

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

HEMOTERAPIA


Uma história de luta pela Vida.

O imaginário sobre a doação de sangue e a contribuição do Serviço Social.

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina, para
obtenção do título de Assistente Social,
orientado pela professora Inêz Pellizzaro.**

Aprovado Pelo DSS

Em 27/11/96


Masly Venzon Cristão
Coordenador do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Valbia Campos Pereira

Florianópolis, dezembro de 1996.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo Jorge e ao meu filho Diogo, por tudo que representam para mim.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram e me apoiaram durante esses quatro anos de curso. Entretanto, seria impossível a menção de todos, por isso, agradeço em especial à:

Aos meus pais **JOÃO CAMPOS** e **MARIA D. M. CAMPOS**.

À **LEATRICE KOWALSKI**, que sempre me supervisionou transmitindo segurança e profissionalismo; que durante o período de estágio soube dosar a sensibilidade que hoje aflora em mim; pelo seu exemplo rico de ser humano e de profissional.

À **DINÁ PINHEIRO**, pelo apoio, dedicação e amizade que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

À **ROSANE PEREIRA**, pelo privilégio de ter sido sua colega de trabalho. Obrigado pela dedicação e amizade.

À **INÊZ PELLIZZARO**, pela orientação e incentivo imprescindíveis à elaboração deste trabalho.

Ao Dr. **JOSÉ JOÃO HARGER**, que contribuiu de forma significativa à elaboração deste trabalho. Minha admiração.

À minha amiga **FELOMENA MARIA DA SILVA**, pela amizade e companheirismo em todos os momentos. A sua amizade foi e é muito importante.

Às minhas colegas **ODÍLIA, ARLETE E MARISTELA**, pela troca de experiências e pela amizade.

Aos meus irmãos, irmãs, sobrinhos e cunhados, em especial ao **JOÃO JOSÉ CAVALHEIRO NETO, VERA LÚCIA CAMPOS, VALTER CAMPOS E VANDERLETE CAMPOS**.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	05
CAPÍTULO I - “RESGATE HISTÓRICO DA HEMOTERAPIA”.....	09
CAPÍTULO II - “A HEMOTERAPIA EM FLORIANÓPOLIS”.....	15
CAPÍTULO III - “A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA - HEMOSC”.....	42
CAPÍTULO IV - “A VISÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA CELESC - AG. REGIONAL, SOBRE A DOAÇÃO DE SANGUE - RELATÓRIO DA PESQUISA.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

APRESENTAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso, em pauta, é resultado de um projeto de pesquisa, tendo por objeto de investigação a visão atual dos funcionários da empresa CELESC, agência Regional, sobre a doação de sangue, cuja investigação emergiu de nossa experiência de estágio vivenciada no Serviço de Captação de Doadores, como é denominado o Serviço Social do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina, no período de março a agosto de 1996.

No capítulo I (“RESGATE HISTÓRICO DA HEMOTERAPIA”), realizamos um breve resgate histórico da hemoterapia, desde a prática empírica dos primórdios, evidenciada nos escritos, as crenças e os mitos, até o período científico, que teve início com o emprego do sangue como agente terapêutico.

Uma das dificuldades apresentadas, quando da realização de nossa prática de estágio, foi a escassez de material sobre a história da Hemoterapia (transfusão sanguínea) em Florianópolis (Capital de Santa Catarina), material importante para a reconstrução histórica da montagem deste serviço que atualmente se constitui em campo de estágio para o curso de Serviço Social da UFSC. Por isso, antes de abordarmos os resultados da pesquisa, optamos por fazermos o resgate histórico da

Hemoterapia contemplado no capítulo II (“A HEMOTERAPIA EM FLORIANÓPOLIS”). Neste capítulo, foi evidenciado a trajetória histórica da hemoterapia em Florianópolis, clarificando as dificuldades apresentadas na sua evolução, da década de 1950 até aos dias de hoje. Para este resgate, utilizamo-nos sobretudo de entrevistas com profissionais da área de hemoterapia conforme verificamos a seguir:

LOBATO FILHO, Isaac. Médico, iniciou suas atividades no Hospital Nereu Ramos realizando cirurgia torácica em 1950.

DUARTE, Danilo Freire. Médico anesthesiologista, iniciou suas atividades em anesthesiologia e banco de sangue em 1952.

HARGER, José João. Médico anesthesiologista e Hemoterapeuta.

KRETZER, Carlos Nicolau. Funcionário a partir de 1962 do Banco de Sangue da maternidade Carmela Dutra, acompanhando todas as transições da Hemoterapia em Florianópolis até sua aposentadoria. Desempenhou atividades administrativas no Banco de Sangue.

As diferentes pessoas entrevistadas possibilitaram a coleta de informações fundamentais na recuperação do processo histórico da Hemoterapia em Florianópolis. As entrevistas foram realizadas no decorrer do ano de 1996, na residência ou no local

de trabalho dos entrevistados. Foram utilizadas fitas cassetes que tiveram em média duração de 01 (uma) hora. Posteriormente foram realizadas as transcrições em sua íntegra e utilizadas de acordo com os objetivos estabelecidos.

No Capítulo III (“A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO HEMOSC”) procuramos evidenciar nossa prática no setor de serviço social do HEMOSC e a luta do mesmo para mostrar à população a importância da doação de sangue.

No Capítulo IV (“A VISÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA CELESC AG. REGIONAL SOBRE A DOAÇÃO DE SANGUE - RELATÓRIO DA PESQUISA”), abordamos os resultados da pesquisa realizada junto aos funcionários da empresa CELESC Agência Regional, ressaltando a visão dos mesmos com relação à doação de sangue, aspectos que nos levaram à obtenção de elementos fundamentais à intervenção do Serviço Social.

Procuramos realizar a pesquisa em uma empresa por ser uma organização que congrega um universo de cidadãos situados em níveis profissionais, pessoais e culturais diferenciados, e também por ser um público alvo de interesse do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina para o projeto de coletas externas de sangue. Percebemos também, que a pesquisa serviu como forma inicial de motivação, que se objetivou pela participação das pessoas na reflexão sobre o tema da doação de sangue quando da aplicação da mesma:

Procuramos, através da reconstrução dos fatos históricos e da visão atual da doação de sangue dos funcionários da empresa CELESC agência Regional, obter elementos concretos que contribuirão como subsídios para a realização de uma prática diferenciadora.

Os depoimentos coletados para a reconstrução histórica da hemoterapia em Florianópolis e a análise das entrevistas realizada com os funcionários da empresa CELESC agência Regional, formam a estrutura principal deste trabalho.

CAPÍTULO I

RESGATE HISTÓRICO DA HEMOTERAPIA

“Na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, pensar com as imagens e idéias de hoje as experiências do passado. A memória não é sonho, é trabalho...”

(Bosi, 1987:17)

A Hemoterapia é uma especialidade complexa e interdisciplinar, que reúne médicos, biólogos, enfermeiras, assistentes sociais e outros pesquisadores de vários ramos da ciência. Enfim, todos contribuindo para cumprir o tradicional lema:

“Ajude a salvar uma vida”.

(Genetet et al. 1992)

A evolução da Hemoterapia pode ser dividida em dois períodos: Um empírico que vai até 1900 e o outro científico de 1900 em diante. (Junqueira, 1979, p.17).

Desde o início da história da humanidade, o sangue foi associado ao conceito de vida, passando a fazer parte do inconsciente coletivo do homem, como demonstram a grande variedade de mitos e símbolos presentes em todas as culturas humanas.

Segundo o mesmo autor, os povos primitivos untavam-se, banhavam-se, bebiam o sangue de jovens e bravos guerreiros para se beneficiarem de suas qualidades. Foi baseado neste conceito que coletaram o sangue de três jovens para dar

vida ao moribundo Papa Inocêncio VIII em 1492. Ainda sobre o assunto, Schmidt (1994) complementa dizendo que esses três jovens eram crianças de 10 anos as quais morreram após a doação. Às crianças foi prometida a entrada certa no céu, e aos pais, certa importância em dinheiro. É provável que o Papa não tenha feito uso do tratamento e morrido anos mais tarde de uma doença renal. Esta época está compreendida como época do misticismo da hemoterapia a qual está baseada em lendas e em diversos documentos escritos que sobreviveram ao tempo, como o Papiro de Ebers (enciclopédia egípcia de 1500 A.C.), (Levíticos 17:11 - “A vida da carne está no sangue” - Escrituras Sagradas Velho Testamento) e outros.

Segundo Junqueira (1979), com a descoberta da circulação do sangue por William Harvey em 1616 alguns pesquisadores começaram a cogitar da possibilidade de passar o sangue de um animal para outro. As técnicas das transfusões estavam baseadas na descoberta de Harvey, mas as indicações ainda eram empíricas, exceto algumas poucas exceções. Dentre esses pesquisadores sobressaiu-se Richard Lower que publicou no *Philosophical transactions* de 17 de dezembro de 1666 um artigo que apresentava seus resultados sobre a transfusão de sangue de um animal para outro.

Em 1667, Jean Baptiste Denis, professor de filosofia e matemática em Montpellier e médico de Luiz XIV, reclamava a prioridade no método de transfusão de sangue, pois relatava casos em que o sangue de animal fora usado no homem.

Em 1668, a viúva de um paciente, que falecera logo após a uma transfusão realizada por Denis, moveu-lhe um processo. Podendo a transfusão ser realizada somente com aprovação de um professor de faculdade de medicina. E como este era contrário ao método, nunca deu esta permissão.

Ficou assim adormecida a questão da transfusão sangüínea.

Segundo Roux (1988), resgatando a questão do misticismo, relata em sua obra que o Rei da França em 21 de janeiro de 1793, (ocasião da Revolução Francesa), subiu à guilhotina fortemente amparado pelo braço de um confessor. No último degrau, parou, dirigiu-se em passos rápidos até a extremidade da plataforma e com uma voz forte (ele que sempre foi considerado um fraco) falou:

“Franceses! Eu sou inocente! Eu perdôo a todos por minha morte. Peço a Deus que o sangue que vai ser derramado não recaia jamais sobre a França. E vocês, povo desafortunado...” O rufar dos tambores cobriu suas últimas palavras e sua cabeça caiu em meio a um jorro de sangue. Sanson, o carrasco apanhou a cabeça e mostrou-a à multidão que, delirante, gritava e levantava as mãos dando vivas à Revolução. Um homem do povo subiu ao cadafalso e mergulhando os dois braços no sangue que jorrava em grande quantidade, ergueu a cabeça sobre a multidão que se espremia junto à plataforma para receber na testa ao menos uma gota de sangue. Este homem então falou:

“Meus irmãos, que o sangue de Luiz XVI (Louiz Capet) caia sobre nossas cabeças e ora-lá! Que caia”.

“Republicanos! O sangue de um Rei dá boa sorte”.

Esta história não teria maiores repercussões, se não fosse o executado o Rei da França e concomitantemente à Revolução Francesa.

Desde que o homem deixou de ser primata e desceu da árvore secular em que estava encastelado, na tranqüilidade de sua ignorância, milhares de pessoas foram queimadas, degoladas, guilhotinadas, enforcadas, crucificadas e fuziladas ou

morreram após terríveis suplícios, físicos ou mentais, por causa de seus crimes hediondos, por erro judicial ou por discordarem do “status quo” ou por defenderem idéias “extravagantes”. Alguns são considerados, até hoje, culpados e outros resgatados pela imparcialidade da história. Mas em todas as situações, um elemento sempre se faz presente: a turba, curiosa, ansiosa, cúmplice ou revoltada, ávida de ver a morte de perto e mais ávida ainda de ver o sangue.

Os Imperadores Romanos bem conheciam essa característica turba quando decretavam “Pão e Circo” ao quererem tomar medidas impopulares ou aplacar a ira do povo. E os jogos Romanos nada mais eram que combates sangrentos entre gladiadores ou escravos cristãos lançados às feras. Um circo onde os polegares abaixados pediam a morte e o imperador, em ocasiões especiais, permitia a multidão tocar nos corpos mutilados para provar o sangue das vítimas e assim se empanturrarem da crença e da força dos heróis mortos.

Parece ironia, mas podemos encontrar ainda hoje o Circo Romano nas telas de cinema, nos programas de TV, nas primeiras páginas dos jornais e revistas ou nos romances chamados de policiais que melhor seriam classificados como criminais.

Basta observarmos a nossa volta, os cruzamentos movimentados, as rodovias perigosas ou as avenidas de grande velocidade, quando os veículos param ou diminuem sua marcha, cabeças curiosas se enfiam pelas janelas numa curiosidade mórbida e tão pouco solidária, para presenciar uma cena de violência.

Somente em 22 de dezembro de 1818, James Blundell em Londres, realiza a primeira transfusão de sangue de um homem para outro.

Em 1900, o pesquisador Karl Lansteiner observando as hemácias, constatou que o sangue de algumas pessoas tinham algumas particularidades quanto a sua parte vermelha. No primeiro estudo, ele identificou pessoas que tinham determinada substância, que determinou de “A”, por ser a primeira letra do alfabeto. Em um outro grupo de pessoas, havia nos glóbulos vermelhos uma segunda substância diferente, a qual foi chamada de “B”. E, ainda em um terceiro grupo onde se encontrava maior número de pessoas, não havia nenhuma dessas características e foi denominado de “C”, mais conhecido hoje como grupo “O”. E em 1902 Sturli e Von Decastello identifica o tipo de sangue “AB”. Sendo os grupos sangüíneos classificados em: “A”, “B”, “AB” e “O”. Apesar dessa descoberta, os problemas não estavam solucionados, pois 15% das pessoas que dela se utilizavam, morriam misteriosamente. Somente quase meio século depois, em 1942, Lansteiner descobriu que 85% das pessoas tem no sangue um fator diferente daquelas já descobertos e que o restante, 15% não tem esse fator. Como na época ele estudava os macacos “Rhesus” deu o nome de “Fator Rh”, que em algumas pessoas é positivo e em outras não existe, por isso é chamado de negativo. (Informativo HEMEPAR).

