

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**MARILUZA WALTRICK ARRUDA**

**TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES DE SANGUE: ESPAÇO DE  
CUIDAR E EDUCAR**

**FLORIANÓPOLIS  
2007**

© *Copyright 2007* – Mariluzal Waltrick Arruda.

### Ficha Catalográfica

A779t Arruda, Mariluzal Waltrick  
O Triagem clínica de doadores de sangue: espaço de cuidar e educar /  
Mariluzal Waltrick Arruda — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.  
149 p.

Inclui bibliografia.

1. Saúde – Educação. 2. Doação de Sangue. 3. Enfermagem. 4. Hemoterapia  
- Serviço I. Autor.

CDD 21<sup>a</sup> ed. – 615.15

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

**MARILUZA WALTRICK ARRUDA**

**TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES DE SANGUE: ESPAÇO DE  
CUIDAR E EDUCAR**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Francine Lima Gelbcke

**FLORIANÓPOLIS  
2007**

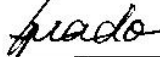
**MARILUZA WALTRICK ARRUDA**

**TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES DE SANGUE – ESPAÇO DE  
CUIDAR E EDUCAR**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

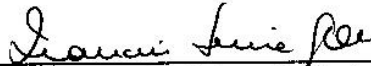
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

E aprovada na sua versão final em 15 de fevereiro de 2007, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

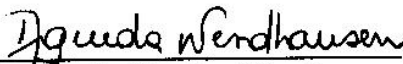


\_\_\_\_\_  
Dra. Marta Lenise do Prado  
Coordenadora do Programa

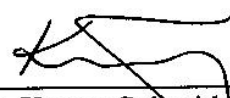
**Banca Examinadora:**



\_\_\_\_\_  
Dra. Francine Lima Gelbcke  
Presidente



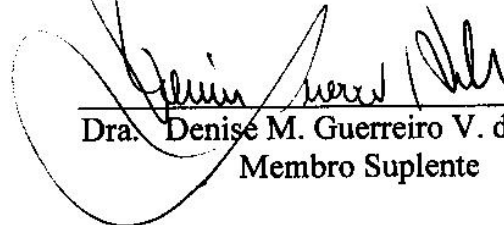
\_\_\_\_\_  
Dra. Agueda L. Pereira Wendhausen  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Kenya Schmidt Reibnitz  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Juliana Sandri  
Membro Suplente



\_\_\_\_\_  
Dra. Denise M. Guerreiro V. da Silva  
Membro Suplente



*"O QUE QUER QUE VOCÊ POSSA FAZER  
OU SONHE QUE POSSA, FAÇA-O.  
CORAGEM CONTÉM GENIALIDADE, PODER E  
MAGIA".*

GOETHE

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por todas as vezes que me aconchegou em seu colo e sussurrou ao meu ouvido palavras de fé e confiança nesta caminhada, bem como ao Meu Anjo pelas inspirações.

Aos meus pais, **Gely e Estela** pelo exemplo de perseverança e caráter. Vocês moram no meu coração.

Ao meu amor **Carlos**, por ter suportado minhas tempestades num copo d'água, com seu jeito brincalhão e sincero. Hoje compreendo que também foi meu anjo da guarda.

As minhas filhas **Fernanda e Renata**, pelo amor, amizade e pela compreensão dos momentos que eu necessitava estar ausente. Amo vocês.

A **Denise K. Koeche**, minha companheira desta caminhada, na qual choramos, conversamos, brincamos, mas também rimos muito.

A **Francine**, minha orientadora, por seu profissionalismo, sua calma, ponderação, e sabedoria. Por ser mãe, esposa e profissional, sempre soube me compreender.

A **Jaque e a Neila**, pela amizade.

A **TODAS as COLEGAS** do mestrado, pelos bons momentos que passamos.

A todas as **enfermeiras do hemocentro**, pela disponibilidade em aceitar a participar deste estudo e pela rica contribuição. Em especial a **Andréa**, companheira de jornada.

Aos **doadores de sangue** pela espontaneidade em participar deste estudo e pela sua contribuição, meu respeito e gratidão.

A todas as **professoras**, com que tive a oportunidade de vivenciar este processo de aprendizagem.

À Professora **Denise Guerreiro**, pelas pontuais sugestões na realização deste estudo e pela disponibilidade em ajudar.

À Professora **Kenya**, que sempre me recebeu com carinho e com aquele sorriso franco.

A **todos os membros da banca**, obrigada por aceitar compartilhar comigo este momento importante da minha vida. Em especial à doutoranda **Silvana Marcelino**, por me apresentar o Mayeroff.

Agradeço à **Direção do Hemocentro Regional de Lages e às Gerências**, por permitir a realização deste estudo, ao **CNPq** pelo fornecimento de bolsa, auxílio fundamental para eu prosseguir este mestrado.

A **Claudia**, pela disponibilidade de organizar o trabalho nas normas exigidas e por todas as vezes que me atendeu fora do horário.

ARRUDA, Mariluz Waltrick. **Triagem clínica de doadores de sangue: espaço de cuidar e educar.** 2007. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

Orientadora: Francine Lima Gelbcke

## RESUMO

Trata-se de um estudo realizado em um hemocentro do Estado de Santa Catarina, no qual abordamos o tema Triagem Clínica de Doadores de Sangue, a partir de algumas inquietações pessoais referentes a esta prática profissional. Teve como objetivo geral: conhecer o processo da triagem clínica deste hemocentro, a partir da percepção dos doadores e enfermeiras triagistas, a fim de refletir acerca da triagem clínica como um espaço de cuidado e educação para a doação de sangue. Optamos por uma pesquisa qualitativa, utilizando para coleta de dados a entrevista semi-estruturada aplicada a dez doadores e seis enfermeiras triagistas. Para análise dos dados, utilizamos a Análise de Conteúdo de Bardin, a partir da qual surgiram as seguintes categorias analíticas: - Doação de sangue como um ato de solidariedade; - O significado da triagem clínica de doadores de sangue; - Facilidades, dificuldades e alternativas para o processo de cuidar e educar o doador de sangue. Os dados apontam que os doadores e enfermeiras percebem que a triagem clínica é importante etapa para o processo da doação, a qual assegura a qualidade do sangue para o receptor e visa a proteção do doador. Os doadores sentem-se cuidados e educados pelas enfermeiras. As enfermeiras afirmam que o processo de cuidar e educar o doador já acontece, porém não de um modo integral e equânime, atribuindo a vários fatores colocados na categoria das dificuldades; referem serem necessários momentos de reflexão para repensar a prática da triagem clínica, pois salientam que esta caracteriza-se em uma consulta de enfermagem e não é percebida como tal e que realmente deve ser um momento de cuidar e educar o doador. Atualmente a educação ao doador acontece aos moldes de uma educação tradicional. A triagem clínica enquanto uma consulta de enfermagem é realizada apenas com caráter investigativo, porém deve favorecer a interação doador e enfermeira, propiciar a relação dialógica horizontal com acolhimento, escuta sensível e respeito, deste modo possibilitando o cuidado e educação em saúde aos moldes de uma educação problematizadora, onde haja troca de saberes e crescimento mútuo, valorizando sempre o doador enquanto “ser humano” e não como “repositor de sangue”. É necessário um trabalho perseverante, sensibilizando todos os profissionais para possibilitar esta mudança, a qual repercutirá na conscientização dos doadores de sangue como protagonistas do processo, bem como a importância da doação como ato de solidariedade e cidadania.

**Palavras-chave:** doadores de sangue, serviço de hemoterapia, educação em saúde, papel do profissional de enfermagem.



ARRUDA, Mariluza Waltrick. **Clinical selection of blood givers: space to take care of and to educate.** 2007. 149f. Essay (Master Degree in Nursing) Course of Postgraduate in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

## ABSTRACT

This is about a study carried through in one Blood bank of Santa Catarina State, in which we approach the subject Clinical Selection of Blood Givers, from some referring personal fidgets to this professional practice. Having as general objective, in order to reflect about the clinical selection as a space of care and education for the blood donation, one needs to know the process of the clinical selection of this hemocenter, from the perception of the givers of blood and selector nurses. We opt to a qualitative research, using for data collection the interview half-structuralized applied to ten givers and six selector nurses. We also pcked up some data collected from a reflection moment of a clinical selection experience from nurses before this research. For analysis of the data, we use the Analysis of Content of Bardin, from where the following analytical categories had appeared:- Donation of blood as a solidarity act;- The meaning of the clinical selection of blood givers;-Facilities, difficulties and alternatives for the process to take care of and to educate the blood givers. The data point that the gives and nurses perceive that the clinical selection is a important stage for the process of donation, which assure the quality of the blood for the receiver and aim the protection of the giver. The givers felt well-taken care and educated by nurses. The nurses declare that process of taking care and educate the giver already happens, however not as an integral and impartial way, cause by several factors, they relate to be necessary moments of reflection rethink about this practical, therefore they point out that the selection is characterized in a nursing consultation and is not perceived as such and that the selection must be a moment to take care of and really to educate the giver. Now a days the education to the giver happens as the molds of a traditional education. The clinical selection, while a nursing consultation, is carried through only as a investigable character, however is must help the interaction between giver and nurse, to propitiate the horizontal dialogic relation with shelter, sensible listening and respect, in this way making possible the care of and education in health in molds of a problematical education, where is has exchange of knowledge and mutual growth, valuing always the giver while “human being” and not as “repositor of blood”. It is necessary a persistent work, sensitizing all the professionals to make possible this change, which will re-echo in the awareness of the blood givers as protagonists of the process, as well as the importance of the donation as act of solidarity and citizenship.

**Words Key:** blood donors, hemothrapy service, health education, nurse's role.

ARRUDA, Mariluz Waltrick. **Clasificación clínica de donadores de sangre: espacio de cuidar y educar**, 2007.149f. Disertación (Maestría en Enfermería)-Curso de Posgraduación en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

## RESUMEN

Se trata de un estudio realizado en un Hemocentro del Estado de Santa Catarina, en el cual abordamos el tema Clasificación Clínica de Donadores de Sangre, a partir de algunas inquietudes personales referentes a ésta práctica profesional. Teniendo como objetivo general, conocer el proceso de la clasificación clínica de este Hemocentro, a partir de la percepción de los donadores de sangre y enfermeras clasificadoras, con el objetivo de reflexionar sobre la clasificación clínica como un espacio de cuidado y educación para la donación de sangre. Optamos por una pesquisa cualitativa, utilizando para colecta de datos la entrevista semi-estructurada aplicada a diez donadores y seis enfermeras clasificadoras. Captamos también algunos datos colectados a partir de un momento de reflexión sobre la clasificación clínica vivenciando junto a las enfermeras anteriormente a esta pesquisa. Para análisis de los datos, utilizamos el Analisis de Contenido de Bardin, a partir del cual surgieron las siguientes categorías analíticas: - Donación de sangre como un acto de solidaridad;- El significado de la clasificación clínica de donadores de sangre;- Facilidades, dificultades y alternativas para el proceso de cuidar y educar los donadores de sangre. Los datos apuntan que los donadores y enfermeras perciben que la clasificación clínica es una etapa importante para el proceso de donación. Los donadores se sienten cuidados y educados por las enfermeras. Las enfermeras afirman que el proceso de cuidar y educar el donador ya acontece, pero no de un modo integral e imparcial, atribuyendo a varios factores, son necesarios momentos de reflexión para pensar en ésta práctica, pues acentúan que la clasificación se caracteriza en una consulta de enfermería y no es percibida como tal y que realmente la clasificación debe ser un momento de cuidar y educar al donador. Actualmente la educación al donador acontece a los moldes de una educación tradicional. La clasificación clínica, en cuanto una consulta de enfermería, es realizada con carácter investigativo, pero debe favorecer la interacción donador-enfermera, propiciar una relación acogedora, escucha sensible y respeto, de este modo posibilitando el cuidado y educación en salud a los moldes de una educación problematizadora, donde haya intercambio de saberes y crecimiento mútuo, valorando siempre el donador en cuando “ser humano”y no como “repositor de sangre”. Es necesario un trabajo perseverante, sensibilizando a todos los profesionales para que puedan posibilitar este cambio, el cual repercutirá en la concientización de los donadores de sangre como protagonistas del proceso, bien como la importancia de la donación como acto de solidaridad y ciudadanía.

**Palabras-claves:** donadores de sangre, servicio de hemoterapia, educación em salud, rol de la enfermera.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 História da Hemoterapia.....</b>	<b>20</b>
2.1.1 Década de 40 e 50.....	22
2.1.2 Década de 60 e 70.....	23
2.1.3 Década de 80 até a atualidade .....	25
<b>2.2 Legislação do sangue .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3 Triagem clínica de doadores de sangue.....</b>	<b>29</b>
<b>2.4 Processo de Trabalho em Saúde.....</b>	<b>32</b>
2.4.1 Processo de Trabalho na Enfermagem .....	33
2.4.2 Processo de Trabalho da Enfermagem em Hemoterapia.....	37
2.4.3. Processo de Trabalho da Enfermeira Triagista.....	38
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>40</b>
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>55</b>
<b>4.1 Contexto da pesquisa.....</b>	<b>55</b>
<b>4.2 Sujeitos da pesquisa e aspectos éticos .....</b>	<b>56</b>
<b>4.3 Ferramentas para coleta e análise dos dados.....</b>	<b>57</b>
<b>5 TRIAGEM CLÍNICA: MOMENTO DE CUIDAR E EDUCAR? .....</b>	<b>59</b>
<b>5.1 Doação de sangue como um ato de solidariedade.....</b>	<b>60</b>
<b>5.2 O significado da triagem clínica de doadores de sangue.....</b>	<b>69</b>
5.2.1 Percepção do doador.....	69
5.2.2 Triagem clínica, a percepção das enfermeiras triagistas quanto a sua função .....	84
<b>5.3 Facilidades, dificuldades e alternativas para o processo de cuidar e educar o doador de sangue .....</b>	<b>94</b>
5.3.1 Facilidades encontradas na triagem clínica para o processo de cuidar e educar .....	94
5.3.2 Dificuldades relatadas que interferem no processo de cuidar e educar.....	102
<b>6 TRIAGEM CLÍNICA – CAMINHO PARA UM TRABALHO SOLIDÁRIO E COMPROMETIDO.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>143</b>

## INTRODUÇÃO

A enfermagem enfrenta, atualmente, a necessidade de mudanças frente às novas expectativas da população e, conseqüentemente, do mercado de trabalho, o qual está exigindo revisão do seu papel enquanto elemento integrante de uma equipe interdisciplinar. Este fato coloca a enfermagem diante de um novo paradigma que a impulsiona a identificar os problemas das pessoas sob seus cuidados de forma individualizada, capaz de compreender o seu processo saúde e doença.

Nos serviços de hemoterapia, há mais ou menos duas décadas, as enfermeiras<sup>1</sup> vêm assumindo um papel importante, destacando seu trabalho em nível ambulatorial no cuidado, prestando assistência aos usuários portadores de doenças hematológicas; coordenando programas de qualidade, pois este serviço exige controle rigoroso em todos os procedimentos realizados, no setor de coleta de sangue, na função de chefia de enfermagem e na função de triagista de candidatos a doação de sangue, entre outros.

Atualmente trabalho em um hemocentro que faz parte da Hemorrede Pública de Santa Catarina, localizado na região do planalto serrano. Nesse trabalho, exerço a função de enfermeira triagista de doadores de sangue, compartilhando com mais três enfermeiras diretamente e três indiretamente, nessa mesma função. Desde que iniciei esta atividade assistencial, algumas inquietações pessoais surgiram por estarem relacionadas ao cotidiano da minha prática profissional. A princípio, senti dificuldade em ter prazer ao desempenhar essa atividade, pois encontrei-me várias vezes pensando e buscando a essência deste trabalho. Sentia-me cumprindo tarefas, preocupando-me em respeitar a normatização que rege esta prática, parecendo não contribuir no processo de cuidar e educar os doadores de sangue de forma efetiva. Com o decorrer de alguns meses, percebi que muitas das minhas inquietações, também eram compartilhadas pelas outras enfermeiras e que a triagem clínica (TC) é uma das etapas

---

<sup>1</sup> Justifico usar o gênero feminino, pois nesta pesquisa a função de triagista é predominantemente realizada por mulheres/enfermeiras.

mais importantes do ciclo do sangue, ou a mais importante, pois nela se inicia o contato mais direto e pessoal com o doador, isto é, um momento que serve de elo de ligação hemocentro-doador. Esse espaço profissional deve ser valorizado como uma conquista da enfermagem, pois foram as enfermeiras que assumiram essa função na maioria dos hemocentros. Essa função pode ser exercida também por outros profissionais da área da saúde desde que tenham formação de 3º grau. Portanto a enfermagem deve valorizar esse espaço, assumindo-o integralmente e da melhor forma possível.

A triagem clínica consiste em uma entrevista com o candidato à doação. Essa entrevista é realizada no dia da doação, em ambiente que garanta a privacidade e sigilo das informações prestadas pelo doador. Nesse momento, a triagista avaliará os antecedentes históricos e o estado atual de saúde do candidato à doação, para determinar se a coleta pode ser realizada sem causar-lhe prejuízo, e se a transfusão dos hemocomponentes, preparados a partir desta doação, pode vir a causar problemas aos receptores (BRASIL, 2004). Toda a entrevista e a decisão final do triagista é norteada pelo conhecimento prévio que esta profissional deve ter da Resolução da Diretoria Colegiada nº 153, de junho de 2004 (RDC nº 153), que determina a regulamentação técnica para os procedimentos hemoterápicos, incluindo o ciclo do sangue, isto é, desde a triagem clínica, coleta, processamento, fracionamento, triagem sorológica, armazenamento e destino final do sangue e hemocomponentes. Nela constam todos os critérios objetivos para avaliação do doador (BRASIL, 2004).

Acredito que não basta a triagista saber toda a normatização, se não tiver sua percepção aguçada em captar também o subjetivo que envolve este momento. Na triagem, é possível propiciar uma relação interpessoal triagista/doador, podendo gerar uma relação de confiança desde que o profissional tenha esta habilidade, ou seja, a preocupação em desenvolvê-la, percebendo o doador de modo integral, como ser humano que é, uma vez que a base do cuidar em enfermagem na hemoterapia assenta-se em princípios, habilidades e atitudes pautadas na relação de ajuda e na comunicação. A experiência vivida pelo doador em todo o processo de doação deve ser positiva, pois em todas as etapas há alguma forma de interação social.

Diante da constante necessidade de resignificar e agregar novos conhecimentos

para o bom desempenho da função de triagista, no segundo semestre do ano de 2005, atendendo aos requisitos da disciplina de Projetos Assistenciais de Enfermagem e Saúde oferecida no Programa de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, tivemos a oportunidade de programar e vivenciar uma Prática Assistencial Educativa e Reflexiva com as Enfermeiras Triagistas do Hemocentro citado. Essa Prática tinha como objetivo criar um espaço de reflexão dialógica com as seis enfermeiras que realizavam a triagem clínica de doadores de sangue, visando repensar o ato de cuidar-educar os doadores. Para a realização da Prática Assistencial buscamos sustentação na metodologia problematizadora, partindo da observação da realidade profissional dessas enfermeiras, utilizando oficinas como estratégia para os encontros e as etapas do Arco da Problematização propostas por Charles Maguerez a fim de descrever a trajetória metodológica.

Na primeira oficina, procuramos identificar a percepção das enfermeiras em relação à sua prática diária na triagem clínica. Na segunda oficina, foram levantados os pontos que facilitam e/ou dificultam o processo de cuidar e educar os doadores de sangue na triagem clínica, elencando os pontos-chave de cada problema. Na terceira oficina, retomamos os pontos-chave para aprofundar as reflexões das questões consideradas mais importantes pelo grupo. No quarto encontro, aconteceu a teorização dos problemas e de seus pontos-chave. Ao final, após momentos de discussão, trocas de experiência e reflexão, construíram-se estratégias nas quais as enfermeiras acreditavam que se aplicadas à realidade poderiam possibilitar uma relação dialógica na triagem e favorecer o processo de cuidar e educar os doadores de sangue. Desse modo, as enfermeiras triagistas que participaram da Prática Assistencial, concluíram que a triagem clínica caracteriza-se por ser um momento muito repetitivo, quando limitado ao roteiro das perguntas/questionário de auto-preenchimento (ANEXO 1) que é compulsório a todos os doadores. Enfatizaram também que em dias de maior demanda de doadores esta repetição acarreta em um desgaste físico e mental. Salientaram ainda, que a triagem realizada em coletas externas (nas empresas, universidades e em outras cidades) e em dias de campanha para doação, quando em uma média de seis horas são realizadas com entrevistas por apenas duas enfermeiras, torna-se um ato mecanizado, sem as condições de olhar o doador em sua integralidade

e prestar-lhe um cuidado de enfermagem diferenciado. A triagem realizada, dessa forma, impossibilita atender a necessidade e singularidade de cada doador.

Dentre as estratégias sugeridas pelas enfermeiras ao final da prática assistencial, está a delimitação do cadastro de doadores, 50 doadores no período da manhã e 50 doadores no período da tarde nas coletas externas. Foi implementada no Hemocentro, tendo em vista a melhor organização do tempo e favorecer a qualidade das entrevistas. Porém, as enfermeiras perceberam que mesmo com a redução do número de doadores a serem atendidos, ainda não foi possível propiciar uma relação dialógica e favorecer o processo de cuidar e educar os doadores de sangue de modo integral nas situações citadas. Referiram também a necessidade de conhecimento relacionado à saúde vocal e ergonomia. Foram solicitadas e implementadas palestras no planejamento institucional em 2006, que possibilitaram um aprendizado sobre técnicas apropriadas, e cuidados especiais relacionados à saúde vocal e mental. Em relação a prática profissional diária da triagem clínica perceberam e sugeriram a necessidade de se criar mais momentos de reflexão-dialógica entre as enfermeiras e com a equipe de enfermagem, para repensar a prática, (re) descobrir potencialidades, trocar experiências, dividir angústias, de modo a possibilitar uma prática profissional mais prazerosa, e colocar no dia a dia uma melhor interação com os doadores.

As enfermeiras referiram, ainda, que, em sua prática diária, realizam o cuidado e educação aos doadores, a exemplo dos casos de hipertensão arterial, doenças sexualmente transmissíveis, promoção ao exame preventivo de colo uterino, anemias, encaminhamento a esquemas de vacinação da hepatite B, e realizam também, alguns encaminhamentos de doadores para serviços de referência e contra-referência. Nos casos que necessitam serem encaminhados para avaliação médica, quando os doadores apresentam hematócrito abaixo ou acima do parâmetro de normalidade ou hemoglobina abaixo ou acima dos parâmetros de normalidade, conforme rege a RDC nº 153, são encaminhados ao hematologista do serviço do hemocentro. Algumas enfermeiras referiram que muito se pode fazer na triagem, enquanto profissionais do cuidado comprometidas com a educação.

Comprovou-se pela vivência da Prática Assistencial, que estas enfermeiras têm a preocupação de realizar uma triagem mais humanizada, assistindo ao doador

enquanto ser humano integral e não como um repositório de sangue para atender as necessidades de manutenção de estoque dos serviços

No entanto, um dos problemas considerado relevante pelas enfermeiras é o de perceber que muitos doadores não compreendem o processo da doação e conseqüentemente o ato de doar, vindo a acarretar uma série de preocupações, pois geralmente estão com pressa, alguns pensam que é só fazer o cadastro e doar seu sangue, outros vivenciam situações de risco e vêm ao hemocentro doar sangue com a prévia intenção de fazer exames sorológicos sem noção de que estão colocando em risco a saúde do receptor, ou pior, tendo esta noção sem importar-se com a gravidade do ato. Temos o entendimento de que muitos doadores são comprometidos; doam seu sangue como um gesto de cidadania e voluntariamente auxiliam a quem possa precisar – chamada doação voluntária -. Eles têm consciência de sua ação, preparam-se para doar, evitando alimentos gordurosos, uso de medicações, ingestão de bebida alcoólica, entre outros, isto é, preservam sua saúde em função da saúde do outro; no caso, o receptor de sangue.

Nesta perspectiva, com base na “reflexão gerada” na Prática Assistencial saliento que é de fundamental importância aprofundar a percepção das enfermeiras em relação aos doadores quanto a não compreensão do processo da doação, pois cada doador tem suas características individuais e até interesses pessoais em doar sangue, dependendo do conhecimento e comprometimento que tem relacionado a este ato.

A fim de exemplificar um pouco a complexidade desse contexto cito o caso das doações que foram motivadas pelo interesse específico de ajudar um familiar, amigo, ou a pedido de outra pessoa, cuja denominação é doação vinculada; diferenciando-se da doação voluntária.

É comum o doador vinculado apresentar comprometimento do estado emocional pelo fato de estar doando para pessoas com ligação afetiva importante. Sentem o compromisso em ter que doar possibilitando a omissão de informações, sofrem pressão familiar e o próprio despreparo para tal ato por desconhecimento, medo e mitos relacionados à doação de sangue.

Essa situação pode ser constatada pelas estatísticas. No Brasil, 15% dos candidatos à doação vinculada são rejeitados na triagem clínica. Entre 1 e 2%, dos



doadores vinculados são inaptos pelo chamado voto de auto-exclusão, que é a declaração confidencial do doador para comportamento de risco para a transmissão de doenças pelo sangue com opção de resposta sim ou não. Ao assinalar “SIM”, o doador se auto-exclui nesta doação entendendo e ou assumindo que seu sangue não deve ser usado para transfusão. Além disso, os candidatos à doação vinculada que chegam a doar, 18% das bolsas coletadas são descartadas na triagem sorológica - exames realizados para investigar doenças transmitidas pelo sangue (BELLATO, 2001).

Daí a necessidade da triagista, além de procurar conhecer as motivações dos doadores para a doação do sangue, precisa se envolver com o cuidado captando a comunicação verbal e a não verbal do candidato à doação.

Para cuidar do ser humano, a enfermeira precisa considerar sua construção cultural, respeitando valores, crenças, costumes e modos de vida diferentes, relacionados com sua construção social, bem como conhecer o entendimento do doador em relação ao processo de doação.

Massingam (2004) relata em sua tese, na coleta de dados nos Hemocentros de Santa Catarina, que o hemocentro da região do planalto serrano, apresenta o maior número de doadores avaliados como inaptos pela triagem clínica e que os testes sorológicos positivos dos doadores aptos pela triagem, atingem um baixo índice. Podemos dizer que algumas características regionais dos doadores contribuem para aumentar os casos de inaptidão, a exemplo do hematócrito baixo, lipemia decorrente dos hábitos alimentares da região, hipertensão, doenças respiratórias nos meses de inverno entre outras. Porém a baixa soropositividade dos doadores nos leva a inferir que há um grande comprometimento e preocupação das profissionais que realizam a triagem, levando em conta seu conhecimento da normatização do sangue e a habilidade profissional, e que as orientações repassadas aos doadores vêm refletindo de forma positiva, nesta avaliação.

Para atuar nesta função nos serviços de hemoterapia, o profissional deve buscar aprimorar as capacidades de percepção, comunicação e de sensibilidade em captar o subjetivo, há que se ter uma escuta e observação sensível, buscando a integralidade do cuidado, percebendo nos usuários do sistema suas necessidades de saúde e suas inquietações (MATTOS, 2004). Desta forma, penso que durante o processo da triagem

clínica é necessário propiciar uma entrevista mais participativa em que aconteça um diálogo entre triagista e doador, tendo como consequência um processo educativo gradual, possibilitando a educação em saúde desses doadores. Mattos (2004, p.1414), coloca que “defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica”. Defender a integralidade nas práticas de saúde é defender que nossas ações estejam voltadas à realidade de cada pessoa que procura o serviço.

Algumas preocupações ainda me incomodam, principalmente relacionadas à forma como se tem realizado a prática da triagem clínica com vistas à educação em saúde, desde o momento que o doador inicia a pré-triagem com a verificação dos sinais vitais, do peso, da altura e do controle do hematócrito ou hemoglobina, e é encaminhado à triagem clínica e posteriormente à coleta de sangue. Essas etapas são “cronometradas”, não devendo o processo ultrapassar o tempo de cinquenta minutos. Este “tempo” é um indicador do setor coleta o qual tem a finalidade de monitorar e otimizar o tempo de atendimento ao doador, visando um dos requisitos da qualidade deste atendimento. É necessário que haja uma sincronia em todas as etapas envolvidas no processo. Então, minha inquietação está em como cuidar e educar com equidade os doadores, levando em conta a singularidade dos indivíduos, o tempo necessário para atender as especificidades de cada um e adequar o processo de comunicação de acordo com a capacidade de compreensão de cada doador?

Os questionamentos que emanam desse contexto levaram a estabelecer como objetivo geral desse estudo, **conhecer o processo da triagem clínica de doadores de sangue de um hemocentro, a partir da percepção de doadores e enfermeiras triagistas, a fim de refletir acerca da triagem clínica como espaço de cuidado e educação para a doação de sangue.**

Enquanto enfermeira, entendo que cuidar do doador é também saber ouvi-lo; é dar espaço e tempo para que ocorra a interação enfermeira/doador, para que este sintase a vontade para compartilhar sua história. Para isso, a enfermeira triagista em hemoterapia deve propiciar um espaço onde aconteça o processo educativo numa sucessão de fenômenos, de modo a instrumentalizar ações conscientes nos doadores,

como a importância do ato de doar. Este processo educativo somente poderá se concretizar quando constituir-se em constante processo de ação-reflexão-ação, de modo que o cuidado ao doador venha a tornar-se verdadeiramente uma práxis.

Diante da constante necessidade de transfusões de sangue, os hemocentros têm um sério compromisso com a qualidade envolvendo todas as etapas do ciclo do sangue. A enfermeira sendo parte integrante deste processo deve buscar, por meio da triagem clínica, práticas criativas para envolver o doador de forma consciente, sentindo-se, também, membro integrante deste processo.

Esse contexto, agregado às colocações, percepções e reflexões das enfermeiras triagistas nas oficinas realizadas na Prática Assistencial, foram o despertar para a decisão desta pesquisa. Assim, optei por aprofundar os relatos das enfermeiras triagistas e conhecer a percepção dos doadores em relação à triagem clínica e ao processo da doação.

Desenvolver esta pesquisa, no próprio local de trabalho, exigiu o cuidado em distanciar-se da realidade para possibilitar a compreensão daquilo que fui buscar, ou seja, a percepção dos sujeitos do estudo.

Saliento que minha escolha pelo tema *triagem clínica* não foi ao acaso. A princípio, foi por inquietações pessoais enquanto enfermeira que vivencia esta realidade. E por acreditar que, por meio da triagem clínica possa se favorecer a captação de doadores a partir da conscientização destes por meio do cuidado e da educação. Desse modo, esse estudo propõe contribuir na reflexão, análise e compreensão acerca da triagem, entendendo-a como possibilidade de espaço de cuidado e educação, favorecido por uma relação dialógica horizontal entre enfermeira e doador, diante de uma realidade instituída.

Além disto, vislumbro, com este estudo, contribuir na produção do conhecimento nesta área, tendo em vista que na busca de referencial teórico acerca do tema *triagem clínica* em hemocentros, identifiquei uma lacuna na produção científica. Os estudos encontrados referem-se a aspectos objetivos da *triagem clínica*, envolvendo a legislação, porém, não há estudos acerca dos aspectos subjetivos, que envolvem o fazer da enfermeira na triagem do doador de sangue, ou seja, a relação entre triagista e doador. Há, portanto, a necessidade de se ter um olhar aguçado para

esta realidade, no sentido não só de garantir a qualidade do sangue, mas acima de tudo, de se ter um fazer consciente pautado na educação, visando que o doador perceba realmente sua função, e mais que isto, sinta-se comprometido com o ato de doar como um gesto de cidadania.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

O sangue sempre teve papel de destaque na história da humanidade, sendo que na antiguidade era considerado um fluido vital que conferia vida e juventude. Entretanto, foram necessários muitos séculos para que pudesse assumir papel terapêutico de importância, tal como se encontra na atualidade. Denominamos hemoterapia o tratamento terapêutico por meio de transfusão de sangue.

Nesta revisão de literatura, realizaremos uma retrospectiva histórica da hemoterapia. Abordaremos a legislação relativa ao sangue, à triagem clínica de doadores de sangue, bem como o processo de trabalho no setor saúde, destacando o papel da enfermagem no processo de doação de sangue.

### 2.1 História da Hemoterapia

Podemos dizer que a história da hemoterapia aconteceu em duas fases: a empírica e a científica. Na *fase empírica*, a hemoterapia ocupou um espaço entre o científico e o místico. Na Grécia, os gregos reconheciam que a retirada do chamado “sangue ruim” era prática freqüente para as mais diversas doenças; defendiam que a transfusão de sangue de um homem jovem para outro velho e debilitado poderia conferir a este último juventude e vigor (SERINOLLI, 1999).

Segundo Serinolli (1999), em 1615, o médico saxão, Andrés Libavius descreveu uma técnica de transfusão de sangue, embora não haja provas de que ele tenha realizado o procedimento. Acredita-se que o conceito de transfusão de sangue não poderia ter surgido antes da descrição do sistema circulatório no corpo, descoberto em 1616, por Willian Harvey. A partir deste momento a Hemoterapia começou a chamar a atenção dos estudiosos da saúde para a possibilidade da transfusão.

O primeiro caso de transfusão de sangue de animais em humanos aconteceu em

1667. Essa transfusão era justificada, na época, pois se acreditava que o sangue animal era menos contaminado pelas paixões e vícios. Este procedimento foi considerado criminoso e proibido, pois o homem que recebeu esta transfusão foi a óbito logo após as três transfusões realizadas. Em 1817, James Blundell e John Leacok defendiam a transfusão em animais da mesma espécie. Blundell, em 1818, realizou a primeira transfusão de sangue em humanos para fins terapêuticos, pois como obstetra e fisiologista, havia perdido muitos pacientes por hemorragia, decidindo tentar a transfusão de sangue. Observou que a morte por hemorragia poderia ser prevenida com a reposição de sangue, que somente sangue humano podia ser utilizado em humanos; que o sangue arterial era tão eficaz quanto o sangue venoso, de acordo com Kutner (1998). No final do século XIX, apesar dos avanços realizados por Blundell, os problemas relacionados à transfusão sangüínea eram significativos. Para Serinolli (1999), os problemas com a coagulação do sangue e de reações transfusionais estimularam a utilização de leite de animais como substituto do sangue, porém devido às reações adversas e o aparecimento da solução salina em 1884, foi suspenso o uso do leite como substituto do sangue.

