEL, M. A. **A questão do sangue: rumos das políticas públicas de hemoterapia no Brasil e no exterior** / Marcos Alfredo Pimentel.- 2006. 150 f. Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio Castro Santos. (Tese de Doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Disponível em http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/5/6/265-Marcos_Alfredo_Pimentel.pdf. Acesso em outubro de 2006.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**/Maria Tereza Leopardi (Org.). Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC – Ed. Papa-Livros, 1999. Pág. 25-48.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1 p. 27-34, Jan./Feb. 2003. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000100004&lng=en&nrm=iso Acesso em Abril de 2006.

RIBEIRO, A. A.; MARQUES, R. R. da C. Perfil dos doadores de sangue do hemocentro da cidade de João Pessoa – PB. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**. v. 3, n. 1. João Pessoa: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, 2005.

RIO GRANDE DO SUL - **Manual de Captação de Doadores de Sangue**. Elaborado pelo setor de Captação do Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul (Hemorgs), baseado em orientações do Ministério da Saúde. Impresso com recursos do Convênio 016/01 do Ministério da Saúde: Porto Alegre, 2003.

ROGERIO, C. A fraternidade é vermelha. **Saúde Paulista**, v. 4, n. 12, jan-mar de 2004. Comunicação Unifesp – Escola Paulista Medicina. Disponível em <http://www.unifesp.br/comunicacao/sp/ed12/capa.htm> Acesso em junho de 2005.

SANTOS, Áureo dos. **A Hemoterapia e a Qualidade Total: Um Modelo de Sistema Padronizado para o Controle da Qualidade do Sangue**. (Dissertação de Mestrado), Florianópolis, 1997.

SERRA, J. Apresentação. In: **Manual Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em www.saude.gov.br/humanizacao Acesso em maio 2007.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**. O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOARES, B. M. D. Panorama da Doação de Sangue no Brasil. In: Recentes Avanços em Hematologia e Hemoterapia. Seção Artigos/Entrevistas. **Prática Hospitalar**, v. 5, n. 29, Set/Out, 2003.

SOARES, B. M. D. et al. **Coleta de Sangue de Doadores** – Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 1998. 42 p. : il. (Série TELELAB). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_05.pdf> Acesso em outubro de 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA. Informativo da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. **Meia-entrada para doadores de sangue é caminho aberto para remuneração indireta**, v. 1, n. 3, Setembro, 2005.

TÂMARA, L. Homens são a maioria entre os doadores de sangue. Pesquisa aponta perfil dos doadores em Juiz de Fora. 22/07/03. Disponível em www.acesa.com/viver/arquivo/vida_saudavel/2003/0722-doacao_sangue/ Acesso em junho de 2006

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20, Sup. 2, p. 190-198, 2004.

VALADARES, G. V.; VIANA, L. de O. O trabalho da enfermeira na triagem clínica em hemoterapia: por uma especialização. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 334-341, dezembro de 2003.

VALDÉS, M. E. A.; DIAZ, R. M. L.; SANTOVENIA, J. M. B. *et al.* Aspectos socioculturales relacionados con la donación de sangre en Cuba. **Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter**, v. 18, n. 3, set/dez 2002. Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892002000300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0289. Acesso em outubro de 2006.

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.** / Cláudia Spegiolin Vicente. Dissertação (Mestrado Profissional em Engenharia Mecânica) --Campinas, SP: [s.n.], 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE I CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Solicitamos sua participação no estudo intitulado “ELEMENTOS PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HEMOTERAPIA COM VISTAS À FIDELIZAÇÃO DO DOADOR VOLUNTÁRIO DE SANGUE”, a ser desenvolvido no Curso de Mestrado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) que tem como objetivos identificar sentimentos e pensamentos relativos ao ato de doar sangue; identificar elementos ligados à decisão de tornar-se um doador de sangue; conhecer as dúvidas ligadas à doação de sangue; conhecer a opinião do doador quanto à organização do trabalho realizado pelo serviço; identificar quais estratégias são mais eficientes para o desenvolvimento de um programa de doação voluntária de sangue mais efetivo.