Segundo Junqueira (1979), com a descoberta dos grupos sangüíneos ABO por Karl Lansteiner, Sturli e Von Decastello, e conseqüentemente com a identificação dos antígenos e anticorpos, estavam estabelecidas a compatibilidade e a incompatibilidade entre os sangües dos indivíduos da espécie humana, iniciando assim a etapa científica para o emprego do sangue como agente terapêutico.

CAPÍTULO II

A HEMOTERAPIA EM FLORIANÓPOLIS

**“Para quem não viveu convém contar.
A quem esqueceu, quero lembrar”.**

(Thiago de Mello)

Historicamente, verificamos que o sangue entra em cena como forma terapêutica na medicina em meados deste século. A transfusão de sangue nessa época era um recurso terapêutico de extrema urgência, surgindo assim, em 1921 em Londres o primeiro serviço especializado “THE VOLUNTARY SERVICE” SERVIÇO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE, patrocinado pela Cruz Vermelha Britânica , sendo desativado logo após a guerra. Após este, foram criados outros serviços similares em vários países. Estes serviços eram de organização simples, contando somente com um médico que não era necessariamente um especialista. Deles exigia-se somente uma prática de transfusão de sangue e de um corpo de doadores universais composto de indivíduos do grupo “O”. Nessa época era usado um aparelho para passar o sangue do doador diretamente para o organismo do receptor, ficando conhecido como período da transfusão sangüínea braço a braço.

O serviço de transfusão de sangue demonstrou sua eficiência principalmente na Primeira Grande Guerra ajudando a recuperar pacientes. Com a Segunda Grande Guerra teve que se armazenar sangue, onde foi colocado como estratégia de segurança nacional, transformando assim, toda uma cultura onde não era mais a pessoa doando para um parente ou amigo (chamamos hoje de doador de reposição), mas sim como

uma questão de patriotismo e solidariedade para com as pessoas que estavam na guerra. Criou-se então, uma forte cultura da DOAÇÃO VOLUNTÁRIA DE SANGUE na Europa, proibindo e abolindo a prática de captação hospitalar (entende-se por captação hospitalar o processo de informação, orientação e mobilização dos pacientes que fazem uso de transfusão e de seus familiares quanto a importância e necessidade de sua participação no processo de saúde, realizando doações para reposição do sangue utilizado ou reserva do mesmo para cirurgia). No Brasil ainda hoje se faz o uso dessa prática.

↳ O primeiro Banco de Sangue do mundo ocidental foi criado em 1937 nos Estados Unidos. No Brasil durante a década de 1930, surgiram inúmeros serviços de transfusão nos hospitais de pronto socorro e em outros centros importantes da medicina do país passaram a ser efetuadas transfusões diretas braço a braço, já que nesta época no Brasil ainda não eram dominadas as técnicas de anticoagulação e preservação do sangue.

Em 1941 foi criado no Rio de Janeiro o Banco de Sangue do Hospital Fernandes Figueira. No ano de 1944 o Presidente da República, Getúlio Vargas, pelo Decreto n.º 6.767, criou o Banco de Sangue da Prefeitura do Distrito Federal, que foi inaugurado em 25 de novembro do mesmo ano, hoje transformado no Instituto Estadual de Hematologia “ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI” pela Lei n.º 852, DE 27/07/56.

No ano de 1949 foi realizado no Brasil o Primeiro Congresso Nacional de profissionais da especialidade, e em 1950 eles fundaram a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. Foi também em 1949 organizada a Associação de

Doadores Voluntários de Sangue, os quais eram contrários à comercialização do mesmo.

Desde que o sangue e seus derivados difundiram-se como recurso terapêutico, o sangue humano passou a ter valor de mercado contrapondo-se à idéia do altruísmo e da solidariedade (Valor que surgiu com as tragédias ocorridas nas duas grandes guerras.)

Em 27/03/50, surge a primeira Lei Federal de nº 1.075/50 que coloca:

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

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

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

Art. 4.º Revogam-se as disposições em contrário.

Esta lei é válida até hoje e foi a única lei referente ao sangue até 1964.

Na época parecia não haver consciência da necessidade de uma política estatal para o setor Hemoterápico. Os governos seja na esfera municipal, estadual ou federal consideravam a hemoterapia como uma prática acessória, não tinham consciência de que deveria ser um setor específico no conjunto de serviços da saúde, sendo exercida inclusive por farmacêuticos, enfermeiras e até por “irmãs” (religiosas)

No ano de 1950 o governador Aderbal Ramos da Silva, convaléscente de uma tuberculose tratada no Rio de Janeiro, preocupou-se com o tratamento feito por especialistas e contrata Dr. Isaac Lobato Filho para trabalhar no Hospital Nereu Ramos, a fim de melhorar o tratamento dos doentes em Santa Catarina.

O Dr. Isaac Lobato Filho já era nessa época, funcionário do Serviço Nacional Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, sendo também cirurgião torácico. Mas, para que se realizasse o procedimento cirúrgico, necessitava-se de um anestesista e conseqüentemente de Banco de Sangue pois, na época,

“...realizavam-se transfusões braço a braço, em que se transfundia o sangue diretamente do doador para o receptor. Não se conheciam técnicas de estocagem de sangue e não haviam conseqüentemente, instituições hemoterápicas”.

(Santos et al. 1991, p.161-162)

Nos dois primeiros anos em 1950 e 1951, como não se tinha anestesista e nem Banco de Sangue, o Dr. Lobato fazia anestesia “PERIDURAL alta”¹ para realizar ressecções do pulmão e mantinha um corpo de doadores que eram geralmente os familiares dos pacientes, para que, se necessitasse realizar transfusão de sangue, tinham que estar em prontidão.

Nesta época, devido a estes problemas, Dr. Isaac Lobato Filho incentivou seu colega Dr. Danilo Freire Duarte para realizar um estágio da especialidade de anestesia no Rio de Janeiro.

Sobre o assunto, Lobato esclarece:

“Naquela época ainda não existia residência médica, tinha que se fazer um estágio com outro profissional que se propusesse a ensinar”.

(Lobato, entrevista concedida, 07.08.96)

O Dr. Danilo Freire Duarte chegou em Florianópolis no dia 04 de abril de 1948, recém formado e como clínico geral, sem pretensões de fazer uma especialidade. Quando se formou no Rio de Janeiro ainda não existia a especialidade de anestesia. “A anestesia aqui em Florianópolis era dada por irmãs (religiosas)”. (Duarte, entrevista 15.08.96).

¹ Anestesia PERIDURAL OU EXTRADURAL. Foi praticada pela primeira vez em 1885 por Corning de maneira involuntária. Consiste em uma anestesia parcial do organismo, com permanência da consciência e movimentos da parte não anestesiada. É aplicada introduzindo-se uma agulha na coluna vertebral torácica (alta) ou lombar (baixa) injetando-se o anestésico próximo à medula, no espaço chamado peridural. Este espaço fica entre as vértebras e uma membrana (duramater) que envolve a medula, que é um prolongamento do sistema nervoso central.

Na verdade isto não era depreciativo, pois a anestesia no Brasil iniciou-se na década de 1940 e somente em 1948 foi fundada a Sociedade de Anestesia. Este era um fenômeno quase nacional. “Eu fui o pioneiro em anestesia para atender o Dr. Lobato”. (Duarte, entrevista 15.08.96).

Trazemos à luz a questão da anestesia, devido, na época ser o anestesista profissional mais interessado em Banco de Sangue. “Na época não haviam muitos especialistas em Banco de Sangue e quem fazia anestesia tinha que se interessar pelo assunto, porque talvez o anestesista indique mais sangue do que qualquer outra pessoa. Não sei se isto é verdade hoje, mas na época era”. (Duarte, entrevista 15.08.96).

Como na época havia ausência de normas legais, os Bancos de Sangue funcionavam como bem entendiam. A qualidade do trabalho desenvolvido dependia exclusivamente das intenções do responsável.

✧ Após o estágio do Dr. Danilo em 1952 em anestesia, implantou-se o primeiro Banco de Sangue em Florianópolis no Hospital Nereu Ramos, pois ainda não existia Banco de Sangue organizado, instituído; não se armazenava e nem se estocava sangue, mas já se fazia transfusão. Sobre o assunto Duarte (entrevista 15.08.96) relata:

“Eu não assisti fazer, mas eu sei que se convocava o doador na hora, e se fazia por um processo direto, com a seringa de “JUMP”. Se colocava uma agulha na veia do doador, que estava deitado ao lado do paciente (receptor), com a seringa puxava-se o sangue do doador, virava-se o êmbolo e passava-se o sangue para o paciente”

Foi no ano de 1952 que por necessidade de armazenagem do sangue para a realização das cirurgias, quando o Banco de Sangue requeria doadores imediatos para a sua manutenção, que se criou o primeiro Banco de Sangue no Hospital Nereu Ramos em Florianópolis. Antes da criação do Banco de Sangue, nos casos extremos de falta de sangue e impossibilidade de doadores, os próprios funcionários do Hospital Nereu Ramos serviam como voluntários. Naquela época faltava muita luz, “aqui era meio lusco-fusco, a noite sempre faltava luz”. Lobato, (entrevista 07.08.96).

Por causa desse problema, foi adquirida uma geladeira que funcionava a querosene para o Banco de Sangue do Hospital Nereu Ramos, não podíamos correr o risco de o sangue estragar por falta de refrigeração ideal. A geladeira era grande e envidraçada para que se pudesse acompanhar a temperatura através do termômetro instalado dentro da geladeira para o controle da conservação do sangue.

No mesmo ano foi realizada a primeira cirurgia intratorácica com anestesia geral e com reserva de sangue armazenado. Foi em uma catarinense hoje, residente na cidade de Brusque, Dona Dorvalina Dietrich. Neste mesmo ano foram realizadas 88 cirurgias, onde foi montada uma equipe de cirurgia torácica.

Quase na mesma época da criação do Banco de Sangue no Hospital Nereu Ramos, um outro Banco de Sangue foi implementado no Hospital de Caridade pelo Dr. Danilo Freire Duarte com o apoio do Dr. Artur Pereira e Oliveira, patologista clínico, diretor do Hospital de Caridade na década de 1950, o qual se interessava muito por sangue, incentivando assim, a instalação do Banco de Sangue, iniciando as atividades em uma pequena sala de curativos. “É um grave inconveniente colher sangue em salas de curativos com prováveis riscos de contaminação. Você não sabe a evolução que

teve no mundo nos últimos anos, é uma coisa muito séria, nós não fazíamos o teste para verificar o fator Rh; somente para o sistema “ABO”. (Duarte, entrevista 15.08.96).

O Serviço de Banco de Sangue do Hospital de Caridade concretizou no final de 1954 a aspiração de possuir uma sala própria. Deu-se esse fato, através do apoio da Provedoria, da Prefeitura Municipal de Florianópolis e do Sistema SESI/FIESC. Constituiu-se e aparelhou-se uma sala condigna para o Banco de sangue. Do ponto de vista material, o serviço pôde ser considerado completo.

Neste mesmo ano foi instituído como norma a determinação do fator Rh para todos os doadores e receptores. Foi constituída também uma equipe de dez doadores Rh negativo para atender ao Banco de sangue com regularidade de modo a manter em estoque pelo menos um vidro deste sangue. Igualmente o Banco de sangue estava aparelhado para realizar o teste de Coombs². (Relatório H.C. 1955).

Até 1957 o Serviço de Banco de Sangue do Hospital de Caridade não realizou praticamente qualquer progresso técnico, embora o número de reações não tenham ultrapassado o limite aceitável, mas ainda neste ano não foi instituído como rotina o teste cruzado. Este apenas era utilizado para os casos que, pelas condições clínicas, mereciam extrema atenção. (Relatório H.C. 1958).

No ano de 1958, o Serviço de Banco de sangue do Hospital de caridade realizou 676 transfusões exigindo a permanência de um técnico em coleta e um

² Teste de Coombs. Criado por Moreschi em 1908, foi introduzido na prática médica por COOMBS, MOURANT e RACE em 1946. Consiste em demonstrar macroscopicamente a presença de um anticorpo livre no plasma sangüíneo (Coombs indireto) ou um anticorpo fixado à hemácia (Coombs direto) quando se tratar de anticorpos dirigidos contra antígenos eritrocitários. É utilizado na determinação do antígeno “D” fraco, na pesquisa e identificação de anticorpos irregulares, na prova cruzada (Coombs indireto) ou no estudo de reações transfusionais, anemias hemolíticas autoimunes, na doença hemolítica do recém-nascido (Coombs direto) etc. Atualmente os testes de Coombs são chamados de teste da antiglobulina humana.

funcionário auxiliar. O Banco de sangue do Hospital de Caridade fornecia sangue para outras instituições hospitalares por ser nesta época a única instituição com mais de trezentos leitos, sendo capaz de manter um Banco de sangue em caráter econômico.