*Fase científica:* De acordo com Serinolli (1999), no início do século XX ainda eram realizadas transfusões empiricamente, ou seja, sem a realização dos exames prévios de compatibilidade. Esse tipo de transfusão era realizado através de técnicas rudimentares, diretamente do doador para o organismo do receptor, historicamente conhecido como “doação braço a braço” (KOECHER, 2000, p.48). Com os avanços da medicina transfusional, em 1901, Karl Landsteiner descobriu os grupos sangüíneos ABO e em 1907 foi realizada a primeira transfusão precedida da compatibilidade ABO. Alguns anos depois, descobriram o fator RH, desenvolveram as soluções anticoagulantes e preservantes do sangue. Com a descoberta de outros grupos sangüíneos e a invenção das bolsas de sangue a medicina transfusional foi reconhecida como especialidade médica. Sucessivos achados imunohematológicos colaboraram para a difusão do uso do sangue nas terapias, passando as transfusões a serem realizadas rotineiramente. Apesar de tudo isso, os historiadores consideram como determinantes para o desenvolvimento da medicina transfusional no século XX, as duas guerras mundiais, as guerras da Coréia e do Vietnã e, mais recentemente, a

epidemia da AIDS (SERINOLLI, 1999).

Serinolli (1999) afirma que o grande desenvolvimento dos bancos de sangue deu-se durante e após a Segunda Guerra Mundial. O banco de sangue da Cruz Vermelha norte-americana prestou sua contribuição para suprir as necessidades de sangue e derivados durante o período de guerra, organizou programas de coleta de sangue especialmente para a produção do plasma liofilizado devido sua facilidade de uso e conservação. Diluído com água destilada, o plasma mantinha a volemia dos soldados gravemente feridos. No final da Guerra, os 27 bancos de sangue da Cruz Vermelha Americana, antes voltados para atividades militares, passaram a atuar junto à comunidade civil.

Segundo Parker et al. (1994), a descoberta do HIV (vírus da Imunodeficiência Adquirida), representou um marco na hemoterapia mundial. Em 1983, foi publicada a primeira descrição de caso suspeito de transmissão do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) por transfusão de sangue, o qual foi confirmado em 1984.

Para Parker et al. (1994, p.308): “[...] a AIDS determinou nesta situação histórica a ‘politização do sangue’ e os limites da pressão pela mobilização da sociedade civil, tanto para a redefinição das Políticas Nacional e Estadual de Sangue, como para a reorganização da Política Nacional de Saúde”. A ocorrência de casos de AIDS transfusional fez com que inúmeros bancos de sangue fossem fechados e condições mínimas de funcionamento exigidas.

O aparecimento da AIDS, a descoberta de sua possível transmissão por transfusão de sangue e a ausência de testes laboratoriais que permitissem sua detecção, fizeram com que a identificação dos candidatos à doação e, principalmente, à triagem clínica dos candidatos à doação, assumissem papel preponderante no processo de doação e na determinação da segurança das transfusões.

#### 2.1.1 Década de 40 e 50

Na década de 40, de acordo com Koeche (2000), uma nova era marcava a história das transfusões. Estudiosos concluíram que elas não apenas salvavam vidas,

mas também podiam transmitir doenças como sífilis e hepatite. Juntamente a outros métodos de controle, iniciou-se, então, a triagem do sangue doado por meio de exames para possível detecção de agentes causadores de doenças infecto-contagiosas transmitidas pelo sangue. Na tentativa de evitar a transmissão dessas doenças, bem como de prevenir descobertas desastrosas de novos agentes causadores de doenças letais, vários esforços foram concentrados no intuito de controlar adequadamente a qualidade dos hemocomponentes produzidos.

Serinolli (1999) afirma que no contexto brasileiro nesta década, foram criados os primeiros bancos de sangue: o banco do Hospital Fernandes Figueiredo, no Rio de Janeiro, em 1941 e o Banco de Sangue da Prefeitura do Distrito Federal, em 1945. Dando segmento a esta trajetória, em 1949, foi criada a Associação dos Doadores Voluntários de Sangue do Rio de Janeiro e mais tarde, em âmbito nacional.

No ano de 1950, foi instituída a primeira Lei Federal (Lei 1.075 de 27/03/1950) que tratava do sangue. Esta legislação incentivou a doação, pois determinava que todo funcionário público, civil ou militar, que doasse “voluntariamente” sangue, teria o seu dia de trabalho abonado. Caso o doador não fosse funcionário público, o seu nome seria incluído “entre os que prestaram serviços relevantes à sociedade e à Pátria” (BELLATO, 2001, p.78).

Os serviços de sangue não eram fiscalizados, permitindo aos bancos de sangue privados, tornar o sangue um produto lucrativo, havendo doação voluntária e doação remunerada.

### 2.1.2 Década de 60 e 70

A partir da década de 60 foi necessário investir nos recursos humanos, pois novas técnicas de conservação e fracionamento do sangue foram criadas e oportunamente surgiram as indústrias de hemoderivados, visando obter lucro com o sangue. O sangue nesta época era muitas vezes contrabandeado, principalmente nos países que não permitiam seu comércio.

No Brasil, nesta mesma década, na cidade do Rio de Janeiro, a coleta de sangue era realizada indiscriminadamente, optando-se por pessoas de baixo poder aquisitivo



que vendiam seu sangue, sendo que repetidas vezes ocorreram casos de indivíduos doarem sangue em um banco de sangue e receberem transfusão em outros serviços para terem condições de doar novamente em troca de dinheiro. O mais grave desta situação é que muito desses doadores eram portadores de hepatite, sífilis, entre outras patologias transmitidas pelo sangue. Os problemas graves ocorridos no Brasil nesta década preocuparam a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo que, em 1969, uma missão chefiada pelo Professor Pierri Cazal, da França, experiente em questões do sangue, ao chegar ao Brasil, visitou vários serviços hemoterápicos considerados de baixa qualificação técnico-científica, nos quais 70% dos doadores eram remunerados, indicando a necessidade de reformular a hemoterapia nacional (SERINOLLI, 1999).

O mesmo autor relata que no final da década de 60, mais de 50% dos pacientes hemofílicos estavam contaminados com hepatite B. Com a introdução dos testes no início de 1970, houve diminuição dos casos de hepatite pós transfusional.

Com a criação da Associação Brasileira de Doadores Voluntários (ABDVS) foi instituído o Dia Nacional do Doador de sangue, através do decreto Lei nº 53988, de 30/06/1964.

De acordo com Bellato (2001), em 1965, foi criada a Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH), responsável por grande parte da legislação do setor hemoterápico, em vigor até hoje e, também, as bases da Política Nacional de Sangue, através da Lei 4.701, de 28/06/65.

Em 1975, com a publicação da Resolução nº 1/75 no Diário Oficial da União, em 04/07/1975, foram especificados alguns procedimentos em relação ao sangue humano e seus derivados, só podendo ser empregados como meio terapêutico, profilático ou diagnóstico depois de terem sido submetidos a provas laboratoriais adequadas, cujos resultados mostravam a não reatividade para o vírus da hepatite B e informações para sífilis e Doença de Chagas.

Ao final da década de 70, o controle dos serviços era realizado quase que totalmente pelos bancos privados, onde predominava a doação remunerada. Não se faziam exames sorológicos para detectar doenças transmitidas pelo sangue, sendo que pouco progresso aconteceu neste período.

### 2.1.3 Década de 80 até a atualidade

De acordo com Serinolli (1999), desde 1969, a Missão Casal, enviada pela OMS, tinha como proposta a criação de um órgão técnico central que se encarregasse do controle, normatização e formação de pessoal no campo da hemoterapia, incentivando as pesquisas científicas nesta área. Somente em 07/04/1980, foi então criado o Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados, o Pró-Sangue, com o objetivo de reorganizar, ampliar e desenvolver as atividades hemoterápicas, além de incentivar a doação voluntária não remunerada, visando à finalidade social da coleta de sangue. A estratégia básica de implementação do Pró-Sangue era a implantação da rede nacional de hematologia e hemoterapia, os Hemocentros Coordenadores nas Capitais e posteriormente os Hemocentros Regionais sob a coordenação do primeiro, com a exigência de profissionais médicos especialistas em hematologia e hemoterapia.

O aparecimento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no início dos anos 80 e a descoberta da sua possível transmissão por transfusão de sangue, bem como a ausência de testes laboratoriais que permitissem sua detecção fizeram com que a identificação dos candidatos à doação e, principalmente, à Triagem Clínica, assumissem papel preponderante no processo de doação e na determinação da segurança das transfusões. A população, em geral, preocupou-se e buscou informações seguras.

Com a política de descentralização e a ausência de medidas do Governo Federal, os estados do Rio de Janeiro e São Paulo iniciaram a reformulação de suas políticas na área da hemoterapia. No Rio de Janeiro, em 1985, a doação remunerada foi proibida. São Paulo foi pioneiro em determinar medidas visando à redução de incidência de AIDS por via transfusional, sendo em 1986, estabelecida a obrigatoriedade do Teste anti-HIV em todo sangue utilizado para fins hemoterápicos, medida esta adotada por meio da Lei 5.190, em 1987, pelo governo do Rio de Janeiro.

A determinação Federal para realização dos testes como obrigatórios vigorou somente a partir de 1988. Infelizmente, muitos estados não seguiram esta normatização por problemas financeiros, acarretando na propagação da AIDS.

A pressão da sociedade civil foi de fundamental importância para que as políticas de saúde do sangue despertassem a Associação Brasileira Interdisciplinar de

AIDS, o Comitê Pacto de Sangue e o Tribunal Henfil, em São Paulo, os quais foram exemplos de luta, exigindo medidas imediatas para que se eliminasse o descontrole do sangue no Brasil.

No Programa de Prioridades Sociais, aprovado em 1985, pela Presidência da República, entre os aspectos considerados, situava-se a Política Nacional do Sangue. Esse programa visava alocar recursos financeiros, objetivando a complementação de Centros de Hemoterapia e Hematologia, abrangendo todas as capitais do país e algumas regiões de menor complexidade no interior do estado. O sistema de unidades hemoterápicas recebeu a seguinte classificação, de acordo com sua complexidade: Hemocentro Coordenador, Hemocentro Regional, Hemonúcleo, Unidade de Coleta e Transfusão, Posto de Coleta, Unidade Sorológica e Agência Transfusional.

Seguindo as diretrizes do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados-PLANASHE, atualmente denominada como Coordenação de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (COSAH), em 20 de julho de 1987, foi criado em Santa Catarina o HEMOSC - Centro de Hematologia e Hemoterapia, através do Decreto-Lei Estadual nº 272, com o objetivo principal de prestar atendimento hemoterápico de qualidade à população da região, bem como dar assistência aos pacientes portadores de doenças hematológicas (hemofilia e hemoglobinopatias). Em 1989, sua área e quadro funcional foram ampliados, embasados no Decreto-Lei nº 3015, criando o Sistema Estadual de Hematologia e Hemoterapia, com o objetivo de promover a interiorização das ações relativas ao uso do sangue para fins terapêuticos: incentivo à doação voluntária do sangue; medidas de proteção à saúde do doador e receptor; medidas para disciplinar a coleta e controle de qualidade; condições de estocagem e distribuição dos hemocomponentes; bem como promover o desenvolvimento de conhecimento científico e tecnológico na área (BELLATO, 2001).

Atualmente, no Brasil, existe uma rede de serviços públicos orientada a partir da Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados/ANVISA (Agência Nacional de Vigilância do Sangue).

Na década de 90, o HEMOSC de Florianópolis passou a ser o Hemocentro Coordenador, tendo como unidades auxiliares os Hemocentros Regionais, localizados em cinco municípios pólo: Lages, Joaçaba, Chapecó, Criciúma e Joinville, formando a

Hemorrede Pública de Santa Catarina, sendo o primeiro Hemocentro Regional o de Lages.

## **2.2 Legislação do sangue**

Com uma história tão conturbada na hemoterapia mundial e também brasileira, diante da busca constante pela qualidade dos serviços hemoterápicos, no Brasil, somente em 1993 a legislação passou a ser mais rigorosa, com a Portaria 1376/93, que determinou as normas técnicas para coleta, processamento e distribuição do sangue e da Portaria 121/95 que expressou a necessidade de cumprir as etapas do controle de qualidade do sangue. Neste sentido, diversos exames sorológicos foram introduzidos gradativamente na análise do sangue humano para doação.

As ações de todos os profissionais que atuam na área da hemoterapia devem estar voltadas ao cumprimento das determinações do Ministério da Saúde, norteadas pela Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº. 153 de 14 de julho 2004, a qual determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos (BRASIL, 2004). Este regulamento prevê os seguintes procedimentos: a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano do sangue e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Estas determinações visam atender as necessidades da população, através da distribuição de sangue seguro.

Em relação ao doador, a legislação preconiza diferentes aspectos, sendo que a doação de sangue deve ser voluntária, anônima, altruísta e não remunerada, direta ou indiretamente. Por anonimato de doação, entende-se a garantia de que nem os receptores saibam de qual doador veio o sangue que ele recebeu, nem os doadores saibam o nome do paciente que foi transfundido com componentes obtidos a partir da doação, exceto em situações tecnicamente justificadas (BRASIL, 2004).

O sigilo das informações prestadas pelo doador antes, durante e depois do processo de doação de sangue deve ser absolutamente preservado. Todo candidato à doação de sangue deve assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, na qual

declara expressamente consentir em doar o seu sangue para utilização em qualquer paciente que dele necessite e consentir, também, na realização de todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes. O doador deve, ainda, consentir que seu nome seja incorporado a um arquivo de doadores potenciais, se for o caso. Relata, também, a obrigatoriedade de que seja entregue ao candidato à doação, material informativo sobre as condições básicas para a doação e sobre as doenças transmissíveis pelo sangue. Este material deve mostra ao candidato a importância de suas respostas na triagem clínica e os riscos de transmissão de enfermidades infecciosas pela transfusão de sangue e componentes (BRASIL, 2004).

Nesta Resolução, preconizam-se critérios que visam à *proteção do doador*, entre os quais citamos: idade, frequência e intervalo entre as doações, doenças atuais ou anteriores, medicamentos, peso, sinais vitais, gravidez, jejum e alimentação, alcoolismo, alergia e atividades; e critérios que visam à *proteção do receptor*, como por exemplo, aspecto geral, temperatura, imunizações e vacinações, local de punção venosa, transfusões, doenças infecciosas, enfermidades virais, malária, doadores com risco acrescido para AIDS, doença de Chagas, Doença de Creutzfeldt-Jakob, enfermidades bacterianas, estilo de vida, cirurgias, etc.

Na RDC Nº 153 constam: - Principais causas de inaptidão definitiva para doação de sangue; principais causas de inaptidão temporária para doação de sangue; principais medicamentos e sua correlação à doação de sangue; principais doenças infecciosas e sua correlação com a doação de sangue; principais cirurgias e sua correlação com a doação de sangue; principais vacinas e sua relação com a doação de sangue (Anexo 2 - BRASIL, 2004).

O não cumprimento das normas estabelecidas nesta Resolução constitui infração sanitária, sujeitando o infrator às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. O serviço de hemoterapia deve estabelecer um programa de controle de qualidade interno e participar de programas de controle de qualidade externos, para assegurar que as normas e os procedimentos sejam apropriadamente executados.

### 2.3 Triagem clínica de doadores de sangue

O esforço constante para reduzir os riscos relacionados à transfusão de sangue vem incentivando a organização de serviços e procedimentos voltados para a seleção de doadores em condições adequadas de saúde, isto é, de acordo com o que preconiza a legislação e com as habilidades do triagista em fazer a entrevista.

É a partir deste momento de transição na história da hemoterapia que a enfermagem começa a desempenhar papel importante. Com a criação dos hemocentros, a enfermagem ampliou o seu campo de atuação, exercendo a função inicial de organizar, juntamente com outros profissionais, essa estrutura, que hoje se apresenta ampliada em hemorrede e posteriormente atuando na triagem clínica dos doadores, contemplando a necessidade de profissionais que fizessem cumprir com o maior rigor as questões relacionadas ao desempenho desta função (KOECHER, 2000).

Segundo Kutner (1998), a Triagem Clínica foi originalmente introduzida com a intenção de reduzir a transmissão de hepatite viral por transfusão.

De acordo com a RDC nº 153/2004, a triagem clínica pode ser exercida por profissionais de nível superior na área da saúde, sob supervisão de um médico, quando não realizada pelo médico. Constitui-se de uma entrevista, onde o(a) triagista faz uma avaliação da história clínica e epidemiológica, do estado de saúde, dos hábitos e comportamentos do candidato à doação, para determinar se ele está em condições de doar sangue sem que haja prejuízo à sua saúde e a do receptor.

Durante a entrevista, a individualidade do doador, privacidade e sigilo das informações devem fazer parte da ética profissional do triagista. Cabe também ao triagista prestar informações que visam à proteção do doador e esclarecer que este procedimento é repetido a cada doação, pois cada uma se configura em momento distinto.

A entrevista da triagem clínica é fundamental no processo do “ciclo do sangue”, pois a prevenção da transmissão de doenças pelo sangue não pode ser controlada totalmente pelos testes sorológicos para doenças como: hepatite B e C, HIV-1 e 2 (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Doença de Chagas, Sífilis, HTLV I e II (Vírus Linfotrófico de Células T Humana). Há possibilidade do sangue

estar contaminado e o teste apresentar resultado falso negativo. Isto ocorre geralmente em testes de indivíduos que foram infectados recentemente e estão no período da “Janela Imunológica”, e é ainda na entrevista da triagem clínica que se pode identificar as situações de risco para “Janela Imunológica” - JI – que é o período no qual uma pessoa recentemente infectada não apresenta anticorpos detectados pelo método de triagem sorológica, porém é infectante (BRASIL, 2004).

Ao final da entrevista, a triagista deve ter segurança e conhecimento, pois muitos dados subjetivos devem ser valorizados e avaliados. Se existir uma relação de confiança e empatia, o doador terá uma postura consciente e verdadeira, sendo partícipe na decisão junto à triagista, percebendo-se apto para doar sangue ou inapto temporário ou definitivamente. As causas objetivas de inaptidão temporária ou definitiva estão descritas na RDC 153/2004, e as causas subjetivas estão ligadas à percepção e habilidade do triagista em captá-las. Isto vem ao encontro do que refere Koeche (2000), quando coloca que na triagem clínica, além das informações objetivas, aspectos subjetivos são analisados através da comunicação verbal e não verbal do candidato. A entrevista nada mais é que um diálogo onde perguntamos e ouvimos o outro para obtenção de informações.

Petersen (1994) é enfático ao dizer que a entrevista pré-doação tem um papel estratégico fundamental na identificação de indivíduos de risco, para a transmissão de doenças por transfusão. Entretanto, a entrevista baseia-se em três premissas: a honestidade das respostas dos candidatos à doação, a percepção do risco que podem estar colocando a terceiros e a compreensão das perguntas que lhes são formuladas. Se isto não ocorrer, a eficiência do método poderá estar prejudicada.

Williams (1997) refere que diversos estudos que analisaram doadores positivos para o Anti-HIV e para outros marcadores, indicaram que a maioria deles posteriormente admitiu um ou mais fatores de risco, que deveriam ter sido a razão para recusa quando de sua entrevista. Isto levanta a possibilidade de que uma proporção ainda maior de doadores com testes sorológicos negativos possam também possuir comportamento de risco, não detectados no momento da triagem clínica, pelo fato de estarem na “janela imunológica”.

Galea (1997) afirmou que a prevenção da transmissão de doenças por

transfusão passa pela seleção cuidadosa dos doadores. A educação e a informação da população, promovendo uma “auto-seleção” dos candidatos à doação antes mesmo de comparecerem para doar, tem papel fundamental.

Pela singularidade do ser humano, suas particularidades e riscos advindos da doação aos receptores, é de suma importância fazer uma reflexão sobre os riscos relacionados à segurança do sangue, baseado na tese do professor Richard Titmus, defendida em meados dos anos sessenta, e que continua sendo referência até hoje. Para tanto, buscamos em Cárdenas (2005, p.26), que se baseou neste estudo, a descrição de alguns tipos de doadores de sangue: *doadores remunerados* (vendem seu sangue); *doadores profissionais* (doam sangue regularmente recebendo pagamento); *doadores voluntários* induzidos pelo pagamento (doador que recebe pagamento em dinheiro, embora declare que sua motivação principal não é o dinheiro); *doador de crédito familiar* (doador apto efetua cada ano uma doação pré-depósito, para garantir a ele e a família as suas necessidades transfusionais); *doador voluntário cativo* (doadores em situação de reclusão e submissão a uma autoridade); *doador voluntário de benefícios adicionais* (doadores voluntários que são atraídos pela perspectiva de uma recompensa não monetária, atestados, prioridades e benefícios); *doador voluntário de comunidade* (doadores que doam sem nenhuma recompensa e consciente quanto ao ato de doar), sendo este último considerado o doador mais seguro, os quais, no entanto, não representam a maioria; e *doadores de reposição* (vem repor o sangue quando solicitado por amigos, parentes, comunidade), sendo que nesta categoria estão incluídos os vários tipos de doadores citados.

Buscando na revisão de literatura material sobre o assunto triagem clínica de doadores de sangue com ênfase no aspecto subjetivo desta atividade, encontramos nos trabalhos de Matos (1986) e Bellato (2001), algumas considerações que apontam as ações educativas e a humanização da assistência ao doador como fatores fundamentais na realização da triagem clínica.

Matos (1986) sugere aos Serviços de Hemoterapia, aos órgãos de saúde e seus profissionais, à comunidade e ao sistema, que adotem medidas de assistência aos doadores, tendo como pressuposto a visão holística da pessoa.

Bellato (2001) coloca que apesar dos progressos alcançados, a falta de doadores



de sangue no Brasil reflete um problema social. A quantidade de doadores de sangue corresponde a cada ano a menos de 1% da população. Acredita que com o desenvolvimento de ações educativas esta realidade pode ser modificada.

## **2.4 Processo de Trabalho em Saúde**

Historicamente temos conhecimento de que o ser humano sempre se deparou com problemas de saúde, sendo que desde a antiguidade já haviam pessoas com capacidades diferenciadas para cuidar dos doentes. Pires (1998, p.81) refere que “[...] as concepções de saúde–doença; as práticas assistenciais; as formas de desenvolvimento do trabalho; a divisão do trabalho e o processo de formação profissional e de produção e reprodução do conhecimento, modificaram-se ao longo da história”. Mas, apesar de ser possível identificar uma historicidade própria do campo da saúde, essas práticas sempre fizeram parte de sociedades específicas, sendo por elas influenciadas.

O trabalho na saúde aparece na idade média, quando as estruturas político – econômicas não conseguem conviver com os destroços da miséria e da exploração daquela época (PIRES, 1998).

Leopardi et al (1999, p. 9) partem da premissa de “[...] que o trabalho, como atividade humana, é por natureza, uma relação entre sujeito e objeto, cuja conseqüência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente”.

Leopardi et al (1999) refletem acerca do trabalho a partir de uma referência composta pela noção de sujeitos vivos em relação, na qual a ética torna-se uma questão de fundo, permitindo pôr em cheque a moralidade da conformação atual do trabalho.

A ética e a lei são os paradoxos da liberdade. O início da dignidade do ser humano começa quando busca alcançar objetivos grupais e não exclusivamente particulares.

Como o trabalho é coletivo, os homens estabelecem entre si relações, o que

caracteriza o trabalho como uma prática social. Desta forma, o homem, para satisfazer suas necessidades precisa de outros homens e como um ser social estabelece relações com outros homens na sociedade, bem como no trabalho (LEOPARDI et al, 1998).

O trabalho assistencial em saúde é majoritariamente institucionalizado, realizado no espaço ambulatorial ou hospitalar e resulta de um trabalho coletivo, no qual o médico é o elemento central, que detém o controle do processo assistencial e delega atividades a outros profissionais de saúde, apesar deste controle ter se relativizado a partir do século XX, devido às organizações profissionais independentes (PIRES, 1998, p.101).

Para Pires (1999), apesar de suas especificidades de conhecimento e de prática, os trabalhos profissionais, em saúde, são parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos que são totalidades complexas. Como na maioria das instituições, não há uma preocupação voltada para refletir o processo de trabalho, a autora enfatiza que “[...] os profissionais não têm a oportunidade de pensar e organizar o trabalho, bem como não há uma integração interdisciplinar, a qual possibilitaria um avanço no conhecimento e prática assistencial” (PIRES, 1999, p.33).

O trabalho interdisciplinar em saúde considera, na avaliação e no cuidado dos indivíduos e grupos, os saberes dos diversos profissionais envolvidos no cuidado. Esse cuidado deve ser planejado e implementado a partir do diagnóstico da realidade encontrada, com avaliação dos resultados. Exige um comprometimento dos diversos profissionais e deverá haver um consenso, para que possibilite “um acordo entre divergências disciplinares” (CAPELLA, LEOPARDI, 1999, p. 93).

Os diversos saberes profissionais, integrando-se harmoniosamente, resultarão na melhor qualidade da assistência prestada ao usuário e a compreensão de um verdadeiro trabalho interdisciplinar. Infelizmente, concordamos com Pires et al (1999) quando colocam “que estamos muito longe desta visão”, há muito ainda para trilhar na busca por um trabalho interdisciplinar.

#### 2.4.1 Processo de Trabalho na Enfermagem

Somente em 1860, o trabalho de enfermagem passa a ter características

profissionais, organizando-se como profissão sob o modo capitalista de produção, pois Florence Nightingale cria um modelo de formação e de prática assistencial que se difunde pelo mundo todo. Sendo assim, a enfermagem desenvolve sua prática no espaço institucional, hospitalar e posteriormente em ambulatório, integrando o trabalho coletivo em saúde (PIRES, 1998, p. 85).

Desde o início de sua História, a enfermagem é responsável pelo cuidado prestado ao usuário. No modelo biomédico, no qual a enfermagem se pautou ao longo dos anos, o ser humano não era considerado um ser integral, mas como partes de um todo. Em passos lentos, a enfermagem vem buscando um novo olhar do ser humano, abordando-o na sua integralidade.

O trabalho da enfermagem é composto por uma equipe de profissionais, os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – LEP 7498/86, a qual mantém as características básicas de cisão entre o saber e o fazer, que surgem com a organização da enfermagem enquanto profissão (PIRES, 1999, p. 40).

Dentro das atividades privativas do enfermeiro, estão a prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exigem conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões (PIRES et al, 1999).

Cabe ao enfermeiro, também, controlar o processo de trabalho, delegando aos demais trabalhadores de enfermagem suas tarefas. Em muitas instituições de saúde a organização do trabalho se divide em: *Cuidados integrais* e *Cuidados funcionais*.

Nos *cuidados funcionais*, desenvolvem um trabalho rotineiro, por tarefas, sem a preocupação de olhar o usuário como um todo, dificultando a integração. Nos *cuidados integrais*, rompe-se em parte, com a divisão por tarefas. Os trabalhadores percebem o usuário como um todo, pois ficam responsáveis pelo atendimento integral.

Na enfermagem, há mais ou menos dez anos, alguns profissionais vêm se preocupando em mudar o trabalho fragmentado, instituindo os “cuidados integrais” nas unidades assistenciais, o que favoreceram mudanças de comportamento, atitudes e um diferencial na assistência prestada ao usuário, proporcionando deste modo qualidade no trabalho (PIRES, 1999, p.40-41).

No século XX, perdurando até hoje, marcados pela divisão social do trabalho,

os trabalhos que não geram riqueza, e não dão retorno financeiro imediato, além de exigir investimento, a exemplo do trabalho da saúde, são pouco valorizados e conseqüentemente pouco remunerados.

Para que o trabalho da enfermagem tenha reconhecimento, fazendo o diferencial na realidade atual e possa contribuir para transformação do ser humano individual e coletivo, é necessário propor tecnologias de impacto. Para Leopardi et al (1999, p. 20-21), o impacto seria possível em diferentes níveis:

- a) campo do curar, fundamentado numa atuação mais direta sobre o corpo e o psiquismo, que necessita de técnicas, métodos e processos clínicos atualizados;
- b) campo do cuidar, fundamentado na ação sobre necessidades, expressas pelos indivíduos e que necessitam de técnicas, métodos e processos específicos que atendam demandas por vínculos mais próximos entre terapeuta e enfermo, num clima interativo;
- c) campo do educar/orientar, área de ação informativa e formativa, que permite a instrumentalização dos indivíduos na tomada de decisão sobre sua vida, incluindo os momentos terapêuticos, necessitando de técnicas, métodos e processos educacionais baseadas na dimensão de cidadania;
- d) campo do organizar, área de decisão, planejamento, controle e avaliação sobre materiais, tempos e movimentos de trabalhos específicos. Abrange também áreas da vida grupal, na perspectiva da participação e controle social sobre o cuidado e a cura.

O trabalho da saúde engloba muitas ações que diferenciam dos outros trabalhos, além do que, todas as ações são direcionadas ao ser humano. Leopardi et al (2001, p.41) afirmam que o processo de trabalho na enfermagem se constitui de ações da enfermagem e compreendem diferentes processos de trabalho, muitas vezes articulados, quais sejam: “*cuidar*”, “*gerenciar*” e “*educar*”.

O profissional da enfermagem às vezes não percebe que em sua rotina de trabalho articula o cuidar, o gerenciar e o educar, o que acaba repercutindo em mudanças positivas no processo de trabalho. De acordo com Leopardi et al (2001, p.41):

- a) processo de trabalho–cuidar: caracteriza o trabalho da enfermagem. A enfermagem preocupa-se com as necessidades de manutenção da saúde como condição da natureza do ser vivo. Dentre os seres vivos, os seres

humanos necessitam, para atender das suas necessidades de saúde, que os profissionais tenham a habilidade de interá-lo, acolhê-lo, olhando-o como único e integral. Ramos (1998), destaca que: talvez na busca do “corpo inteiro e real”, possamos iniciar, não negando o corpo doente ou tentando superá-lo, mas compreendendo-o, principalmente, em sua vulnerabilidade ante nosso saber e nossas instituições assistenciais, numa aguda consciência deste poder e da possibilidade de um cuidado terapêutico e ao mesmo tempo ético.

b) processo de trabalho–gerenciar: organização do processo de cuidar, tanto em nível individual, quanto coletivo. O enfermeiro realiza o gerenciamento do espaço, dos tempos e das pessoas. Por meio da educação continuada, prepara-se o trabalhador para o cuidado, buscando-se uma melhor qualidade da assistência, não devendo incidir apenas sobre o aperfeiçoamento técnico, mas possibilitar ao sujeito trabalhador, também, resgatar sua autonomia, sua cidadania, sua capacidade de responder sobre seus atos;

c) processo de trabalho–educar: é um processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva de saúde, de modo que as pessoas possam fazer escolhas. O ato assistencial institucional em saúde, deve ser realizado por profissionais comprometidos e competentes, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção e reabilitação dos usuários do sistema de saúde.

Para Pires (1998, p. 161), o processo de trabalho dos profissionais da saúde tem como *finalidade* – a ação terapêutica de saúde; *como objeto* – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, promover a saúde e prevenir a doença; como *instrumento de trabalho* - o saber de saúde e o *produto final* – assistência de saúde.

Percebe-se que o trabalho em saúde não acontece de forma interdisciplinar, o que gera fragmentação no processo da assistência em saúde, pois muitos profissionais fazem parte desse processo sem integração de saberes, conhecimentos, habilidades e práticas.

Pires et al (1999, p.32) colocam que “os trabalhadores profissionais em saúde, apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, são parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos que são totalidades complexas”.

Atualmente há uma grande mudança de atitudes, conhecimento, globalização das informações, favorecendo aos usuários conhecimentos de seus direitos enquanto cidadãos. Portanto, os profissionais de enfermagem devem avançar seus

conhecimentos científicos e técnicos, e prestar “cuidado integral” ao ser humano que estiver sob seu cuidado.

#### 2.4.2 Processo de Trabalho da Enfermagem em Hemoterapia

A enfermagem em hemoterapia vem desenvolvendo um trabalho com características muito específicas em relação ao conhecimento técnico da prática em hemoterapia e desempenha um diferencial no cuidado prestado ao ser humano/usuário/doador, onde a ética, o respeito, a qualidade no atendimento, caracterizam este setor da saúde. O cuidado prestado aos usuários está muito próximo do “cuidado integral”. Existe uma parceria entre os trabalhadores da saúde, com uma equipe interdisciplinar na qual atuam enfermeiras, técnicos de enfermagem, médicos, bioquímicos, os quais trabalham na intenção de manter e aprimorar a qualidade do sangue e hemoderivados e também buscam a qualidade da assistência ao usuário/doador/receptor. Isto diferencia esta equipe das demais equipes da área da saúde, em que o trabalho interdisciplinar ainda está se constituindo.

Com base em documentação do COFEN (1997), que dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em hemoterapia, os serviços de hemoterapias/hemocentros abriram mais um espaço de atuação para os enfermeiros, sendo que podem atuar em várias áreas como - supervisão da equipe da coleta, triagem clínica do candidato à doação, assistência ao doador com reação adversa (moderada à grave), assistência ao doador que apresenta resultados de exames alterados, assistência ambulatorial a pacientes que necessitam de cuidados hemoterápicos e hematológicos, participação na equipe multidisciplinar em programas especiais (pacientes hemofílicos e hemoglobinopatias), atividades administrativas, em nível central/Ministério da Saúde: Gerência de Vigilância do sangue e hemoderivados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Programa de qualidade Total.

Neste estudo, concentrar-nos-emos no Processo de Trabalho da Enfermeira na Triagem Clínica de doadores de Sangue, ou seja, enfermeira triagista.

#### 2.4.3. Processo de Trabalho da Enfermeira Triagista

A enfermagem, como profissão, mostra-se cada vez mais atuante, pois desempenha diversos papéis, trabalha com tecnologia sofisticada e modelos assistenciais alternativos, vem buscando aprimorar uma assistência de qualidade e humanizada e é norteada pela observância e pelo respeito aos aspectos éticos legais do exercício da profissão.