Caso o(a) senhor(a) concorde, realizaremos uma entrevista gravada para a coleta de dados e registros escritos. Serão prestadas quaisquer informações e esclarecimentos, a qualquer momento em que desejar, bem como lhe garantimos a possibilidade de sua recusa em participar ou a retirada de seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui devidamente informado dos objetivos, justificativa, forma de coleta dos dados que se dará por meio de entrevista gravada e uso de anotações por escrito. Fui igualmente informado, quanto a:

- a garantia de poder requerer e obter resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- a segurança de que não serei identificado e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade, podendo eu, inclusive, escolher um nome fictício como identificação;
- que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais, durante e após o término do trabalho;
- o compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como aos seus resultados;
- permitir as gravações das falas, com garantia de sigilo e anonimato.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Local e data: _____

Mestranda: Luana Giacomini, enfermeira, aluna do curso de Mestrado da FURG. Fone: (53) 91524432, e-mail: luabeach2000@yahoo.com.br

Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho, Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor do Departamento de Enfermagem e do Mestrado em Enfermagem da FURG. Fone: 32351448, 91037187 – e-mail: lunardifilho@terra.com.br

APÊNDICE II**ENTREVISTA**

IDENTIFICAÇÃO:

IDADE:

SEXO: MASCULINO () FEMININO ()

PROFISSÃO: _____

APROXIMADAMENTE, QUANTAS VEZES VOCÊ JÁ DOOU SANGUE?

O QUE VOCÊ PENSA SOBRE A DOAÇÃO DE SANGUE?

COMO VOCÊ SE SENTE, QUANDO DOA SANGUE?

QUAL FOI A MOTIVAÇÃO PARA A SUA PRIMEIRA DOAÇÃO?

QUAIS FORAM OS MOTIVOS QUE FIZERAM COM QUE VOCÊ CONTINUASSE A DOAR SANGUE?

QUAIS SÃO AS SUAS PRINCIPAIS DÚVIDAS E MEDOS, QUANTO À DOAÇÃO DE SANGUE?

DE QUE FORMA VOCÊ AVALIA O ATENDIMENTO PRESTADO AO DOADOR PELO BANCO DE SANGUE? RUIM (); REGULAR (); BOM (); ÓTIMO ().

ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO, TRIAGEM E NA COLETA _ _ _ _

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO _ _ _ _

ÁREA FÍSICA _ _ _ _

TEMPO DE PERMANÊNCIA _ _ _ _

AVALIAÇÃO GERAL DO ATENDIMENTO _ _ _ _

NA SUA OPINIÃO, O QUE O BANCO DE SANGUE PODERIA FAZER PARA ESTIMULAR UM MAIOR NÚMERO DE PESSOAS A TORNAREM-SE DOADORAS VOLUNTÁRIAS DE SANGUE?

NA SUA OPINIÃO, A ATITUDE DO PROFISSIONAL QUE ATENDE O DOADOR INFLUENCIA NA DECISÃO DESTE EM RETORNAR AO SERVIÇO?

QUAIS ATITUDES SÃO CONSIDERADAS POSITIVAS NO ATENDIMENTO AO DOADOR?

QUAIS ATITUDES SÃO CONSIDERADAS NEGATIVAS NO ATENDIMENTO AO DOADOR?

ANEXO



ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE SANTA CASA DO RIO GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER

Processo: N° 041/2006

Título do Projeto: O acolhimento como estratégia para a fidelização de doadores de sangue.

Objetivos: Identificar sentimentos e pensamentos relativos ao ato de doar sangue; identificar elementos ligados à decisão de tornar-se um doador de sangue; conhecer as dúvidas ligadas a doação de sangue; conhecer a opinião do doador quanto à organização do trabalho realizado pelo serviço e, identificar quais estratégias são mais eficientes para o desenvolvimento de um programa de doação voluntária de sangue mais efetivo.

Pesquisador (a) responsável: Prof. Dr.Enf. Wilson Lunardi Filho

Mestranda em Enfermagem: Luana Giacomini

Parecer CEPAS: O CEPAS / A.C. Santa Casa do Rio Grande **APROVA** o desenvolvimento do projeto acima citado. Os dados contidos neste estudo somente serão utilizados nesta pesquisa. Ressalva a importância de apresentar um relatório final, ao fim da realização desta.

Rio Grande, 26 de dezembro de 2006.

Prof.ª Dra. Susi Heljane Lauz
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
da ACSCRG

Comitê de Ética em Pesquisas – CEPAS
General Osório 625 – Centro – 96200-400 – Rio Grande - RS
Fone: (053) 3233-7100 ramal 151/ Fax: (053) 3232-1643
E-mail: cepas@santacasarg.com.br