Em 1963, após um trabalho experimental com animais feito em laboratório no Hospital Nereu Ramos, foi montada uma equipe para cirurgia cardíaca onde, neste mesmo ano, foi realizada a primeira cirurgia moderna extra-corpórea com reserva de sangue neste mesmo Hospital.

* Foi na década de 1960 que a hemoterapia mundial avançou e se sofisticou, a partir de novas técnicas de fracionamento e conservação do sangue. Desde então, gradativamente, não foi mais transfundido sangue integral, sendo substituído pelas frações de hemoderivados. Como cada parte do sangue tem seu emprego específico, tornou-se necessário, do ponto de vista operacional, que a rede hemoterápica se integrasse cada vez mais. (Santos, et al. 1991).

No início da década de 1960, foi instalado o Banco de Sangue da Maternidade Carmela Dutra, onde existia uma sala em que se fazia coleta e armazenamento do sangue. A coleta era em vidro estéril de 250 ml e 500 ml. Nesta época só se fazia a separação do plasma e do concentrado de hemácias.

Segundo Kretzer (entrevista 27.08.96), os doadores em sua maior parte eram remunerados pelo administrador do Banco de sangue Sr. Mario Libano que também era o chefe da seção. Existia também os doadores voluntários das Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica) e esses não eram remunerados. Quando havia necessidade de uma coleta externa de sangue, quem coordenava era o próprio administrador.

De acordo com as necessidades, eram realizadas permutas de sangue entre o Banco de Sangue do Hospital de Caridade e o Banco de Sangue da Maternidade Carmela Dutra. O Banco de Sangue da Maternidade Carmela Dutra atendia a Casa de Saúde São Sebastião, a Maternidade Carlos Corrêa e a própria Maternidade Carmela Dutra.

✕ No ano de 1963, Dr. Isaac Lobato Filho foi convocado pelo governo do Estado Celso Ramos, para constituir um grupo de trabalho a fim de estabelecer prioridades para a área da saúde. Como resultado deste trabalho foi instituída a Fundação Catarinense de Saúde, através da Lei nº 3.555, de 27 de novembro de 1964, que priorizou três serviços:

- O Serviço Diagnóstico Precoce do Câncer;
- Serviço de Cardiologia;
- Centro Hemoterápico Catarinense.

“Esses três serviços foram instituídos no Governo Celso Ramos com recursos financeiros do PLAMEG (Plano de Metas do Governo)” LOBATO, (entrevista, 07.08.96).

Logo após a criação do Centro Hemoterápico Catarinense, o Serviço de Banco de Sangue da Maternidade Carmela Dutra foi transferido para uma nova sede à rua José Jacques, 41 Centro - Florianópolis, com a finalidade de realizar o atendimento de todo o Estado, com postos instalados nas principais cidades do interior.

O Centro Hemoterápico Catarinense foi concebido, organizado, e teve como seu primeiro diretor Dr. Mário Roberto Kazniakowski. Em sua época o Centro Hemoterápico Catarinense foi o único Banco de Sangue do Brasil destinado ao

atendimento de todo o estado. “Com a nova sede e o laboratório próprio o serviço de Banco de Sangue começou a ampliar-se e realizar transfusões. Começou-se a fazer coletas de sangue em outros municípios, mas os doadores de sangue em sua maior parte ainda continuavam a ser remunerados”. KRETZER, (entrevista, 27.08.96).

Segundo Santos et. al. (1991), a “doação” remunerada foi expandida com a política iniciada pelo INPS em 1967, atividade normatizadora do Ministério da Saúde em nível Federal e levada adiante pelo INAMPS a partir de 1977, que consistia na compra tanto do sangue utilizado nos seus próprios hospitais, como na rede particular contratada. Os bancos de sangue que recorriam à remuneração, terminavam por oferecer serviços de qualidade precária, pois o capital investido na sua instalação, o nível técnico do pessoal recrutado e a própria lógica com que eram implantados, não permitiam qualquer grau de sofisticação. Ainda sobre o assunto, Moraes et. al. (1991) complementa dizendo que esses bancos de sangue obtinham lucro certo e rápido, com baixo investimento de capital. Tinham a compra de sua produção garantida pelo INAMPS e a indústria de hemoderivados, não sofriam fiscalização, o que os eximia de penalidades e possibilitava o aumento dos lucros pela redução dos gastos, à custa da qualidade mínima indispensável para se obter um sangue seguro, não tinham dificuldades de obter matéria prima através da doação remunerada. Em contra partida, segundo autora, o INAMPS considerava mais barato comprar o sangue do que manter serviços próprios, sem considerar os custos sociais que a falha do sistema acarretavam, através das seqüelas transfusionais, transmissões de doenças como: a malária, hepatite, sífilis, Chagas, HIV, etc. cujas despesas com o tratamento dessas doenças, não recaíam sobre o setor privado.

No Governo de Celso Ramos, teve início a construção de um prédio localizado à Avenida Othon Gama D'êça, s/n - Praça D. Pedro I - Centro Florianópolis, para a instalação dos três serviços criados pela Lei nº 3.555/27/11/64. A obra continuou no Governo seguinte de Ivo Silveira (1966-1971) e só foi inaugurada no Governo de Colombo Machado Salles (1971-1975). Após sua inauguração, passou a funcionar no prédio os três serviços, sendo assim definidos:

Originalmente, o primeiro piso foi dividido entre o Centro Hemoterápico Catarinense e o Serviço Diagnóstico Precoce do Câncer. O intermediário para a Cardiologia, e o terceiro que era menor, ficou para a administração da Fundação. No primeiro piso ainda havia lugar reservado para cirurgia experimental, cujas salas e “biotério” localizavam-se no subsolo.

Em 1965 foi criada a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), órgão de assessoria direta do Ministério da Saúde, que nos anos seguintes produziu a maior parte da legislação para o setor, em vigor até hoje. Este órgão sofreu reestruturações que na prática acabaram por desativá-lo, contraditório à atividade normatizadora do Ministério da Saúde no nível Federal da atuação do INPS e logo após pelo INAMPS, que embora não tendo política específica para o setor, acabou por influir neste.

Segundo Moraes et. al. (1992), em parte, esta política resultou da preocupação dos militares logo após o golpe de 1964, pois, necessitava-se de uma reserva hemoterápica no país, em caso de conflito armado.

Somente na década de 1970 foi implantado o ensino de hematologia no currículo de graduação na Escola Médica da Fundação Técnico Educacional Souza

Marques. Primeiramente foi implantada a Residência Médica em Hematologia e após, o curso de pós graduação lato sensu PUC-RJ.

O grande salto da Hemoterapia foi a criação do primeiro Hemocentro do Brasil, o HEMOPE (PE), em 1978.

Em 1980, em Florianópolis, foi implantado o Serviço de Hemoterapia do Hospital Universitário para atender as necessidade hemoterápicas e o ensino da Hemoterapia daquele hospital.

Até a década de 1980 a doação de sangue no Brasil era remunerada, e com a conseqüente migração da área rural para a urbana houve uma grande propagação de doenças através de indivíduos contaminados, oriundos de regiões endêmicas, principalmente a doença de chagas. Como a doação era remunerada, o universo de doadores era justamente a parte da população mais pobre, os que tinham a pior alimentação e precários cuidados com a saúde. Em conseqüência de todos esses fatos, foi criado em 1980 o primeiro programa nacional de sangue, o PRÓ-SANGUE, que partia da seguinte situação existente até então:

- Os bancos de sangue não tinham estoque estratégico;
- Não tinham controle da sorologia, pois não contavam com técnicas adequadas;
- A existência da migração da área rural para urbana, com os riscos descritos acima;
- Inexistência de pessoal treinado para a área; a equipe multidisciplinar era precária;
- Os equipamentos eram ultrapassados.

Com o somatório de todos esses fatores, fazia-se necessário repensar o serviço de hemoterapia. O objetivo do Pró-Sangue era construir um Hemocentro em cada região, em modelo semelhante ao desenvolvido na França, onde organizações estatais se estruturavam numa rede regionalizada com a finalidade de oferecer sangue e hemoderivados a toda rede hospitalar.

Mas, ainda em 1985, observou-se a precariedade dos Hemocentros.

Historicamente os progressos da hemoterapia, tanto em pesquisa científica, como em estrutura organizacional, costumam ser vinculados as tragédias oriundas das guerras. No entanto, no Brasil, como em outros países, não foram as guerras as responsáveis pelos progressos dessa década. A Aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), foi recebida como a catástrofe que tornou inadiável a reestruturação dos serviços hemoterápicos. Moraes et.al. (1992), aponta a Aids como “Cavaleiro do Apocalipse” tendo sido uma espécie de “bomba atômica” da hemoterapia. “O que a Aids fez foi tirar o véu, desnudar o sistema”, trouxe uma conscientização maior para a questão do sangue, inclusive quanto a questão da profissionalização. Segundo Herbert de Souza “a Aids criminalizou o sangue, porque é mortal”. Todos as pessoas ligadas ao setor tem consciência de que os problemas existem desde longa data, e que, as doenças antes transmitidas, como a Hepatite B e doença de Chagas, podem ser mortais a longo prazo. Mas a Aids veio criar uma situação limite, fazendo com que a questão do sangue despertasse o interesse público.

Somente com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988, em seu Art. 199 inciso 4º. que proíbe a comercialização do sangue e seus hemoderivados é que o poder público preocupou-se em institucionalizar a prática

voluntária e gratuita da doação de sangue e, concomitantemente, promover práticas hemoterápicas seguras, garantindo a qualidade e a segurança dos produtos transfundidos. “Garantia de qualidade significa um conjunto de atitudes e normas que garantam a qualidade final desejada dos produtos ou serviços executados”. (SERINOLLI apud. BOLETIM COSAH, 1994, p.15). ✕

Baseado nas diretrizes do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE), atualmente COSAH Coordenação de sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde, O Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), foi criado em 20/07/87, através do Decreto Lei Estadual nº 272, com objetivo básico de prestar atendimento Hemoterápico de qualidade à população da região, bem como dar assistência aos portadores de doenças hematológicas. Neste mesmo ano iniciou-se uma reforma e expansão da área física e o reequipamento do serviço.

Com sua área física e seu quadro de pessoal ampliado, foi criado, através do Decreto Lei nº 3.015 de 27 de fevereiro de 1989, o Sistema Estadual de Hematologia e Hemoterapia, com objetivo de promover a interiorização das ações relativas ao uso do sangue para fins terapêuticos, a doação espontânea do sangue, medidas de proteção à saúde do doador e do receptor, medidas para disciplinar a coleta e o controle de qualidade, condições de estocagem e distribuição de hemoderivados, bem como promover o desenvolvimento de conhecimentos científicos e tecnológicos na área.

O Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina passou a ser órgão central, tendo como unidades auxiliares os hemocentros regionais e centrais

sorológicas, localizados nos municípios-pólos das Regiões de Saúde; passou a ter como órgãos seccionais as unidades mantidas pelos governos locais, e entidades filantrópicas e particulares que mesmo sendo instituições privadas incluem-se no âmbito do sistema, de que trata o Decreto, independente de qualquer relação convencional ou contratual, para atender ao que dispõe a legislação sobre a qualidade do sangue e seus derivados.

Ao HEMOSC como órgão central compete:

I - Assessorar a Secretaria de Estado da Saúde e demais autoridades do setor, na formulação da política estadual de hematologia e hemoterapia, dos planos, programas e projetos daí derivados e supervisionar sua execução;

II - estabelecer normas científicas, técnicas e administrativas para a organização e funcionamento do sistema;

III - supervisionar o funcionamento do sistema, garantindo a qualidade do sangue e seus derivados, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido;

IV - aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas técnicos, organizacionais e operacionais do sistema;

V - coordenar o sistema de informações na área de hematologia e fornecer as análises indispensáveis à eficácia da sede institucional dos sistemas e suas interfaces com o Setor Saúde;

VI - coordenar a elaboração de programas especiais e supervisionar sua implantação;

VII -promover formação de recursos humanos para o Sistema e mantê-lo atualizados e eficientes;

VIII - exercer, no tocante aos órgãos auxiliares, a supervisão geral de suas operações;

IX - coordenar a implantação dos órgãos auxiliares nas diversas regiões de saúde;

X - articular-se com as unidades colegiadas integrantes do Sistema Único de Saúde.

O HEMOSC também tem a função de realizar treinamentos com o pessoal dos Hemocentros Regionais e Centrais Sorológicas.

O HEMOSC, é uma instituição pública, integrante da Secretaria de Estado da Saúde; possui pessoal técnico qualificado nas áreas de sorologia, imunohematologia, histocompatibilidade, hemopatologia e marcadores tumorais. É também a única instituição do Estado de Santa Catarina que possui máquinas para AFÉRESE OU HEMAFÉRESE , “são maquinários que consistem na remoção do sangue total de um doador ou paciente; separação do sangue nos seus vários componentes; retenção de um elemento desejado e devolução dos remanescentes ao doador ou paciente. Pode ser utilizada com finalidades terapêuticas ou transfusionais” (MOTA, 1996). O HEMOSC mantém também convênio de cooperação para captação de doadores com o Exército (14º e 63º Batalhão de Infantaria Motorizada), Marinha (Escola de Aprendizes Marinheiro), Polícia Militar e cooperação mútua com o Banco de Sangue do Hospital Universitário.

Resumindo, o HEMOSC tem hoje, como função principal, o desenvolvimento da política estadual de sangue e hemoderivados, com base na Legislação Federal em vigor, além das atividades de ensino, pesquisas e assistência. A concentração de suas atividades está na prestação de serviços de Hematologia e Hemoterapia.