A enfermeira triagista é responsável pela triagem clínica de doadores de sangue. Para Arruda (2004), a habilidade de comunicação, utilizada na educação e no cuidado prestado ao doador, é um instrumento para promoção da saúde e é um dos aspectos importantes no cuidado prestado pelo triagista, além de competências relacionadas à ética e ao seu comprometimento com a função que desempenha. A comunicação, em que se estabelece uma relação dialógica, no momento da TC, possibilita contextualizar o assistir-cuidar enquanto momento de educação em saúde, voltado também à promoção da cidadania. Watson (1985) destaca a necessidade do enfermeiro desenvolver valores humanísticos, tal como a amabilidade, o respeito, o afeto, a capacidade de considerar a diversidade e a individualidade do ser humano/doador.

Em face ao doador de sangue, o enfermeiro triagista deve desempenhar algumas competências interpessoais. Deve ser capaz de, por meio da relação, da *comunicação* e da interação com o doador, envolvê-lo no contexto da doação de sangue, fornecendo-lhe por um lado, a orientação dos *cuidados* em relação à doação e pós-doação, e por outro, desenvolver um *processo educativo* comprometido com a socialização do saber com o doador, buscando respostas aos problemas e desejos, no sentido de favorecer a melhoria da qualidade de vida e de saúde e promover a fidelização do doador por meio da conscientização deste (XAVIER 2002, p. 12).

Xavier (2002) coloca que o enfermeiro no desempenho de sua função enquanto triagista comunica-se com o doador de diversas maneiras, para além da escuta e da linguagem, como o olhar, o silêncio, ou a paralinguagem. A forma como o doador vê seu processo de doação, a experiência que tem na interação com a triagista, provavelmente vai influenciar em sua decisão de voltar ou não a doar sangue.

Ainda o mesmo autor cita um estudo exploratório realizado por Millar sobre as expectativas dos doadores de sangue relacionados aos profissionais de enfermagem,

num centro de transfusão sanguínea em Oslo. Segundo a autora, “as expectativas expressas pela população dividem-se em três categorias: a comunicação; as aptidões os conhecimentos técnicos; e as atitudes e comportamentos”. As expectativas exprimem a atenção particular que os doadores esperam, representando uma dimensão centrada na ajuda singular prestada pela enfermeira. As enfermeiras surgem como símbolos de serenidade, conseguindo desenvolver suas aptidões nos diversos aspectos do cuidar.

Xavier (2002, p.13) aponta o cuidar como uma atitude comunicacional, “a comunicação que o enfermeiro estabelece com o doador de sangue proporciona-lhes uma forma de interação no processo da doação”.

Arango (1991) salienta que a comunicação é talvez a ferramenta mais poderosa que o homem inventou para a criação dos mundos sociais. Desta forma, cuidar é comunicar-se, é relacionar-se, é estar com o outro, envolvendo, portanto, relações interpessoais.

Silva (2002, p.75) destaca que “[...] ao falar de comunicação, não falamos apenas das palavras expressas para a outra pessoa; dimensionada como comunicação verbal. Acontece que toda comunicação humana, face a face, interpessoal, também se faz através da comunicação não verbal”. Pode-se afirmar que quando falamos de relacionamento interpessoal, a comunicação verbal sozinha não existe, pois além dela, existe a maneira de como falamos - chamada de paraverbal: os silêncios, as pausas, a ênfase da voz.

As pessoas têm crenças, valores, tradições, costumes e modos de ser diferentes, relacionados com a sua construção social e a enfermeira para cuidar do ser humano precisa considerar a construção cultural dos seres envolvidos. O processo educativo na enfermagem prevê que a enfermeira e o cliente sejam concomitantemente educadores e educandos, podendo trocar saberes e instrumentalizar-se.

Bordenave (1989) reconhece que no processo educativo, o motor central da mudança desejada é a vivência de experiências. O desafio maior da educação é criar oportunidades de experiências para que os alunos vivenciem. Creio que para acontecer o processo educativo precisa-se ter vontade de querer crescer, tanto do educando quanto do educador, o que também pode ser observado na TC, na relação do doador com a triagista.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Com base na revisão de literatura buscamos um referencial que desse sustentação teórica para a discussão do cuidado e educação prestados ao doador na triagem clínica, tendo como autores principais: Freire (1980, 1981, 1987, 1998), Mayeroff (1971) e Waldow (1999, 2004). Utilizei também conceitos da VIII Conferência Nacional de Saúde, Carta de Ottawa e referências preconizadas pela Legislação do Sangue. Enquanto profissional da saúde, utilizei minhas crenças e valores éticos.

Os conceitos e referenciais escolhidos foram: saúde (promoção da saúde e integralidade), ser humano (doador de sangue e enfermeiras triagistas), educação (educação em saúde e educação problematizadora), cuidado e relação dialógica.

No processo de trabalho das enfermeiras em um hemocentro, quando na realização da triagem clínica dos doadores de sangue, é necessário que estas profissionais tenham uma concepção de *saúde*, pois os doadores serão avaliados de forma objetiva pelo que rege a normatização do sangue RDC nº 153, onde a avaliação principal está explicitamente direcionada à condição de estar saudável para a doação de sangue no momento da triagem clínica.

Pelo contexto vivenciado na triagem clínica de doadores de sangue, no qual a enfermeira entrevista uma pessoa “supostamente saudável”, e pensando em todo o processo que envolve a doação de sangue, entendo que neste contexto, o conceito de saúde é aberto e subjetivo, pois também envolve a percepção do doador quanto ao significado de saúde. Isto, significa que estão envolvidas duas percepções, a da enfermeira baseada em seu conhecimento profissional, técnico, científico e crítico e a do doador, a qual tem relação direta com a situação em que vive e com as contradições mais gerais da sociedade. Essas percepções, por sua vez, se expressam na área da saúde.

De acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde, *a saúde* é “resultante das

condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, emprego e lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986).

Este conceito, no ano de 2003, consolida-se na Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e da gestão na saúde elaborada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, em que é priorizado o tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde. Como política, a humanização deve se traduzir em princípios e modos de operar no conjunto das relações de todos que constituem o Sistema Único de Saúde. Este movimento chama-se HumanizaSUS.

A proposta do HumanizaSUS apresenta algumas diferenciações das propostas anteriores ao incorporar no conceito de humanização empregado, além dos direitos dos usuários e do cuidar do cuidador, a necessidade de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, aspectos que se tornam fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras (BRASIL, 2003). Essa proposta enfoca como prática humanizadora o tratar com as dificuldades dos usuários dos serviços e suas injustas conseqüências, amplia mecanismos de comunicação e informação, acolhimento, otimizando os serviços e acesso do usuário a todos os níveis de atenção do sistema, com mecanismos de referência e contra referência e gestão participativa (BRASIL, 2003).

A qualidade da saúde deve ser composta por competência técnica e de interação, não se resumindo somente a aspectos técnicos ou organizacionais.

A humanização, como política pública, busca criar um espaço de construção e trocas de saberes, investindo nos modos de trabalhar em equipe. Humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para qualificação das práticas de saúde, levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Portanto, a PNH leva em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Na dimensão da organização dos serviços e das práticas, os princípios doutrinários do SUS são: Universalidade, Equidade e Integralidade. Em especial, a integralidade das ações são qualificadores do direito social, são elementos que impulsionam a expressão de novas necessidades. Portanto, sugere-se que, sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial pode ser desenvolvida não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias (BENEVEDES ; PASSOS, 2005).

Puccini e Cecílio (2004, p. 1351) colocam que “integralidade e cuidado reúnem, portanto, em um mesmo novo princípio, uma nova tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma aritmética de aspectos técnicos das ações de saúde”.

A humanização vê o ser humano em sua totalidade, nos aspectos relativos a cidadania e dignidade, sem os quais o homem se torna sem auto-estima, sem subjetividade e sem vida (FREIRE,1981).

As propostas de humanização e integralidade do cuidado na saúde têm se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil (AYRES, 2004).

No Brasil, adotou-se uma definição de atenção básica centrada nas necessidades dos diversos grupos populacionais: “a atenção básica pode ser compreendida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação [...]” (MATTOS, 2004, p.1411). Desta forma, uma primeira dimensão de integralidade, na prática, se expressa na capacidade dos profissionais da saúde aplicarem seus conhecimentos em ações preventivas. Para os serviços, significa criar possibilidades de atender as necessidades individuais das pessoas e não partir de protocolos prontos para atender a coletividade.

Para Mattos (2004, p.1419):

defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas de saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais da saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizemos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações nos serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática, ações como aconselhamento e as chamadas práticas de educação de saúde.

Quaisquer que sejam as condições em que se desenvolvem cuidados, o comportamento do profissional deve ocorrer com o propósito central de promover, fomentar e manter para os usuários os direitos inerentes às pessoas, pautados sempre em atitudes éticas.

Na hemoterapia, para se alcançar à integralidade no cuidado ao doador, há necessidade das ações das enfermeiras estarem sintonizadas com a realidade específica de cada ser humano-doador, estando atenta à necessidade mais emergencial do doador, quando este apresentar. Para isso, a enfermeira deve proporcionar ações voltadas para a promoção da saúde por meio de um processo educativo junto ao doador.

Entendemos a *Promoção da Saúde* como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as pessoas.

O conceito de Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa (1986, p.1):

é o processo que confere às populações os meios de assegurar o máximo controle a saúde de cada indivíduo e melhorá-la, [...] vai mais além da prestação de cuidados, [...] exige a ação concentrada de todos: governantes, o setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias não governamentais, autoridades locais, indústrias e serviços, [...]. Sua função não recai somente no setor sanitário, mas vai além dos modos de vida saudável.

Essa Carta aponta como um de seus componentes o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, visando à promoção da saúde, resgatando a dimensão de educação em saúde, o processo de capacitação e de poder

político por parte da comunidade e do indivíduo, despertando as pessoas a serem cidadãos.

A promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação no controle do processo. Reforça a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde e pode auxiliar na melhoria da qualidade de vida das pessoas, de acordo com o julgamento de cada pessoa para o significado de qualidade de vida e de saúde. Qualidade de vida no âmbito da saúde está relacionada à compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante.

Para Gutierrez (1996, p.107):

Promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favorecem o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde, e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo.

A triagem clínica de doadores de sangue oportuniza as enfermeiras triagistas serem agentes de transformação, participando junto aos doadores num processo de conscientização sobre a doação de sangue e tudo que está envolvido a este ato, trabalhando com a promoção da saúde deste doador por meio das informações e esclarecimentos durante a triagem e pelos encaminhamentos realizados aos serviços de referência e contra referência.

Para Freire (1981), o *ser humano* é um ser inconclusivo, histórico e que vive em uma realidade histórica. É um ser singular, inacabado, que criando, re-criando e transformando a si próprio e a seu mundo, busca incessantemente ser mais em suas relações sociais e em suas orientações de vida, expressando assim sua arte de viver.

O ser humano tem uma consciência crítica que muitas vezes precisa ser estimulada ou apresenta uma consciência ingênua que também precisa ser estimulada para tornar-se crítica, é dono de seus atos e pode permitir-se estar em constante

transformação. É dotado naturalmente de sabedoria proveniente de sua natureza.

Somente um ser que é capaz de sair de seu contexto, de distanciar-se dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é seu, um ser histórico, somente este é capaz, por tudo isto, de comprometer-se. (FREIRE, 1981, p.17).

Os seres humanos envolvidos como sujeitos ativos deste estudo são os doadores e as enfermeiras triagistas. O *doador de sangue*, ser humano histórico, singular com suas crenças, valores, medos e tabus. Ser humano que tem um desejo solidário de ajudar outro ser humano com o ato de doar seu sangue, ser humano que deve preencher alguns pré-requisitos estabelecidos pela normatização do sangue, isto é, um ser humano que deve estar de acordo com um padrão instituído para poder ser doador de sangue. No entanto, não há como padronizar pessoas sabendo que cada uma tem suas particularidades, que as caracterizam como seres humanos. Portanto, deve ter a capacidade de ser consciente, ético, desprovido de interesses pessoais e estar comprometido com o ato da doação.

Mayeroff (1971, p. 31) afirma que “o homem cresce ao se tornar mais sincero consigo mesmo e mais consciente da ordem social e natural da qual ele faz parte”.

De acordo com Freire (1980), a conscientização não é apenas tomar consciência da realidade, mas sim ultrapassar o nível de tomada de consciência através da análise crítica, isto é, através do conhecimento sobre as razões de determinada situação, para então se constituir em ação transformadora daquela realidade.

Muitas vezes, neste momento, a enfermeira triagista tem o compromisso de contribuir para esta conscientização, socializando seu saber, esclarecendo e estimulando os doadores na compreensão de todo o processo da doação de sangue e do ato da doação.

A *enfermeira triagista* é um sujeito trabalhador de enfermagem, responsável pela triagem clínica de doadores de sangue, é um ser de relações e enquanto ser humano tem suas crenças, valores, características pessoais, fragilidades, modo de ser, conhecimentos e habilidades permeadas por saberes científicos, técnicos e experiência

de vida; tem atitudes que a fazem ser singular, em sua essência. Ainda deve preencher alguns pré-requisitos estipulados pela normatização do sangue vinculados aos profissionais que desempenham esta função e deixar explícito o que é inerente ao ser enfermeira. Para tanto, é uma profissional ética, que respeita a individualidade e a privacidade do doador de sangue, guarda sigilo das informações coletadas e anonimato da doação, orienta sobre o processo da doação, das possíveis reações adversas à doação, dos cuidados pós-doação e coloca-se a disposição do doador em caso de dúvidas. Deve ser capaz de, por meio da interação com o doador, criar uma relação dialógica horizontal, promovendo momento de cuidado e educação. Nesta relação, envolve o doador no contexto da doação, propiciando a conscientização deste quanto ao ato da doação. A enfermeira também pode ser o elo de ligação instituição-doador-receptor do sangue, pois está envolvida em uma função que oportuniza a interação das pessoas.

Baseando-se nos perfis de doadores estudados por Richard Titmus e citados por Cárdenas (2005), para um bom desempenho na função de enfermeira triagista, levando-se em consideração a responsabilidade atribuída a esta profissional em triar os doadores com vistas a garantir a qualidade do sangue, devem ser cultivadas várias habilidades como: perspicácia, percepção aguçada para captar o subjetivo, saber interpretar a comunicação verbal e a não verbal, transmitir segurança, confiança e respeito ao doador e ter conhecimento da legislação que norteia esta prática.

A enfermeira precisa também ser empática, pois para cuidar de outra pessoa, segundo Mayeroff (1971, p.57), “devo ser capaz de entendê-la e ao seu mundo como se estivesse dentro deste. Devo ser capaz de ver, como se tivesse seus olhos, como o seu mundo é para ela e como ela vê a si mesma”.

Xavier (2002, p.12) sugere algumas Competências Interpessoais do Enfermeiro Face ao Doador: “O enfermeiro deve ser capaz de através da relação da comunicação e da interação com o doador, envolvê-lo no contexto da doação de sangue, fornecendo-lhe, por um lado, o ensino dos cuidados a ter pós-doação e, por outro, promover a sua fidelização”<sup>2</sup>.

O relacionamento interpessoal pode parecer de fácil aplicabilidade, no entanto,

---

<sup>2</sup> Fidelização é entendida pela doação com regularidade benévola e voluntária (XAVIER, 2002, p.12).

deve ser analisado mais profundamente pelo fato de que são duas personalidades distintas em interação, exigindo do profissional conhecimento específico e uma atitude singular, e a necessidade de construir um momento de diálogo com o doador.

Para Freire (1998), o diálogo como uma relação horizontal entre sujeitos, se dá no encontro baseado na confiança, na compreensão e no respeito mútuo, no qual os seres humanos comunicam-se, compartilham, aprendem uns com os outros e ampliam seus saberes na busca de ser mais.

A enfermeira, ao propiciar um momento de interação com o doador, discutindo sua realidade, seu fazer, seu pensar, suas relações com outras pessoas, coloca-o na posição de cidadão, o que o faz comprometer-se com o processo da doação. Ela também se compromete por meio da ação-reflexão de sua práxis. Com esta relação dialógica pode possibilitar mudanças de atitude.

Freire (1998) afirma que, na relação humana, é necessário construir e desenvolver uma *relação dialógica*, onde os sujeitos queiram transformar e humanizar o mundo, no qual a individualidade, as crenças, costumes e hábitos deverão ser respeitados. Para tanto, há que se estabelecer uma troca de saberes e informações somando as partes, não havendo imposição e nem uma relação vertical.

Para Stefanelli (1993) a comunicação humana é um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas de forma verbal e não-verbal. Essas mensagens e a forma como sua troca acontece influem no comportamento das pessoas envolvidas no processo, tanto no momento em que ele está ocorrendo, como posteriormente, levando-as a rever suas crenças, comportamentos e valores.

A partir da relação dialógica, cria-se um processo de comunicação e também um relacionamento interpessoal que aparece como mola propulsora do cuidado humano. Comunicar-se é também cuidar e educar.

Para que na práxis da triagem clínica dos doadores se consiga envolver as pessoas a serem partícipes dos processos de mudança social na saúde, podemos compreender que a *educação* é um processo que ocorre entre os homens e mulheres, através da ação-reflexão-ação, mediado pelo diálogo, humildade e amor por si mesmo e pelo outro, visando ao desenvolvimento dos seres humanos, a fim de alcançar, através de uma contínua busca, o “ser-mais” (FREIRE, 1980).



Compreendo, a partir desta colocação, que *educar* é saber se relacionar com as pessoas, respeitando sua historicidade, sua individualidade, seu mundo, suas limitações, priorizando uma relação horizontal e estabelecendo práticas educativas emancipatórias e humanizadas.

Para Freire (1981, p. 29),

a Humanização é o respeito pelo ser humano, considerando suas individualidades e semelhanças. O ponto básico na humanização é a educação. Não há humanização sem educação e não há educação sem amor. O amor implica luta contra o egoísmo.

Podemos afirmar que a *educação* é importante enquanto processo que leva o ser humano a ser sujeito e ser mais, ajudando-o a desvelar a realidade que o cerca, a dominar os conhecimentos que esclarecem, a libertar-se pela tomada de consciência das coisas do mundo, a participar efetivamente da vida social, compreendendo o que ocorre a seu redor.

Esse processo de transformação ocorre na dinâmica das interações sociais, onde o conhecimento, a reflexão e a ação dos homens sobre a realidade criam um novo mundo. E nesse ato de criar e recriar um novo que se modifica a realidade para melhor. Este movimento do processo educativo mediatiza a compreensão do homem dentro de seu contexto histórico-social, cujas inter-relações constroem seu eu, e o direciona para um assumir-se autenticamente comprometido (FREIRE, 1987, p. 19).

Freire (1987) nos indica que a não socialização do saber é uma forma de dominação, fazendo com que os detentores do saber em saúde sejam os donos da verdade e os usuários do serviço meros dependentes daquele saber.

Os profissionais de enfermagem têm se revelado, muitas vezes, mantendo controle sobre a população, tornando-os indivíduos “pacientes”, docilizando-os, convencendo-os a respeitar normas e valores sociais e institucionalmente impostos (RAMOS et al, 1999).

O processo de trabalho em várias instituições segue normas rígidas, as quais acarretam pressão sobre os profissionais da saúde, e estes domesticados ou acomodados, as seguem. Porém, podem mudar esta perspectiva por meio de uma luta

permanente contra o domínio, colocando-se numa perspectiva crítica e criativa na instituição, buscando novas formas de relacionar-se e de desenvolver o cuidado à saúde da população, podendo dentro do contexto institucional criar um espaço educativo.

Para Ramos et al (1999, p.132):

é preciso que todos assumam sua condição de aprendiz, buscando compreender as tramas de poder que dominam as relações existentes, das quais o serviço de saúde é um ponto de referência. A instituição pode ser este espaço de educação, onde, através da resistência, da organização e do estímulo ao potencial criador, os indivíduos aprendem a construir sua autonomia.

O enfermeiro como sujeito histórico tem a capacidade para contribuir na qualidade de vida das pessoas e conseqüentemente da sua saúde, estimulando os indivíduos a uma reflexão para o resgate da cidadania, isto pode se tornar possível por meio da *Educação*.

Silva; Bordin (1996, p.61) colocam que:

o processo de **educação em saúde** pressupõe que o profissional de saúde relativize seu conhecimento na busca de uma melhor compreensão do indivíduo, da coletividade e da realidade na qual se inserem, pois é da mútua apropriação de tais conhecimentos que se torna possível uma intervenção consciente e eficaz nesta realidade, considerando que educadores e a população, possuem saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida.

Para pensar na promoção da saúde por meio da educação, faz-se necessário que as enfermeiras triagistas reflitam a sua prática profissional, sendo que uma práxis criativa e reflexiva pode ser um dos caminhos. Acredito que há possibilidade de criar um espaço educativo nos serviços de hemoterapia partindo-se de uma filosofia norteadora, discutida e planejada, prevendo uma educação para a cidadania, pois educar pressupõe estabelecer uma relação do homem com sua realidade, favorecendo o despertar da consciência crítica. Entende-se que a consciência crítica surgirá da união

da educação e da transformação das pessoas, descobrindo-se enquanto cidadãos. Portanto, encontramos na *educação problematizadora* a sustentação para a *educação em saúde*, pois possibilita a troca e o compartilhar saberes entre as pessoas envolvidas, não havendo quem sabe mais ou sabe menos. Há, portanto, um compartilhar saberes, gerando crescimento mútuo.

Freire (1998, p.32), em sua concepção, afirma que a *educação problematizadora* possibilita à pessoa envolvida visualizar, apreender e vislumbrar não só a problemática de seu existir, como também as possibilidades de transformação de sua realidade. Os participantes “[...] mais do que receber informação a propósito disto ou daquilo, analisam os aspectos de sua própria experiência existencial [...]”.

Para Freire (1998), a *educação problematizadora*, de caráter autenticamente reflexivo, implica um constante ato de desvelamento da realidade, pois, ao buscar a *emersão* das consciências, obtém como resultado, sua *inserção* crítica da realidade, o *ser consciência de*. É, portanto, uma prática libertadora, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.

Buscamos em Mayeroff (1971) e Waldow (1998), aprofundar o conhecimento sobre o *cuidado*. Lendo suas obras, percebemos que estes autores se complementam, vindo ao encontro do que buscávamos. Tivemos, então, a convicção de ter encontrado um material rico para dar sustentação ao nosso estudo quando na abordagem deste tema e pela especificidade do trabalho das enfermeiras triagistas em hemoterapia.

As primeiras discussões sobre o fenômeno de *cuidar*, que surgiram mais recentemente na literatura de enfermagem, foram inspiradas em Mayeroff (1971). Esse autor conceitua *cuidado* no sentido relacional, enfocando-o sob o ponto de vista existencial, como um ideal filosófico. O cuidar não se refere apenas às pessoas, mas às coisas ao nosso redor. Para o autor, não só se cuida de pessoas, como se pode, por exemplo, cuidar de idéia, um ideal. Dessa forma, o ser humano vive o significado de sua vida.

Para Waldow (2004), o cuidado também não se refere apenas às pessoas. Coloca que quem cuida envolve, interage, se responsabiliza pelo crescimento e bem-estar do outro, seja uma idéia, seja uma planta, seja um animal ou a natureza como um todo.

Mayeroff (1971, p.24) diz que:

o cuidado, enquanto ajuda o outro a crescer e se realizar, é um processo, uma maneira de se relacionar com alguém que implica desenvolvimento, da mesma forma que a amizade, só pode emergir com o tempo através da confiança mútua, e de um aprofundamento e uma transformação qualitativa do relacionamento.

Na triagem clínica de doadores de sangue um componente fundamental do processo é a confiança, tanto por parte do doador em relação à triagista, para ser verdadeiro nas suas respostas, como da triagista em relação ao doador, para acreditar nas respostas que escuta e no subjetivo que percebe.

O cuidado qualifica nossos relacionamentos com os outros e, o que é mais importante, permite que o outro cresça e se desenvolva (MAYEROFF, 1971). É acreditar que, por meio da ação do cuidado, eu cresço e o outro cresce. Para este autor, o cuidado não é recíproco. Portanto, as coisas ou pessoas não respondem da mesma forma em que nos comportamos; cada um tem seu tempo, sua percepção, que não é um negócio, isto é, se cuido de você, você cuida de mim.

As relações de cuidado não podem ser generalizadas, elas se dão de diferentes formas, algumas com mais sucesso do que outras, porque as pessoas são diferentes e as situações em que se processam também variam (WALDOW, 2004).

Pela característica do trabalho da enfermeira triagista em estar diante de pessoas, as quais caracterizam os vários perfis de doadores, com graus de compreensão diferente e necessidades particulares que os levam a doar seu sangue; é necessário prestar um cuidado singular de modo a atender a expectativa de cada doador.

Para Mayeroff (1971, p.33-46), o conceito de “cuidar” se desenvolve quando se revela a sua relação com outros conceitos importantes. Desta forma, apresenta os principais componentes do cuidado: - *Conhecimento*: para cuidar é preciso conhecer o outro e entender suas necessidades, dando-lhe respostas adequadas. No cuidado, conheço o outro diretamente; a união que sinto para com o outro se humaniza com a minha consciência de que é um ser distinto e individual. Inclui o conhecimento explícito e o implícito; saber o que, e como saber, e sempre relacionado a ajudar o

outro a crescer. – *Ritmos alternados*: não posso cuidar apenas por hábito, devo ser capaz de aprender a partir do meu passado. É o ir e vir no qual avalio minhas ações, se estas ajudaram ou não e, à luz dos resultados, mantenho ou modifico meu comportamento, de modo a poder ajudar o outro. – *Paciência*: deixar o outro crescer em seu próprio tempo e da sua própria maneira. É ouvir com paciência, ser tolerante. O homem que cuida é paciente porque acredita no crescimento do outro, mas deve ser paciente também consigo mesmo, dando-se a oportunidade de aprender, de observar e descobrir tanto o outro quanto a si mesmo e dar-se oportunidade de cuidar. – *Sinceridade/Honestidade*: ser sincero consigo. Ao cuidar do outro, deve vê-lo como ele é e não como gostaria que fosse, ou como sente que deveria ser. Ao ajudar o outro a crescer, deve-se corresponder às suas necessidades de mutação. Devo também observar o que faço e se o que estou fazendo ajuda ou atrapalha o crescimento do outro. A sinceridade é parte integrante do cuidado, devo ser autêntico para com o outro. E para estar “presente” para o outro, de modo que o outro possa estar presente para mim, devo estar aberto. – *Confiança*: o cuidado implica confiar no crescimento do outro em seu próprio tempo e de sua própria maneira. Deve reconhecer a existência independente do outro e o fato de que o outro é outro. Confiar é também ter confiança em sua própria capacidade para cuidar e de aprender com os enganos. – *Humildade*: o homem que cuida é sinceramente humilde quando se dispõe a aprender mais sobre o outro e sobre si mesmo, e sobre aquilo que o cuidado compreende. É ser transparente, é saber que sempre há algo para aprender e aprender com o outro também. Pode-se sentir orgulho dos seus êxitos, mas sentir com humildade, sem pretensão. – *Esperança*: existe a esperança de que o outro cresça por meio do meu cuidado. É uma expressão de plenitude do presente, um presente vivo com uma sensação de possibilidade. – *Coragem*: é estar presente na viagem ao desconhecido, confiar no crescimento do outro e em minha própria capacidade de cuidar. Quanto maior for a sensação de se lançar no desconhecido, maior será a coragem exigida para cuidar.

Todos estes componentes do cuidado, colocados por Mayeroff, são fundamentais numa relação de cuidado. Enfatiza que o profissional que cuida deve acreditar em sua capacidade de “ser cuidador” e acreditar no crescimento do “ser cuidado”, deve ser empático, enfim, perceber que ambos aprendem e compartilham o

saber. Isto ajuda o outro a crescer.

Waldow (1999) considera o cuidado sob dois aspectos: cuidado como uma forma de ser e o cuidado como uma forma de se relacionar. Mayeroff explicitamente também considera o cuidado como uma forma de se relacionar, convergindo de certa forma com Waldow quanto a visualizar o cuidado como uma forma de ser.

Mayeroff (1971) coloca que o cuidar de si mesmo considera a necessidade de cuidar de algo ou de alguém fora de si mesmo, de forma que o ser só se satisfaz a si mesmo na medida em que serve alguém ou algo. Incapaz de cuidar de algo ou alguém separado de si, este ser é incapaz de cuidar de seu próprio ser. O pensamento de Mayeroff converge com o de Waldow (2004), quando esta coloca que cuidar do outro favorece o cuidar de si, e através do crescimento do próprio ser é que resulta o cuidado pelo ser do outro.

Para Waldow (1999, p.43), “o cuidado humano é uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam de uma forma a promover o crescimento e o bem estar dos outros”. Para que ocorra um cuidado ético devemos dar qualidade ao encontro entre seres humanos com base no respeito mútuo.

Complementando a definição de cuidado humano em mais uma de suas obras, Waldow (2004, p.176) coloca que:

cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida.

Diante do exposto, no momento da triagem clínica de doadores de sangue, a enfermeira deve promover um momento de interação com os doadores por meio da relação dialógica, percebe-los como seres singulares, possibilitando a troca de saberes, envolvendo-se no contexto, sendo empática e transmitindo confiança por sua postura ética. Agindo assim, fará com que o doador perceba-se como cidadão ativo neste

processo. A enfermeira cria, ainda, um rico momento de cuidado e educação a partir das necessidades de cada doador; havendo a possibilidade de vivenciar na práxis a educação problematizadora e deste modo instituir a educação em saúde na realidade dos hemocentros.

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Para refletir sobre triagem clínica de doadores de sangue como um momento que possibilita o cuidado e a educação, a partir da percepção das enfermeiras triagistas e dos doadores de sangue, optamos pela pesquisa do tipo qualitativa, considerando que este tipo de pesquisa, segundo Minayo (1998), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Corresponde a um espaço mais aprofundado das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. O propósito da avaliação qualitativa é compreender a situação, objeto de estudo, mediante à consideração das interpretações e aspirações daqueles que nela atuam, isto é, valoriza a participação e atuação dos sujeitos da pesquisa.

### **4.1 Contexto da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida em um Hemocentro de Santa Catarina, o qual tem 11 anos de atuação. É o órgão de referência em serviços hemoterápicos da região serrana, dando suporte técnico e científico para dezesseis hospitais e clínicas conveniadas. O Hemocentro presta serviços à comunidade, segundo a legislação vigente, buscando a qualidade de acordo com os requisitos de seus clientes, através do alcance das metas propostas anualmente. Como fatores facilitadores do processo de trabalho são apontados o comprometimento dos colaboradores e as adequações do sistema de gestão da qualidade. O programa como um todo visa à qualidade dos serviços prestados pelo Hemocentro à comunidade da Região Serrana. Foi o primeiro Hemocentro Regional da Hemorrede Pública de Santa Catarina.

Segundo dados coletados nos relatórios deste serviço, a meta planejada para 2005 em relação às doações era de 66,0 %, que foi superada alcançando 75,2%. Nos meses de junho e dezembro, obteve valores de 80,7% e 83,3% respectivamente,



ultrapassando o índice da Meta Mobilizadora Nacional que era de 80,0%.

Desde a sua implantação, esse hemocentro segue uma política voltada ao atendimento da demanda de sangue e hemocomponentes local e da Hemorrede de Santa Catarina. Para tanto, no ano de 2005 apresentou uma evolução no número de coletas, somando um total de 6385, dando uma média mensal de 532 coletas (HRL, 2005). Esta meta vem sendo superada a cada ano.

A equipe profissional que compõe este hemocentro consta de: - 01 Diretor geral, que também é o médico hematologista do serviço, 01 representante da Divisão Administrativa e 01 representante da Divisão Técnica. O número de colaboradores será citado em seus respectivos setores: Agência Transfusional (06), ambulatório (04), assessoria de informática (02), captação de doadores (06), central de materiais (02), centro de promoção (02), coleta (11), financeiro (02), laboratório de hematologia (01), laboratório de imunohematologia (02), laboratório de sorologia (04), materiais (03), processamento (05), recursos humanos (01), secretária da direção (01), serviço de nutrição e dietética (02), telefonia (02), transporte (02) e serviço de zeladoria terceirizado (03); totalizando 64 colaboradores. Em seu processo de trabalho contempla várias categorias profissionais da área da saúde como; médico, enfermeiras, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e bioquímicos, entre outros.

As enfermeiras cumprem uma carga horária de seis horas por turno (matutino e vespertino) diariamente e em dias de coleta externa cumprem uma carga horária em média de dez horas.

## **4.2 Sujeitos da pesquisa e aspectos éticos**

A proposta desta pesquisa foi de conhecer o processo da triagem clínica de doadores de sangue, a partir do contexto dos sujeitos diretamente envolvidos neste processo, quais sejam as enfermeiras-triagistas e os doadores de sangue.

Como critérios de seleção das enfermeiras, optamos em convidar as cinco enfermeiras que participaram da prática assistencial e convidamos mais uma enfermeira que na vivência da prática assistencial estava ausente, somando então seis

enfermeiras. Três enfermeiras desempenham a função de enfermeira triagista diariamente e as outras três esporadicamente, quando nas coletas externas ou outras necessidades. Há que se ressaltar, ainda, que durante a prática assistencial já identificamos alguns “nós críticos” relacionados à triagem, e que nesta etapa, buscamos o aprofundamento da coleta de dados, respeitando a aceitação, interesse e disponibilidade de cada uma na participação.

Quanto aos sujeitos doadores, os critérios escolhidos para selecionar os dez doadores foram: ter experienciado no mínimo três doações de sangue, estar doando sangue nos meses da coleta de dados (junho e julho de 2006), com demanda espontânea e aceitar livremente participar da pesquisa/estudo, independente do sexo feminino ou masculino, idade, grau de instrução. Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, optamos em usar a letra “E”, acrescida dos números de 1 a 6 para as enfermeiras e a letra “D”, acrescida dos números de 1 a 10 para os doadores.

O estudo foi autorizado pelo diretor da instituição (Anexo 3) e posteriormente encaminhado para avaliação e autorização da Comissão Científica do Hemosc (Anexo 4). Para os doadores e enfermeiras triagistas que participaram da pesquisa entregamos o protocolo de consentimento livre esclarecido (Apêndice A e B), sendo que os aspectos éticos permearam todas as etapas da pesquisa, obedecendo às determinações da Resolução do CNS 196, de 10/10/1996.

### **4.3 Ferramentas para coleta e análise dos dados**

Para a coleta de dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada aplicada às enfermeiras triagistas (Apêndice C) e aos doadores de sangue (Apêndice D), sendo que esta ferramenta, segundo Minayo (1998, p.57), “visa apreender o ponto de vista dos atores sociais envolvidos numa determinada situação que se quer conhecer”. É uma forma de interação social em que entrevistador deve saber interagir com o sujeito entrevistado, de forma a deixá-lo à vontade, de modo que venha a fluir uma riqueza de informações.

Com a autorização prévia dos sujeitos da pesquisa, utilizamos gravador, para

posteriormente auxiliar na transcrição e análise dos dados, favorecendo o registro minucioso das informações obtidas. Utilizamos como método de análise dos dados coletados, a “análise de conteúdo”, que é muito usada para avaliar os dados de uma pesquisa qualitativa. Segundo Bardin (1977, p.42-43), a análise de conteúdo:

consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. [...] Esta abordagem tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração o (emissor e o contexto, ou eventualmente, os efeitos dessas mensagens).

O analista possui a sua disposição (ou cria) todo um jogo de operações analíticas, mais ou menos adaptadas à natureza do material e à questão que procura resolver. Pode utilizar uma ou várias operações, em complementaridade, de modo a enriquecer os resultados, ou aumentar a sua validade, aspirando assim a uma interpretação final fundamentada.

De acordo com o preconizado por este método, os dados obtidos foram convertidos em unidades significantes, por meio de recortes e agregação. Estas unidades foram, então, divididas, organizadas e agrupadas, conforme seu gênero (por analogia), constituindo os diferentes conjuntos nomeados com algum título genérico, chamados de categorias, que expressam os significados dos elementos organizados. Ao final de todo o processo, com os dados objetivos e subjetivos advindos das entrevistas, a análise aconteceu após leitura exaustiva dos dados coletados, os quais foram agrupados, considerando suas similaridades e divergências e objetivos do estudo, formando, assim, as categorias de análise e suas respectivas sub-categorias, quais sejam: - doação de sangue como um ato de solidariedade; - o significado de triagem clínica de doadores de sangue, na percepção dos doadores e das enfermeiras triagistas; - facilidades, dificuldades e alternativas para o processo de cuidar e educar o doador de sangue; as quais serão descritas no próximo capítulo.

## 5 TRIAGEM CLÍNICA: MOMENTO DE CUIDAR E EDUCAR?

Doar sangue, seu significado, as crenças dos usuários do sistema de saúde, sua percepção quanto ao processo da doação, as percepções dos profissionais de enfermagem, em especial, das enfermeiras triagistas quanto ao desempenho de sua função, e a relação enfermeira/doador/cuidar/educar são questões que refletiremos nesta análise dos dados.

Há que se ressaltar que a análise dos dados depende do olhar de cada pesquisador, de suas vivências, suas crenças, para interpretar o que dizem os sujeitos da pesquisa. Embora outros pesquisadores tenham tratado alguns aspectos relacionados a este tema, registrando suas observações e reflexões de forma diversa, *segundo as lentes utilizadas para ‘olhar’ o mundo* (DIAS, 1993), suas abordagens e respostas não foram suficientes para que se pudesse conhecer a percepção dos doadores de sangue e de enfermeiras triagistas de doadores de sangue sobre o processo da triagem clínica. A partir desta lacuna no conhecimento, é que se buscou identificar até que ponto enfermeiras triagistas e doadores percebem a triagem clínica de doadores de sangue como um espaço de cuidar e educar.

Para análise dos dados, em sua interpretação, foram utilizadas as “lentes” do referencial teórico, bem como as minhas “lentes”, buscando desta forma dar um significado aos dados. Desta forma, foram definidas as seguintes categorias analíticas: Doação de sangue como um ato de solidariedade; O significado da triagem clínica de doadores de sangue na percepção do doador e das enfermeiras; e, Facilidades, Dificuldades e Alternativas para o processo de cuidar e educar o doador de sangue, as quais serão aprofundadas nesta reflexão.

## 5.1 Doação de sangue como um ato de solidariedade

Para podermos definir um modelo de sistematização do cuidado em triagem clínica, faz-se necessário compreender o que significa doação de sangue para o doador, o que o mobiliza para doar sangue, pois acreditamos que a partir destas percepções, teremos condições de captar o perfil dos nossos doadores. Na expressão de cada doador, em seu modo de falar, nas abstrações, pausas e repetições, foi possível perceber a importância que cada um dá ao ato de doar sangue e até perceber o comprometimento e a responsabilidade que devem estar intrínsecos neste ato.

O principal significado da doação, colocado pelos doadores, está relacionado a uma atitude solidária, à solidariedade. Tanto se tem falado em ser solidário, em exercer a solidariedade, principalmente em nossos dias. Pautado nestas premissas que as campanhas para incentivar as doações de sangue enfatizam o ato de doar como um sentimento de amor ao próximo, solidariedade e consciência social, fica evidente uma proximidade dos valores que são elucidados nas religiões cristãs, como o amor ao próximo e a solidariedade.

A palavra solidariedade significa responsabilidade mútua entre duas ou mais pessoas, é, pois, uma atitude de apoio, proteção e cuidado a alguém. Ser solidário é estar aderido à causa, ao sentimento (LUFT,1985).

Sequeiros (2000, p.63) ressalta como um risco “considerar a solidariedade um mero sentimento, por mais nobre que seja, se não passar da sensibilidade para a ação solidária torna-se mero sentimentalismo ou esmola. É necessário *sentir*, mas também querer e saber ser solidário”, destacando, também, que a educação para a cultura da solidariedade é uma necessidade exigida pela própria dimensão humana.

Rodrigues (2004, p.2) enfatiza que “a doação de sangue é caracterizada por um ato de solidariedade, uma ação voluntária e consciente com a finalidade de salvar vidas. Doar sangue é muito mais que doar um tecido vivo, o sangue representa a única maneira de manter vivo, um indivíduo que necessite dele”.

Márcia Tedesco (2006), presidente da Associação Brasileira de Voluntários de Sangue (ABVS), criada em 1997, afirma que o brasileiro é um povo solidário, mas essa solidariedade tem que ser alimentada com boas doses de informação para se

quebrar preconceitos e tabus que ainda envolvem o tema doação de sangue. Essa questão foi abordada pelos doadores, que mesmo manifestando o sentimento de solidariedade, expressam em seu senso comum, como caridade, ajuda, compaixão e voluntariado. Colocam, também, que o desconhecimento sobre doação de sangue, os mitos e tabus, muitas vezes são um empecilho para a decisão em ser doador, conforme as falas abaixo:

*Na verdade eu sempre quis ser doadora, doadora de vontade mesmo. Aí, sempre tem aquele mito, ah, vai doar sangue? Depois você cai num hospital, enfim as conversas que a gente escuta (D4).*

*Quando a gente vem doar pela primeira vez, não sabe como é né, tem medo da agulha ela é grossa. É importante saber que não vai doer, a gente relaxa mais (D1).*

Quando Tedesco (2006) coloca que a solidariedade do povo brasileiro deve ser alimentada com boas doses de informação, não vejo a possibilidade de compartilhar saberes no ato de repassar informações. Acredito que um processo educativo por meio da educação problematizadora na triagem clínica favoreça a compreensão necessária quanto ao ato da doação, como um gesto de solidariedade e cidadania, através da relação dialógica e interação entre o doador e a enfermeira. Esta educação para Sequeiros (2006) deve ter início nas escolas, pois acredita que a educação para a solidariedade deveria ser um dos eixos centralizadores do processo educativo.

Sequeiros (2006, p.10) é enfático ao dizer que:

a educação consiste em ajudar outras pessoas em formação a assimilar determinados conhecimentos que serão aplicados socialmente. O objetivo também é ajudar outras pessoas a desenvolverem as capacidades que lhes permitirão adquirir novas experiências e construir convicções, atitudes e valores em suas próprias vidas e que levem as gerações a adotarem uma postura perante as situações sociais e a intervires nela criativa e solidariamente.

Analisando as falas dos doadores, as palavras “ajudar alguém” apareceram com frequência e de acordo com sua visão de mundo, ajudar é uma forma de dar um pouco

de si para alguém, talvez aquilo que eles possam dar, e tenha um significado especial enquanto ser humano por não lhe custar nada financeiramente. É uma forma de agradecimento a Deus por considerarem-se saudáveis e valorizarem a vida, além de comover-se por apelos pedindo sangue através dos meios de comunicação.

*Eu resolvi doar porque é um meio que ajuda alguém né, porque graças a Deus, sei que não tenho doença nenhuma, não tomo remédio, acho que o meu sangue ajuda muitas pessoas que precisam (D2).*

*Até que um dia eu disse, hoje eu vou doar sangue. Mas, a intenção mesmo é por vontade de fazer uma caridade (D4).*

Para Bellato (2001), a palavra “ajuda” tem a conotação de convicção, quando as pessoas conhecem-se e julgam-se saudáveis. Conhecendo-se a si, sabem que não colocarão outras pessoas em risco com seu ato de ajuda, pois provavelmente tem consciência deste ato. Analisando a fala das doadoras D2 e D4 observando a expressão de cada uma durante a entrevista, percebemos o comprometimento e a veracidade em suas colocações.

Bellato (2001, p.104) tem a percepção de que a palavra “ajuda” reveste-se de um sentido coletivo quando assume uma identidade de grupo, quando é identificada a partir de experiências vivenciadas traumáticas ou não, quando se desencadeia através de contextos de vida adversos, mas com semelhanças que aproximam as pessoas, constituindo uma rede de solidariedade para a doação.

A doação de sangue pode se caracterizar como uma forma muito verdadeira de fazer caridade, pois ao doar seu sangue, o doador não sabe quem receberá. Então, não há preconceito, escolha ou direcionamento; aquele que precisar vai receber e também não saberá de quem recebeu.

*Eu achei que tem tanta gente que precisa de sangue né, hospital, e a gente não custa doar. Eu já doei todos os meus órgãos inclusive (D5).*

*[...] porque vi o pedido na televisão e ajudar alguém sempre é bom, por isso estou doando até hoje (D6).*

Quando o doador D3 fala:

*Resolvi ser doador por um apelo muito simples, que é o de salvar vidas, acho que não há nada mais importante na sua vida do que fazer o bem para alguém, independente de como seja. E a doação é uma das maneiras hoje (D3)*

Poderíamos analisar sua fala de duas formas, primeiramente, percebendo este doador como se sentindo um ser onipotente, com competência e capacidade de salvar vidas. E de outro modo, lembrar que a emissão de significações está vinculada ao fator propaganda para a doação de sangue, que se reflete quando os sujeitos consideram o ato de doar sangue como um ato para salvar vidas. Podemos inferir, a partir de observações empíricas, que a 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 ou algumas vidas, dotando as pessoas que se dispõem e podem doar, de mais poder, frente a quem recebe ou a quem não pode doar (BASTOS et al, 2001). Porém, acredito que não é o que realmente este doador quer nos passar, vejo sim um ser comprometido e sensível, que buscou alternativas para ajudar alguém, e se encontrou sendo um doador de sangue.

Além de uma ação solidária, o conhecimento sobre a doação espontânea, caracterizada também por doação voluntária, altruísta, é manifestada pelos doadores.

*Para não passar em branco nesta vida, a gente deve ser útil enquanto ser humano tenho que colaborar com meus irmãos que estão fragilizados, doentes. Então, minha forma de colaborar com eles é doando meu sangue com doações espontâneas (D7).*

*Eu gosto de ser doadora de sangue, é uma forma de estar colaborando com as pessoas. Se eu não posso colaborar financeiramente, é um meio de estar colaborando com as pessoas que precisam de sangue (D9).*

*[...] continuo (doar sangue) por livre e espontânea vontade, até porque a gente foi se conscientizando que muitos precisam e a gente tinha condições de doar, é uma coisa que não custa nada (D10).*



As pessoas solidárias são comprometidas, valorizam sua vida e em contrapartida sentem-se felizes em ajudar quem deles precisar. Como é uma realidade vivenciada nos hemocentros, geralmente o contingente significativo de doadores não se caracteriza pela classe social da população com alto poder aquisitivo. Daí ser percebido pelo contingente dominante dos doadores, que o significado da doação de sangue é uma forma de ajudar, pois não envolve o fator financeiro e sim um ato de humanidade, cidadania e solidariedade. Geralmente, estes doadores caracterizam-se em doadores do tipo voluntários, como já citado por Cárdenas (2005).

De acordo com Cárdenas (2005, p.28), pautado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde, “os doadores de sangue voluntários e não remunerados pertencentes a grupos de baixo risco e que doam sangue regularmente são à base de um fornecimento de sangue adequado e seguro”. Desta forma, pensar na triagem clínica como um espaço de cuidar e educar permite ampliar a percepção dos doadores acerca da importância da doação, principalmente a voluntária e altruísta.

Em 2004, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, juntamente com a Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos - GGSTO, fez uma pesquisa para identificar “O Perfil do Doador de Sangue Brasileiro”, envolvendo hemocentros do Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, entrevistando um total de 3276 doadores, dos quais a região sul contou com uma parcela de 464 doadores. Neste estudo, tanto na realidade nacional, como na região sul, os motivos elencados para a doação de sangue foram: “ajudar alguém”, representando 36.45% dos doadores em nível nacional e 37.93% dos doadores na região sul, “salvar vidas” em nível nacional foi de 8.67% dos doadores e na região sul de 5.82% dos doadores, e “ato de solidariedade” em nível nacional foi de 4.46% dos doadores e da região sul 2.59% dos doadores (ANVISA, 2004).

Ao comparar os motivos identificados na pesquisa citada, com os dados coletados em nosso estudo, percebemos que os doadores que fizeram parte da nossa amostra também responderam na mesma ordem de prioridade, com respostas que categorizamos como “solidariedade”. Desta forma, comparando tais dados, tanto em nível nacional, como no local do nosso estudo, podemos inferir que o povo brasileiro realmente é solidário.

Entendemos que a necessidade de sangue para a família ou para si próprio faz com que as pessoas sejam impulsionadas a doar sangue, caracterizando também uma forma de ajudar alguém, primeiramente por uma questão de sobrevivência e também de solidariedade. Nesta característica de doação, os doadores são chamados de “doadores vinculados ou de reposição”. Muitas características particulares relacionadas a este tipo de doação devem ser observadas e avaliadas no momento da triagem clínica, o que acarreta um alto índice de inaptidão destes doadores; ocasionando estresse para os familiares e demais pessoas envolvidas no processo da doação.

A necessidade de sangue para si ou para um familiar representa manter a vida, ou seja, uma questão de sobrevivência. E o que é manter a vida? Um simples antagonismo com a morte? Não é isto que pensam os doadores de sangue. É uma necessidade que se apresenta frente a um problema de saúde, principalmente no caso de intervenções cirúrgicas, tal como apontado nas falas abaixo.

*Eu fui fazer uma cirurgia e o médico disse que eu iria precisar de sangue, então tive que trazer três pessoas para doarem para mim (D2).*

*De repente minha mãe ficou doente, fez uma baita cirurgia. Daí eu vim doar para ela (D2).*

Esta doadora passou pelas duas experiências, primeiro a necessidade de encontrar pessoas para doar sangue para si própria, a expectativa da cirurgia e da possibilidade de ser uma receptora de sangue. E a segunda, de precisar inesperadamente ser doadora de sangue para sua mãe.

Diante de tantas situações adversas na vida das pessoas, Tedesco (2006) enfatiza que sangue é um assunto de todos nós, não é um problema de quem teve um filho com leucemia ou de quem foi acidentado. Também não é uma questão para o “governo” resolver ou para grupos organizados simpatizantes da causa militarem. Até porque, a qualquer momento, ele poderá ser um assunto seu. Geralmente é nessa hora quando se precisa receber sangue que vai sentir o quanto faz falta conhecer, por

exemplo, como se doa sangue, para sensibilizar e mobilizar pessoas. A solidariedade é um caminho, nela (re)descobrimos o sentido original da palavra respeito, que nada tem a ver com temor e obediência, mas sim com atenção integral a alguém.

Há que se ressaltar o papel da família neste contexto, que pode ser definida como um grupo de indivíduos que interagem formando uma unidade básica da sociedade (FAWCETT, 1975). No entanto, o conceito de família difere de pessoa para pessoa, há aquelas que consideram como membros de uma família, pessoas relacionadas por casamento, nascimento ou adoção. Outras consideram amigos e até vizinhos, de acordo com o significado deste laço, por afinidade, confiança e respeito.

Porém, ao se pensar em sobrevivência, em manter a vida, mais do que pensar nos laços familiares, busca-se o outro, já que segundo Kaloustian (1988), a família é o lugar indispensável para garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo ou da forma como vem se estruturando. É em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários e onde se aprofundam os laços de solidariedade. As forças se unem para um objetivo comum, ajudar um ente seu.

Cárdenas (2005), em sua análise da qualidade das variantes da doação de sangue, pautado em Titmuss, coloca que quando se pede ao doente que encontre doadores para poder fazer sua cirurgia, geralmente se busca entre familiares e amigos dos doentes, sendo que nestes casos a seleção e a entrevista revelam tensão, já que as necessidades transfusionais do doente estão em jogo.

Há que se ressaltar, ainda, que alguns doadores poderão abster-se de doar sangue como voluntários no futuro, uma vez que foram “forçados” a doar para uma determinada pessoa quando ainda não estavam psicologicamente preparados ou conscientizados para este ato. A maioria das pessoas gostaria provavelmente de colaborar, mas alguns têm de fazê-lo sob algum grau de coerção.

Observamos e vivenciamos com frequência em nossa prática diária, enquanto triagista, situações que não estão descritas em livros, manuais ou na RDC nº 153/2004, mas que ocorre com este tipo de doador. Estas situações estão relacionadas a fatores emocionais, pelo fato de doar sangue para pessoas ligadas por laços de afinidade, amor e carinho; o que os torna mais frágeis neste momento. Alterações são constatadas na

verificação dos sinais vitais, principalmente da pressão arterial, diminuição do fluxo de sangue no momento da coleta do sangue devido à vasoconstrição, bem como a necessidade de interrupção da coleta porque o doador está ansioso, inquieto, sensibilizado e começa a chorar. Daí a importância de lembrar que o ser humano tem sentimentos os quais devem ser respeitados.

Na função de enfermeiras triagistas frequentemente se vivencia esta situação, e há uma preocupação com isto, pois estas consideram o doador um ser humano envolto em sentimentos e fragilidades, que devem ser respeitados. Para a instituição, e em conseqüência da cobrança constante ao setor de captação, é necessário convocar pessoas para manter o estoque de sangue no sentido de reposição de sangue que muitas vezes já foi usado, passando despercebido este lado subjetivo dos sujeitos envolvidos no contexto da doação vinculada.

As enfermeiras triagistas do hemocentro procuram conversar com os doadores no momento da triagem clínica e quando percebem ansiedade, transtornos emocionais, medos, insegurança nas respostas ou pressão para doar, orientam que poderá doar em outro momento quando se sentir mais tranqüilo ou que realmente esteja preparado para doar. Esta atenção tem por finalidade evitar a omissão de informações na entrevista, evitar reações no momento da doação e preservar o próprio doador assim como proteger o receptor. Penso que é necessário respeitar o momento vivenciado pelas pessoas sendo um profissional ético e solidário. Isto foi colocado pelas enfermeiras em forma de comentário, quando em alguns momentos da reflexão vivenciada durante a prática assistencial, comparavam a visão da instituição e conseqüentemente do setor de captação de doadores e a visão do setor coleta/triagem clínica relacionada ao contexto da doação.

Em função da constante necessidade em se manter os estoques de sangue nos serviços, o setor de captação usa esta estratégia, portanto, a família pode ser sensibilizada a repor o sangue posteriormente ao momento de aflição. No entanto, quando o receptor vai a óbito, poucas famílias preocupam-se em colaborar com o hemocentro ou serviço que lhe auxiliou. Para amenizar este problema é necessário aumentar o número de doadores voluntários altruístas e de repetição, o que se vem buscando há anos. Acredito que por meio de um processo educativo planejado no

atendimento ao doador, envolvendo o setor de captação e triagem clínica de uma forma harmoniosa, poderia se mobilizar um número maior de pessoas, promovendo a integração do doador como partícipe do processo.

A necessidade de se realizar um trabalho de educação junto aos doadores, principalmente os vinculados a doentes na família, é imprescindível, principalmente quando lembrando a colocação de Bellato (2001) dizendo que no Brasil, 15% dos candidatos à doação vinculada são rejeitados na triagem clínica e entre 1 e 2% no voto de auto-exclusão. Quando doam, 18% das bolsas são descartadas na triagem sorológica.

Logicamente, há doadores voluntários, altruístas e de repetição, que passam pela situação de serem doadores de reposição, porém como já são conhecedores do processo, há uma maior facilidade no processo de doação, sem se descartar, no entanto, os abalos emocionais, que também acontece com estes doadores.

Neste sentido, Cárdenas (2005) cita a Liga das Sociedades da Cruz Vermelha que é enfática quando afirma que “não se deve exercer nenhuma pressão, nem coerção sobre um potencial doador para levá-lo a doar sangue”. O mesmo autor coloca que na Europa, a prática da doação vinculada ou de reposição é ativamente desestimulada, a não ser em casos de extrema necessidade.

Machado (2006) nos faz refletir quando afirma que ninguém está livre de passar por cirurgia, procedimento médico ou de sofrer algum acidente grave. Em casos mais críticos, a transfusão de sangue se transforma em questão de sobrevivência, ou seja, é absolutamente indispensável. Isto ocorre porque infelizmente não existe nada sintético ou produzido em laboratório capaz de suprir este líquido que circula no sistema vascular, responsável pelo transporte das substâncias vitais para os órgãos e tecidos do corpo humano, assim sendo, as pessoas são a única fonte para o paciente que precisa de reposição. É por isto que se diz que a doação é um ato altruísta.

Achamos importante saber o que significa para o doador a doação de sangue, pois acreditamos que a partir das suas percepções, teremos condições de captar o perfil dos nossos doadores. Teremos também mais subsídios para buscar alternativas de envolver o doador com o processo de doação de sangue, estimulando-o para manter-se como doador.

## 5.2 O significado da triagem clínica de doadores de sangue

Para pensar a triagem clínica como um espaço de cuidar e educar há que se ouvir o que o doador entende por este processo, até que ponto o valoriza e entende este como um espaço de interação e de responsabilidade. Também se busca compreender como as enfermeiras triagistas se percebem neste processo. Desta forma, pretende-se nesta categoria identificar o significado da triagem clínica para o doador e para a enfermeira triagista.

### 5.2.1 Percepção do doador

O doador de sangue percebe a triagem clínica como um espaço que garante a segurança do processo, ou seja, algo importante, vislumbrando-a, também, como um espaço de ser cuidado, e para tanto, há que ser humanizada.

Neste contexto, três significados emergiram com destaque, quais sejam: a Triagem Clínica como importante para a segurança do processo de doação, como um espaço de cuidado, mas também como algo repetitivo, como uma rotina.

A segurança transfusional é uma busca constante nos hemocentros e nesta perseverança dos profissionais envolvidos pela qualidade do sangue e seus hemocomponentes (hemácias, plaquetas, leucócitos e plasma) e hemoderivados (proteínas do plasma, extraídas por meio industrial, albumina e imunoglobulina), estão envolvidas as áreas técnicas que constituem o serviço, por meio do aprimoramento dos testes laboratoriais, do uso de materiais de última geração e de qualidade visando diminuir o tempo da janela imunológica. Nestas etapas do ciclo do sangue que são mais técnicas, são abordados aspectos basicamente objetivos do processo, a exemplo do processamento do sangue, na sorologia onde o contato do profissional é com o sangue do doador/aparelhos/resultado. A triagem clínica é a única etapa do ciclo do sangue que aborda aspectos subjetivos e objetivos. Subjetivos, pois é o momento que o doador está presente no processo, frente a frente com a enfermeira para ser entrevistado e de certa forma avaliado pela triagista, podendo se caracterizar em um momento de interação dos seres humanos, enfermeira/doador, onde existe muita

subjetividade. E o aspecto objetivo está relacionado ao conhecimento que a enfermeira deve ter da normatização do sangue para a avaliação do questionário de auto-preenchimento respondido pelo doador. Portanto, somente pela avaliação dos aspectos subjetivos e objetivos deste momento, que a enfermeira poderá assegurar a qualidade do sangue que será coletado. É neste sentido que a TC foi considerada **como um espaço importante para a segurança do processo de doação de sangue.**

Foi muito prazeroso, enquanto profissional atuante na TC, saber que o doador valoriza este trabalho e percebê-lo como essencial para o processo da doação, ou seja, como fundamental, indispensável, um trabalho que se destaca como principal (LUFT, 1985). Os doadores vêm a importância, relacionando-a a segurança do sangue, a sua segurança e numa percepção discreta em relação à segurança do receptor.

*As enfermeiras, as pessoas que trabalham aqui no **nosso** serviço, são 100% preparadas. Nos deixam totalmente à vontade. [...] o processo de triagem, o atendimento é muito importante. A entrevista tem toda a importância do mundo né, porque é, o nome já diz, é uma triagem. Então através desta entrevista você vai realmente saber se a pessoa tá doando sangue porque alguém vai precisar [...] para parentes ou veio fazer exames (D3).*

Este doador tem uma característica muito marcante, fala do hemocentro com carinho e respeito pela instituição e pelos profissionais que ali trabalham, usa com muita ênfase "**nosso serviço**", pois como doador faz parte desta história.

A relação dialógica é fundamental na entrevista, pois possibilita a compreensão do doador em relação à finalidade e importância deste momento, auxilia a enfermeira na avaliação das respostas verbais do doador e dos dados subjetivos que fazem parte deste momento. O diálogo constitui parte do cuidado e domina uma dimensão decisiva de toda ação. Ele humaniza a relação entre indivíduos que são fundamentalmente distintos, permitindo a aproximação e a confiança necessária ao processo.

Segundo Freire (1998), o diálogo é uma alternativa de redução da desigualdade, ele possibilita criar uma relação horizontal entre as pessoas. Podemos dizer entre doador e enfermeira. Por meio dele, as enfermeiras podem buscar atingir a integralidade da atenção ao doador.

Humanizar a assistência à saúde é entender cada pessoa em sua integralidade, suas necessidades específicas e favorecer a esta pessoa que exerça sua vontade de forma autônoma. Devemos nos reportar aos doadores de sangue no momento da triagem clínica, respeitando a individualidade de cada um, suas crenças, valores, conhecimentos e apreensão deste conhecimento, percebendo-os como seres singulares.

Cecílio (2001, p. 1151) fala da importância da relação de confiança e autonomia que deve ser estabelecida entre as pessoas envolvidas num momento propício para interação, reconhecendo o vínculo, que inclui o estabelecimento de uma “relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa e mediada pelas subjetividades”.

Pode-se inferir que essa relação existe em nosso contexto, entre doador e enfermeira. Em relação à autonomia, destaca que as pessoas devem obter graus crescentes de autonomia na vida, por meio da oferta de informações de educação em saúde e buscando a satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível e relações simétricas entre usuários e trabalhadores de saúde.

Este mesmo autor enfatiza que a incorporação de valores de solidariedade e reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado à saúde, formam o grande desafio para a utopia da integralidade.

Nas falas dos doadores, podemos perceber que se sentem “bem tratados”, e seguros na triagem, o que nos leva a inferir que as enfermeiras buscam vivenciar a humanização na relação doador/enfermeira.

Cuidar do doador na sua integralidade é uma forma de humanizar o momento da triagem clínica. Toda a assistência se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. No hemocentro, e principalmente na etapa da triagem clínica, esta assistência está pautada num laço interpessoal particularmente forte e decisivo para a própria eficácia da inter-relação. Por meio da entrevista, é possível reconhecer o doador e criar uma dimensão dialógica, para tanto é necessário ter interesse em ouvi-lo.

Ayres (2004, p.23) enfatiza a questão da escuta afirmando que é no contínuo da interação entre usuário e serviços de saúde, em todas as oportunidades de **escuta do outro**, que se dá o **acolhimento**, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de “**escuta diferenciada**”. Na triagem deve existir esta capacidade de escuta, uma escuta de qualidade, diferenciada, onde o doador e a enfermeira devem assumir



responsabilidades frente ao outro.

*Eu hoje encaro como um dos pontos principais. [...] de repente tu responde ali, mas tá blefando, enganando, escondendo alguma coisa né. Essa entrevista pelo fato de como ela é realizada, ela te deixa bem à vontade para você ser como eu disse, bem sincero (D4).*

A expectativa dos doadores é de ter uma atenção singular pelas enfermeiras, ser acolhido e perceber que a enfermeira dá importância ao que ele fala. Watson (1985) ressalta que a enfermeira deve envolver o doador por meio da relação da comunicação e da interação, deste modo compartilha a educação e promove a fidelização deste doador.

*Todas as perguntas que ela (enfermeira) faz, que são um monte (riso), eu acho necessário (D5).*

A partir de cuidados mais resolutivos, centrados na comunicação que incentiva a troca de informações e saberes, diálogo e escuta, e a partir da tomada de decisões entre enfermeira e doador, pode-se tornar a triagem clínica um momento humanizado e de mútua responsabilidade. No exemplo da fala abaixo, está explícita a necessidade de cuidados mais resolutivos e de maior envolvimento do doador ao processo.

*Tem que existir para ver se a gente tem alguma doença, porque muitas pessoas vêm doar e podem ter pegado uma doença há um mês, dois meses ou mais e se a enfermeira não perguntar, você pode não responder (D6).*

O doador coloca a enfermeira como a única responsável pela entrevista, talvez a responsável em aguçá-lo a responder com sinceridade, não percebe que enquanto doador tem também suas responsabilidades, pois somente ele pode saber sobre suas vivências de riscos ou não. Porém, ainda podemos compreender por esta fala, como

nos coloca Bellato (2001, p.111), que “a prática da doação de sangue é vista como um direito de manutenção à saúde, quando interpretada pelo doador como uma forma de facilitar o acesso a um serviço diferenciado de saúde”. Podemos dizer que seria um meio para fazer exames periódicos.

MacDowell (2002, p.40) enfatiza que “a triagem clínica de doadores” é muito importante, porque existe um período entre a contaminação por uma doença e a possibilidade de se identificar à presença de anticorpos ou mesmo partículas dos agentes infecciosos no sangue, que chamamos de janela imunológica.

*Acho essencial, primeiro se deve conhecer o perfil da pessoa. Hoje em dia a AIDS tá aí, e a pessoa pode vir com má intenção. É de seis meses a janela imunológica, como vocês dizem né? É essencial (D1).*

*Este trabalho é sempre importante, para saber o que realmente está acontecendo com a pessoa, se a pessoa pode ou não doar, o que aconteceu na vida da pessoa. Você não vai doar sangue se tem algum problema, doença, senão, alguma coisa você pode passar para o receptor (D7).*

*Como na vida da gente tudo muda, a gente pode estar vivendo um momento um contexto e as respostas mudarem, acho que tem importância para você que está do outro lado, saber aquelas informações (D8).*

Estes doadores colocam, de acordo com seu entendimento, de um modo muito simples, algo muito importante, a “janela imunológica”, pois esta é ainda a grande vilã dos hemocentros e serviços de hemoterapia. Acredito que ainda é um grande desafio para as enfermeiras triagistas conseguir que os doadores apreendam o entendimento sobre ela, passando a tê-los como multiplicadores destas informações, sendo partícipes deste processo de educação para a doação. Porém, nestas falas se percebe que o doador atribui à enfermeira a responsabilidade de decisão quanto à doação, portanto, talvez possamos inferir que os mesmos ainda não têm a compreensão exata sobre janela imunológica.

Por este motivo que a seleção dos doadores é tão importante. A entrevista deve ser minuciosa possibilitando a compreensão e a conscientização do doador quanto ao que envolve o ato da doação e suas conseqüências, responsabilizando pela veracidade

das informações prestadas, principalmente quando ao final da entrevista está apto para doar. O compromisso é firmado ao assinar o termo de responsabilidade no questionário de auto-preenchimento e também respondendo o voto de auto-exclusão, o qual tem por finalidade dar mais uma oportunidade a todos os doadores de declarar, de forma sigilosa, se o seu sangue é adequado ou não para ser utilizado em transfusão. O doador poderá basear-se nas orientações recebidas quanto à janela imunológica e situações de risco que se vivenciadas poderão colocar em risco a saúde do receptor do sangue. Este voto nada mais é do que assumir um ato de responsabilidade e cidadania. Se o doador optar pela não utilização do seu sangue este será descartado, mesmo assim, exames sorológicos serão realizados e em caso de resultados alterados o doador será chamado. Ao optar que seu sangue pode ser utilizado, este será submetido aos exames sorológicos e após a emissão do resultado poderá ser utilizado para transfusão. Estes dois momentos não podem ser percebidos apenas como uma rotina que faz parte da triagem clínica, mas como um compromisso do doador para com aquele que receberá seu sangue.

*A entrevista é muito importante para a doação. Imagina doar sangue sem saber nada da vida da pessoa. Aqui cuidam da qualidade do serviço e da segurança de quem vai receber o sangue. Acho uma das partes mais importantes. É um trabalho de muita responsabilidade, porque se a pessoa (doador) quiser mentir ela mente. Tem que ter um jogo de cintura muito grande (enfermeira). E você, (enfermeira) olhar para a pessoa (doador) e descartar, é complicado (D9).*

Para que a enfermeira consiga compartilhar com o doador este momento, deve preocupar-se em proporcionar um “encontro”, não dando a conotação de uma simples ou complicada entrevista que parece limitar a uma pessoa perguntar e a outra responder. É criar uma relação de cuidado, buscar o significado da própria presença de um diante do outro, naquele espaço, naquele momento.