Hematologia: É a ciência do sangue, sua natureza, funções e doenças. Ocupa-se do diagnóstico e controle de várias ocorrências relacionadas ao sangue, principalmente de diversas doenças hereditárias como hemofilias, as anemias falciformes, hemolíticas, aplástica, a talassemia, as leucemias, linfomas, etc.

Também cuida de um conjunto de exames que conduzem à determinação ou classificação dos grupos sanguíneos, fator Rh e outros testes diversos, de grande importância na área médica.

Hemoterapia: É o tratamento das doenças por meio do sangue ou de seus hemocomponentes..

Os Centros de Hematologia e Hemoterapia são também conhecidos pela denominação de Hemocentro ou até Banco de Sangue o qual está em desuso técnico.

Esses Centros são operacionados por profissionais diversos, de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, comunicador, farmacêutico-bioquímico, fisioterapeuta e outros) e de nível médio (laboratorista, auxiliar de laboratório, agente de serviços gerais e outros) devidamente treinados e capacitados

para prestar assistência aos usuários de sangue e hemoderivados assim como aos doadores destes.

Segundo Cairutas (1986), o uso do sangue na prática terapêutica, constitui-se em um poderoso elemento auxiliar nas mãos do médico que trata os pacientes acometidos de estados patológicos caracterizados pela insuficiência de produção de componentes do sangue, ou pela perda exagerada dos mesmos. Nas últimas décadas, como percebemos através do contexto histórico anteriormente colocado, o avanço tecnológico tem permitido que o sangue seja fracionado nos seus componentes, os quais, isolados, podem ser utilizados racionalmente, propiciando maior eficácia na terapia e melhor aproveitamento em termos quantitativos e qualitativos, sendo preciso que a manipulação do sangue para obtenção dos elementos fracionados, sejam confiados a serviços especializados e bem estruturados e, sobretudo, a profissionais que tenham conhecimentos técnicos, honestidade profissional e amor ao seu trabalho do dia-a-dia.

O sangue é um tecido vivo que circula pelo corpo levando oxigênio e nutrientes a todos os órgãos. É produzido na medula óssea dos ossos chatos como: vértebras, costelas, quadril, crânio e esterno. Nas crianças, também os ossos longos produzem sangue. Ele é composto de plasma, hemácias, leucócitos, plaquetas.

Plasma: é a parte líquida do sangue, de coloração amarelo palha, composto de água (90%), proteínas e sais. Através dele circulam por todo o organismo as substâncias nutritivas necessárias à vida das células. Essas substâncias são: proteínas,

enzimas, hormônios, fatores de coagulação, imunoglobulina e albumina. O plasma representa aproximadamente 55% do volume de sangue circulante no organismo.

Hemácias: também são conhecidas como glóbulos vermelhos por causa do seu alto teor de hemoglobina, uma proteína avermelhada que tem como função essencial capacitar as hemácias a transportar o oxigênio dos pulmões para as células do organismo e eliminar o gás carbônico das células, transportando-o para os pulmões, através dos quais é expelido. Existem entre 4.500.000 (quatro milhões e quinhentos mil) a 5.000.000 (cinco milhões) delas por milímetro cúbico de sangue.

Leucócitos ou glóbulos brancos: Tem formas e funções diversas, sempre ligadas à defesa do organismo contra elementos estranhos a ele, como: bactérias, vírus etc. Existem entre 5.000 (cinco mil) a 10.000 (dez mil) por milímetro cúbico de sangue.

Plaquetas: São pequenas células que tomam parte no processo de coagulação sangüínea, agindo nos sangramentos (hemorragias). Existem entre 200.000 (duzentos mil) a 400.000 (quatrocentos mil) plaquetas por milímetro cúbico de sangue.

A parte sólida do sangue constitui 45% do sangue circulante. A quantidade de sangue circulante no organismo é proporcional ao peso, sendo em média de 8% do peso da pessoa.

O sangue se distribui em 4 tipos (grupos) básicos, com fator Rh positivo ou negativo; a incidência destes grupos varia de acordo com a raça, pois trata-se de um fator hereditário.

Percentualmente, sua ocorrência na população é de aproximadamente:

Tipo "O" (45%)

O+ (positivo) = 36%

O- (negativo) = 9%

Tipo "A" (42%)

A+ (positivo) = 34%

A- (negativo) = 8%

Tipo "B" (10%)

B+ (positivo) = 8%

B- (negativo) = 2%

Tipo "AB" (3%)

AB+ (positivo) = 2,5%

AB- (negativo) = 0,5%

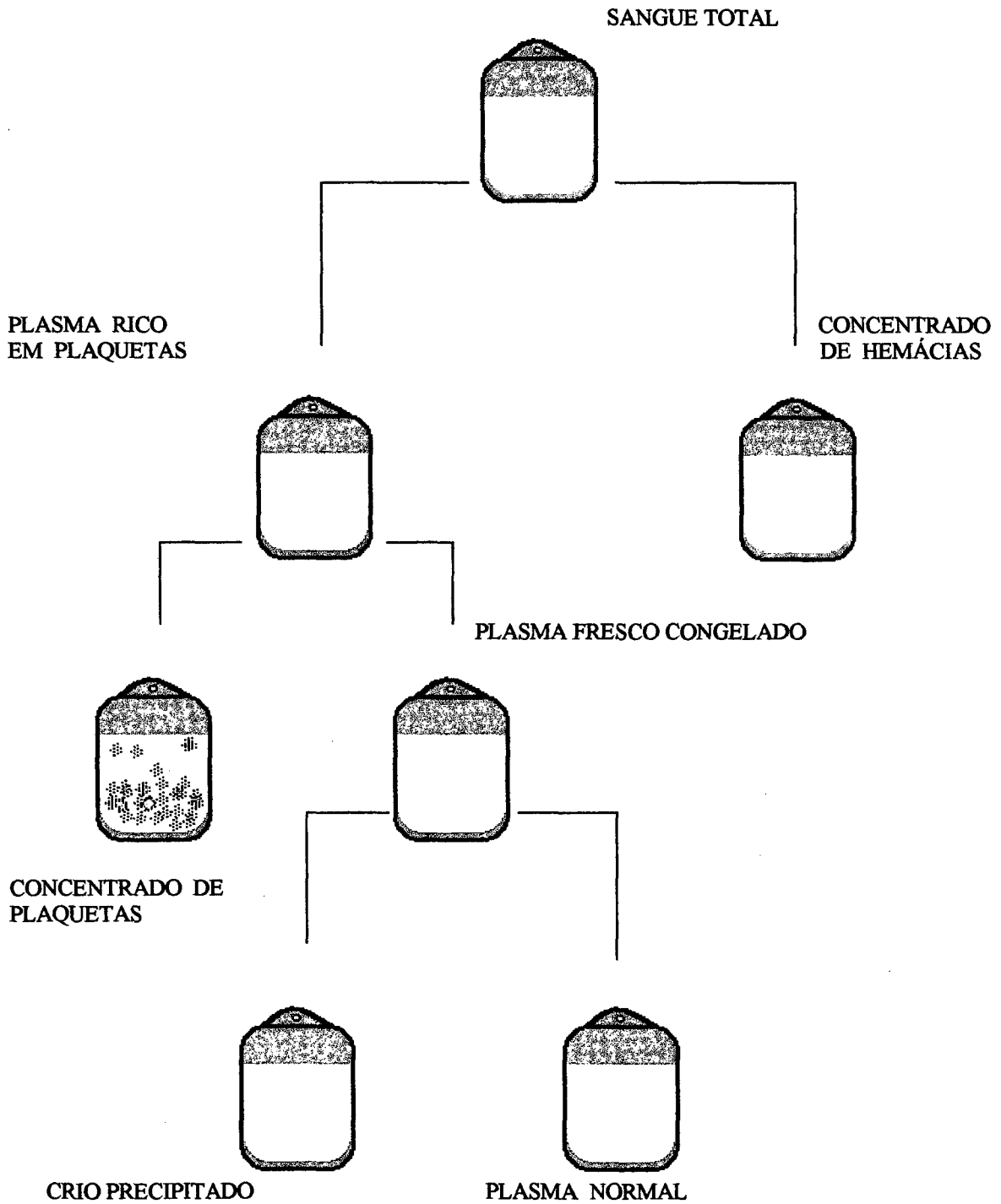
No caso de transfusões, o ideal é o paciente receber sangue do mesmo tipo que o seu.

PROCESSAMENTO DO SANGUE

O sangue total coletado é submetido a uma série de etapas antes de ser liberado para utilização.

a - FRACIONAMENTO: É a separação do sangue em componentes para transfusão. As bolsas de sangue são colocadas numa centrífuga que gira em uma determinada rotação por período necessário para que o sangue seja fracionado. Inicialmente em duas partes, onde é separado o plasma do concentrado de hemácias. Após, o concentrado de hemácias é congelado e o plasma rico em plaquetas é novamente submetido à centrifugação e as plaquetas são separadas, e o plasma passa por um processo de congelamento. Após este processo, o plasma é descongelado e novamente centrifugado, retirando, assim, o crio precipitado, restando o plasma pobre em proteínas. Como já mencionamos anteriormente, não é mais transfundido o sangue total, pois o organismo de cada paciente, na maioria das vezes, não necessita de todos os componentes, podendo cada bolsa de sangue ser fracionada em quatro hemocomponentes, contribuindo assim para salvar quatro “vidas”. Cada hemocomponente tem sua particularidade e pode ser usado de acordo com suas propriedades para auxiliar em diversas patologias clínicas. O concentrado de hemácias é geralmente usado nas anemias, plasma rico em plaquetas usado nas hemorragias, concentrado de plaquetas usado nas leucemias e o crio precipitado para hemofilia e, por fim, o plasma pobre em proteínas nas queimaduras, como mostra o gráfico a seguir:

FRACIONAMENTO POR CENTRIFUGAÇÃO



Em 22.02.94, baseado no artigo 24 do Código Civil, foi instituída a Fundação de Apoio ao HEMOSC/CEPON (FAHECE), essa Fundação é uma entidade com personalidade jurídica de Direito Privado, instituída por pessoas físicas para, sem fins lucrativos e sob o controle do Ministério Público, apoiar as atividades do HEMOSC e do CEPON no tocante ao atendimento médico-assistencial, ensino e pesquisas nas áreas de hematologia, hemoterapia e oncologia. A FAHECE é dotada de autonomia patrimonial, administrativa e financeira. Com prazo de duração indeterminado, sendo regida pelo seu Estatuto, Regimento Interno e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

Entre os objetivos perseguidos pela Fundação, no que tange ao HEMOSC, destacam-se os seguintes:

- Colaborar com o HEMOSC em programa de desenvolvimento tecnológico, ensino, pesquisas e assistência na área de sangue;
- colaborar na manutenção de todas as áreas do HEMOSC, objetivando alcançar resultados de ordem científica, didática ou assistencial;
- suprir prioritariamente o HEMOSC através de aquisições (inclusive importações de bens), destinados ao ensino, à pesquisa e a serviços médico-hospitalares, aparelhos, equipamentos veículos para fins hospitalares, instrumentos médico-hospitalares, matérias primas, produtos químicos, medicamentos, bolsas para coleta de sangue e kits para diagnóstico e demais materiais indispensáveis ao exercício das atividades, assim como obras, instalações e reformas;
- estimular programas de desenvolvimento tecnológico;

- patrocinar o desenvolvimento de novos produtos, equipamentos, sistemas e processos, assim como pesquisar produtos para as indústrias que trabalham com bioengenharia;

- promover e estimular a divulgação de conhecimentos através de divulgação, cursos, simpósios e congressos;

- Instituir bolsas de estudos;

- colaborar com as atividades de ensino e graduação.

A FAHECE é administrada por um Conselho Curador, órgão deliberativo composto de 13 membros com mandato de 3 anos. Sendo: 4 representantes profissionais do HEMOSC, 3 representantes do CEPON, 1 representante da Secretaria de Estado da Saúde, 1 representante da Associação dos Hemofílicos de Santa Catarina, 1 representante da Associação de Doadores de Sangue do HEMOSC, 1 representante da ESPO (Equipe de Suporte do Paciente Oncológico), 1 representante da Rede Feminina de Combate ao Câncer, e 1 representante da comunidade.

O Conselho Diretor é composto de 3 integrantes eleitos pelo Conselho Curador com mandato de 3 anos: Diretor Presidente, Diretor Secretário e Diretor Tesoureiro. O Conselho Fiscal órgão de fiscalização interna, composto de 3 integrantes efetivos e 3 suplentes, com mandato de 3 anos.

Hoje o HEMOSC encontra-se em uma situação privilegiada com o apoio de uma fundação diante do quadro desastroso da rede de saúde pública do País.

Mesmo com todos os avanços da rede hemoterápica a partir da Aids, as contaminações ocorridas através de transfusões ou emprego de hemoderivados, não se ligam somente ao problema do controle sorológico do sangue, mas também ao controle

dos doadores de sangue que é a primeira etapa para se obter sangue de boa qualidade. É aqui que se insere a prática do Serviço Social no HEMOSC, que descreveremos no capítulo seguinte.

CAPÍTULO III

A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA - HEMOSC

A segurança da transfusão sanguínea depende de uma série de fatores que determina a qualidade do sangue e dos seus derivados a serem utilizados.

Para isso depende de um trabalho interdisciplinar para a seleção da população de doadores, realização da triagem clínica, dos testes imunohematológicos e triagem sorológica.