*Elas (enfermeiras) dão total abertura para que a gente possa se pronunciar. [...] É obvio que é um trabalho muito válido, porque na dúvida, elas (enfermeiras) já procuram no mínimo dar mais atenção para aquele caso, com aquela pessoa (doador). É um trabalho que tem que ser feito porque senão, seria uma coisa muito, muito insegura. Eu acredito que as pessoas*

*que fazem a entrevista têm um preparo e que vão ter condições de detectar algum desvio nas respostas que são formuladas (D10).*

A triagem clínica é um momento onde nos deparamos com o subjetivo, o que está nas entrelinhas, e alguns doadores perceberam com clareza esta questão, o que pudemos perceber nas falas de D9 e D10.

Silva (2002, p.75) destaca que “[...] ao falar de comunicação, não falamos apenas das palavras expressas para a outra pessoa; dimensionada como comunicação verbal. Acontece que toda comunicação humana, face a face, interpessoal, também se faz através da comunicação não verbal”.

Na triagem clínica a comunicação não verbal em muitos momentos elucida dúvidas, daí a importância da enfermeira saber avaliar e ter a sensibilidade de escutar sua intuição e perceber o que o doador pretende transmitir ou omitir. Alguns doadores confiam nesta perspicácia da enfermeira para a segurança do processo.

Mas a TC, além de ser considerada importante no processo de doação, tendo em vista a segurança e garantia do sangue, também é entendida como **um espaço de cuidado, de se prestar esclarecimento.**

Prestar um atendimento diferenciado ao doador de sangue, cuidando-o e proporcionando uma relação de interação e educação em cada momento que ele vem até o hemocentro, é uma forma de envolvê-lo no processo de doação. Se o doador percebe que é respeitado enquanto ser humano e que recebe uma atenção singular, tende a ser um multiplicador de informações quanto à doação de sangue.

Fortes (2004) aponta a importância da humanização na atenção à saúde, e para tanto há que se entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criar condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma. Na triagem clínica, o doador deve ser olhado no seu todo, porque não só os dados objetivos podem ser avaliados, junto à vontade ou intenção de doar sangue, mas também muitos dados subjetivos podem estar envolvidos.

Waldow (2004, p.37) coloca que:

cuidado é o que confere a condição de humanidade às pessoas. O cuidado humano representa uma maneira de ser e de relacionar e caracteriza-se por envolvimento, o qual, por sua vez, inclui responsabilidade. Também, pode ser destacado o interesse e compromisso moral, manifestações que são exclusivas dos seres humanos.

Os doadores expressaram-se de várias maneiras acerca do que para eles representa sentirem-se cuidados, porém não se pôde perceber se quando são esclarecidas suas dúvidas, inseguranças, medos e as orientações que recebem, entendem este como um momento educativo ou/e de cuidado.

Bellato (2001), que realizou sua pesquisa no mesmo hemocentro do nosso estudo, ao observar os doadores aguardando no saguão para doar, identificou uma característica comum – os doadores buscavam, entre si, esclarecer suas “dúvidas” sobre a doação, sendo que alguns queriam saber mais, enquanto outros prestavam informações, esclarecendo sobre o que sabiam. Referiu ter presenciado nesta diversidade de diálogo um processo educativo, onde o aprendizado para a doação de sangue se efetivava por meio de experiências compartilhadas.

Este processo educativo, provavelmente partiu de informações apreendidas pelos doadores durante o processo de doação, quando das orientações recebidas na triagem clínica. Há que se considerar a riqueza deste processo, quando bem realizado, permitindo que o doador se sinta sujeito ativo, inclusive repassando orientações recebidas em experiências anteriores. Isto permite que se pense no doador enquanto um cidadão, sujeito ativo, criativo e reativo, sujeito do processo, inclusive como multiplicador de informações, o que reforça o nosso entendimento da importância da triagem clínica ser um espaço de cuidar e educar e não uma mera entrevista, para cumprir um protocolo estabelecido na legislação.

*Pelo fato de você vir fazer uma boa ação e já ta sabendo que não sofre de nada, receber orientação (medo da agulha), ficar sabendo como está a saúde (resultados da pré-triagem), a gente relaxa mais (D1).*

*[...] a gente lendo o questionário, viu quantas coisas que existe (doenças, riscos para doenças) e a gente nem sabe que existe, então na entrevista esclarece mais. (D2).*

Lembrando algumas palavras de Freire (1983), há graus e níveis de conhecimento e saberes diferentes, mas não há quem nada saiba. Na triagem clínica acontece uma troca de saberes, ou seja, a manifestação do senso comum aliado ao conhecimento técnico.

O que diferencia o ser humano dos outros seres é sua capacidade de dar respostas aos diversos desafios que a realidade impõe. Mas, essas apreensões da realidade a esse agir no mundo, não se dão de maneira isolada. É na relação entre homem e mulher e destes com o mundo, que uma nova realidade se constrói e novos homens e mulheres se fazem, criando cultura e fazendo história (PADILHA, 2001).

*Aqui, posso dizer que a gente se sente em casa. [...] quando chego aqui, as pessoas **me chamam pelo nome**, elas lembram que eu fui embora e voltei. Para a gente, como pessoa, é muito importante. [...] eu gostaria de parabenizar um por um, porque o atendimento é uma coisa que conta muito, se você é bem tratado, você volta (D3).*

A referência feita por este doador vem ao encontro do que colocou Williams (1996) acerca da forma como o doador avalia a experiência de doar sangue, influenciando na sua tomada de decisão quanto a voltar ou não a doar. Assim sendo, se a experiência for positiva, ele retornará a doar, como também será uma fonte de motivação para outras pessoas. Porém, se a experiência for negativa, dificilmente voltará e será uma fonte de desmotivação em relação à doação de sangue.

É fundamental que exista uma relação positiva e de harmonia entre triagista e doador, onde a ética e o respeito mútuo estejam presentes. Mayeroff (1971, p.25) afirma que “quando se diz que o homem se sente à vontade em qualquer lugar do mundo, neste sentido ele se sente à vontade não por meio da dominação, ou justificativa ou julgamento, mas cuidando e sendo cuidado”.

Faz-se necessário sempre lembrar que cada doador tem suas características próprias, o que o torna singular e deve ser tratado como tal; respeitado seus medos, tabus, conhecimentos e desconhecimentos. Lembrando as palavras de Freire (1991), o Ser Humano é histórico, é singular, busca incessantemente ser mais em suas relações sociais.

*Eu sinto assim que elas (enfermeiras) são bem humanas. Normalmente quando as pessoas vêm aqui, vem com insegurança, com a falta de informações, com medo. [...] muita gente fica constrangido para responder e esta é uma das partes principais que é a da sinceridade. Eu me senti à vontade, as dúvidas que tive, na entrevista foram esclarecidas. Lembro de uma vez que me perguntaram sobre a perda de peso. Se a enfermeira não te passa segurança ou a conversa não é bem tranqüila, você fica pensando: o que ela tá querendo saber? Da maneira que ela me perguntou, a abordagem dela, respondi com tranqüilidade, na verdade era consequência de um problema emocional (D4).*

Diante de uma pergunta tão objetiva feita à doadora quanto à perda de peso, não poderia imaginar que esta pergunta atingiria, naquele momento, um ponto frágil e particular da sua história de vida. E foi na abordagem da enfermeira, na sua forma de comunicação, que se estabeleceu uma relação de confiança enfermeira/doador e a doadora compreendeu e então, respondeu a pergunta.

Mayeroff (1971) coloca que o cuidado é um processo, um modo de se relacionar com alguém, que envolve desenvolvimento e cresce em confiança mútua, provocando uma profunda e qualitativa transformação no relacionamento. É ajudar ao outro crescer e se realizar.

*Me sinto bem, e é por isto que continuo doando, sempre fui bem tratada, são simpáticas, me sinto à vontade e tranqüila no momento da entrevista. Uma vez não pude doar por causa da minha pressão, estava alta, fiquei um pouco sentida, então me explicaram os riscos que eu estaria correndo. Elas são cuidadosas (D5).*

Uma situação bastante comum vivenciada na triagem é o fato do doador ser considerado inapto para doar naquele dia, sendo que alguns ficam chateados com a situação apresentada. Dependendo do motivo, há pessoas que demoram a retornar e quando voltam, ainda referem que é muito difícil doar, há muitos fatores impeditivos, no entanto, há doadores que compreendem como uma ação de cuidado da enfermeira para consigo.

Portanto, é necessário o doador saber que não existe o “direito de doar sangue”,

somente o direito de se candidatar a ser doador. A aceitação da doação depende de uma série de fatores, que levam em conta o risco que a doação pode representar tanto para a saúde do doador (anemia ou hipertensão arterial), por exemplo, quanto para a do receptor (riscos de incidentes transfusionais). Ressaltamos que o ponto crítico neste assunto não é em relação aos candidatos à doação, mas sim ao direito de todo cidadão receber produtos relacionados à saúde, com a máxima qualidade e segurança.

*Já fui entrevistado várias vezes e já conheço mais ou menos o procedimento, conheço o profissionalismo daquela pessoa, o atendimento daquela pessoa, me sinto tranqüilo (D7).*

*Eu não tinha conhecimento sobre a janela imunológica, hoje eu sei. As enfermeiras te explicam, esclarecem e a gente aprende, eu vejo desta forma. Eu não sabia sobre o hematócrito baixo, hoje sei que pode me prejudicar e prejudicar quem recebe o sangue (D9).*

É importante ressaltar que mesmo a ação intencional na educação que se visa na triagem clínica, deve ter como objetivo o desenvolvimento da autonomia e a construção da competência por parte da pessoa. Se isto não acontecer, não estaremos tratando a educação como um processo de desenvolvimento humano (FREIRE, 1991).

*[...] eu já vi pessoas que vieram fazer exames e foram encaminhados para outro serviço gratuito (D3).*

Nesta fala, o doador percebeu uma realidade vivenciada diariamente nos hemocentros. Infelizmente, muitos doadores não têm conhecimento da janela imunológica e do risco que podem causar aos receptores do sangue, caso se encontre neste período; pensam, algumas vezes, em seu benefício próprio, o que pode ocorrer por não terem ainda a noção de tudo que envolve uma doação, bem como o compromisso de ser um doador. Alguns doadores, quando chegam à triagem clínica e não falam de sua intenção em ter vindo doar sangue, mas sendo identificados pelas triagistas como indivíduos que gostariam sim de se submeter aos exames, ou seja, tem



uma intenção subliminar em relação à doação, são esclarecidos e encaminhados à Secretaria da Saúde/ Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS, e não doam. Vivenciamos diariamente esta situação com pessoas que passam por situações de risco e sabem que no hemocentro, ao doar sangue, são realizados exames gratuitos, então, buscam este recurso.

Diante de tantas situações, as enfermeiras devem transmitir segurança, manter sigilo das informações, demonstrarem respeito e ética aos doadores em todas as circunstâncias. Mas acima de tudo, devem orientar, ou seja, cuidar e educar àqueles que procuram o hemocentro, mesmo que nem sempre com a intenção de doar sangue.

Como já colocado, compreendemos que cuidar é comunicar-se, é relacionar-se, é estar com o outro, envolvendo, portanto, relações interpessoais. Neste sentido, a capacidade da empatia está intimamente relacionada ao envolvimento emocional e respeito mútuo que ocorrem no relacionamento interpessoal. Devemos respeitar as crenças, valores, costumes e modos de vida das pessoas, sem preconceito.

Na fala deste doador, podemos perceber que ele sente-se cuidado e acompanha atentamente as etapas da doação.

*Olha! Eu vejo que elas (enfermeiras) têm o máximo de cuidado para que não haja nenhum problema e ao mesmo tempo procuram dar atenção ao próprio doador. Procuram acompanhar a todo instante, qualquer alteração que por ventura possa ocorrer no momento da coleta do sangue (D10).*

A percepção destes doadores quanto ao trabalho das enfermeiras triagistas, veio ao encontro do que Millar percebeu em seu estudo realizado em 1994, citado por Xavier (2002, p.13), no qual a expectativa em relação aos profissionais pauta-se também no modo como as enfermeiras se comunicam, suas aptidões técnicas, suas atitudes e comportamentos. Isto evidencia que enquanto a enfermeira observa, também é observada pelo doador.

Há que se considerar, ainda, a responsabilidade que recai sobre a enfermeira, conforme a fala abaixo:

*A doação depende da enfermeira triagista, pois ela que vai avaliar se o doador pode ou não doar (D 4).*

Daí a importância de favorecer no momento da entrevista, uma boa relação com o doador, envolvendo-o e esclarecendo que ele deve ser partícipe da decisão de doar, pois conhece a si próprio, é responsável pelos seus atos e pela doação de seu sangue.

Waldow (2004, P.102) afirma que:

pacientes querem sentir-se seguros e confiantes de que, além de serem considerados seres humanos, terão a equipe de saúde desempenhando suas funções com conhecimento. [...] o cuidado ocorrerá em sua plenitude quando a cuidadora expressar conhecimento e experiência em suas atividades técnicas, educativas, conjugando expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade demonstrada por palavras, tom de voz, postura, gestos e toque.

A TC, além de ser um espaço que assegure a qualidade do processo de doação de sangue e um espaço de esclarecimento, também é entendida pelos doadores, como **um momento repetitivo, uma rotina.**

A triagem clínica constitui-se de uma entrevista estruturada a partir de um questionário para auto-preenchimento, com perguntas baseadas na RDC N° 153/04, aplicadas a todos os doadores, em que as respostas do doador a esse questionário são objetivas, assinalando sim ou não, o que a torna repetitiva, não individualizada, ou seja, igual para todos, sem considerar a singularidade de cada ser humano.

Há que se considerar que cada doação compreende momentos distintos, onde há um período de no mínimo dois meses entre as doações para o homem e três meses para mulher, e retornos com mais brevidade nos casos de inaptidão temporária por causas simples, a exemplo de repouso noturno inadequado, entre outras. É necessário o doador reconhecer que neste intervalo muitas situações diferentes podem acontecer em sua vida, vindo a modificar algumas respostas, pois a vida caracteriza-se por um processo dinâmico. Porém, aos doadores de repetição parece que nada mais é novidade, já que o instrumento de coleta de dados é sempre o mesmo.

Aqui mais uma vez se ressalta a importância e a necessidade de sensibilidade da enfermeira triagista, no sentido de tornar este momento mais dinâmico, possibilitando a interação do doador, pois facilitará, assim, a percepção dos aspectos

subjetivos, abrindo espaço para criar laços de confiança entre os sujeitos. Desta forma, mais do que uma repetição, o doador vai se comprometer com sua resposta ao questionário, não se sentindo apenas mais um.

Algumas falas elucidam o sentimento dos doadores.

*[...] é responder uma coisa que você já sabe. Me parece, as vezes que é um X no sim e o restante do X no não. São as mesmas questões sempre. Talvez uma coisa diferente, uma forma diferente, abordagem diferente (D8).*

*Um pouco repetitiva né, mas a pessoa (enfermeira) tem que saber as nossas resposta (D7).*

*[...] rotina, você tem tal coisa? Teve? Fica só no sim, sim, não, não. Mais diálogo fica mais fácil (D6).*

Pode-se interpretar essas colocações de várias maneiras; 1º- o doador vê a triagem como uma cartilha, conhecem todas as perguntas e com o passar do tempo sabem quais destas, podem ou não impedi-lo de doar sangue; 2º- acham-se comprometidos o bastante pelo tempo de doação, pois já apreenderam aquilo que faz parte de sua vida, o que foi significativo para ele; 3º- gostariam que neste momento houvesse uma relação dialógica entre doador e enfermeira, tornando um processo mais dinâmico, inclusive um dos doadores entrevistados apresentou esta sugestão; 4º- um alerta para repensar a abordagem da triagem clínica.

Entendo que cuidar do doador é também saber ouvi-lo, é dar espaço e tempo para que ocorra a interação, para que o doador sinta-se a vontade para compartilhar sua história. Poder ouvir e fazer-se ouvir são pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo. Esta capacidade de ausculta e diálogo tem sido relacionada como um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de Humanização da Saúde: o acolhimento como recurso fundamental para que o cuidador torne o momento autêntico e efetivo, por meio do diálogo, de modo que surja positivamente no espaço assistencial. Desta forma, cabe a enfermeira triagista, enquanto elo de ligação do doador/hemocentro, possibilitar esta escuta ativa junto ao doador, percebendo suas

necessidades, fragilidades, conhecimentos, despertando o compromisso ético do doador cidadão.

Esta percepção da triagem ser repetitiva ficou evidente nas entrevistas com os doadores e veio ao encontro das colocações das enfermeiras, que também se preocupam com a característica deste momento. Aprofundaremos esta questão posteriormente, ao discutirmos a percepção das enfermeiras e dificuldades da triagem clínica elencadas pelas mesmas.

O repetitivo, percebido de uma forma positiva por ser necessário neste processo, aparece na fala deste doador, ao inferir que a entrevista é realizada com uma relação de diálogo, que é um momento de conversa, por isso sente liberdade para responder.

*São perguntas e respostas, mas são perguntas e respostas conversando. Então a partir do momento que se torna um diálogo, você tem a liberdade de responder da tua maneira. Eu acho que o paciente (doador) ganha, a enfermeira ganha e quem vai receber o sangue também (D3).*

Os doadores identificam esse momento não apenas como mais um no processo de doação de sangue, mas sim como a possibilidade de compartilhar com a enfermeira triagista, "conversar", indicando um caminho para que este espaço seja de construção de relações, de troca de saberes, e não apenas um momento de repetição.

No entanto, há que se salientar que mesmo com todo cuidado, com esclarecimentos, momentos educativos, mesmo que alguns doadores identifiquem este momento como de repetição das perguntas, as doações e a evolução histórica positiva dos hemocentros e serviços hemoterápicos em relação à qualidade/segurança do sangue, indicam que ainda não se tem a garantia de 100% de segurança nas transfusões de sangue. Preocupa-nos saber até que ponto os doadores de sangue estão de fato sensibilizados para doar e até que ponto os profissionais estão sensibilizados a auxiliar para a compreensão destes doadores acerca do processo que envolve a doação de sangue.

### 5.2.2 Triagem clínica, a percepção das enfermeiras triagistas quanto a sua função

A triagem clínica é um espaço importante para a interação enfermeira e doador e segurança do receptor do sangue. É por meio dessa que se busca a garantia da qualidade/segurança do sangue, mas também, pode ser um espaço de cuidar e educar. As enfermeiras têm ciência do seu papel nesse processo, o que foi identificado quando na realização da prática assistencial, por meio dos momentos de reflexão e problematização e confirmado nesta investigação, quando na realização das entrevistas.

Também para as enfermeiras triagistas a TC está relacionada à segurança do processo, sendo identificada como um processo investigativo, que visa à qualidade e segurança, mas também como um momento de cuidar e educar, ainda a ser melhor construído.

Ao pensar em sua prática diária de trabalho, as enfermeiras triagistas, de algum modo, estão se auto-avaliando. A auto-avaliação significa que modificações são analisadas e implementadas durante o seu processo de trabalho, com o objetivo de refinar e acompanhar as dinâmicas da realidade, mais especificamente da realidade sua e do doador. É importante parar, refletir e observar o que se faz, como se faz, e até que ponto o que se faz pode ajudar ou atrapalhar o crescimento do outro/doador.

Muitas falas resumem o que está preconizado na legislação do sangue como finalidade objetiva da triagem clínica, ou seja, **um processo investigativo, que visa à qualidade e segurança, tanto do sangue, quanto do doador e do receptor.**

*Tenho um papel importante de estar pensando na qualidade deste sangue no sentido de estar detectando ações voltadas para evitar a transmissão de doenças pelo sangue. É um momento fundamental na interação doador x hemocentro (pessoas), que visa primeiramente a segurança no ato de doação e no ato transfusional (E6).*

*Passar ao candidato à doação de sangue informações com o objetivo de cada vez mais reduzir os riscos relacionados à doação. Para isso, preciso reconhecer os requisitos e critérios definidos pelo Ministério da Saúde/ANVISA, para selecionar clinicamente os doadores com perfil adequado e avaliá-los de acordo com as normas exigidas (E1).*

*Conversar com o doador na triagem clínica, conscientizar da importância da sinceridade quanto aos dados que passa no questionário, [...] até para*

*identificar qualquer problema que tenha ou contato de risco que o doador tenha tido (E2).*

Na busca incessante pela qualidade do sangue, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na comemoração do Dia Mundial da Saúde no ano 2000, criou o slogan - “SANGUE SEGURO COMEÇA COMIGO”. A intenção da OMS foi de incentivar as doações fidelizadas, porque como se sabe, a segurança dos produtos, tanto dos hemoderivados quanto dos hemocomponentes, começa com a qualidade do doador. Isto se deve ao período da janela imunológica, como já colocado anteriormente. Entende-se que quando um doador doa várias vezes ao ano, obrigatoriamente estará sendo testado a cada doação, ao contrário de um doador eventual, que é testado naquele único momento.

Na vivência diária, observamos que um número significativo de pessoas, ainda privilegia seus interesses pessoais ao doar sangue, sem pensar no verdadeiro ato da doação; a exemplo das doações em troca de atestado para não trabalhar, interesse em exames para o trabalho ou porque vivenciou alguma situação de risco e está preocupado, entre outros. Isto dificulta a auto-seleção e aumenta os riscos da transfusão ao receptor do sangue.

Por vários motivos, a seleção adequada dos doadores é importante e a entrevista deve ser minuciosa, esclarecendo ao doador sua cumplicidade e responsabilidade.

Analisando de forma objetiva, a triagem clínica tem por finalidade selecionar doadores de acordo com o preconizado pela normatização do sangue, na busca de coletar um sangue seguro. Foi também avaliada pelas enfermeiras como elo de ligação doador/hemocentro e doador/receptor, reforçando que a partir da triagem pode-se ou não continuar as demais etapas do ciclo do sangue, pois ali inicia o contato mais direto com o doador. A partir da vivência profissional, das reflexões e entrevistas realizadas com as enfermeiras, ficou evidente que não basta avaliar somente aspectos objetivos na triagem, é necessário que a enfermeira tenha a preocupação de favorecer ou proporcionar uma relação dialógica que conduza a uma interação enfermeira/doador e, a partir daí, iniciar um processo educativo. Neste sentido, entendo que a educação

problematizadora poderia pautar esta ação, instrumentalizando as enfermeiras triagistas e permitindo uma real aproximação do doador com o ato de doar e sua responsabilidade neste processo. Desta forma, o doador envolve-se ativamente no processo da doação e é valorizado e respeitado seu conhecimento prévio, havendo uma troca e complementação de saberes.

Por meio da educação problematizadora, de acordo com Freire (1987), o respeito à autonomia e a dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros. Para este mesmo autor (1980), a educação problematizadora envolve a criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo assim a vocação dos homens que não são seres autênticos, senão quando se comprometem na procura e na transformação criadoras.

Para as enfermeiras triagistas, seu papel neste processo de triagem é ir além do que está preconizado na RDC N° 153/04, ou seja, visar o sangue seguro; mas também propiciar um espaço de cuidar e educar, pois com estas ações a enfermeira estará garantindo a qualidade do sangue, bem como co-responsabilizando o doador por seus atos e informações, enfatizando, (re) significando ou esclarecendo sobre o ato da doação.

Desta forma, **cuidado e educação na triagem clínica constituem-se em uma possibilidade a ser construída** na visão das enfermeiras.

O cuidado na triagem clínica é direcionado a pessoas potencialmente saudáveis, já que para a doação de sangue pressupõe-se que pessoas com problemas de saúde não deveriam ser doadores de sangue. No entanto, como afirmado anteriormente, são muitos os motivos que levam o doador a procurar o hemocentro, cabendo à enfermeira trabalhar sua percepção e vivenciar com segurança sua função. Cuidar do ser humano é um ato que requer empatia, sensibilidade e, também, conhecimento.

Conforme análise das entrevistas com as enfermeiras, julguei que os verbos colocados como: proteger, preocupar-se, compartilhar, encaminhar e esclarecer; sugerem que o olhar das enfermeiras está voltado para o cuidado com o doador e a educação, por meio de orientações e repasse de informações, as quais apresentam-se como fator importante no processo da doação para o desenvolvimento de uma

consciência crítica deste doador, sendo que esses dois termos se complementam.

Nas falas abaixo, fica explícita esta preocupação em cuidar e educar.

*Devo proteger o candidato de possíveis reações adversas e o receptor de acidentes transfusionais tardios. [...] identificando problemas com o doador e quando necessário encaminhá-lo para controles e serviços de atendimento de saúde. [...] O processo educativo já acontece na triagem clínica, quando nos deparamos com a história clínica do candidato, orientamos, encaminhamos quando necessário aos serviços de saúde, repassamos informações sobre a doação, legislação, uso de preservativo, etc (E1).*

*A gente vai analisar os dados da pré-triagem, o estado geral da pessoa [...] dar as orientações necessárias e já aproveitar em dar a parte educativa e encaminhamento quando necessário a outros serviços (E5).*

Mas, fica explícita também uma ação educativa tradicional, um repasse de conhecimentos ao doador por meio de orientações, julgadas pela enfermeira como necessárias para a prática segura da triagem clínica. O cuidado acontece ao doador pela avaliação de sua história, repercutindo, também, no cuidado ao receptor.

Mayeroff (1971, p.33) coloca que “para cuidar de alguém, devo conhecer muitas coisas. Preciso conhecer, por exemplo, quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades, e o que conduz o seu crescimento; preciso saber como responder às suas necessidades, e quais são meus próprios poderes e limitações”.

Na verdade, a relação deve se dar entre a enfermeira e o doador, entre o doador e o conhecimento/cultura e também entre a enfermeira e as demais enfermeiras. Neste sentido, a enfermeira se faz sujeito na medida em que compartilha com os outros o seu ponto de vista, seus saberes, seus anseios, seus temores. Desta forma, é imprescindível criar espaços para o compartilhamento de saberes, para uma reflexão contínua.

A história de vida de cada doador deve ser respeitada e valorizada, bem como sua cultura, seus valores, seu conhecimento. Há que se ressaltar que doadores que buscam o hemocentro em estudo, são pessoas do interior, sábias em sua simplicidade, conhecimento popular, bagagem de vida e modo de ser, porém, algumas vezes apresentam dificuldade de entendimento. Para tanto, é necessário que a enfermeira



triagista saiba compreender e facilitar o processo por que passam os doadores, compartilhando sua história e criando momentos de interação, favorecendo, assim, o processo educativo e de cuidado.

As enfermeiras se deparam com vários perfis de doadores diariamente, já que há níveis de conhecimento e de saberes diferentes. Mayeroff (1971, p.33) nos diz que “[...] para cuidar preciso entender as necessidades do outro e devo ser capaz de lhes dar respostas adequadas, e está visto que não bastam boas intenções para garantir isto”.

O trabalho da enfermeira triagista é complexo, necessita de uma relação interpessoal e dialógica, pois envolve relação entre pessoas, portanto, é necessário compreender que cada doador é um ser distinto, individual e que tem seu tempo e sua maneira de entender e até mudar seu comportamento, se julgar necessário. Para isto, é necessário aprimoramento, troca de experiências, vivências em grupo para o desempenho desta área tão específica e ao mesmo tempo diferenciada de atuação para enfermeiras. Na prática assistencial realizada com as enfermeiras e, posteriormente nas entrevistas, elas enfatizam sentir a necessidade de trocar experiências com outros profissionais que também desempenham a mesma função, de ter um tempo para compartilhar, mas precisam ser motivadas para isto.

*Como enfermeira posso estar interagindo com a consulta de enfermagem e tentando esclarecer e/ou encaminhar o doador como a gente faz aqui, para a Secretaria Municipal da Saúde. [...] fazer com que também esse doador seja um multiplicador da importância da doação de sangue. [...] Acho a triagem fundamental, é um momento educativo e esclarecedor que pode gerar mudança de comportamento. [...] sinto que por muitos fatores, nem sempre conseguimos fazer a consulta de enfermagem (E4).*

*Já sabíamos que a triagem clínica é um momento de consulta de enfermagem, porém não exploramos este momento como devemos (E6 e E1).*

Considerando que as enfermeiras vêm se sensibilizando-se em contemplar a triagem clínica enquanto consulta de enfermagem e que por meio desta entendem que é necessário estabelecer um relacionamento interpessoal enfermeira/doador, e, para isso, há que se buscar subsídios para enriquecer a triagem clínica/ consulta de

enfermagem enquanto momento de interação. Desta forma, as enfermeiras necessitam de um referencial teórico que dê sustentação a esta atividade, procurando na interação face a face estabelecer e manter uma relação definida por percepções mútuas.

A profissional, ao perceber a interação como uma abertura na sua relação com o doador, tem a possibilidade de esclarecê-lo e inclusive encaminhá-lo, caso necessário, a outros serviços, demonstrando neste ato a preocupação com a promoção da saúde do doador. A interação pode auxiliar no processo educativo, favorecendo a conscientização do doador quanto ao ato da doação, sensibilizando-o para ser um multiplicador de informações sobre a doação de sangue. As enfermeiras assumem o compromisso social de minimizar a desigualdade cultural e social, buscando a promoção humana, sua libertação. Desta forma, há que se pensar a triagem clínica como um momento esclarecedor, não como uma relação unilateral, onde a enfermeira fala e o doador escuta e compreende as informações, ou não as compreende; mas sim, um momento verdadeiro de interação, gerando uma relação dialógica, com acolhimento, escuta e troca de saberes, portanto, um momento esclarecedor para a enfermeira e para o doador.

Esse processo de transformação ocorre na dinâmica das interações sociais, em que o conhecimento, a reflexão e a ação dos homens sobre a realidade criam um novo mundo. E este ato de criar e recriar um novo mundo surge modificando a realidade para melhor. Este movimento do processo educativo mediatiza a compreensão do homem dentro de seu contexto histórico-social, cujas inter-relações constroem seu eu, e o direcionam para um assumir-se autenticamente comprometido (FREIRE, 1987, p. 19).

*[...] preocupando-me com o doador para que esta doação não venha a causar malefícios, esclarecendo ao doador o processo e o porque da entrevista. [...] acompanhando todo o processo de um ato educativo, assim eu vejo. [...] ao mesmo tempo em que eu estava pensando na qualidade deste sangue e se o doador apresentava fator de risco para esta vivência, procurei sempre estar compartilhando com o doador que risco era este. As situações que iam surgindo, e o doador ia entendendo o processo, estar consciente. Outra questão importante que tange o educativo é esclarecer ao doador sobre a legislação; vai entender melhor o processo a partir do momento que ele se aproprie do que é a doação de sangue, dos critérios nos termos legais (E6).*

Esta enfermeira procura envolver o doador no momento da triagem, compartilhando as perguntas, as situações que surgem. Preocupa-se em esclarecer a legislação do sangue como fator importante, já que é um direito do doador compreender porque passa por uma “avaliação” no processo de doação de sangue.

Evidenciamos que há comprometimento dessas enfermeiras no desempenho desta função, porém, observamos que apenas algumas têm a preocupação de enfatizar ao doador, de um modo mais detalhado, sobre a legislação que rege esta prática. Acredito ser fundamental tal explicação, até por uma questão legal e de proteção para as enfermeiras, em virtude de algumas perguntas e situações, que ao entendimento do doador, no momento da triagem clínica, podem repercutir como preconceito. Exemplo recente diz respeito a Liminar exarada pelo juiz da 2ª Vara Federal do Piauí, de 07 de agosto de 2006, extensiva a todos os Serviços Hemoterápicos Brasileiros, referente à situação de risco acrescida como ação discriminatória para doação de sangue, solicitação esta realizada pelos homossexuais (BRASIL, 2006).

A ANVISA entrou com recurso contra a decisão que impedia os hemocentros brasileiros de questionar os candidatos à doação de sangue sobre comportamento ou situações de risco. Com isso, a partir de 22 de agosto de 2006, voltam a valer os critérios de seleção de doadores de sangue definidos pela RDC Nº153/04, que consideram que homens que tiveram relações sexuais com outros homens nos últimos 12 meses que antecedem a triagem clínica devem ser considerados inaptos temporariamente para doação de sangue. Esta mesma conduta é tomada pela triagista quando o doador refere qualquer situação que caracterize risco residual para janela imunológica, independente de sexo, raça, crença, valores. Até o momento, os testes laboratoriais não garantem risco zero e com o objetivo de reduzir ao máximo o risco residual, foi instituída a triagem clínica, investigando comportamentos/situações de risco. Portanto, quanto mais efetiva for a triagem, menor será este risco residual (BRASIL, 2004).

O objetivo da RDC Nº 153/04 em relação a este questionamento não é a de discriminar pessoas com diversas doenças ou comportamento/situações de risco, mas a de proteger a saúde dos receptores de sangue e hemoderivados, ao diminuir o risco de transmissão de doenças infecciosas como o HIV.

A ANVISA busca, assim, proteger a saúde da população, garantindo a segurança e qualidade dos produtos e derivados do sangue. Ainda normatiza, que “todos os doadores devem ser interrogados sobre situações ou comportamentos de risco acrescido para a infecção pelo HIV, devendo ser excluídos quem os apresentar” (BRASIL, 2004, p. 9).

As enfermeiras preocuparam-se em serem vigilantes no sentido de evitarem pré-julgamentos relacionados aos doadores quanto a sua aparência, postura no momento da entrevista, entre outros. Essa vigilância compreende inicialmente o modo de olhar e perceber este ser humano, este olhar deve direcionar-se aos olhos do doador, ao mesmo tempo em que se observa a expressão corporal do mesmo. A enfermeira deve estar atenta, pois da mesma forma que observa, também está sendo observada, comprovando-se pela fala de alguns doadores em relação ao momento das entrevistas realizadas neste estudo e já citadas. Atentar para a comunicação verbal do doador e também para a nossa comunicação exige vigilância, para que de fato a mensagem seja enviada e recebida de uma forma correta e clara para ambos; e acima de tudo a profissional deve ser ética, pois a entrevista deve ser sigilosa e o doador deve perceber que pode confiar na triagista, possibilitando um momento mais verdadeiro, de interação e de troca.

A legislação auxilia e deixa a triagista mais tranqüila, pois esta sabe que sua decisão está sustentada em bases legais. Porém, é evidente a responsabilidade que recai sobre a enfermeira, a importância do compromisso ético e habilidade profissional frente aos candidatos à doação.