O Brasil é um dos únicos países da América Latina que tem uma Lei que determina a sorologia de 100% das bolsas de sangue coletadas. Nos outros países existem normas mas nem sempre são seguidas, às vezes não chegam a fazer sorologia nem de 10% das bolsas de sangue coletadas. (Salles, 1996).

O Serviço de Captação de Doadores de Sangue, como é denominado o Serviço Social do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina, tem como objetivo geral a captação de doadores de sangue, o qual se constitui na primeira etapa para se obter sangue de boa qualidade. O Serviço de Captação de Doadores de sangue é fundamentado pelo princípio da informação plena. Sobre o assunto, (Medeiros, 1991. p.07) explicita:

“ ... significa a não ocultação de itens de informação sob a forma de mitos, de dádivas, de filantropia, de um Estado defensor dos oprimidos, da atenção do padrinho ou pistolão ou mesmo da proteção sobrenatural. Não pode ser reconhecido como uma recompensa para o bom comportamento, para a conformidade dos padrões de comportamento estabelecidos”

O Serviço Social trabalha com esta perspectiva de forma a auxiliar o processo de conscientização e motivação da “comunidade sadia” para o ato de doar sangue, não só como um ato altruísta, mas também como um ato de interação maior, para se completar enquanto homem-cidadão.

A maior parte das doações de sangue correspondem ao grupo de doadores de reposição, aqueles que, com sua doação, repõe o sangue usado em algum familiar ou conhecido. Historicamente nosso sistema se nutre com este mecanismo frágil qualitativa e quantitativamente.

Em Santa Catarina, assim como em todo o país, a maior parte das doações são de reposição, apesar de existir leis e normas que enunciam e incentivam a necessidade de contar com um sistema solidário e voluntário de doadores. Este mecanismo de reposição não deixa de ser coercitivo, os familiares e amigos se vêem na obrigação de realizar a doação de sangue, pois, os Hemocentros e/ou Centros Hemoterápicos, nunca tem estoque suficiente para suprir o sistema, uma vez que certos tratamentos hemoterápicos requerem grandes quantidades de sangue. Em consequência da falta de doadores, muitas vezes cirurgias são adiadas ou, em casos de urgência que necessitem de um tipo sangüíneo menos comum, tem-se a necessidade de recorrer aos meios de comunicação. Paradoxalmente, quando ocorreu um acidente ferroviário na França em 1992, tiveram que comunicar através de rádios e Tvs, de que não havia necessidade de doadores de sangue, pois, o estoque regular dava conta de atender aos numerosos feridos. (Santos et.al. 1992).

Hemofílicos sofrem constantemente com a falta de hemoderivados, como revelam depoimentos prestados durante o Tribunal Henfil em São Paulo, em 20/05/88,

onde Lúcia Lara, viúva do próprio Henfil, afirmava naquela ocasião: “Durante dez anos acompanhei o que significa correr atrás de sangue. Corre-se o risco de morrer de Aids, corre-se o risco de morrer por falta de sangue. Muitas vezes eu ligava para todo o Brasil atrás de crioprecipitado e não achava, tinha que sair pela imprensa anunciando. Corre-se o risco de morrer por não ter dinheiro para pagar os medicamentos, que são muito caros e porque não existem no país. Crioprecipitado é taxado como produto supérfluo”. (Santos et. al. 1992). O crioprecipitado é um derivado do sangue indicado para Hemofilia como demonstra o processo de fracionamento por centrifugação neste trabalho p.38.

Diante desse mosaico contrastante, o serviço social do HEMOSC procura, através dos trabalhos desenvolvidos nos programas e projetos, modificar o perfil dos doadores de sangue a fim de aumentar o número de doadores voluntários.

Estes programas estão assim classificados:

- Programa de Captação Hospitalar;
- Programa de Coletas Externas;
- Programa de Agendamento de Doadores;
- Programa de Comunicação Social ;
- Programa de Plantão
- Projeto Escola.
- Projeto Universidade

Para melhor entendimento explicaremos em que consistem estes programas, e Projetos.

Programa de Captação Hospitalar: Este programa abrange todas as Unidades Hospitalares atendidas pelo HEMOSC, tanto as pertencentes a Secretaria de Estado da Saúde, como as que possuem convênio estabelecido para a prestação de serviços Hemoterápicos. Mas, em consequência do número reduzido de funcionários e a necessidade de atender também os outros programas, as visitas hospitalares para a captação de doadores de sangue são realizadas nos hospitais: Hospital Regional de São José, Hospital Celso Ramos e Hospital Florianópolis.

O objetivo deste programa é orientar, informar e mobilizar os pacientes e seus familiares quanto a importância da doação e da reposição do sangue utilizado. Nas visitas são também informada as rotinas estabelecidas pelo HEMOSC como: local, horário, alguns critérios preliminares para a doação, etapas da coleta e exames realizados.

Quando em visita hospitalar, detectamos ser o paciente de município distante e não prover de recursos para repor o sangue utilizado por ele, orientamos para que no dia da visita do familiar ao paciente, que este se dirija ao Hemocentro para realizar a doação de sangue.

No caso do paciente não receber visitas e dependendo da gravidade de sua doença, o serviço social procura organizar uma coleta externa de sangue no município do paciente, para que se possa garantir o atendimento do mesmo.

As visitas hospitalares aos pacientes e/ou familiares nem sempre são realizadas por profissionais de serviço social, são também realizadas por funcionários da área administrativa os quais passaram por treinamento.

Cabe-nos elucidar que a prática de Captação Hospitalar na Europa foi desestimulada em consequência do desenvolvimento da cultura de doação voluntária de sangue após as catástrofes do pós guerra.

Segundo Dr. Daniel Alonso Del Rio Hemoterapeuta, “ hoje na Europa já estão pensando em retornar com a captação hospitalar, pois, a geração dos indivíduos do pós guerra está terminando e as campanhas de doação voluntária de sangue não estão atingindo plenamente seus objetivos. Surgindo assim, um interesse, por parte das políticas públicas, em cultivar a cultura da doação voluntária de sangue, a preocupação que aparece somente nos dias de hoje quando eles começam a perceber que o índice de doadores voluntários está caindo. Informou ainda que, em visita ao serviço de Hemoterapia na Itália, em agosto de 1996, pôde presenciar apelos pelos meios de comunicação, solicitando doadores, pois o nível do estoque de sangue estava crítico.”

Programa de Coletas Externas: Consiste na programação e organização de campanhas de doação voluntária de sangue e coletas externas com a Unidade Móvel do HEMOSC junto às empresas, bairros, comunidades e municípios de todo o Estado de Santa Catarina.

Além da obtenção de sangue para o atendimento de emergências, estas campanhas tem um cunho educativo, pois a assistente social procura orientar e informar a população quanto à importância da doação, minimizando tabus e

preconceitos relacionados à doação de sangue. Para efetivação deste trabalho, a assistente social procura manter contato com as direções das empresas onde faz coletas, lideranças comunitárias, serviços de saúde e demais setores que demonstrarem interesse na organização das campanhas.

Programa de Agendamento de Doadores: Este programa tem como objetivo principal, motivar os doadores para o retorno a novas doações, tornando-as regulares e permanentes, garantindo assim, um fluxo contínuo de disponibilidade de sangue.

O agendamento é realizado através de entrevista semi estruturada após o lanche que é servido no final da doação de sangue. Além disso, a entrevista tem como objetivo avaliar a satisfação do doador quanto aos serviços prestados pelo HEMOSC, para que assim possamos estar em contínua busca para o melhor atendimento ao doador, para que ele possa se sentir seguro, bem informado e consciente de sua ação “da doação de sangue”.

Programa de Comunicação Social: As atividades do Programa de Comunicação Social são voltados para assessoria à imprensa, divulgação nos meios de comunicação, elaboração de material informativo e didático, criação de campanhas de doação de sangue e outras atividades afins. A comunicação é utilizada como elemento de sensibilização, educação e conscientização.

Programa de Plantão: Neste programa se inserem todas as atividades realizadas pelo Serviço de Captação de Doadores. A operacionalização ocorre através de contatos, entrevistas e reuniões com todo seguimento da sociedade que necessite de orientação sobre o HEMOSC e a doação de sangue.

Projeto Escola: O Projeto Escola é um desafio para o serviço de captação de doadores, pois pretende-se investir na formação do doador do futuro.

Este projeto consiste em inserir no currículo do primeiro grau, mais especificamente na sétima série, a questão da doação de sangue nas aulas de ciências. O projeto prevê a capacitação dos professores pelas assistentes sociais para tornarem-se multiplicadores.

Projeto Universidade: Assim como o projeto escola, este projeto tem como objetivo motivar a comunidade universitária a participar do processo de doação de sangue. Realiza-se através de campanhas, palestras, coleta externa e trotes de calouros.

Enfim, todos os programas e projetos tem o objetivo de orientar, informar toda a comunidade para a doação de sangue.

Em nossa prática de estágio, procuramos acompanhar todos os programas e projetos para termos uma visão mais global da atuação do Serviço Social do HEMOSC. Mas, a nossa maior atuação foi junto ao programa de captação hospitalar sobre o qual nos referimos anteriormente. Procuramos, neste programa, acompanhar,

orientar e informar os pacientes e seus familiares, sensibilizando-os para a importância da reposição do hemocomponente utilizado.

CAPÍTULO IV

**A VISÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA EMPRESA CELESC AG.
REGIONAL SOBRE A DOAÇÃO DE SANGUE - RELATÓRIO DA PESQUISA.**

Em nossa prática de estágio vivenciada no serviço social do HEMOSC, percebemos, através do estudo histórico da hemoterapia e acompanhamento dos programas desenvolvidos pelo setor que, para se ter uma prática eficaz, precisávamos conhecer a visão da doação de sangue dos indivíduos que nunca doaram.

O fato de não saber o que as pessoas pensavam a respeito da doação de sangue, causava -nos uma certa inquietação.

Foi este o motivo que nos levou a realizar uma pesquisa na empresa CELESC Agência Regional , cujo tema foi “A visão dos funcionários da CELESC Agência Regional sobre a doação de sangue”.

Procuramos realizar numa empresa por congregar pessoas com representações sociais e culturais diferenciadas e por ser um público alvo de interesse do HEMOSC para o programa de coletas externas.

Primeiramente encaminhamos um requerimento à empresa, solicitando a viabilidade para a realização da pesquisa. Após o “ de acordo” da mesma, dirigimo-nos ao setor de pessoal da empresa, onde levantamos o universo dos funcionários em pleno exercício de suas funções, lotados na Agência Regional, excluindo as licenças tratamento de saúde, licenças prêmio e outros absenteísmos.

A pesquisa teve duração de aproximadamente 45 dias, com aplicação de entrevistas semi-estruturadas, nos meses de maio a junho de 1996, no período vespertino.

Do Universo de 350 funcionários, trabalhamos com uma amostragem por acessibilidade. Entrevistamos os funcionários de todos os setores presentes no momento, onde resultou 78 entrevistas com 21 pessoas do sexo feminino e 57 do sexo masculino, caracterizando uma amostragem de 22% demonstrando os diferentes motivos da não doação de sangue.

A interferência cultural do sangue na humanidade não pode passar despercebida para quem pretende lidar com ele na área da saúde, por estar presente no cotidiano dos indivíduos.

Historicamente percebemos que as representações sociais que envolvem o sangue mostram-se como verdades culturais, e os mitos como verdades humanas. Segundo Chartier (1990) citando Erwin Panofsky, as verdades culturais e os mitos se definem como uma função simbólica ou de representação, como uma forma mediadora de apreensão do real, quer seja por signos lingüísticos ou por figuras mitológicas. Entendemos que essa apreensão do real se dá a partir da realidade cotidiana, da representação social e cultural de cada indivíduo. E a partir desta, encontrar estratégias para desmistificar o senso comum. Minayo (1994 p.168) coloca:

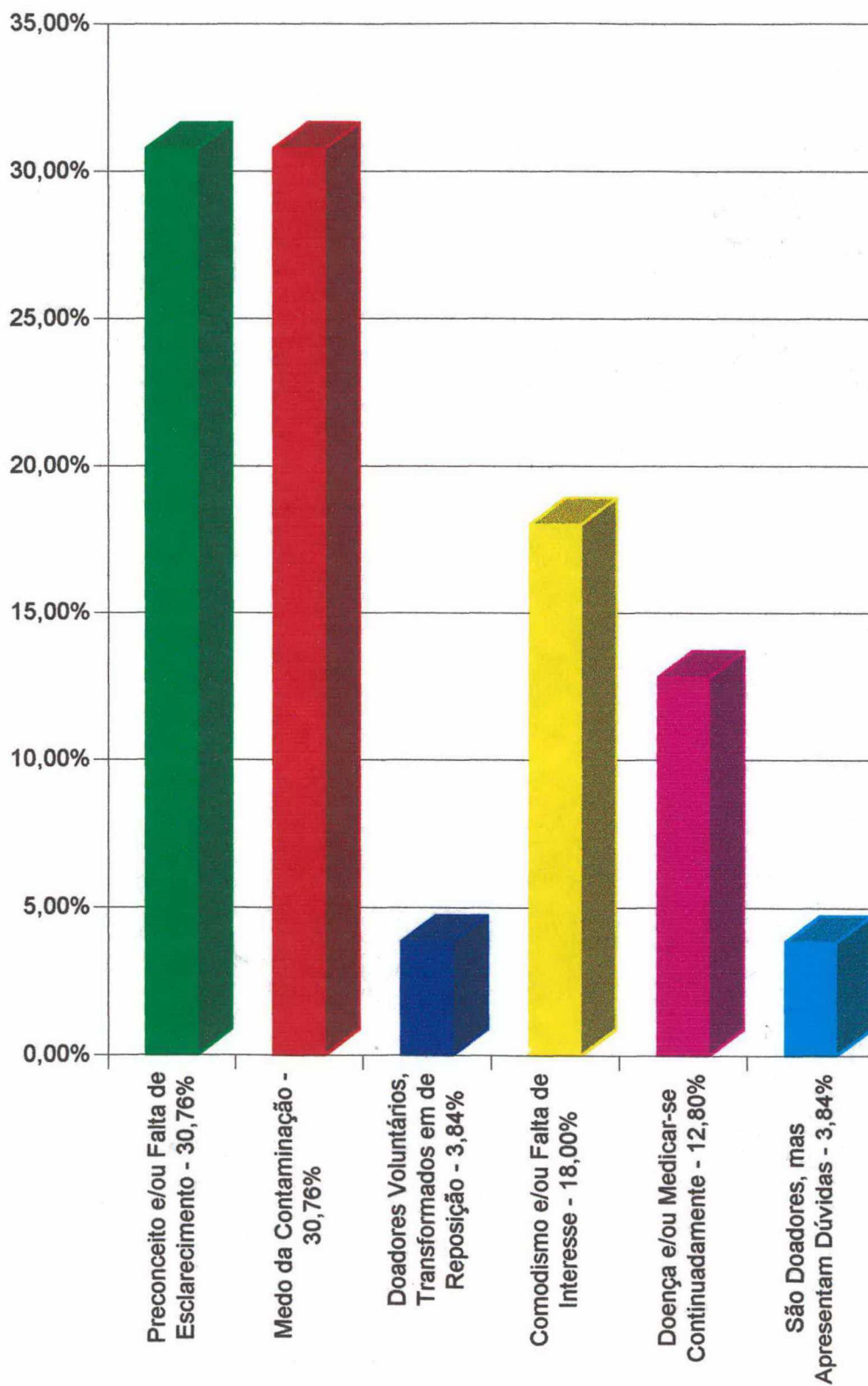
“(...) senso comum enquanto matéria-prima ou como “representação social” tem um potencial transformador. Mesmo como pensamento fragmentário e contraditório, o senso comum deve ser recuperado criticamente, uma vez que ele corresponde espontaneamente às condições reais de vida da população (...)”.

As expressões como “idéias”, “espírito”, “concepções”, “mentalidades”, na elaboração sobre as representações sociais, são muitas vezes empregadas como sinônimos.

A visão de mundo, a vida social, a conduta cotidiana dos indivíduos é carregada de significação cultural que lhe é conferida, tanto pelas idéias, quanto pela base material que, em relação, se condicionam. (Weber apud Minayo, 1994).

O gráfico 01 nos mostra os diferentes motivos apresentados pelos entrevistados para justificar a não doação de sangue. Esses motivos foram categorizados em seis. Percebemos que o preconceito e o medo da contaminação são as justificativas mais freqüentes; elas indicam por onde deve começar o nosso trabalho educativo.

GRÁFICO 1
MOTIVOS DA NÃO DOAÇÃO DE SANGUE



Podemos elucidar a tendência demonstrada por 30,76% dos entrevistados que não doam sangue por preconceito ou por falta de esclarecimento, com alguns depoimentos:

“Eu não dão sangue porque ele pode engrossar, já ouvi falar que doar sangue vicia”

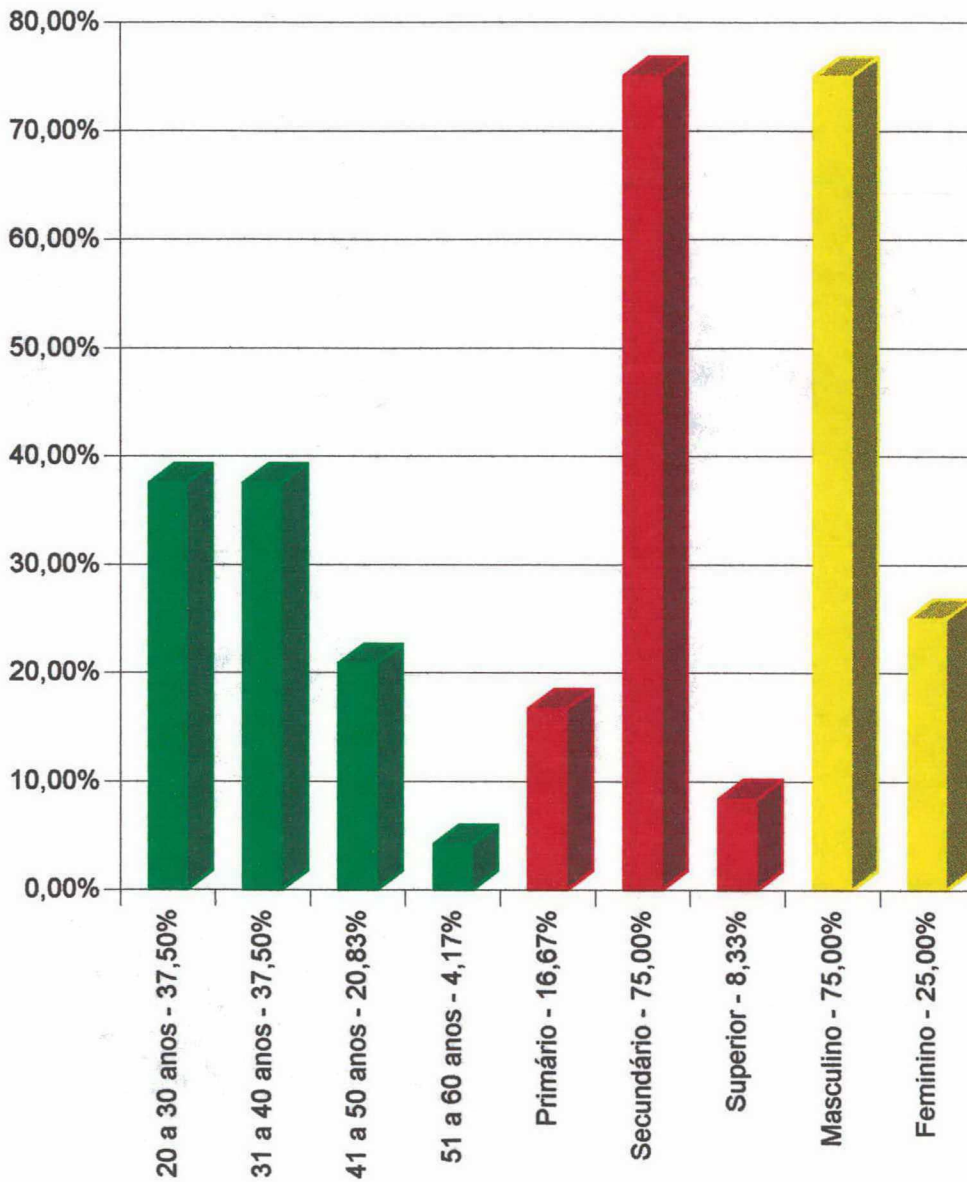
“Pode prejudicar o rendimento da prática de esporte”

“O organismo passa a ter uma produção maior de sangue”

“Se eu doar posso ficar fraco e debilitado”

Verificamos que 75% destes entrevistados estão na faixa etária entre 20 a 40 anos, de grau de instrução secundário e do sexo masculino, como demonstra o gráfico nº 02.

GRÁFICO 2
NÃO DOAM SANGUE POR PRECONCEITO E/OU
FALTA DE ESCLARECIMENTO



A consequência das doenças transmitidas após a realização das transfusões de sangue, principalmente com a chegada da Aids, geraram um certo pavor com relação à doação de sangue.

“Eu não doo sangue, porque tenho medo de pegar Aids”

“Quem garante que as agulhas são descartáveis?”

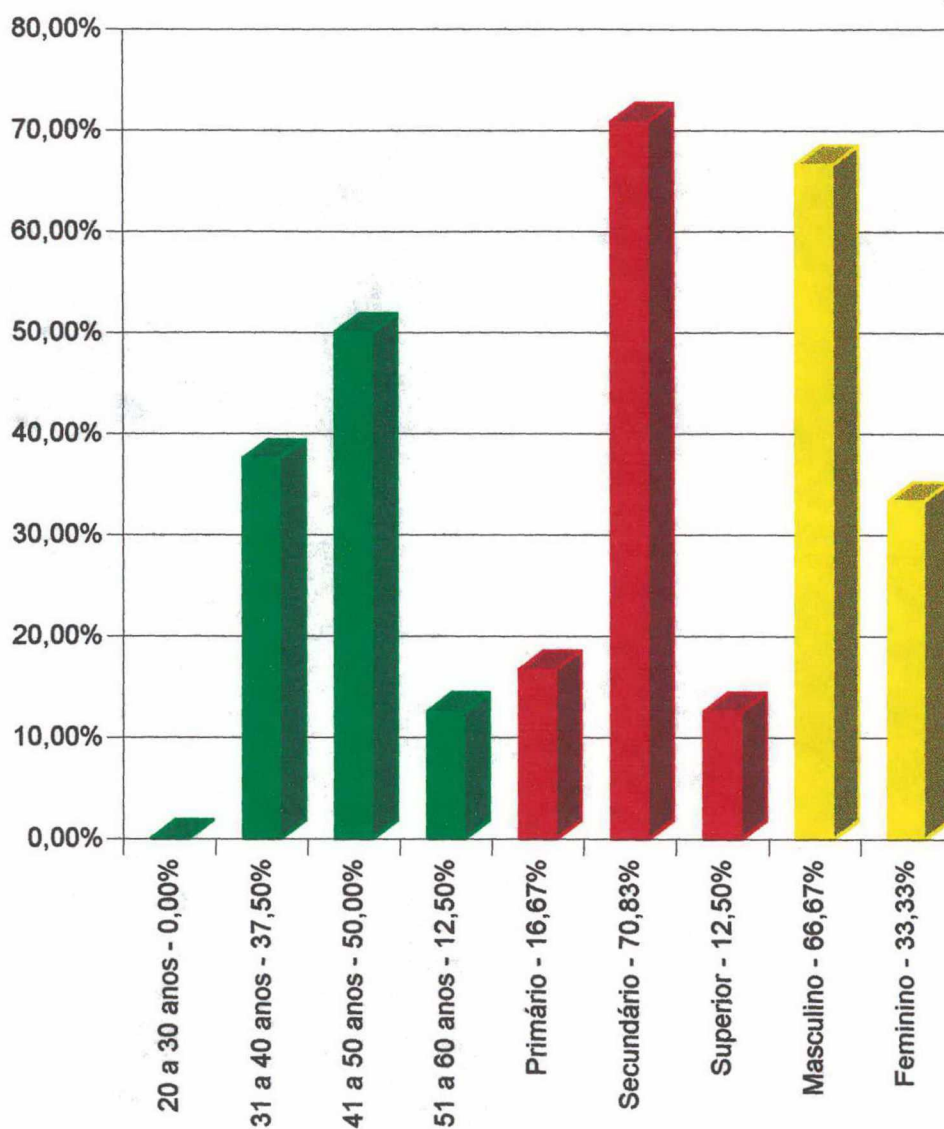
“A pessoa que tira o sangue pode não ser treinada, a agulha pode ser contaminada”

“Tenho medo da agulha. Pelo que se tem lido, se usar uma seringa não boa, pode contaminar.”

Neste quadro de incerteza perduram as denúncias de contaminação, ainda que bastante reduzidas em alguns estados. A investigação de cada caso ocorrido geralmente revela uma estarrecedora série de irregularidades. Todo este quadro resulta da ausência, durante décadas, de uma efetiva fiscalização das atividades Hemoterápicas por parte das autoridades sanitárias. (SANTOS et al. 1992).

Toda esta situação, freqüentemente veiculada pela mídia, acaba reduzindo a confiança da população no momento em que é chamada a doar sangue. Em consequência deste fato, 30.76% dos funcionários entrevistados não doam sangue por medo da contaminação, sendo que, a maior parte destes, encontra-se na faixa etária de 31 a 50 anos, de grau de instrução secundário e do sexo masculino, como nos mostra o gráfico 3.

GRÁFICO 3
NÃO DOAM SANGUE POR MEDO DA
CONTAMINAÇÃO



Em consequência de todo este processo de incerteza e falta de confiança por parte dos doadores, com relação às técnicas adequadas e ao uso de materiais descartáveis, 3,84% dos entrevistados que geralmente eram doadores voluntários, transformaram-se em doadores de reposição, doando somente no caso de necessidade de familiar ou amigo:

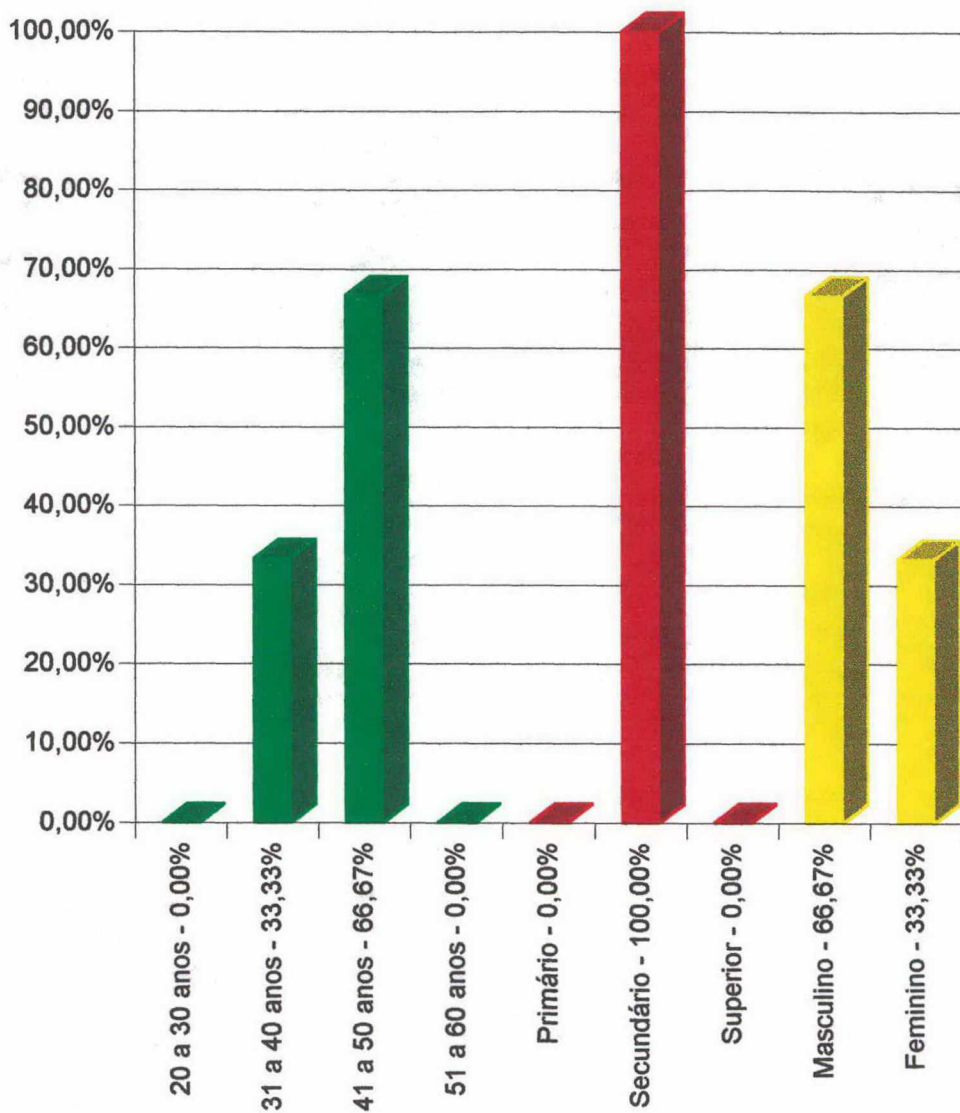
“Só faço doação se for de reposição, mas só no caso de um parente ou amigo”

“Meu sangue só se algum parente estiver precisando, e ainda vou pensar.”

Acreditamos que este cenário de dúvidas e incertezas pode ser amenizado através da veiculação pela mídia, principalmente pela tv, todo o processo da doação de sangue, desde a triagem, coleta e destinação dos hemocomponentes.

Verificamos que a maior parte destes entrevistados encontra-se na faixa etária entre 41 a 50 anos, de grau de instrução secundário e do sexo masculino, conforme gráfico nº 04.

GRÁFICO 4
POR MEDO DA CONTAMINAÇÃO,
DOADORES VOLUNTÁRIOS
TRANSFORMARAM-SE EM DE REPOSIÇÃO



Outro motivo que leva as pessoas a não doar sangue, foi a questão do comodismo e a falta de interesse.

Segundo Bussanello, a sociedade vem passando por profundas transformações, os acontecimentos em todas as esferas ganharam, nos últimos anos, uma velocidade insuspeita, que acaba provocando um processo de “desintegração global” no que tange ao descaso com o tratamento da vida humana. “Este processo é tão devassador que civilizações e sistemas culturais ameaçam a desaparecer, soterrando tradições, comunidades e sistemas de convivência social”.

Podemos perceber com o resultado da pesquisa em que 18% dos entrevistados revelam não doar sangue por comodismo:

“Não posso perder uma tarde de serviço para doar sangue para uma pessoa que eu nem conheço”

“Não dão porque trabalho o dia inteiro, mas mesmo assim só doaria mediante prescrição médica”

“Acho que é falta de interesse”

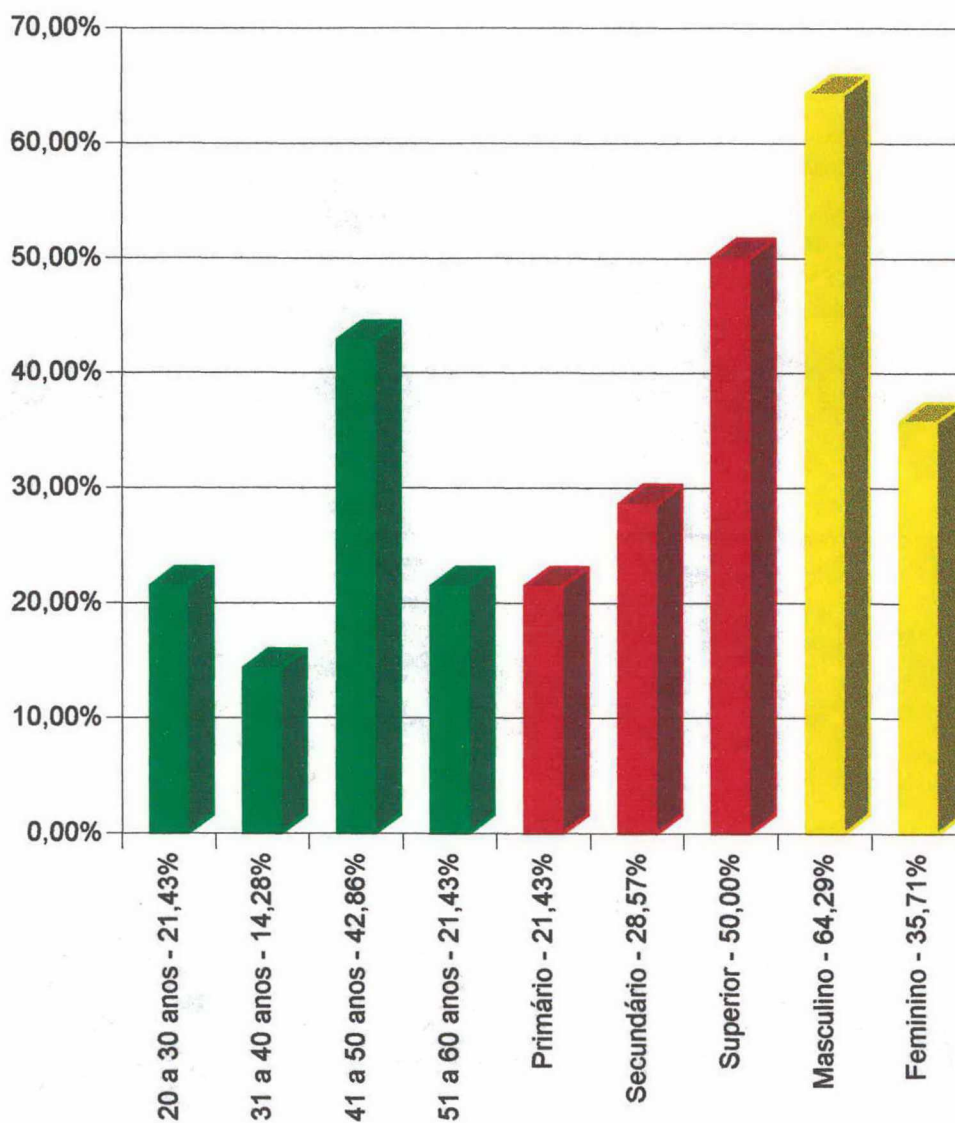
“Nunca ninguém pediu, minha família nunca precisou de sangue”

A sociedade neoliberal que aponta no século XX acaba por trazer a corrida ao ouro, ao processo de “quem pode mais chora menos”, fazendo com que os indivíduos se atropellem e vejam com descaso a própria vida humana, pois o outro passa a ser impedimento para a realização de necessidades e desejos materiais. A

lógica do mercado faz com que as pessoas lutem individualmente pela sobrevivência, incorporando inconscientemente uma postura individualista de conquista pelos direitos. O trabalho, as questões pessoais tornaram-se tão importantes que as relações sociais passam despercebidas.

Podemos analisar, através do gráfico nº 05, que dos 18% dos entrevistados que não doam sangue por comodismo e/ou falta de interesse, 42,86% encontram-se na faixa etária entre 41 a 50 anos de grau de instrução superior e do sexo masculino.

GRÁFICO 5
NÃO DOAM SANGUE POR COMODISMO
E/OU FALTA DE INTERESSE



No que tange à doação de sangue, a questão da saúde do doador é essencial, para isso os mesmos devem ser questionados e verificados itens que garantam a segurança do doador e receptor. Para isso, o doador não pode estar doente e nem estar tomando medicamentos. As doenças e conseqüentemente a medicação, são alguns dos principais fatores que levam o doador a ser rejeitado na triagem para a doação de sangue:

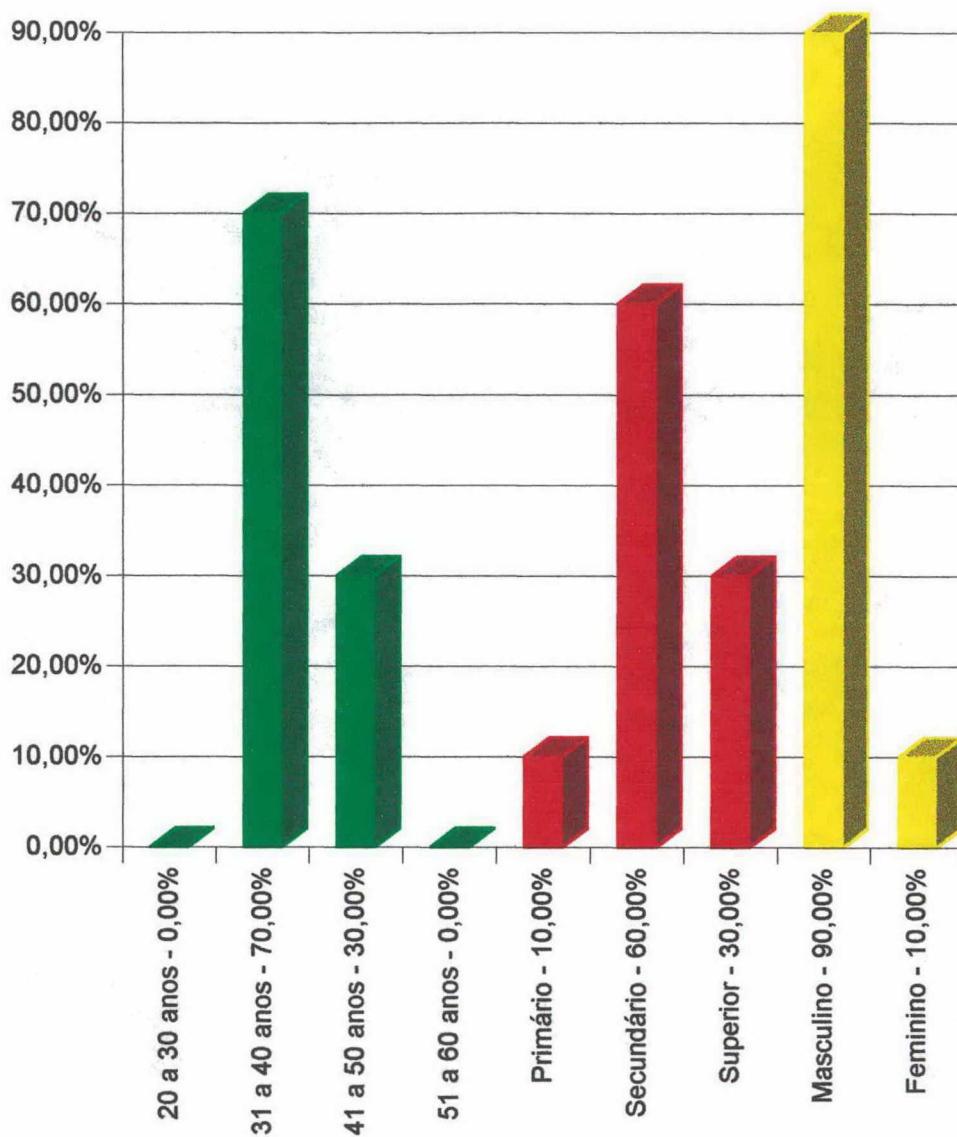
“Fui rejeitado na triagem, porque tive hepatite”

“Não posso doar sangue, porque tomo medicamento de pressão alta”

“Não posso, tive febre reumática”

De acordo com a Portaria nº 1376, de 19 de novembro de 1993 do Ministério da Saúde capítulo II item 2.2, coloca que cada medicamento deve ser avaliado individualmente e em conjunto pelo médico, podendo, o candidato à doação, ser rejeitado temporária ou definitivamente, dependendo do medicamento. Sobre o assunto, o gráfico nº 06 mostra que 12,80% dos entrevistados não doam sangue por doença ou por medicar-se continuamente, sendo que destes, 70% estão na faixa etária entre 31 a 40 anos, de grau de instrução secundário e do sexo masculino.