Geralmente os doadores ficam descontentes quando são considerados inaptos na triagem clínica. Alguns referem não ter tempo disponível e quando querem doar não podem. Compreendo que para estes doadores ainda não está claro tudo que envolve uma doação de sangue. Vivencia-se diariamente o doador referir que tem uma “*tossezinha*”, que está com um “*resfriadinho, só isso*”, mas isto é o suficiente para impedir-lhes de doar seu sangue. É neste momento que a enfermeira deve interagir, cuidar e educar, problematizando o fato em questão. Algumas pessoas têm noção da função do sangue no organismo humano, outras necessitam de esclarecimento.

Apesar da característica dos serviços hemoterápicos em captar constantemente

doadores, aliada à pressão institucional que recai na triagem clínica quando baixam os estoques de sangue e as rejeições clínicas aumentam, as enfermeiras triagistas têm o compromisso de prestar um cuidado que envolva princípios éticos, valores e respeito, tratando o doador como ser humano e não como repositores de sangue. Deste modo, por meio de um cuidado integral, há que se buscar despertar a doação voluntária com mais frequência, possibilitando também o processo de captação destes doadores. Alguns doadores auxiliam a enfermeira triagista no processo de decisão final quanto a doar ou não doar, o que reforça o papel da triagista como cuidadora e educadora.

Porém, na maioria das triagens, a decisão final fica a critério da triagista, como pudemos observar nas falas dos doadores.

Quando Waldow (2004, p.32) nos coloca que “o cuidado humano representa uma maneira de se relacionar e caracteriza-se por envolvimento o qual, por sua vez, inclui responsabilidade”, fica explícito que no ato de cuidar, o cuidador de algum modo se envolve e a partir daí deve ser responsável pelo seu ato. Para Mayeroff (1971) não significa que este envolvimento/comprometimento deva ser recíproco naquele determinado momento.

De acordo com o que nos coloca Waldow (2004), o paciente/cliente, contribui no processo de atualização da cuidadora, no seu aprimoramento, ou seja, no seu vir a ser mais, como profissional e como pessoa. A socialização do cuidado humano tem sua essência na educação em enfermagem.

No hemocentro em estudo, cuidado voltado ao doador é prioridade e pela característica da instituição, em alguns setores, este cuidado está relacionado em tratá-lo bem para trazê-lo de volta sempre, pensando na manutenção do estoque de sangue. Em outros setores que contemplam a ação da enfermagem, o cuidado está direcionado ao ser humano doador, sendo que no momento da triagem, o cuidado e proteção são para o doador diretamente e indiretamente para o receptor deste sangue.

Existe uma rotina no serviço que visa o cuidado ao doador, em que as enfermeiras e toda a equipe de enfermagem da coleta repassam informações e orientam o doador a cada doação sobre cuidados pré e pós-doação, independente de ser a primeira doação ou doação de repetição, tornando-se até um ato repetitivo, porém, as enfermeiras referem que *muitos doadores esquecem rapidamente as informações e*

*orientações recebidas.* Estas reflexões nos levam a inferir que repassar informações não está sendo significativo para alguns doadores, sendo necessário para tal um processo educativo mais significativo. A educação problematizadora pode ser uma estratégia para se alcançar esta finalidade, ou seja, cuidar e educar o doador, comprometendo-o com o processo de doação, mas também como um cidadão.

Algumas enfermeiras participaram das oficinas e também das entrevistas, avaliam que, apesar dos cuidados prestados aos doadores na rotina diária, entendem que estes devem ser vistos de forma mais holística para se quebrar a rotina deste momento, além de propiciar a vivência de um processo educativo junto ao doador.

Mayeroff (1971) vê o cuidado como uma forma de se relacionar e que o cuidado não é necessariamente recíproco. As coisas ou pessoas não respondem da mesma forma que nos comportamos. No cotidiano da profissão, isto é real, visto que há doadores mais espontâneos e outros menos, uns abertos à comunicação outros não, além dos vários perfis que os caracterizam. Na verdade, devemos cuidar porque queremos cuidar, sem esperar por uma resposta imediata a nossa ação ou reconhecimento pelo ser cuidado. O cuidado na enfermagem deve ser solidário, comprometido.

Cabe muito bem o que Mayeroff (1971, p. 24) enfatiza - “o cuidado é a antítese da simples utilização de outra pessoa para satisfazer nossas próprias necessidades”. Para tanto, é importante para as pessoas que representam um hemocentro, que parem e reflitam sobre o cuidado ao doador. Para as enfermeiras que fizeram parte deste estudo já existe esta preocupação.

Sabe-se que a realidade brasileira quanto à doação de sangue ainda é problemática, apesar do povo brasileiro ser considerado solidário. Acredito que se ocorrer uma mudança nas políticas institucionais dos serviços hemoterápicos em relação à visão de que antes do doador ser um “produtor de matéria prima sangue”, ele é um “ser humano cidadão”, existirá uma expectativa positiva em relação à doação de sangue, atingindo-se o que está preconizado pela Política Nacional de Humanização, intensificando a relação dos gestores, usuários e colaboradores das instituições de saúde.

### **5.3 Facilidades, dificuldades e alternativas para o processo de cuidar e educar o doador de sangue**

Compreender as facilidades e dificuldades colocadas pelos doadores e pelas enfermeiras em relação à triagem clínica, certamente poderá nos ajudar na construção de novas possibilidades para um modelo assistencial na triagem clínica de doadores de sangue, pois nasce da percepção de sujeitos que fazem parte desta realidade.

Ao longo da discussão das facilidades e dificuldades, apresentaremos também as alternativas apontadas pelos sujeitos do estudo, no sentido de construir um processo em que cuidar e educar não sejam apenas verbos, mas ação no fazer das enfermeiras triagistas.

#### 5.3.1 Facilidades encontradas na triagem clínica para o processo de cuidar e educar

Quando analisamos as falas dos *doadores*, esses referem como facilidades relacionadas à triagem clínica, *sentir-se à vontade e tranqüilos, total abertura para se comunicar, profissionalismo das enfermeiras e preparo para a função, e por existir uma relação de confiança no momento da triagem clínica*, o que pode estar relacionado ao fato de que escolhemos para amostra, doadores que tiveram no mínimo três experiências de doação. Desta forma, já existe uma relação entre o doador e profissionais do serviço, as expectativas são diferentes daqueles que vêm doar sangue pela primeira vez, sendo que muitos já se sentem como parte do hemocentro, possibilitando apontar os pontos positivos relacionados à triagem clínica, bem como identificar em que precisamos melhorar.

Quando colocamos que nesta instituição existe a preocupação com a qualidade do serviço, entre estas está incluída a qualidade do atendimento ao doador. Gostaríamos de contextualizar o que é feito para “medir” a satisfação destes doadores nesta instituição. Por meio de um formulário intitulado de Serviço de Sugestões e Reclamações (SSR), os doadores, os pacientes do ambulatório, hospitais, clínicas, agência transfusional e os colaboradores (funcionários), têm acesso livre e privacidade para preenchê-lo, dando nota de 0 a 10 aos setores avaliados individualmente.

O SSR tem como objetivo levantar o grau de satisfação dos clientes deste hemocentro, bem como dar-lhes oportunidade de apontar falhas e de dar sugestões de melhoria aos diversos setores avaliados (cadastro, pré-triagem, triagem clínica, coleta, lanche, captação, limpeza dos ambientes e limpeza dos sanitários) (HEMOSC, 2005).

Vaitsman; Andrade (2005, p.600) colocam que “em um sentido mais amplo, essas pesquisas de satisfação permitem verificar o modo como direitos individuais e de cidadania são observados no acesso e utilização dos serviços e sistemas de saúde”.

A manifestação de satisfação com o serviço se retrata na fala dos doadores entrevistados, os quais elogiam o atendimento dos profissionais deste hemocentro. Algumas falas representam esta satisfação:

*A gente se sente bem, é bem atendida, até gosto muito de vir aqui (D2).*

*Eu gostaria de parabenizar um por um dos profissionais, porque o atendimento é uma coisa que conta muito. Se você é bem tratado, você volta. [...] Só gostaria de agradecer, todo mundo que eu conheço que doam sangue, são unânimes em dizer que aqui, somos muito bem atendidos. Gostaria de agradecer pela paciência que vocês têm (D3).*

Comentando sobre avaliação em saúde, Vaitsman; Andrade (2005, p.606) colocam que a OMS introduziu o termo responsividade como uma alternativa ao conceito de satisfação. Seu fundamento está no pressuposto de que, além de promover e manter a saúde dos indivíduos, o sistema de saúde deve tratá-los com dignidade, facilitar sua participação nas decisões sobre os procedimentos de saúde, incentivar a comunicação clara entre profissional de saúde e usuário e garantir a confidencialidade do histórico médico. Colocam ainda, que responsividade diz respeito ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas universalmente legitimadas dos indivíduos em relação aos aspectos não médicos do cuidado.

A pesquisa de satisfação utilizada no hemocentro em estudo privilegia a opinião do doador na avaliação da qualidade do serviço. Mas se pensarmos no conceito de responsividade, a posição do doador seria de um indivíduo cidadão, de um sujeito com



direitos válidos universalmente, enfatizando a dimensão ética na relação entre doadores e profissionais da saúde.

Acredito que os termos satisfação e responsividade se complementam e devem ser abordados juntos em pesquisa para avaliação dos serviços de saúde. Vejo que primeiramente os profissionais da saúde devem ter ciência destes termos, pois ao utilizar a *responsividade* estamos abrindo caminho para o empoderamento dos doadores, o que certamente implicará em mudanças. Para isso precisamos estar preparados enquanto instituição, estarmos, de certa forma, indo ao encontro de práticas de saúde humanizadas e preconizadas pelo HumanizaSUS.

Tendo em vista a especificidade deste serviço de saúde e a finalidade de primar pela qualidade do serviço prestado aos usuários, neste hemocentro e em toda a hemorrede da qual faz parte, trabalha-se com o modelo de “Gestão pela Qualidade”. O envolvimento e comprometimento de todos os colaboradores são um dos princípios fundamentais neste processo. Entende-se como a busca do alto desempenho da organização, por meio do estímulo à colaboração e ao compromisso dos colaboradores para atingirem objetivos e metas da organização. Além de outras formas de avaliação instituídas no serviço o SSR serve de parâmetro à qualidade do serviço prestado.

Puccini; Cecílio (2004) referem que o movimento de “Gestão pela Qualidade Total” tem convivido, por vezes, de forma complementar e em outras em disputa, com as proposições voltadas para a humanização dos serviços, principalmente em se falando dos serviços de saúde. De fato, algumas características do movimento humanizador o impulsionam para uma possível diferenciação com o ideal da “Qualidade Total”. O movimento pela humanização, em última instância, também busca a qualificação da produção ou prestação de serviços, mas delinea-se, na sua implementação, numa força e no potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico obrigatório de tudo, ou ainda, com uma normatização institucional que diga respeito, apenas à lógica tecno-burocrática e à busca desenfreada pelo desempenho produtivo.

Com a proposta de humanização nos serviços de saúde, cresce a valorização das inter-relações humanas servindo de resistência ao mercado, buscando como prioridade o valor da dignidade humana. E é este valor que as enfermeiras entendem que deve ser

respeitado e entendido de forma singular. O fato de não conseguirem trabalhar a individualidade dos doadores em alguns momentos, como colocado anteriormente, causa-lhes preocupação, pois não estão prestando um cuidado equânime e integral aos doadores. É neste sentido que os aspectos relacionados à satisfação dos usuários, à busca pela qualidade do serviço, colocado pela normatização da instituição, se confronta com o que é preconizado pelos modelos de humanização da assistência, gerando, desta forma, sobrecarga aos profissionais, que se vêem entre o que é exigido pela instituição e o que acreditam que deva ser uma assistência de qualidade, em que o tempo para o doador não é algo cronometrado, algo instituído, em que se respeita a individualidade e singularidade dos doadores.

As enfermeiras, por terem vivenciado um primeiro momento de reflexão durante as oficinas, e posteriormente aprofundando esta reflexão quando das entrevistas, apontam aspectos que facilitam e /ou dificultam o processo de educar e cuidar os doadores na triagem clínica. As facilidades elencadas pelas enfermeiras são:

**1 - Acesso a RDC Nº 153** (legislação e normatização) e ao Manual da Triagem Clínica. Como colocado anteriormente, ter uma legislação que ampare a tomada de decisão, principalmente quando da exclusão de um doador, facilita o processo, bem como auxilia nos esclarecimentos a serem dados ao doador. Esta legislação serve como um guia, alicerçando o fazer da enfermeira triagista.

*Facilitando no sentido da segurança do processo, pois favorece as bases legais da triagem clínica (E4 e E5).*

**2 - Ser enfermeira, com formação ética** – as enfermeiras apontam a formação no curso de enfermagem como um facilitador, pela visão humanista que os cursos de graduação oferecem e pelo embasamento ético e profissional aliado ao conhecimento do sistema de saúde, entre outros. Esta formação generalista pautada nas diretrizes curriculares, possibilita a enfermeira uma visão mais ampla, o que não vêem em outras profissões da área da saúde. Talvez esta formação generalista que possibilita também a visão holística do ser humano a ser cuidado, tem ampliado o leque de ações da

enfermagem, entre eles a triagem clínica, que como colocamos no início de nosso estudo, tem sido realizado amplamente pela enfermeira, como mais um campo de ação.

Dos doadores entrevistados, apenas um teve experiência de doação de sangue em outro hemocentro, mas não referiu qual profissional fez a triagem clínica para termos um parâmetro de comparação com as falas das enfermeiras.

*A enfermeira já traz “o educar e cuidar” na formação e a ética faz parte deste processo (E6).*

*O educar é parte do seu processo de trabalho (E1).*

*No sentido de traduzir o enfermeiro como educador quem está fora do processo não entenderia o que significa, mas nós entendemos e devemos saber aplicar com o doador, tendo respeito e ética profissional (E4).*

**3 – Privacidade** - a triagem clínica é realizada em uma sala onde o doador e a triagista ficam sozinhos. Procura-se passar ao doador o entendimento do que for conversado naquele momento ficará em sigilo. Este local privativo facilita o processo de cuidar e educar, de interagir com o doador, possibilitando que ele se sinta seguro para manifestar suas inseguranças, medos, problemas, bem como expressar suas necessidades.

*O doador deve saber que não sai nada dali, este é um fator importante (E4).*

*Tem alguns (doadores) que manifestam preocupação, se o que falam não é escutado por outras pessoas (E1).*

*A privacidade neste contexto está relacionada com a confiança (E6).*

**4 – O doador ter acesso ao questionário de auto-preenchimento antes da triagem clínica** - teve início em maio do ano de dois mil e quatro, sendo que o doador lê e assinala as respostas. Ao final do questionário, assina-o, autorizando a coleta de

seu sangue à realização dos exames sorológicos de rotina e fica ciente de que poderá ser chamado, se necessário, para coleta de segunda amostra de seu sangue em caso de resultados inconclusivos ou alterados, além de comprometer-se com a veracidade de suas respostas. As enfermeiras percebem como um ponto positivo no processo de doação, pois a partir do questionário, caso o doador tenha dúvidas, necessite de esclarecimentos, pode ir elaborando-as para serem exploradas na triagem clínica. No caso de doadores analfabetos ou acuidade visual diminuída impossibilitando o preenchimento do questionário, a enfermeira lê as perguntas e assinala conforme as respostas do doador.

*Vejo que o questionário prévio a triagem, facilita a compreensão do doador. No momento da triagem clínica repetimos algumas perguntas por ser necessário dar mais ênfase. Me sinto mais segura pois o doador vê este questionário como um documento (E1).*

*Realmente me sinto mais à vontade na entrevista, não havendo necessidade de fazer inteira (E6).*

*Acho importante e facilita o entendimento do doador, quando tem dúvida deixa sem responder ou assinala para perguntar (E1).*

*A gente tem o questionário, mas não se deve seguir somente aquela regra. Às vezes a gente pega o questionário e o doador não respondeu todo, outros responderam e entenderam, outros responderam e não entenderam as perguntas. A gente procura fazer o esclarecimento. Mas, mesmo assim vejo que o questionário auxilia (E3).*

Ao final da reflexão, as enfermeiras referem que este questionário parece despertar o compromisso e a consciência de ser um doador fidelizado. No entanto, alguns doadores acham repetitivo este questionário, não colocando como um problema, mas sugerem que na triagem clínica haja uma abordagem mais criativa e dialógica.

Estudos desenvolvidos por dois brasileiros, Simões e Bastos (2004), baseados em artigos majoritariamente americanos, buscam identificar a confiabilidade do Áudio Computer-Assisted Interview - ACASI – que é uma entrevista computadorizada de

auto-preenchimento para pesquisa, buscando maior fidedignidade das respostas em questionários que envolvam comportamentos passíveis de julgamentos, crítica ou estigma social, buscando métodos alternativos de coleta de informações.

Os estudos têm evidenciado que este método é capaz de reduzir barreiras psicológicas e chamam a atenção para a possibilidade do ACASI apresentar confiabilidade mais elevada quando empregado na avaliação de comportamentos mais estigmatizantes.

Esta pesquisa nos aguçou a curiosidade, pois buscam exatamente alternativas para conseguirem respostas mais verdadeiras das pessoas, o que vem ao encontro da mesma preocupação dos serviços de hemoterapia, quais sejam, comportamento de risco para o vírus da imunodeficiência humana e outras infecções transmitidas por relações sexuais desprotegidas e contato com sangue.

Existe uma preocupação por parte destes pesquisadores em relação às respostas obtidas por meio da aplicação de questionários de auto-preenchimento e/ou entrevista face a face, principalmente em relação aos vícios das respostas e a fidedignidade. Esses dois tipos de métodos são os utilizados na realização da triagem clínica dos doadores de sangue. No entanto, observa-se que todos os modos de coleta de informações têm suas vantagens e desvantagens.

Quando há necessidade de informações mais extensas e detalhadas exige, via de regra, a presença do entrevistador. Já a exigência de privacidade nas respostas aponta para o uso de questionários de auto-preenchimento ou computadorizados.

A triagem clínica envolve a necessidade de informações detalhadas e privacidade. No hemocentro em estudo, assim como em toda a Hemorrede de Santa Catarina, utiliza-se o questionário de auto-preenchimento entregue ao doador antes da triagem clínica e posteriormente a entrevista face a face, tendo essa, a finalidade de possibilitar a triagista observar e avaliar as respostas do doador, esclarecer dúvidas, captar o entendimento do doador sobre a janela imunológica, e o mais difícil perceber dados subjetivos relacionados no momento da entrevista. Como foi referida pelos doadores e também pelas enfermeiras, a triagem é muito repetitiva, pode com isso perder sua finalidade investigativa, pois as respostas podem tornar-se viciosas.

Preocupados em minimizar os vícios das respostas obtidas com a utilização de

questionários, alguns pesquisadores, a exemplo de Simões e Bastos e profissionais da área da saúde, têm buscado métodos alternativos de coleta de informações, principalmente no que diz respeito a comportamentos de risco ou práticas consideradas ilegais. Muitos estudos têm sido conduzidos em diversos contextos e em diferentes populações, inclusive com doadores de sangue.

Ao desenvolver sua pesquisa após a revisão de literatura, Simões; Bastos (2004) observaram que nas pesquisas onde utilizavam computador e entrevista de auto-preenchimento e computador e entrevista face a face, em relação a privacidade, os sujeitos envolvidos inferem que, o computador é mais privativo e confidencial. E em relação à honestidade e fidedignidade, as pessoas de um modo geral, seriam mais “verdadeiras” em suas respostas ao computador.

Relatam, também, que todo estudo que utiliza o modo ACASI deve ser precedido de explanação aos entrevistados e toda equipe envolvida deve receber treinamento. Nos estudos realizados, este método teve boa aceitabilidade, sendo que as dificuldades substanciais que impossibilitam o manuseio ou problemas de compreensão quanto ao método, acontecem entre as pessoas que apresentariam os mesmos problemas nas entrevistas face a face.

Colocam os pesquisadores que questionários utilizando entrevistadores parecem ser mais confiáveis no que concerne a perguntas vinculadas a estados emocionais ou relato de sintomas psicológicos, que, devido à sua complexidade intrínseca, se beneficiariam da interação pessoal. Acredita-se que o caráter impessoal do computador não estimula o entrevistado a falar de sentimentos.

Pela realidade dos serviços de hemoterapia, se o profissional triagista limitar sua entrevista ao sim e não do questionário preenchido pelo doador, a triagem clínica se tornaria um momento sem acolhimento e talvez não necessitaria sua presença para decidir quanto a doação. Mas, em virtude de toda complexidade que envolve uma doação de sangue, é necessário se criar uma relação de interação triagista e doador, favorecendo o diálogo, troca de saberes e momentos educativos e de cuidado ao doador. Então, considerando a pesquisa do uso do método ACASI, seria interessante aplicá-lo nos hemocentros pensando na obtenção de respostas mais fidedignas relacionadas a situações de risco e comportamentos de risco, vivenciados pelo doador.

Porém este método não possibilitaria captar a subjetividade e a comunicação não verbal que enriquecem e ajudam a triagista na decisão de doador apto ou inapto para doação.

Diante do exposto, penso que o método mais indicado para realizar a triagem pode continuar sendo a entrevista de auto-preenchimento, com posterior entrevista face a face, mas para se obter uma maior segurança nas respostas dos doadores, é necessário que eles compreendam o processo da doação e tudo que envolve este ato, e isso somente será possível por meio de um processo educativo compartilhado com o doador. Este envolvimento não pode partir somente de um serviço, mas de todos os serviços de hemoterapia. Somente uma ação conjunta em nível estadual e, sendo mais ousada, em nível nacional, envolvendo profissionais da saúde comprometidos e solidários, poderia repercutir no aumento do número de doadores conscientes e multiplicadores de informações.

Bellato (2001, p.72) refere que “o universo dos profissionais em hemoterapia é muito complexo, podendo se situar mais como um elemento disciplinador e opressor ou, ao contrário propondo novas práticas que conduzam uma assistência integral, a partir, sobretudo, da demanda dos usuários”. Desta forma, há que se pensar nas facilidades apontadas pelos doadores e enfermeiras, no sentido de se buscar esta prática mais integral, visando atender as necessidades dos usuários/doadores, bem como da instituição.

### 5.3.2 Dificuldades relatadas que interferem no processo de cuidar e educar

As dificuldades identificadas, muitas vezes parecem um contraponto com o colocado nas facilidades, ou uma oposição, pois o mesmo aspecto foi identificado como positivo e negativo, apontando que não há uma só verdade, uma só forma de ver e compreender o processo. Além disto, tal como nas facilidades, as dificuldades foram primordialmente identificadas pelas enfermeiras, haja vista que fazem parte do seu cotidiano de trabalho. Já os doadores são passageiros no hemocentro, o que talvez tenha dificultado a identificação das facilidades e dificuldades por parte deles.

Isto se confirma quando apenas a dificuldade relacionada ao horário de

atendimento do serviço foi identificada por dois *doadores*, apontando a interferência deste horário no trabalho. Esta dificuldade se expressa na triagem clínica, pois se observa que muitos doadores referem ter pressa, e isto interfere no processo da doação, causando ansiedade, bem como dificultando o próprio processo de cuidar e educar, que, em muitas situações, necessita de tempo para se estabelecer.

Já as enfermeiras triagistas, nos dois momentos que tivemos contato, evidenciaram dificuldades intrínsecas à triagem clínica e outras que são próprias da estrutura do serviço. Salientam que estas dificuldades são motivo de ansiedade, que interferem na sua prática profissional, não possibilitando a triagem clínica enquanto um momento de cuidado e educação ao doador de forma equânime.

Na tentativa de suprir ou amenizar estas dificuldades, apontam também, algumas estratégias que podem possibilitar uma prática de triagem diferenciada ao doador.

Entre as dificuldades encontradas estão as relacionadas ao próprio processo de TC, como já apontadas anteriormente, as quais são aqui aprofundadas.

Pela característica dos hemocentros em primar pela qualidade e segurança do sangue pensando no receptor, todas as atividades da instituição são norteadas por normatizações, as quais devem ser conhecidas e seguidas por toda equipe que compõem este serviço. A partir deste fazer normatizado, pré-estabelecido, com um questionário fechado, caracterizado pelos doadores como “sempre igual”, a triagem clínica, como já apontado, torna-se repetitiva, dificultando o processo de interação doador/enfermeira e uma relação de qualidade alicerçada no cuidado humanizado e em um processo educativo.

Nessa sub-categoria relacionada às dificuldades identificadas quanto ao processo de triagem clínica, sobressaíram os aspectos da **ação repetitiva**, salientada tanto por doadores, quanto pelas enfermeiras, e as dificuldades de **apreensão das orientações pelos doadores**, identificadas especificamente pelas enfermeiras, o que dificulta o processo de cuidar e educar, principalmente quando o fator tempo está em jogo, quer como um limitador do próprio doador que está com pressa, quer da própria instituição que preconiza estipular um tempo para o atendimento ao doador, visando, sob o aspecto institucional, a agilizar/otimizar o processo, repercutindo na satisfação



do cliente/doador.

Chama atenção nesta sub-categoria, que parece uma oposição a fatores identificados como positivos/facilitadores como a legislação e a aplicação do questionário. Se por um lado esses facilitam a tomada de decisão, por outro, limitam o fazer da enfermeira triagista, tornando um ato repetitivo, tanto para quem realiza o cuidado, quanto para o doador.

Ao analisar as falas e abordagens das enfermeiras acerca da triagem clínica, preocupou-nos o fato das mesmas caracterizarem esse momento, **muito repetitivo**, repercutindo de forma negativa em sua práxis. Demonstraram angústia, preocupação em estar atentas para não realizarem neste momento ações mecanizadas, porém, mesmo conscientes do que buscam para a excelência da assistência, sabem que em alguns momentos as ações são mecanizadas, como por exemplo, nas coletas externas e dias de campanha para a doação de sangue. Pensam que para evitar ou encontrar soluções para isto, precisam ser vigilantes, tendo como aliado ao compromisso de orientar e informar, também cuidar e educar cada doador, lembrando que cada doador é um ser caracterizado por sua individualidade e singularidade.

O fato do questionário ser repetitivo foi percebido e colocado pelos doadores não como uma dificuldade, mas como algo “nada novo” ou “estimulante”, cada vez que eles vêm doar.

Fazer uma entrevista baseada em um questionário com um rol de perguntas, onde são repetidas a todas as pessoas entrevistadas, torna-se um ato muito repetitivo e até mecanizado, porém necessário no contexto a que se insere a triagem clínica.

Segundo as enfermeiras, este problema agrava-se principalmente nas coletas externas, em que nesse contexto há uma sobrecarga de responsabilidade para a triagista. Essa sobrecarga acontece, devido estar em local adaptado para a coleta de sangue, geralmente sem a presença de um médico nesta equipe, o que preocupa em decorrência de reações adversas durante ou após a doação, além de não ter acesso ao histórico do doador entre outros, como já colocado anteriormente. As enfermeiras envolvidas neste estudo salientaram nas oficinas e posteriormente nas entrevistas que:

*A triagem clínica é repetitiva para a enfermeira não só no sentido do falar, mas, também de perceber, captar, intuir, comunicar, tentar interagir para favorecer o cuidar e educar o doador, triar, decidir e sempre se preocupar*

*em acertar. Acaba que muitas vezes (quando muitos doadores, doador com presa) não há condições de vivenciar o processo de cuidar e educar o doador.*

Este aspecto foi reforçado nas entrevistas, o que me causou certa preocupação, pois esta ação repetitiva acaba tornando esta função nada prazerosa, gerando desgaste físico e psíquico nas trabalhadoras, interferindo de forma negativa em seu trabalho.

*Acho que este é o nosso grande desafio, pois ser repetitiva é a característica dela, podemos pensar em amenizar... [...] eu não sinto muito prazer olhando pelo meu lado pessoal e profissional trabalhar nesta atividade, por ser muito repetitiva, embora a gente se depara com cidadãos diferentes, histórias diferentes, mas as perguntas acabam sendo repetitivas. [...] acho que ficar muito tempo na entrevista tem um ônus muito grande, pelo menos para mim e na qualidade do serviço. Eu acabo me sentindo mal, não sei se é pela falta de oxigenação (E6).*

*Para mim é o mais forte, torna-se cansativo, desgasta. Principalmente nas coletas externas (E4).*

Mayeroff (1971, p.50) enfatiza que “[...] o cuidado implica a auto-realização por parte de quem cuida”. A enfermeira cresce no decorrer do processo de cuidar do doador, e para isto deve ter e sentir prazer no seu processo de trabalho. Não podemos permitir que a triagem clínica se caracterize como um procedimento repetitivo, acarretando perda do estímulo e dedicação profissional. Pois a dedicação é fundamental para o cuidado.

Quando acaba a dedicação acaba o cuidado. É por meio da dedicação que o cuidado por este outro adquire substância e também o seu caráter específico, já que o cuidado se desenvolve no processo de superar obstáculos e dificuldades (MAYEROFF, 1971, p. 29).

Algumas enfermeiras sentem-se cansadas, porém acreditam que ainda é possível favorecer um processo educativo e de interação.

*Na triagem clínica tem estresse por ser repetitiva, mas mesmo assim deve ser educativa [...] além do que assim, você pode ter uma qualidade nesta bolsa de sangue (E4).*

*A entrevista é muito automatizada, as perguntas são sempre as mesmas. Se nós conseguíssemos quebrar um pouco a automatização o doador se sentiria melhor, mais à vontade e sentiria que nós não estaríamos invadindo sua privacidade. Às vezes eu quebro o gelo do rol das perguntas, quando o entrevistado é homem, pergunto se ele pode estar grávido; me olha e sorri. Sinto que quebra um pouco, não ficando tão automatizado (E5).*

Durante as oficinas, muita discussão, reflexões e opiniões nortearam este nó crítico. Ao final surgiram algumas estratégias criadas pelo grupo de enfermeiras, que, se colocadas em prática, podem minimizar este problema ou até mesmo solucioná-lo, dependendo da percepção de quem as vê e da coragem e ousadia de enfrentar o instituído refletindo na mudança de sua práxis. Estas estratégias estão relacionadas a dois pontos julgados como fundamentais: a tendência à mecanização e automatização na triagem e o cansaço físico e mental das enfermeiras triagistas decorrente deste ato repetitivo.

Quanto à *tendência à mecanização e automatização*, as estratégias colocadas foram: - avaliar-se constantemente, identificando, desta forma, quando a triagem clínica está se tornando um ato mecânico, pois há que se considerar a necessidade de manter relações humanas, já que tanto o doador quanto a enfermeira são pessoas singulares; - identificar se está ficando sobrecarregada, bem como avaliar que tipo de cuidado está prestando, se automatizado ou humanizado; - colocar-se no lugar do doador, considerando seus medos, angústias, respeitando suas crenças e valores, considerando, inclusive, o processo de comunicação, ou seja, se está efetivamente propiciando um processo de comunicação; - nas coletas externas e quando das campanhas, acordar o número de candidatos à doação com o setor de captação; - buscar momentos de reflexão coletiva frequentemente, possibilitando, desta forma, uma troca de saberes e experiências entre as enfermeiras triagistas, o que se refletirá em sua saúde mental e social; - ater-se às questões subjetivas das entrevistas, tal como mencionado na fala a seguir:

*Devemos nos ater as questões mais subjetivas da entrevista, é um exercício que o profissional deve fazer para sair da rotina, se desprender do rol de perguntas, da questão mecânica do computador e entrar no diálogo. E isto pode ter treinamento, capacitação, mas se você não tiver consciência e preparo para isso, a coisa não acontece. Fora à questão da estrutura (institucional) estar pressionando, ir ligeiro, não rejeitar tanto. Tem todas estas questões.[...] Buscar oportunidade de fazer a educação até mesmo no rol das perguntas. Se você mudar o olhar, muda também a abordagem (E6).*

Estas estratégias nos reportam às colocações de Merhy (2002), quando discute sobre o trabalho vivo, afirmando que é aquele que se traduz em ato, é o trabalho criador. Esse trabalho é instituinte, está em ação, e pode gerar mudanças. Já o trabalho morto é visto como algo que está realizado, que está instituído. Podemos exemplificar como trabalho morto, no processo da triagem clínica, a normatização do sangue, a qual não pode ser alterada e trabalho vivo o processo de entrevista/consulta de enfermagem que é individual e subjetiva. Porém, a característica da triagem ser repetitiva pode fazer com que se caracterize em trabalho morto. Para que isto não aconteça, precisamos pensar nas estratégias sugeridas pelas próprias enfermeiras, ou seja, buscar uma constante reflexão quanto à prática profissional, no sentido não só de repensá-la, mas de atualizá-la.

Reibnitz (2004) coloca que quando o instituinte/trabalho vivo é normatizado ou padronizado, passa a ser instituído/trabalho morto. Portanto, o instituído e o instituinte são dois contrários que precisam estar em constante convivência, para que as transformações aconteçam, o instituinte precisa tornar-se instituído e assim sucessivamente.

Para isso, é necessário que as profissionais/enfermeiras se permitam sair das amarras do instituído, por meio de reflexões e ações, possibilitando a triagem clínica enquanto um trabalho vivo, sabendo que para isso se faz necessário ser uma profissional crítica e criativa.

Gelbcke (1999, p.18) coloca que "a enfermagem, ao imprimir em seu trabalho a criatividade e reflexividade, pode trilhar um caminho mais prazeroso, com maior autonomia".

Nas várias falas das enfermeiras, percebemos que a ação do repetitivo está explícita em algumas e em outras implicitamente. Expressam a repercussão da ação repetitiva de forma negativa no seu físico e mental.

*Eu particularmente sinto que vou ficando rouca, e no dia seguinte geralmente me sinto fisicamente cansada e tenho cefaléia quando na realização de muitas triagens (E2).*

*Quando há muitos doadores, sinto minha garganta irritada e um “vazio” na cabeça (E4).*

A irritação na garganta e rouquidão, segundo o que nos coloca Guimarães (2006), quando define a Disfonia Laboral, é o resultado da super utilização do sistema músculo esquelético, instalando-se progressivamente no profissional da voz, podendo ocasionar Lesões por Esforço Vocal Repetitivo.