GRÁFICO 6
NÃO DOAM SANGUE POR DOENÇA
E/OU MEDICAR-SE CONTINUADAMENTE



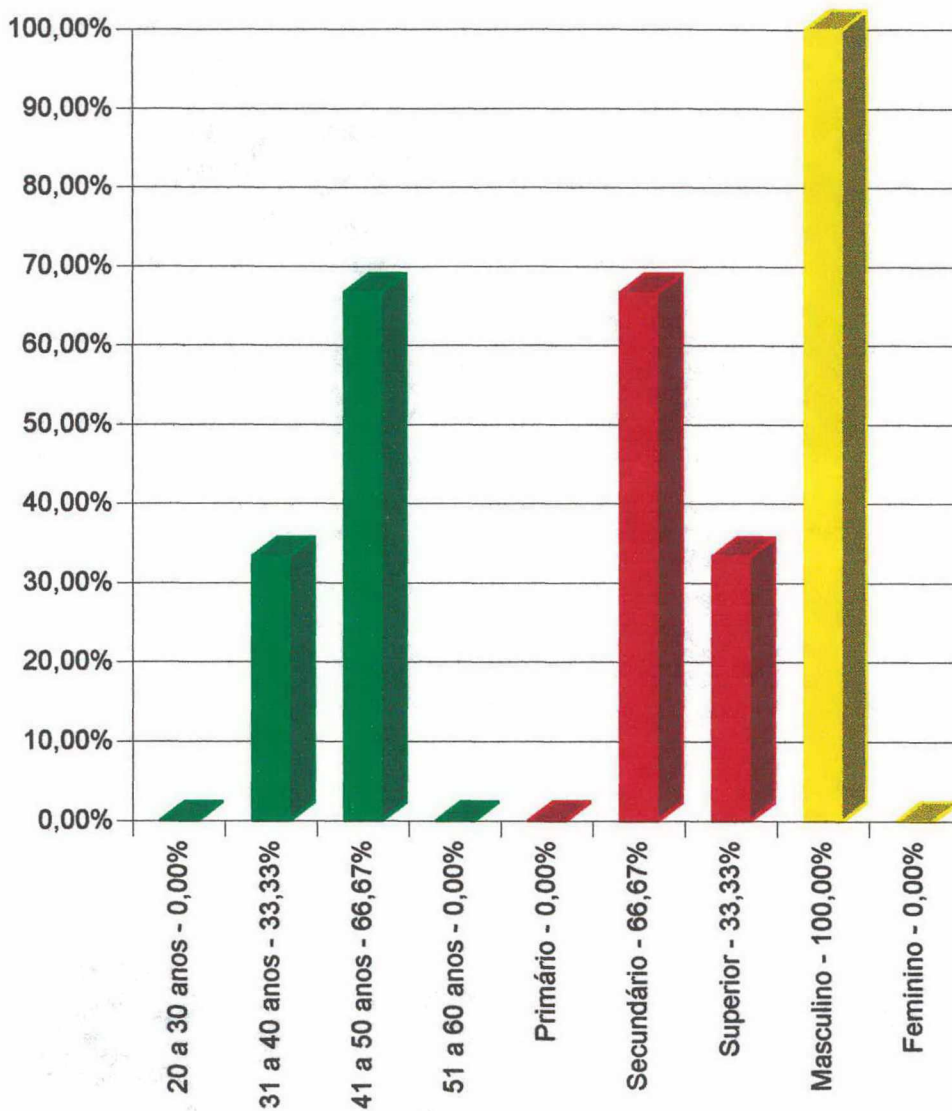
Somente 3,84% dos entrevistados na empresa CELESC- Ag. Regional são doadores voluntários mas, mesmo assim, apresentam dúvidas:

“Eu dôo voluntariamente. Eu acho que não acontece nada”

“Sou doador voluntário, acredito que a reposição é rápida, não é?”

Dos 3,84% dos entrevistados que são doadores voluntários, a maior parte encontra-se na faixa etária entre 41 a 50 anos de grau de instrução secundário e do sexo masculino. Vejamos estas respostas no gráfico nº 07.

GRÁFICO 7
SÃO DOADORES DE SANGUE,
MAS APRESENTAM DÚVIDAS



Entendemos que a existência de dúvidas é normal, pois a ciência e a história estão em constante movimento. Sendo assim, uma das tarefas do serviço social é acompanhar este movimento, esclarecendo as dúvidas e, concomitantemente, informando e orientando sobre os novos avanços da hemoterapia através de um trabalho educativo.

Compreendemos que a educação é o processo principal para a mudança social, e conforme Freire (1983, p.27-28):

“A educação é possível para o homem, porque este é inacabado e sabe-se inacabado. (...) O homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade; é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca. Eis aqui a raiz da educação.”

Segundo Souza citando Lubin et.al. (1965:1): A riqueza de uma nação depende, em última análise, da capacidade produtiva e dos níveis de educação de seu povo. A velocidade da expansão social e econômica fica, em grande parte, subordinada à taxa de formação de capital humano. Assim, o investimento no desenvolvimento do homem deve ser uma das principais preocupações de toda nação que espera progredir no mundo moderno. O desenvolvimento do homem coloca-se como um ideal a ser conquistado. É um processo utópico, no sentido colocado por Paulo Freire (1979:27):

“Para mim utópico não é o irrealizável; a

utopia não é o idealismo, é a dialetização dos atos de denunciar e anunciar, o ato de denunciar a estrutura desumanizante e de anunciar a estrutura humanizante”.

Ainda sobre o assunto, Hinkelammert (1986) complementa, dizendo que utopia é um ideal, uma projeção, algo possível de ser realizado.

Nesta perspectiva, entendemos que o Serviço Social deve procurar trabalhar à luz desta utopia, pois acreditamos no potencial dos indivíduos, de que eles são capazes de transcender o senso comum. Para isso, o serviço social deve procurar desmistificar as representações negativas que a população possui, como uma meta a ser perseguida para a manutenção do sistema público de sangue e para que possamos estabelecer um processo contínuo e sistemático de estimulação da doação voluntária de sangue, como parte do exercício da cidadania. Isso acontecerá na medida em que se desenvolvem laços de solidariedade, rompendo o individualismo que o sistema nos impõe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de conclusão, entendemos que a reconstrução histórica da hemoterapia em Florianópolis foi fundamental para entendermos a visão atual da doação de sangue.

A pesquisa realizada junto aos funcionários da empresa CELESC Agência Regional, pôde evidenciar fatores da doação de sangue que muitas vezes passam despercebidos, como o fato das pessoas que não doam sangue por falta de interesse e comodismo estar justamente no grau de instrução superior. Houve também uma contribuição da pesquisa quando esta mostrou que somente uma minoria de funcionários (3,84%) doam sangue, o que nos leva a supor que este dado poderia ser representativo entre a população adulta em geral. Os resultados da pesquisa evidenciam a necessidade de uma longa e continuada ação educativa, buscando desmistificar os “tabus” ainda existentes acerca da doação de sangue, como também da importância do ato solidário da doação. Assim, sugerimos que:

- Todo resultado de coleta de sangue seja precedido por um amplo trabalho de esclarecimento junto à mídia, como também nas unidades de ensino e locais de trabalho. Acreditamos que estas ações são fundamentais para a transformação da cultura da doação de sangue;

- Que o Serviço Social continue presente neste campo de atuação, buscando ampliar e aprofundar sua contribuição na equipe interdisciplinar, no sentido de construir canais efetivos e permanentes de educação;

- seja dado continuidade aos programas de captação hospitalar, coletas externas, programa de agendamento de doadores, programa de comunicação social, programa de plantão e aos projetos universidade e escola, pois acreditamos nestes trabalhos para a transformação da cultura da doação de sangue.

- que o Serviço Social continue lutando para conseguir cada vez mais melhores meios de divulgação, com o objetivo de informar e orientar a população sobre o processo da doação de sangue, desmistificando assim a questão do preconceito por falta de esclarecimento;

- que os meios de divulgação mostrem o trabalho desenvolvido pelo HEMOSC como: uso de materiais descartáveis, o trabalho de técnicos qualificados etc., como forma de dirimir dúvidas;

- que outros estudos possam ser realizados em comunidades, empresas e outras organizações de interesse do HEMOSC, para que possamos mostrar à população a real importância da doação de sangue, pois “DOAR SANGUE É DOAR VIDA”.

Acreditamos que este trabalho tenha contribuído para um melhor entendimento sobre a questão da doação de sangue. Para tanto, esperamos que este não se encerre nele mesmo, mas seja contributivo para a realização de novos estudos, dado a complexidade do assunto e por constituir a demanda da prática do Serviço Social do HEMOSC.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, Andrea Geórgia Frossad. Captação de doadores X recrutamento de doadores. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 8, jul, 1996, Tese 44. p. 101 - 103.

BITTENCOURT, Carla Patrícia. Agendamento de doadores voluntários de sangue. Florianópolis: UFSC, 1993. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Graduação de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 1993.

BRASIL, Constituição (1988). Índice remissivo. São Paulo: Atlas, 1989.v.I.

BUSSANELLO, Sabino. Modernidade e cidadania. Florianópolis: UFSC. 1996. Aula proferida no curso de extensão para formação de educadores populares.

CAIRUTAS, Cândida Mendes. Componentes e derivados do sangue para uso terapêutico. Recife: UFPE, 1986. 382 p.

CARRARO, Cleomara Santana. Teoria das representações sociais como instrumento para análise da separação conjugal: um estudo no EMAJ. Florianópolis: UFSC, 1995. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Graduação de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

CHARTIER, Roger. A história cultural entre práticas e representações. Rio de Janeiro: Difel, 1990.

CID, Gabriela Fernandez. Promoção da doação solidária de sangue: um desafio institucional. Boletim do Instituto de hemoterapia de Buenos Aires. Rennes, França, n. 9. ago, 1995.

FREIRE, Paulo. Conscientização. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979. p. 27.

FREIRE, Paulo. Educação e mudança. 9. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. v. 1.

FREIRE, Paulo. Educação como prática da liberdade. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GENEDET, Bernard. Programa provincial de hemoterapia de Buenos Aires.

Boletim n. 9, Rennes, França, ago, 1995.

GENEDET, Bernard, ANDREU, Georges et al. Guia de hemoterapia prática. São Paulo: Atheneu, 1992.

HARMENING, Denise. Técnicas modernas em banco de sangue e transfusão. 8. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1992.

HINKELAMMERT, Franz J. Crítica à razão utópica. São Paulo: Edições Paulinas, 1988.

HOSPITAL DE CARIDADE. Relatório do serviço de banco de sangue. Org. Danilo Freire Duarte. Florianópolis, 1954.

HOSPITAL DE CARIDADE. Relatório do serviço de banco de sangue. Org. Danilo Freire Duarte. Florianópolis, 1955.

HOSPITAL DE CARIDADE. Relatório do serviço de banco de sangue. Org. Danilo Freire Duarte. Florianópolis, 1958.

HOSPITAL DE CARIDADE. Relatório do serviço de banco de sangue.

Org. Danilo Freire Duarte. Florianópolis, 1959.

JUNQUEIRA, Pedro Clovis. O essencial da transfusão sangüínea. São

Paulo: Andrei, 1979.

LISBOA, Antonio da Costa. Fundação centro de hematologia e

hemoterapia de Pernambuco. Recife: HEMOPE, 1987. (Cadernos

HEMOPE).

MANUAL DE QUALIFICAÇÃO DO CAPTADOR. Ministério da saúde,

Programa de assistência e promoção à saúde. Governo do Estado de

Santa Catarina, Cursor Criação e Marketing, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Sangue e

Hemoderivados (COSAH). Boletim Epidemiológico, v.1, n.3, Brasília,

1993.

MEDEIROS, Francisco Ary de. Informação para a sociedade: estratégia

para intervenção do serviço social. Serviço Social e Sociedade,

São Paulo, v. 12, n. 35, p. 7, abr, 1991.

MOCELLIN, Fátima Rosa. Resgate histórico do hospital Nereu Ramos. Florianópolis: UFSC, 1995. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Graduação de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

MOTTA, Mariza Aparecida. Primeiro curso de atualização em hemoterapia da Região Sul. Florianópolis, jul,1996.

MOTTA, Kátia Machado da. Editorial. Revista do instituto de hematologia "Arthur de Siqueira Cavalcanti". Rio de Janeiro, 11.v. fev, 1994. p. 3-4.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

ROUX, Jean Paul. Le sang - symboles, mythes et réalités. Paris, 1988.

SANTOS, Luiza de Castro, MORAES, Claudia et al. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. Physis, revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, 1991. p. 161 - 182.

SANTOS, Luiza de Castro, MORAES, Claudia et al. Anos 80: a politização do sangue. Physis, revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 1992.

SALLES, Nanci Alves. Triagem sorológica em bancos de sangue. Florianópolis, Associação Catarinense de Medicina, 1996. Primeiro curso de hemoterapia da Região Sul. Ministério da Saúde. COSAH, jul, 1996.

SCHMIDT, Paul J. Transfusion medicine academic center. Southwest, Florida Blood Bank, University of South Florida, 1994. v.34. n.2.

SERINOLLI, Mario Ivo. Garantia de Qualidade. Boletim COSAH. Coordenação de Sangue e Hemoderivados. v. 1, n. 3, nov, 1994. p. 15.

SOUZA, Maria Luiza de. Desenvolvimento de comunidade e participação. São Paulo: Cortez, 1987.