Os mecanismos multifatoriais que levam a um quadro de disfonia laboral implicam na necessidade de uma abordagem global diária. A abordagem global preventiva da disfonia laboral deve avaliar todos os elementos do sistema de trabalho: o indivíduo, os aspectos técnicos do trabalho, ambiente físico e social, a organização do trabalho e as características da tarefa. Ao conhecer os mecanismos fisiológicos e psicológicos do ser humano, podemos entender que distúrbios de saúde podem surgir quando limites são ultrapassados (GUIMARÃES, 2006). Ainda de acordo com Guimarães (2006), a disfonia laboral pode levar a Lesão por Esforço Vocal Repetitivo, sendo que suas causas dependem de fatores relacionados ao meio ambiente, da filosofia das instituições, do comportamento do profissional no local de trabalho ou familiar, ou mesmo nas situações de estresse vividas no nosso ambiente social.

De acordo com as falas das enfermeiras triagistas, podemos inferir que no desempenho da sua função estão expostas aos riscos de desenvolver Lesão por Esforço Vocal Repetitivo. Isto vem reforçar a necessidade do compromisso institucional com as enfermeiras em trabalhar as estratégias sugeridas, relacionadas ao desgaste físico das mesmas. Para tanto, há necessidade de que os administradores ou gerências de serviço dos hemocentros percebam com outro olhar a etapa da triagem clínica no ciclo

do sangue, não apenas como um momento de entrevistar, investigar, diminuir o risco para janela imunológica, como uma ação automática, respeitando o que rege a legislação, isto é, aquilo que é objetivo, mas percebendo entrevistadores e doadores como seres humanos em relação constituída de aspectos subjetivos e não somente dos objetivos definidos pela legislação. A confiança nasce a partir da interação, respeito e conhecimento do outro.

*Em presença de muitos doadores o repetitivo me estressa, os doadores de repetição atendo mais rápido e os de primeira vez dou mais atenção. Portanto, acabo diferenciando o atendimento, até por uma questão de prioridade (E4).*

*O cansaço físico da triagista não chama a atenção da instituição, pois ela supera. Mas, não é um equipamento que estragou e é só consertar; envolve um ser humano que deve sentir-se bem e motivado para trabalhar com equilíbrio e com qualidade (E6).*

A triagista procura superar o seu “não estar bem” gerado por acomodação à rotina e às normas institucionais. Esta acomodação, de certa forma, quando as enfermeiras triagistas refletiram que para cuidar precisam se cuidar, sendo estes aspectos do cuidado de si, reforçados nas entrevistas.

Guimarães (2006) refere que o impacto dos fatores estressantes sobre profissionais que requerem grau elevado de contato com o público, recebe o nome de Síndrome de Burnout. De origem inglesa, este termo significa: queimar, ferir, estar excitado, ansioso. Trata-se de uma resposta ao estresse emocional crônico, sentimentos relativos ao desempenho da profissão, representado por: exaustão física e emocional, diminuição da realização pessoal no trabalho, entre outros. Enfim, Burnout é a reação final do indivíduo em face das experiências estressantes que se acumulam ao trabalho.

As enfermeiras triagistas pela função que desempenham se consideram um elo de ligação doador/ hemocentro e doador/receptor, com o compromisso profissional manifestado, esquecem de si. Mayeroff (1971) nos chama atenção quando afirma que a dedicação baseia-se no valor que eu reconheço no outro. Essa dedicação expressa a totalidade de minha pessoa e não apenas o meu lado intelectual ou emocional.

Quanto ao fato do *cansaço físico e mental gerado pelo trabalho repetitivo*, as enfermeiras triagistas identificaram as seguintes estratégias: - limitar o número de doadores nas coletas externas, já apontado anteriormente. Ressalta-se que esta estratégia já foi colocada em prática no hemocentro, a partir das reflexões da prática assistencial, ficou definido o atendimento de 50 doadores no período matutino e 50 doadores no período vespertino; - a instituição deveria propiciar cursos para a saúde vocal, gerando medidas preventivas e mudanças de hábitos e comportamentos no cotidiano do processo de trabalho, evidenciados como cuidados básicos; - a instituição poderia propiciar palestras sobre ergonomia, enfatizando posição adequada diante do doador x computador x musculatura x respiração, o que repercutiria também na saúde das trabalhadoras; - propiciar uma sala de triagem mais aconchegante com paredes coloridas, usando a cromoterapia e música no ambiente, gerando bem estar tanto para doadores, quanto para triagistas; - divulgar para a instituição, ou seja, para a hemorrede, o trabalho desenvolvido nos momentos de reflexão vivenciados pelas enfermeiras deste hemocentro, de modo a favorecer o entendimento do que realmente acontece no processo da triagem clínica, possibilitando, desta forma, um atendimento ao ser humano/doador de forma mais qualificada e humanizada, atendendo, assim, aos preceitos do HUMANIZASUS.

A partir destas estratégias é possível adquirir equilíbrio em todos os momentos, quando em pequena ou grande demanda de doadores, não interferindo no objetivo maior das cuidadoras, que é “olhar” o doador como ser humano, preocupando-se em cuidá-lo e educá-lo, compartilhando e respeitando o seu saber e educando-se também. Tornar o trabalho mais prazeroso, ter uma dedicação espontânea por aquilo que faz, é praticar o cuidado ao doador e também ao cuidador

Os administradores e outros profissionais desta instituição somente compreenderão o que sentem estas profissionais, quando perceberem que a triagem clínica não se constitui somente de um momento objetivo, de perguntas e respostas entre o doador/enfermeira, mas deve ser percebido também como um momento que se vivencia o subjetivo, pois envolve seres humanos em relação. Por isso, deve se caracterizar num momento rico, de interação, originando uma relação de qualidade enfermeira/doador, possibilitando nesta vivência a melhor compreensão do doador

quanto ao processo da doação, repercutindo na diminuição do risco para janela imunológica e favorecendo a parceria com o doador no sentido de ser um multiplicador de informações enquanto cidadão comprometido com o processo da doação e um captador potencial de novos doadores. Para isto, é importante ressaltar que o profissional que se sente respeitado e valorizado pela instituição a qual pertence, está mais apto a atender com eficiência e de forma mais humana.

Além da TC ser repetitiva, dos aspectos relacionados ao próprio processo, encontram-se também as **dificuldades relacionadas à compreensão dos doadores**, interferindo principalmente no processo de educação.

Quando vivenciamos a prática assistencial, refletindo a triagem clínica enquanto momento de cuidar e educar o doador de sangue, todas as enfermeiras tiveram a mesma percepção em relação a não compreensão do processo da doação por uma quantidade significativa de doadores, sendo este aspecto reafirmado quando das entrevistas realizadas com os doadores, que apontavam que a compreensão é fragmentada. A preocupação das enfermeiras está relacionada à repercussão do não entendimento deste doador diante de um ato tão importante que é a doação de sangue, pois sabem que estão frente há vários perfis de doadores. Essa não compreensão ou compreensão fragmentada muito se deve à dificuldade em promover adequadamente uma relação dialógica entre doador e triagista de modo a favorecer o processo educativo e de cuidado a todos os doadores, respeitando sua individualidade e grau de compreensão, conforme a capacidade de cada doador.

Neste estudo, no momento das entrevistas com as enfermeiras, quando abordamos sobre o comprometimento dos doadores, foi muito expressiva a comunicação não verbal das enfermeiras a princípio, e posteriormente o que verbalizaram. Estas manifestações nos levaram a inferir que persevera a preocupação quanto à compreensão dos doadores ao processo da doação, mas apenas uma enfermeira relata explicitamente a necessidade da triagista estar sensibilizada para o processo da doação e deste modo envolver o doador. É importante que as enfermeiras estejam mobilizadas para favorecerem a comunicação, pois a partir da relação dialógica é possível trocar saberes e interagir no processo de cuidado e educação.

Portanto, enquanto profissionais da saúde, é necessário investir na formação de



cidadãos com capacidade crítica e criativa, possibilitando ao doador estar imbuído para agir não apenas como um produtor da matéria prima sangue, mas como protagonista e cidadão. E a enfermeira pode contribuir para isso, como percebemos nesta fala:

*Nós precisamos de cidadãos mais conscientes sobre a doação e segurança da doação. O papel da enfermeira não é dizer que comportamento a pessoa deve ter para poder doar ou não, mas sim que o indivíduo quer ter para poder doar; compartilhando e instrumentalizando a pessoa como cidadão. Ele tem autonomia para decidir sozinho, e por isso precisa ter o conhecimento que muitas vezes não tem. [...] Instrumentalizar a pessoa para que ela entenda que é sujeito ativo neste processo não é fácil, porque tem perfis, e perfis de doadores. [...] Eu vejo assim que, a primeira pessoa que deve estar consciente de que a entrevista é um modo de cuidar e educar é a enfermeira. Às vezes o doador puxa este processo e se a enfermeira não estiver sensibilizada para isso, pode ter o tempo da triagem maior, sala adequada e até um número maior de triagistas, mas se você não tiver este olhar não fará. A instituição deve propiciar momentos de reflexão, acho que é o que falta (E6).*

Mayeroff (1971) coloca que para cuidar, o cuidador precisa conhecer, compreender e aplicar alguns componentes fundamentais, quais sejam, conhecimento, ritmos alternados, paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem. Todos estes componentes aliados ao conhecimento profissional, ao compromisso ético, e ao comprometimento profissional darão sustentação para cuidar do ser humano/doador.

Sabemos que mesmo com a aplicação prévia do questionário, sempre existirão os doadores que terão dificuldade para responder e precisarão de esclarecimento mais detalhado, de acordo com seu grau de compreensão. Cabe a triagista estar sensibilizada a intervir no contexto, possibilitando que todos tenham acesso à informação e à tomada de decisão, ou seja, ampliando a autonomia dos doadores, fazendo-os protagonistas do processo.

Wendhausen e Saupe (2003, p.24) entendem que os profissionais de saúde precisam cultivar a “paciência histórica” e reconhecer que os tempos dos vários sujeitos são tempos particulares, já que ninguém chega a lugar algum pelo outro. Mas a “paciência histórica da qual estamos falando não é passiva, pois cria e facilita oportunidades e modos de participação”.

Na função de enfermeira triagista que almeja a compreensão do doador, faz-se necessário acreditar que cada pessoa deve obter graus crescentes de autonomia na vida. O significado disso relaciona-se com a oferta de informações e educação em saúde e do cuidado direcionado a esta pessoa. Com algum tempo, a reconstrução do sentido da vida pelas pessoas e a (re) significação assumem importância em seu modo de viver. Cada pessoa tem sua vivência da realidade e o modo de ver a sua realidade, e isto deve ser respeitado, porque faz parte da cultura de cada pessoa. Na triagem clínica, a triagista precisa entrar na intimidade do doador, e isto deve ser feito de forma sensível e com acolhimento evitando o constrangimento.

Nas falas das E1 e E2, caracterizam tipos de doadores que desafiam a sua habilidade de triagista e/ou aqueles doadores que a impulsionam a refletir sua prática profissional por meio de uma constante ação-reflexão-ação de modo a tornar-se uma práxis, como podemos perceber:

*Os doadores monossilábicos, só dizem: não, não, dificulta a triagem. Não aceitam interagir, bloqueiam o processo de cuidado e orientação (E1).*

*Os doadores que estão aguardando não entendem quando demora um pouco mais a triagem, pois já vêm voluntariamente para doar. [...] chegam na triagem dizendo vim dar a minha parte ou estou com pressa não tenho muito tempo (E2).*

A enfermeira E6 coloca sutilmente que é a triagista que deve perceber as dificuldades e necessidades do doador e a partir de sua percepção buscar se aproximar do doador por meio da relação dialógica possibilitando o cuidado e a educação em saúde.

*Não compreendem o processo, não compreendem que passarão por uma entrevista e a importância dela. [...] Nesta interação se você tem esta visão de que esta pessoa tem necessidades além da questão da doação, acho que ali está o momento de fazer o ato de educar, vendo além da doação. Tanto para o benefício da pessoa, quanto da qualidade do sangue (E6).*

Diante desta dificuldade, no momento da entrevista com as enfermeiras, levantamos o que poderiam fazer para tornar os doadores mais comprometidos com o ato da doação. Algumas das enfermeiras acreditam na possibilidade de auxiliar alguns doadores a serem mais comprometidos e colocam-se como profissionais ativas para auxiliar neste processo. No entanto, outras acreditam que ser comprometido é algo intrínseco do ser humano.

Se as enfermeiras preocupam-se com a educação do doador, é necessário dizer que a intenção do processo educativo é favorecer o desenvolvimento dos potenciais das pessoas envolvidas, do seu crescimento pessoal e da possibilidade de sua transformação.

Para isso, podemos refletir o que Freire (1998) coloca sabiamente quando refere que a relação teoria/prática exige a reflexão crítica sobre a prática, caso contrário a teoria se transforma em “conversa fiada”.

Nas falas das enfermeiras (E6 e E1), elas acreditam que a partir da relação dialógica e da educação é possível aflorar o comprometimento do doador:

*O único jeito para isso é a educação. Educar para o maior comprometimento. Se eu não incorporar na triagem clínica, diante do doador, no momento que estiver com ele, fica difícil. A mídia atinge a massa, sendo que nós podemos atingir o indivíduo (E6).*

*Conscientizando o doador através das informações repassadas a responsabilidade dele para com este ato. Para isso é necessário estabelecer uma relação de respeito e confiança, já no primeiro contato entre triagista e candidato (E1).*

Existem, no entanto, algumas enfermeiras que acham difícil sensibilizar alguns doadores a tornarem-se comprometidos:

*[...] Quando eles procuram o hemocentro? Eles procuram muitas vezes, falando da nossa realidade, ou é por uma situação de estar sendo admitido em alguma firma e quer exames, ah, lá é gratuito (E4).*

*É bem complicado! Eu vejo assim, tem doadores que já vem com esta coisa de comprometimento, mas tem uns que parece que não. Tem uns que vêm doar, sei lá, às vezes em causa própria e a gente não consegue, sabe, eles*

*não te dão espaço para abertura. Vêm doar dizendo eu gosto de doar, eu quero doar, mas a gente não sente isso, parece que não há comprometimento. Sei lá, penso que já parte deles esta coisa de comprometimento (E2).*

Freire (1980, p.40) refere que “o homem não pode participar ativamente da história, na sociedade, na transformação da realidade, se ele não é auxiliado a tomar consciência da realidade e da sua própria capacidade de transformá-la”. Esta colocação de Freire reforça a importância do cuidar e educar como ação da enfermeira, para auxiliar na formação de sujeitos críticos e criativos. As triagistas precisam assumir seu papel de educadoras e olhar o doador como educando, propiciando um processo educativo construído coletivamente, por meio da interação enfermeira/doador.

Waldow (1995, p.112) afirma que “o desenvolvimento do pensamento crítico envolve um processo longo de reflexão, que implica na introspecção pessoal, o que nem sempre é fácil para a maioria das pessoas”. Lembrando o que foi citado várias vezes anteriormente, quando colocamos sobre os perfis de doadores e a singularidade do ser humano, considero importante o que WALDOW (1995, p.136) coloca: “[...] que cada um de nós percebe o mundo, de acordo com a nossa visão e situação do mesmo. Todas as circunstâncias vividas fundamentam as nossas perspectivas e afetam o modo como olhamos as coisas e falamos sobre elas, as quais estruturam a nossa realidade”.

A incorporação de valores de solidariedade e reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado à saúde, conformam o grande desafio para a utopia da integralidade (CECILIO, 2001). Isto aumenta o compromisso do papel das enfermeiras triagistas neste serviço de saúde, com uma característica tão específica.

A divulgação de informações sobre a doação de sangue repassada na mídia ou até mesmo por meio dos setores de captação de doadores das instituições são informações básicas. Isto pressupõe que todos deveriam ter acesso a estas informações, no entanto, a prática diária nos mostra o contrário, mesmo as informações mais corriqueiras relacionadas alimentação, peso, entre outras, não são de domínio de todos. Isto repercute diretamente no aumento das inaptidões dos doadores

no momento da triagem clínica. É importante lembrar o trabalho que o setor captação vem fazendo nas escolas, com o chamado Projeto Escola, no qual são realizadas palestras sobre a doação de sangue, o que se acredita, venha auxiliar para o entendimento da doação de sangue como um ato de cidadania.

Algumas falas das enfermeiras refletem sua prática profissional:

*A falta de informações prévias aumenta as inaptidões. O doador vem doar despreparado em relação a informações básicas. Exemplos são estar em jejum prolongado, estar gripados, não dormem bem etc. Concordo que isso não nos impede de cuidar e educar o doador. Na verdade fazemos isso e orientamos o motivo de inaptidão, porém, ainda muitos doadores saem descontentes (E4).*

*Muitos doadores quando vem doar sangue não compreendem o processo. Por que tantas perguntas? Não veio fazer uma consulta, veio doar sangue e de graça. A enfermeira entra em sua vida privada e como confiar em alguém que acabou de conhecer (E6)?*

*Poucos doadores sabem que passarão por uma entrevista antes de doar. Outros sabem da entrevista e não compreendem sua importância (E1).*

Mais uma vez fica claro que há necessidade de repensarmos a triagem clínica como um espaço de cuidar e principalmente de educar. Educação esta que não pressupõe um mero repasse de informações, mas que possibilite ao doador ser sujeito ativo do processo.

Além das dificuldades já citadas, tanto pelos doadores, quanto pelas enfermeiras triagistas, ainda há algumas que relacionamos à **estrutura institucional**, quer as definidas pela própria legislação, ou pela hemorrede de Santa Catarina, e mesmo pelas normas estabelecidas na instituição estudada. Entre estas dificuldades, se sobressaíram o tempo pré-determinado para o atendimento ao doador repercutindo em cada triagem clínica, pois não considera as especificidades do doador, ou seja, é padronizado, bem como as condições físicas/ambientais, nas quais se processa a triagem clínica dos doadores.

O tempo cronometrado para realizar a TC foi uma dificuldade evidenciada por todas as enfermeiras, com maior ou menor ênfase, na rotina diária do trabalho, quando

há uma demanda maior de doadores. O tempo do qual estamos nos referindo, é o tempo de 50 minutos, o qual foi estipulado para otimizar o atendimento ao doador e é um indicador do setor coleta. Estes 50 minutos compreendem o atendimento ao doador desde o término do cadastro do doador, a pré-triagem, triagem clínica e término da coleta do sangue. O tempo cronometrado dificulta um atendimento integral ao doador. Podemos observar nas falas das enfermeiras ao retratar sua preocupação:

*Vejo como dificuldade o tempo da entrevista quando aumenta a demanda de doadores (conforme o dia). Devido o perfil do candidato (relacionado à compreensão da orientação) (E1).*

*Na coleta externa o problema é o número de doadores. Pouco tempo que você tem e um número elevado de doadores. [...] Mas, acho que o que mais dificulta é o tempo determinado, cronometrado. Podemos nos estender um pouquinho para orientar um doador, mas sempre devemos ficar atentas com o tempo, que te priva de orientar melhor. Até a equipe cobra o tempo quando extrapola (E2).*

A coleta externa é uma estratégia dos serviços de hemoterapia no qual a equipe dos profissionais do serviço vai ao encontro dos doadores, sendo que foi por meio da coleta externa que o setor de captação dos serviços de hemoterapia conseguiu aumentar o estoque de sangue nas instituições.

As enfermeiras sabem da importância que a coleta externa tem para a instituição e para aqueles doadores que não podem ter acesso ao hemocentro por dificuldade de locomoção, devido morar nas cidades do interior, e que aguardam anualmente ou semestralmente este “dia”. Para que haja uma melhor interação entre doador e enfermeira e se favoreça cuidar/educar adequado ao doador envolvendo-o neste ato de forma consciente, é necessário mobilizar uma ação institucional com toda equipe que participa da coleta externa, para refletir todo o contexto que esta envolve, como exemplo, a falta de um médico na equipe, a impossibilidade de acesso ao histórico dos doadores na triagem clínica, a adequação das etapas iniciais do ciclo do sangue no local da coleta, pois acontece em um espaço alternativo entre outros.

Wendhausen e Saupe (2006) referem que os profissionais da saúde

comprometem-se com a libertação na medida em que buscam, juntamente com outros indivíduos, refletir a situação vigente e experimentar ações alternativas que sirvam de resposta às necessidades individualmente percebidas e de estímulo à autonomia pessoal e coletiva.

A E4 é enfática quando coloca:

*Pena que muitas pessoas do serviço não percebem o todo que envolve uma coleta externa (E4).*

Com esta fala, a enfermeira expressa a indignação em perceber o “olhar” de muitas pessoas do serviço, um “olhar” instituído/objetivo que visa apenas captar doadores/sangue.

O tempo é uma preocupação para enfermeira que é comprometida em cuidar/educar do doador. E este mesmo tempo que, para as enfermeiras se torna minúsculo, é criticado pelos doadores que esperam um pouco mais para serem atendidos. Quando acontece do doador esperar um pouco mais, é freqüente observar reclamações. Os doadores entendem que vêm colaborar/ajudar, não aceitam com tranqüilidade esperar, pois, geralmente estão com pressa.

A preocupação em cumprir as normas institucionais é evidenciada na fala que segue:

*Querendo ou não o tempo é um dos nossos indicadores, e temos metas a cumprir (E5).*

Frente ao compromisso profissional a enfermeira relata:

*O tempo se torna estressante para mim quando há, por exemplo, 30 doadores lá fora te esperando, mas, eu vejo que vai. [...] se tiver sozinha, então eu fico ansiosa, pois sei que as pessoas que vêm doar têm seus compromissos e querem ser atendidas sem demora. [...] se ocorrer uma reação com o doador, durante ou após a doação, e eu estiver sozinha, tenho que dar o suporte e as pessoas vão estar esperando sim. Isto me deixa ansiosa e conseqüentemente, na triagem vou ser mais rápida sim, principalmente com o doador de repetição, isto é comum (E4).*

Evidenciamos que na vigência de muitos doadores, a enfermeira faz uma opção em atender com mais brevidade os doadores de repetição, talvez por acreditar na emancipação destes doadores, e prioriza, na medida do possível, a atenção mais detalhada aos doadores novos. Na realidade, busca uma alternativa para dar conta de seu trabalho e minimizar sua ansiedade, no entanto, se distancia do cuidado integral e equânime. Resolve o compromisso institucional, porém tolhe o seu compromisso profissional de cuidar e educar estes doadores, em função de obstáculos do próprio processo de trabalho.

De todas as enfermeiras entrevistadas, uma delas tem uma visão diferenciada em relação ao tempo, a qual nos faz refletir:

*O tempo é relativo a outras questões; na vigência não vejo o tempo como uma questão imposta no hemocentro, não em função do programa da qualidade. Se o tempo não for ideal para a entrevista, deve-se batalhar para aumentar. Eu vejo assim, um minuto para entrevista é duvidoso. O tempo não é só pelo tempo (E6).*

Analisando esta fala, entendo que as enfermeiras têm autonomia para provocar mudanças, pois, na condição de enfermeiras triagistas, se tivermos a convicção de que queremos compartilhar a entrevista com o doador por meio de uma relação dialógica onde haja troca de saberes, devemos criar estratégias para transpor o que está instituído, aguçando e acreditando em nosso potencial crítico e criativo e aperfeiçoando nossa comunicação, possibilitando momentos de cuidado e educação. Assim, teremos a competência de avaliar e justificar o aumento deste tempo. Quando a enfermeira coloca que “o tempo não é pelo tempo”, quer dizer nas entrelinhas que de nada vale aumentar o tempo se não houver qualidade neste momento, por isso, é o momento de se repensar a práxis da triagem clínica.

Wendhausen e Saupe (2003) afirmam que, enquanto profissionais de saúde, parece que temos uma cultura imediatista em relação as nossas ações. É necessário compreender as peculiaridades do trabalho educativo e como e em que tempo se dá seu impacto junto ao usuário, e lembrar que estamos também em processo de transformação enquanto enfermeiras, objetivando transformação das práticas em saúde.



A questão da pressão institucional, apesar de ter sido colocada apenas por duas enfermeiras como dificuldade, retratou de forma enfática na entrevista, como pode ser percebida na fala abaixo.

*É uma questão da estrutura do serviço, equilíbrio entre estoque e índice de demanda do doador; e acho que não tem muito que fazer em cima disso, acho difícil ser modificado.[...] Vejo como fundamental em relação à estrutura, é que a gerência, quanto pessoas que estão administrando um hemocentro ou banco de sangue, o setor de captação, como toda equipe; entendam melhor o processo da triagem clínica. Porque chega um momento que recai uma pressão sobre este triagista, pela necessidade de manter estoque, rejeitar menos. [...] Quando existe pressão em momentos de crise, a captação sentindo-se pressionada, imediatamente no sentido de recrutar mais; faz pressão sobre a triagem (E6).*

O setor de captação faz contato via telefone ou através de outros meios de comunicação com os doadores, convocando-os para doação, quando há baixa de estoque ou falta de um determinado tipo de sangue. Quando esse doador vem doar, passa pelo mesmo processo de uma doação voluntária, altruísta ou reposição.

Não fica claro para muitos doadores que sua condição é de ser “candidato à doação”, isto é, que apesar de ter sido convocado, passará pela triagem clínica, podendo estar apto ou não para doar.

A sensação transmitida por esta enfermeira está ligada a responsabilidade de ser triagista e ter nesta função o poder de decisão ao avaliar o doador como apto ou inapto para doar. Poder de decisão, pois muitos doadores, como já colocamos em outros momentos, têm interesses pessoais em doar, outros não se sentem partícipes do processo que os impede de decidir junto à enfermeira quanto a sua doação, dificultando, assim, um processo participativo e autêntico.

Mello (1986, p.52) faz uma afirmação que vem ao encontro do que pensamos acerca da doação, quando coloca que “no caso específico do recrutamento de doadores espontâneos de sangue, podemos dizer que não é através de angustiados apelos emergenciais às populações, muito menos, através de odiosa coação aos familiares e amigos de pacientes necessitados de internamento hospitalar, que faremos da população brasileira, adepta, participativa, consciente e co-responsável pela hemoterapia”.

O setor de captação de doadores deve preocupar-se em captar doadores e não recrutar doadores, pois segundo Bellato (2001), recrutar significa praticar ações fragmentadas, sem compromisso com práticas educativas que realmente estimulem a doação voluntária, mas, infelizmente, é o que prevalece nas instituições de serviços hemoterápicos. O ideal é que buscasse a captação de doadores, pois a principal finalidade da captação é a intervenção na realidade, contribuindo para que a população se conscientize sobre a necessidade e importância da doação voluntária de sangue e compreenda a questão do sangue como sendo uma responsabilidade social que requer autonomia e iniciativa.

Lembramos que na hemorrede de Santa Catarina este hemocentro caracteriza-se em ter o maior índice de rejeição. Então uma das entrevistadas coloca que:

*Penso que observando as causas de rejeição mais comuns e o alto índice de rejeição, vejo que é devido às características da população. Nós sabemos e acreditamos nisso, portanto não somos nós as responsáveis por isso. Na realidade é um problema para o HEMOSC (estoque, cumprir metas), só que recai sobre nós uma certa responsabilidade, daí causar tensão para nós. E se estou com muita pressão da estrutura e das pessoas, este momento educativo é simplificado (E6).*

Buscar o “perfil” da população dos doadores por meio das características regionais, crenças, valores, hábitos alimentares e de higiene, cultura, predominância de doenças transmissíveis pelo sangue e inclusive o conhecimento prévio sobre doação de sangue, certamente repercutiria positivamente no aumento das doações. Aliado a um processo educativo, de cuidado e prevenção para a saúde das pessoas, e potenciais doadores de sangue.

*Entendo que a captação não é um setor específico, e que nós aqui da triagem amarramos muito bem implicando se o doador vai ou não voltar a doar. [...] Na situação deste hemocentro, nós também fazemos captação. A gente tá o tempo inteiro tentando manter o estoque, até porque em algumas épocas do ano ( inverno) o número de doadores diminui. [...] Acho que a divulgação ainda é pequena, precisa muito mais para esclarecimento ao doador e à comunidade. Acho isso ainda fraco na hemorrede (E4).*

A sensação é de que um setor busca o doador e o outro descarta. Esta sensação faz com que a triagista sintam-se pressionada. Estranhei que este aspecto não tenha sido enfocado por todas as enfermeiras, pois faço parte deste processo e vivencio suas falas no cotidiano do trabalho. Talvez neste momento, isto tenha passado despercebido ou não foi tão significativo diante das outras dificuldades elencadas por elas.

Bellato (2001) em sua pesquisa quando na análise sobre o contexto que envolvia a triagem clínica, percebeu que na maioria das vezes os profissionais envolvidos vêm assumindo uma postura de “sub-oficialato”, informando ou impondo a negação de domínio da qual faz parte um processo de docilização ou de libertação, o que irá depender de seu compromisso com a manutenção ou transformação das condições de vida e da realidade profissional.

Nas oficinas, uma das enfermeiras falou que acreditava não ter muito o que ser feito em relação à pressão institucional, e todo o grupo concordou, pois é uma realidade nacional a busca constante em captar doadores. Percebem como prioridade que os serviços criem estratégias, divulgações adequadas e esclarecedoras quanto ao ato de doar sangue, o que seria importante ser realizado pelo setor de captação e pelos serviços de hemoterapia em relação a quem convocar. Há necessidade de se pensar em convocar avaliando-se o perfil do doador, sendo importante estabelecer parceria com o setor de triagem clínica, por exemplo. O entendimento é que se captam doadores para atingir a meta da captação definida institucionalmente em relação ao estoque de bolsas/demanda de transfusões, e seguindo as orientações da hemorrede que busca atingir a meta nacional de doações/ ano. Atingir meta remete a pensar em quantidade/estoque, que remete a pensar em produto. As enfermeiras triagistas também se preocupam com a diminuição dos estoques e a necessidade vigente de sangue; mas, o olhar destas profissionais é voltado também ao “ser humano doador”, ou seja, um olhar para além das metas.

Outras questões também foram apontadas como dificuldades, relacionadas às **condições físicas e técnicas da TC.**

A legislação do sangue preconiza as normas que regem todo o ciclo do sangue, entre as normas relacionadas à triagem clínica. Salienta-se que seja preservado o sigilo das informações prestadas pelo doador antes, durante e após a doação e que se

favoreça um momento de privacidade entre o doador e enfermeira. A privacidade, no sentido da triagem ser realizada somente entre doador/enfermeira, foi salientada pelas enfermeiras como um ponto facilitador para que aconteça o processo de cuidar e educar o doador. Porém, o sigilo que está diretamente relacionado à privacidade, foi apontado como ponto que dificulta o processo da triagem, visto sob a ótica da estrutura física da instituição.

Na instituição onde desenvolvemos este estudo, as duas salas da triagem clínica são separadas por paredes divisórias de madeira e ficam próximas a pré-triagem e a copa. Portanto, os doadores que estão na sala da triagem e vice-versa, dependendo do tom da voz, escutam as conversas externas ao seu redor. As enfermeiras analisam que isto pode interferir no processo de comunicação da triagem clínica, na confiança do doador em relação ao processo e na fidedignidade das respostas do doador. Elas têm a preocupação de esclarecer ao doador de que tudo que for conversado naquele momento ficará somente entre enfermeira/ doador, inclusive ao histórico do doador, só poderão ter acesso as enfermeiras triagistas. A intenção é de possibilitar a confiança do doador em relação ao momento e ao serviço.

A preocupação quanto ao sigilo é colocada pelas enfermeiras conforme as falas:

*Alguns doadores não se sentem à vontade para falar, ouvem conversas externas, sentem-se constrangido. (E2).*

*As salas sem privacidade, escuta-se sons externos, voz alta, pausas de conversas. Distrai o doador, se sente invadido, pois se ele escuta, outros também lhe escutam. Acho que constrange o doador. A estrutura atrapalha um pouco (E5).*

*Vejo como dificuldade a questão da privacidade e sigilo, pois a estrutura é precária em relação ao som. A privacidade neste contexto está relacionada com a confiança (E6).*

Quando foi elencada esta dificuldade nos momentos de reflexão da prática assistencial, foi solicitado junto à gerência técnica providenciar paredes acústicas para garantir o sigilo das informações e a privacidade que envolve o contexto da triagem. A

solicitação foi avaliada pela gerência que providenciou o orçamento e priorizou a reforma dos ambientes para 2007. Foi importante perceber que estimular as enfermeiras a refletir o seu processo de trabalho, trouxe em curto prazo, algumas mudanças, a exemplo das coletas externas; e trará em médio prazo a reforma das salas da triagem; entre outras modificações que auxiliarão positivamente na triagem clínica. Enfatizamos que quando existem inquietações em uma equipe de profissionais e que estão motivadas a compartilhar estas inquietações, certamente se buscarão alternativas e mudanças que surgirão para o aprimoramento de sua prática profissional.

## **6 TRIAGEM CLÍNICA – CAMINHO PARA UM TRABALHO SOLIDÁRIO E COMPROMETIDO**

Triagem clínica é um espaço de cuidar e educar? Se fôssemos somente levar em conta que no processo de trabalho das enfermeiras triagistas há uma normatização a ser rigorosamente respeitada no momento da entrevista, entenderíamos que bastaria a enfermeira fazer as perguntas ao doador, avaliar suas respostas e sem divagações decidir sobre a doação, numa perspectiva objetiva de análise. No entanto, avaliando a comunicação verbal e não verbal dos doadores e enfermeiras durante os contatos que tivemos, compreendemos que ambos percebem a triagem clínica enquanto um espaço de cuidar e educar.

Os doadores em seu senso comum expressam este “cuidado” quando a enfermeira os chama pelo nome, quando é lembrado e relacionado a algum momento de sua história de vida, quando percebe a demonstração de preocupação ao ser verificada sua pressão arterial e apresenta alteração dos parâmetros de normalidade, ao perguntar sobre seu emagrecimento repentino e neste momento surgir um laço de confiança, ao fazer o controle do hematócrito e/ou hemoglobina pensando na sua proteção enquanto doador, ao amenizar seus medos e inseguranças e pela abordagem da enfermeira na triagem deixando-o à vontade, enfim, pela atenção recebida durante a triagem. Esse cuidado se expressa em ações do cotidiano, que muitas vezes a enfermeira nem se dá conta da importância que tais atos têm para o doador, visando não só a promoção da saúde, mas a promoção da vida, significando, dessa forma, um cuidar atento e sensível.

Não fica explícito que os doadores percebem a triagem clínica enquanto um momento educativo. Talvez, de forma implícita, “educar” tem seu significado quando suas dúvidas são esclarecidas ao questionarem as enfermeiras, e quando são fornecidas as informações e as orientações que envolvem todo o processo da doação de sangue. Essas informações e orientações são recebidas geralmente de forma passiva pelo

doador, isto é, a enfermeira expressa ter o conhecimento e o doador escuta, talvez absorva alguma coisa ou não absorva nada. Então, nos questionamos se o “repassar” ou “fornecer” informações e orientações, as quais muitas são pré-determinadas/instituídas, se constitui num processo educativo? Repassar, não possibilita interagir, relacionar, dialogar e não favorece a comunicação.

Podemos concluir que esta comunicação não é efetiva, pois as enfermeiras, a partir das entrevistas, enfatizaram como dificuldade que muitos doadores não compreendem o processo da doação. Nesse aspecto, procuramos analisar detalhadamente as falas dos doadores ficando evidente que esses corroboram com a percepção das enfermeiras. Daí podermos inferir que o processo educativo não ocorre de forma efetiva, ou pelo menos da forma que acreditamos ser um processo educativo, em que a troca, o compartilhar, o diálogo estão presentes.

As enfermeiras são enfáticas ao afirmarem que procuram proporcionar na triagem clínica um momento de cuidado e educação aos doadores e compreendem que os esclarecimentos, encaminhamentos para outros serviços de saúde ou para o atendimento ao hematologista da instituição e as orientações fornecidas aos doadores, são modos de prestar cuidado e educação ao doador e de promover a saúde destes. Mas, reconhecem que esta educação e cuidado não acontecem de forma equânime aos doadores, por uma série de fatores, sendo que os mais salientados foram; a característica da triagem ser repetitiva; a tendência à mecanização; a dificuldade de apreensão das orientações pelos doadores; o tempo controlado para atendimento aos doadores, agravando em dias de coleta externa e campanhas para a doação e coleta interna programada quando se evidencia um número maior de doadores refletindo em maior cansaço físico e mental das triagistas.

Portanto, interpretar os significados, a partir da percepção das enfermeiras triagistas e dos doadores de sangue quanto à triagem clínica neste estudo, nos possibilitou reavaliar a importância desta prática profissional das enfermeiras no contexto da hemoterapia e buscar alternativas para um processo de trabalho mais humanizado, tendo como objetivo possibilitar uma relação dialógica entre doador/enfermeira e um cuidado e educação voltados para a valorização do ser humano/cidadão.

Em geral, os serviços hemoterápicos de acordo com a política instituída em

nível nacional, não favorecem a prática da doação de sangue como compromisso social e um dever de cidadania. Na realidade, o conhecimento instituído pelos profissionais sobrepõe o saber popular. Daí a necessidade das enfermeiras refletirem e se instrumentalizarem, construindo criativamente uma nova prática da triagem clínica, não institucionalizada, isto é, um trabalho vivo em ato.

No processo de trabalho das enfermeiras triagistas, torna-se importante a mediação e adequação do conhecimento e das habilidades técnicas implícitas a esta especialidade para uma atuação eficaz no cuidado humanizado ao doador. É a partir do amadurecimento e entendimento de que a triagem clínica, por abordar um método de registro de informações, captar a história progressiva e atual de vida do doador e por ser um momento de interação e comunicação, caracteriza-se como uma consulta de enfermagem. As enfermeiras devem estar sensibilizadas para este olhar mais abrangente enquanto prática profissional que lhe confere autonomia profissional, valorizando este espaço que conquistaram na hemoterapia.

Tornar a consulta de enfermagem uma prática real no hemocentro em estudo, requer mudança na prática profissional das enfermeiras triagistas, refletir e compreender sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos. Faltam realmente traçar estes objetivos e criar momentos de reflexão coletiva para amadurecimento desses objetivos, a partir daí, ter a coragem de iniciar um processo de mudança nesta prática, a qual está instituída em toda a hemorrede de Santa Catarina e é um procedimento padronizado. Este modo de “ver” a triagem clínica é uma particularidade das enfermeiras, pois em nível de direção geral, gerências, entre outros, a preocupação está relacionada à manutenção do estoque de bolsas de sangue. Lembramos que os serviços de hemoterapia têm uma meta nacional anual a ser atingida, portanto podemos afirmar que há uma hierarquia de cobrança de metas nestes serviços caracterizados como serviços essenciais.

Contudo, ainda vejo como possibilidade que a triagem clínica deste hemocentro se constitua como uma consulta de enfermagem, pois já existe a competência técnica destas profissionais e existe também a preocupação destas em prestar um cuidado integral ao doador de sangue, visando ao “ser humano doador”. No sentido de consolidação desta prática, há que se definir um referencial teórico que esteja



alicerçado em princípios como interação, diálogo, integralidade, objetivando dar sustentação à consulta de enfermagem e à própria triagem clínica.

A educação em saúde poderia ser a alavanca para esta mudança, ela ocorre como um processo de conscientização, onde o doador faz parte do processo de construção e mudança. Por meio da educação em saúde, com ênfase na educação problematizadora, buscar-se-ia a aproximação e acolhimento ao usuário, integração e relação dialógica horizontal, valorizando a troca de saberes, possibilitando um crescimento mútuo a partir da relação usuário/profissional de saúde, educando para a solidariedade de modo a possibilitar uma mudança social a partir da reflexão sobre a realidade das doações de sangue.

Doadores e enfermeiras percebem a triagem clínica como importante para assegurar a qualidade do sangue e a segurança do doador e do receptor e etapa fundamental no processo para a doação. Entretanto, ambos a conotam como um momento repetitivo, sendo sugerido por alguns doadores, que fosse mais dialogada, oportunizando a interação. Para as enfermeiras esta repetição dificulta o processo de cuidar e educar o doador, além de ser causa de cansaço físico e mental e de estresse profissional.

A triagem clínica como uma atividade da enfermeira, que foi conquistada ao longo dos anos e que se caracteriza como fazendo parte do processo de trabalho destas, se compreendida como uma consulta de enfermagem, pode garantir um espaço de cuidar e educar os doadores por meio da relação dialógica tendo o sujeito doador como protagonista do processo. Para que isto aconteça, faz-se necessário que as enfermeiras sejam agentes de mudança social e saiam da acomodação. Talvez enfrentem muitas barreiras pessoais e institucionais, mas, contudo, devem ir ao encontro daquilo que idealizam e acreditam ser necessário para tornar seu trabalho mais prazeroso e criativo vivenciando sua autonomia por meio da consulta de enfermagem em seu processo de trabalho. Desta forma, estariam buscando uma nova abordagem para a normatização e se libertando do repetitivo. Para isso, é importante o envolvimento de toda equipe profissional, pois todos precisam estar sensibilizados a compreender o processo da triagem clínica em sua essência.

Tendo em vista que a triagem clínica envolve a relação entre seres humanos

singulares, não podemos esperar por mudanças rápidas em relação ao processo de trabalho das enfermeiras e a possibilidade de mudanças de atitudes e o melhor entendimento de alguns doadores em relação ao processo da doação. Acreditamos que em médio prazo os doadores estarão mais sensibilizados e comprometidos quanto ao ato da doação e tudo que envolve este ato. E em longo prazo, teremos doadores mais conscientes, partícipes do processo e multiplicadores de informações.

Certamente esta filosofia deve ser voltada ao ser humano/doador/cidadão, possibilitando conhecer seus direitos e responsabilidade por meio de um processo educativo alicerçado na educação problematizadora.

O hemocentro em estudo faz parte da hemorrede de Santa Catarina reconhecida pela qualidade dos serviços prestados, portanto não é impossível “sonhar” em iniciar um projeto piloto na triagem clínica deste hemocentro a partir da sensibilização da direção, gerências e da administração sobre esta perspectiva de mudança na triagem clínica, salientando que esta se constitui em uma das etapas do ciclo do sangue, considerada como o elo do doador com a instituição. Para que a triagem clínica de doadores de sangue seja um espaço de cuidado e educação, cabe às enfermeiras construir efetivamente este espaço.

## REFERÊNCIAS

ARANGO, E. **O caminho comunitário: crescimento em comunhão.** São Paulo: Aparecida, 1991.

ARRUDA, M. W. et al. Triagem clínica de doadores de sangue: refletindo a atuação do enfermeiro em hemoterapia. In: **Anais...** Congresso Brasileiro de Enfermagem. 56º, 2004, Gramado-RS. ISBN 85-87582-23-2.

AYRES, J.R.de C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3. p. 16-29, set-dez. 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edições 70. Distribuidora no Brasil: Livraria Martins Fontes. São Paulo, 1977.

BASTOS, M. L. A. et al. O ato de doar sangue sob a ótica de técnicos e doadores. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 23, n. 2, p. 101-103. 2001.

BELLATO, T. M S. **Doação de sangue em Santa Catarina: práticas e desafios.** 2001. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação – Acordo CAPES/FUNCITEC). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BORDENAVE, J. e D; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem.** 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.1376:** aprova normas técnicas para coleta, processamento de sangue, componentes e derivados. Brasília: Diário Oficial da União, 02 dez 1993. p.18405.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.121:** normas gerais de garantia na qualidade em unidades hemoterápicas. Brasília: Diário Oficial da União, 30 nov 1995. p. 19783.

\_\_\_\_\_. **Resolução da diretoria colegiada RDC n.153:** regimento técnico dos serviços de hemoterapia. Brasília: Diário Oficial da União, 14 jun 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização 2003.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2006.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Sobre: liminar exarada juiz da 2ª vara Federal do Piauí em 7 de agosto de 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias>> Acesso em 22. agosto. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, ANVISA. Projeto “Perfil do Doador de Sangue Brasileiro”. Brasil-Doadores. 2004. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Tecnologia e Ciências. Disponível em CD.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conferência Nacional da Saúde, 8ª, 1986, Brasília, Anais.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 561-571, mai. 2005.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “Modo de Fazer” o trabalho de enfermagem**. Florianópolis: Universitária, 1998.

\_\_\_\_\_. & LEOPARDI, M.T. O ser humano e sua possibilidade no processo terapêutico. In: Leopardi, M. T. (ORG). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Programa de Pós Graduação/ UFSC (Org.) Florianópolis: Papa-Livros, 1999. ISBN-85-7291-066-2.

CÁRDENAS, J. M. Contribuição da Organização da Qualidade dos Doadores Voluntários de Sangue para a Segurança do Sangue. **Revista de Medicina Transfusional – Revista ABO**. Portugal, n. 22, p.25-30, Jun. 2005. ISSN 0874-2731.

CARTA DE OTTAWA. In: Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde. Washington: OMS, 1986.

CECÍLIO, L.C. As necessidades de saúde como centro estrutural na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R; Mattos, R. A. de (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001, p. 11-16.

COFEN, Resolução 200/1997. disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/sectionint>. acesso em: 19 set 2004.

DIAS, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: BUSCHINELLI, J. T.P; LYS, E.R; RAQUEL, M. (Orgs). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p. 56-75.

FAWCETTE, J. The Family as a Living Open System: emerging conceptual framework for nursing. **Int. Nurs. Rev.**, v. 22, p. 113. 1975.

FORTES, P. C. **Ética e saúde**. São Paulo: Pedagógica Universitária, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Uma tradução ao pensamento de Pulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lílian Lopes Martin. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981. Coleção Educação e Mudança, v. 1, 79 p.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade.** 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 150p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido.** 28 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

GADOTTI, M; FREIRE, P; GUIMARÃES, S. **Pedagogia: diálogo e conflito.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

GALEA, G. The role of personal interviewees by direct questioning on blood donors with particular reference to prevention of transfusion-related infections: a scottish perspective. **Transf Med**, v. 7, 1997.

GELBCKE, Francine Lima. **Consciência e trabalho: a práxis na Enfermagem como possibilidade de transformação.** Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 1999. (texto digitado apresentado à disciplina Filosofia da Ciência e da Enfermagem do Curso de Doutorado em Enfermagem).

GUIMARÃES. B. T .L de. Lesões por esforço vocal repetitivo: do treinamento através da ginástica vocal laboral á terapia da disfonia laboral. **Revista Fonoaudiologia Brasil**, v. 4, n.1, p. 1-4. 2004.

GUTIERREZ, M et al. Perfil descriptivo-situacional del sector de la promoción y educación em salud: Colombia. In AROYO, H. V ; CERQUEIRA M. T (eds). **La Promocion de la Salud y la Educación para la salud en América Lattina: un Análisis Sectorial.** Editorial de la Universidade de Puerto Rico. 1996. 114p

KALOUSTIAN, S. M (Org). **Família brasileira, a base de tudo.** São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1988.

HEMOCENTRO REGIONAL DE LAGES. **HRL. Relatório de atividades.** Janeiro a dezembro, 2005.

KOECHE, D. K. **(Re) Descobrimo caminhos através da educação para interação com o doador de sangue que passa pela experiência de soropositividade.** Lages, 2000. 75 f. Monografia (Curso de Especialização do Ensino para profissionalização em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KUTNER, J. M. **Avaliação da triagem clínica na seleção de candidatos à doação de sangue.** Tese (Doutorado em Medicina) Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 1998.

LEOPARDI, M. T. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T (org) et al. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Programa de Pós – Graduação em Enfermagem/UFSC (ORG.). Florianópolis: Papa Livros, 1999.

ISBN-85-7291-066-2.

\_\_\_\_\_. GELBCKE, F.; RAMOS, F. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v.10, n.1, p. 32-49, jan/abr. 2001. ISSN 0104-0707

LUDWIG, S. T ; RODRIGUES, A. C. Doação de sangue: uma visão de marketing. **Revista de Medicina Transfusional**, ABO, Portugal, n. 22, jun. 2005. ISSN 0874-2731.

LUFT, P. C. **Mini Dicionário Luft**. 5. ed. São Paulo: Ática, 1985. ISBN 85-262-1195-1.

MACHADO, A. doação de sangue ato solidário e de respeito ao próximo. <Disponível em: [http:// www.savitacasa.tcche.br](http://www.savitacasa.tcche.br)> Acesso em: 12 de agosto de 2006.

MAC-DOWELL, B. S. **Política de Hemoderivados no Brasil e Perspectivas**. 2002, f.101 Dissertação de Mestrado (Gestão e Política de C& T) submetida ao Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília. Brasília- DF.

MASSINGAN, C M. **Safety and use of blood products in Santa Catarina, Brasil: a system approach to analyse performance**. PhD Thesis. University of Queensland, Brisbane, Austrália, 2004. (in print).

MATOS, M. J. G. **Consulta de enfermagem em serviços de hemoterapia: uma proposta de assistência às pessoas que doam sangue**. 1986. v 1. Tese (Doutorado em Enfermagem) UFRJ. Rio de Janeiro.

MATTOS, R.A . A integralidade na prática ou sobre a prática da integralidade. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Tradução de Cristina Carvalho Boselli . Rio de Janeiro: Record, 1971.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. ISBN 85-271-580-2.

MELLO, E.M.B. Comunicação e Voluntariado na Doação de Sangue. **Hemo informativo**. Recife, v.2, n.4, p.44-59. 1986.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1998.

PADILHA, P. R. **Planejamento educacional: como construir o projeto político-pedagógico da escola**. São Paulo: Cortez, 2001.

PARKER, R. et al. **A AIDS no Brasil (1982-1992): história social da aids**. Rio de Janeiro: Relumê- Dumará: ABIA: IMS, UERJ. 1994. v.2.

PETERSEN, L. R; et al. The effectiveness of the confidential unit exclusion option. **Transfusion**, v.34, p. 865-869. 1994.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: AnnaBlume/CNTSS, 1998.

\_\_\_\_\_ et al. Estrutura objetiva do trabalho em saúde. In Leopardi, M, T (org.). **O Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 176p.

PUCCINI, P. T; CECÍLIO, L. C. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set-out. 2004.

RAMOS, F. R. S. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI, M. T. (org.) et al. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

\_\_\_\_\_; VERDI, M. M; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1999. 163 p. Série Enfermagem-REPENSUL.

REIBNITZ, K.S. **Profissional Crítico-Criativo em Enfermagem: a construção do espaço interseção na relação pedagógica**. 2004. 143f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RODRIGUES, M. **A importância da doação de sangue**. Doar sangue: um gesto pela vida. 2004. Disponível em: < [http:// www.ybnews.org.br](http://www.ybnews.org.br)> Acesso em 20 set 2006.

SEQUEIROS, LEANDRO. **Educar para a Solidariedade: projeto didático para uma nova cultura de relações entre os povos**. Porto Alegre: Artmed, 2000. Tradução Daisy Vas de Moraes. INB N 85-7307-693-3.

SERINOLLI, M. I. Evolução da medicina transfusional no Brasil e no Mundo. **Revista de Hematologia e Hemoterapia**, v.5, n.1, p. 16-36. 1999.

SIMÕES, A. M. A; BASTOS, F. I. Áudio Computer-Assisted Interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n 5. p. 1-9. set/out. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em 20 de set 2006.

SILVA, J. A.; BORDIN, R. Educação em saúde. In: DUCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 1996.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, p. 73-88. 25/11/02.

STEFANELLI M. C. **Comunicação com o paciente:** teoria e ensino. São Paulo: Robe, 1993.

TEDESCO, M. **Associação Brasileira de Voluntários de Sangue – ABVS.** Disponível em: < [http:// www.portaldovoluntario.org.br](http://www.portaldovoluntario.org.br)> Acesso em 12 agosto 2006.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisas em enfermagem:** uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Repensul - UFSC, 1999.

VAITSMAN, J. ANDRADE, G. R. B de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613. 2005.

WALDOW, V. R; LOPES, M. J. M; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar.** Maneiras de Ensinar: A enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

\_\_\_\_\_. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

\_\_\_\_\_. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WATSON J. **Nursing:** The Philosophy and Science of Caring. Colorado: University Press of Colorado, 1985.

WENDHAUSEN, Águeda; SAUPE, Rosita. Concepções de Educação em Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.12, n 1, p 17-25, jan./abr. 2003.

WILLIAMS, J. **Hematologia.** Compêndio, México: McGraw-Hill, 1996.

XAVIER, S. Importância da comunicação da fidelização de doadores de sangue: perspectiva de enfermagem. **Revista de Medicina Transfusional- ABO.** Portugal. n. 12/ dez. 2002.



## **APÊNDICES**

# APÊNDICE A

## DOADORES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM – PEN  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A enfermeira Mariluzá Waltrick Arruda, aluna do programa de pós graduação de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, do curso de mestrado em Enfermagem, está desenvolvendo um estudo que tem por objetivo avaliar a assistência de enfermagem na triagem clínica de doadores de sangue, para então pensar numa forma de prestar uma assistência que possibilite cuidar e educar o doador de sangue.

A importância de sua participação enquanto doador de sangue consiste no conhecimento que teremos, a partir de como você percebe a triagem clínica de doadores de sangue, por meio de uma entrevista. Para isto, com sua autorização faremos a coleta de dados, entrevistando-o e para isto solicitamos sua autorização também para a gravação das entrevistas. O(a) senhor(a) terá acesso livre à qualquer informação obtida neste estudo. Caso seja de seu desejo, poderá desistir de participar deste estudo em qualquer momento, sem qualquer penalidade basta informar a pesquisadora sua intenção neste sentido podendo ligar para (49) 32223922. A pesquisa/estudo não visa fins lucrativos para o(a) senhor(a) e para a pesquisadora. Seu nome não será divulgado, sendo as informações confidenciais mesmo em caso de divulgação do estudo em publicação científica, sendo que as informações obtidas serão mantidas em sigilo.

Salientamos que o(a) senhor(a) é livre para participar da pesquisa, o que não prejudicará seu atendimento no hemocentro.

### **Consentimento Pós-Informado**

Eu \_\_\_\_\_, residente e domiciliado

na \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade, RG nº \_\_\_\_\_, tenho conhecimento dos objetivos e propósitos do estudo “Triagem Clínica de Doadores de Sangue: espaço de cuidar e educar por meio da relação dialógica”, e fui informado(a) de forma detalhada sobre a confidencialidade das informações que prestar. Estando ciente destas orientações, estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto e assino o presente em duas vias, ficando uma em minha posse.

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Lages, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre a sua participação, poderá contatar com a pesquisadora Mariluz Waltrick Arruda, pelos telefones (xx49) 32240973, 32223922 ou e-mail: mariluz@uniplac.net

Agradeço a sua participação.

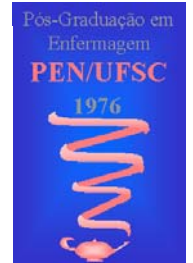
Assinatura da Pesquisadora \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### ENFERMEIRAS TRIAGISTAS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM  
ENFERMAGEM – PEN  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A enfermeira Mariluz Waltrick Arruda, aluna do programa de pós graduação de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, do curso de mestrado em Enfermagem, está desenvolvendo um estudo que tem por objetivo refletir sobre a assistência de enfermagem prestada na triagem clínica de doadores de sangue, buscando a construção de um modelo de assistência que possibilite a triagem como um espaço para cuidar e educar.

A importância de sua participação enquanto enfermeira triagista de doadores de sangue consiste no conhecimento que obteremos, a partir da identificação da sua atuação enquanto enfermeira na triagem clínica de doadores de sangue, como ocorre o processo de cuidar e educar o doador. O instrumento utilizado para a coleta de dados será entrevista.

Os procedimentos do estudo requerem a sua prévia autorização. Solicita-se também autorização para gravação das entrevistas em gravador digital. Fica garantido o anonimato dos participantes, além do acesso aos resultados da investigação e o direito a desistência em participar do estudo, caso deseje. As informações obtidas serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os dados pessoais não serão mencionados.

#### **Consentimento Pós-Informado**

Eu \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade, RG nº \_\_\_\_\_, tenho conhecimento dos objetivos e propósitos do estudo “Triagem Clínica de Doadores de Sangue: espaço de cuidar e educar por meio da relação dialógica”, e fui informado(a) de forma detalhada sobre a confidencialidade das informações

que prestar, assim como fui assegurado da impossibilidade de que qualquer informação possa ter repercussão em minha atividade profissional.

Estando ciente destas orientações, estou de acordo em participar voluntariamente do estudo proposto e assino o presente em duas vias, ficando uma em minha posse.

Assinatura do Participante \_\_\_\_\_

Lages, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Caso necessite de algum esclarecimento sobre a sua participação, poderá contatar com a pesquisadora Mariluz Waltrick Arruda, pelos telefones (xx49) 32240973, 32223922 ou e-mail: mariluz@uniplac.net

Agradeço a sua participação.

Assinatura da Pesquisadora \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS DA TRIAGEM.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

#### Roteiro para a entrevista semi-estruturada – Enfermeiras Triagistas

Objetivo: **Conhecer como as enfermeiras triagistas percebem o processo de cuidar e educar os doadores de sangue.**

- 1) Dados pessoais: idade, sexo, estado civil, tempo de serviço nesta instituição, turno de trabalho.
- 2) Qual sua função como enfermeira triagista?
- 3) Como você acha que poderia realizar melhor seu trabalho como enfermeira triagista?
- 4) O momento da entrevista poderia ser utilizado para desenvolver um processo educativo? Como?
- 5) Como você poderia tornar o doador mais comprometido com o ato de doar sangue?
- 6) Quais os problemas que identifica na triagem clínica, que dificultam o processo de cuidar e educar o doador?

## **APÊNDICE D**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS DOADORES DE SANGUE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM ENFERMAGEM, ÁREA FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

#### **Roteiro para entrevista semi-estruturada com os Doadores de Sangue**

**Objetivo: Conhecer a percepção do doador em relação à triagem clínica.**

- 1) Dados pessoais: idade, sexo, estado civil, profissão.
- 2) Há quanto tempo é doador de sangue?
- 3) Por quê você resolveu doar sangue?
- 4) Como foi o processo de doação na sua primeira experiência?
- 5) Como percebe o trabalho das enfermeiras triagistas?
- 6) Quais as facilidades que encontra na triagem clínica/entrevista?
- 7) Quais as dificuldades que encontra na triagem clínica/entrevista?
- 8) Como você se sente no momento da entrevista?
- 9) Que importância você acha que tem a entrevista realizada pela enfermeira?


Quais sugestões que você tem para o momento da triagemclínica/entrevista?

## **ANEXOS**



# ANEXO 1

## QUESTIONARIO DE AUTO-PREENCHIMENTO

 <b>HEMOSC</b> Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina	<b>FICHA DE TRIAGEM CLÍNICA</b>	<b>CÓDIGO DE P.F.</b>
--	---------------------------------	-----------------------

Senhor(a) Doador(a), você passará por uma entrevista (Triagem Clínica) cujas perguntas estão relacionadas abaixo. **Leia com atenção e responda com sinceridade**, assinalando com um **X** em **SIM** ou **NÃO**. Esta etapa é muito importante pois visa proteger o doador e as pessoas que vão receber sangue.

Apesar de serem feitos vários testes com o sangue doado antes de ser liberado para outra pessoa, **não existe 100% de segurança para o receptor**, pois há um período chamado de **janela imunológica**, tempo entre a contaminação por agentes infecciosos e a positividade do teste. Isso quer dizer que a pessoa pode ter um vírus e este não ser detectado através dos testes. Quando isso acontece chamamos de **falso negativo**. Assim como, também um teste pode ser positivo sem que o doador seja portador da doença, o que chamamos de **falso positivo**. Esclarecemos ainda que diante de um teste positivo o doador será convocado através de **carta ou de visita domiciliar** para comparecer ao **HEMOSC** a fim, de coletar uma segunda amostra para realização de testes confirmatórios.

		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
01	<b>Você leu a orientação acima e entendeu o que é janela imunológica?</b>		
02	Você já doou Sangue? E seu parceiro(a) é doador(a)? Sim ( ) Não ( )		
03	<b>Foi recusado ou teve teste alterado em doações anteriores?</b>		
04	Alimentou-se hoje?		
05	<b>Dormiu bem a noite?</b>		
06	Vai dirigir caminhão, ônibus, moto ou fazer atividades em altura (escada, andaime ou telhado), trabalhar com máquina pesada (serra, prensa), mergulho, surfe, etc.? <b>Se a resposta for sim você deve interromper as atividades por 12 horas.</b>		
07	<b>Sentiu-se mal em alguma doação anterior?</b>		
08	Tomou bebida alcoólica nas últimas 12 horas?		
09	<b>Possui hábito de tomar bebida alcoólica todos os dias?</b>		
10	Está resfriado, com febre, tosse ou dor de garganta?		
11	<b>Está tomando ou tomou remédio nos últimos 7 dias?</b>		
12	Recebeu vacina nos últimos 12 meses?		
13	<b>Fez acupuntura, tatuagem ou piercing nos últimos 12 meses?</b>		
14	Você já teve Hepatite ou contato com portador(a) nos últimos 6 meses? E o seu parceiro(a) já teve hepatite? SIM ( ) NÃO ( )		
15	<b>É portador(a) de doença de Chagas ou teve malária?</b>		
16	Esteve fora de Santa Catarina nos últimos 6 meses e/ou Países da Europa após 1980?		
17	<b>Você já teve Tuberculose ou teve alguma outra doença pulmonar?</b>		
18	Sente dor no peito (coração) ou falta de ar/cansaço		
19	<b>Já teve câncer?</b>		
20	Você é portador(a) de diabetes (açúcar no sangue)?		
21	<b>Já teve desmaio/ convulsão (ataque)?</b>		
22	É portador(a) de Hanseníase (lepra) ou possui doença de pele?		

CONTINUA NO VERSO ➡

		SIM	NÃO
23	É portador(a) de doença da Tireóide?		
24	É portador(a) de Reumatismo ou doença Renal (rím)?		
25	Tem ou teve doença hemorrágica, sangramento / anemia?		
26	Já foi internado(a) em clínica de recuperação? (álcool, drogas)		
27	Foi operado(a) nos últimos 12 meses?		
28	Fez tratamento dentário na última semana?		
29	Recebeu Sangue nos últimos 12 meses? E seu Parceiro(a) faz hemodiálise ou recebeu sangue? SIM ( ) NÃO ( )		
30	Teve perda de peso nos últimos 03 meses?		
31	Teve ou está com íngua pelo corpo (pescoço, axila e virilha)?		
32	Teve diarreia nos últimos 7 dias?		
33	Tem ou teve lesões esbranquiçadas na boca / garganta?		
34	É portador ou já teve: Sífilis, Gonorréia, AIDS ou outras doenças Venéreas?		
35	Utilizou ou utiliza drogas ilícitas (Maconha, Craque, Cocaína, LSD) e outros?		
36	Já foi preso (cadeia penitenciária)?		
37	Você já relacionou-se sexualmente com parceiro ou parceira do mesmo sexo?		
38	Você teve mais de 1 parceiro(a) sexual nos últimos 12 meses?		
39	Teve relação sexual com prostitutas ou com parceiros promiscuo nos últimos 12 meses?		
40	Você já fez sexo em troca de dinheiro ou drogas?		
41	Veio doar para fazer exame de AIDS, HEPATITE ou outros?		
42	Feriu-se com material contaminado de sangue nos últimos 12 meses?		
43	Você fez endoscopia nos últimos 06 meses?		
44	Você tem algum outro problema de saúde?		
45	Está menstruada, grávida ou amamentando?		
46	Teve aborto ou parto há menos de 3 meses?		
47	Você recebeu vacina (Imunoglobulina) pós-parto nos últimos 12 meses?		

#### TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que compreendi as orientações recebidas e as questões contidas nesta ficha. As informações que prestei são verdadeiras. Autorizo a utilização do meu sangue em **Pesquisa Científica** e **Produção de Hemoderivados** quando não utilizados em transfusão.

Confirmando ainda que fui esclarecido(a) que o sangue coletado passará por exames Imunohematológicos e Sorológico, (**Tipagem Sangüínea, Pesquisa de Anticorpos Irregulares, Hepatite B e C, HIV 1 e 2, Doença de Chagas, Sífilis, HTLV-1 e 2**) conforme determinação das Leis e Normas Técnicas Vigentes. No caso de ocorrer Resultado **Falso Positivo, Falso Negativo** ou **Inconclusivo**, poderei ser **convocado(a) posteriormente** pelo HEMOSC, através de carta, para nova coleta de amostra e realização de testes confirmatórios. Se necessário autorizo **Visita Domiciliar** feita pela **Vigilância Epidemiológica** para orientações e encaminhamentos. Permito que meu nome seja incluído no arquivo de doadores potenciais. É de livre e espontânea vontade que faço minha doação de sangue para uso a critério do HEMOSC, desde que atenda aos requisitos necessários.

450 ± 50 ml       Aférese       Coleta de Amostra       RT       RD

CÓDIGO DE REJEIÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DOADOR: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### PRINCIPAIS CAUSAS DE INAPTIDÃO TEMPORÁRIA E DEFINITIVA

#### CAUSAS DE INAPTIDÃO PARA A DOAÇÃO DE SANGUE

A - Principais causas de inaptidão definitiva para doação de sangue

Alcoolismo crônico

Bronquite e asma (crises com intervalos de 3 meses ou menos, sem controle com medicamentos por via inalatória)

Câncer (inclusive leucemia). Antecedentes de carcinoma in situ da cérvix uterina e de carcinoma basocelular de pele não impedem a doação de sangue

Cardiopatias graves

Diabetes tipo I

Diabetes tipo II com lesão vascular

Doença de Chagas

Tuberculose extra-pulmonar

Doença renal Crônica

Doenças hemorrágicas

Elefantíase (filariose)

Hanseníase

Hepatite viral após 10 anos de idade

Infecção por HBV, HCV, HIV, HTLV I/II

Malária (febre quartã - Plasmodium malariae)

Reação adversa grave em doação anterior



Uso de hormônio de crescimento de origem humana
Insuficiência renal dependente de hemodiálise.
Doença Pulmonar: Enfisema, D.P.O.C., história de embolia pulmonar, tornam o doador inapto definitivo.
Antecedentes de AVC
Psicoses, esquizofrenia ou doenças que gerem ininputabilidade jurídica
Antecedente de câncer
Doenças que gerem ininputabilidade jurídica
B - Principais causas de inaptidão temporária para a doação de sangue

Causas de inaptidão temporária	Tempo de inaptidão
Diabetes tipo II não controlado	Até o controle
Abortamento ou parto	3 meses após a ocorrência
Acupuntura ou "piercing" realizados com material descartável	3 dias após realização
Acupuntura ou "piercing" realizados sem condições de avaliação	12 meses após realização 12 meses
Tatuagem	12 meses
Alergias (tratamento de dessensibilização)	3 dias após o fim do tratamento
Alergias (urticária, rinite, dermatite e outras)	Na fase aguda e durante o tratamento
Asma ou bronquite leve (crises com intervalos maiores que 3 meses, compensadas com medicamentos por via inalatória)	1 semana após a última crise e desde que não esteja em uso de medicamento.
Atraso menstrual em mulheres em idade fértil	Até que se afaste a possibilidade de gravidez ou de outro problema que impeça a doação
Diarréia	1 semana após a cura
Esclerose de varizes de membros inferiores	3 dias após o procedimento
Labirintite	30 dias após a crise e sem uso de medicamento
Lesões de pele no local da punção venosa	Até a cura
Retirada de verrugas, unhas, manchas e outros pequenos procedimentos dermatológicos.	1 semana após a alta
Lesões dermatológicas: eritema polimorfo, eritrodermias, líquen plano	6 meses após a cura
Adenomegalia a esclarecer	Avaliação caso a caso

## ANEXO 3



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON – FAHEC  
HEMOCENTRO REGIONAL DE LAGES  
Rua Felipe Schmidt, 33, - Centro – Lages - SC 88.501 310  
(049) – 222 3922

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, como representante legal do Hemocentro Regional de Lages, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Triagem Clínica de Doadores de Sangue: Espaço de Cuidar e Educar por Meio da Relação Dialógica**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução nos termos propostos.

Lages, 26 de abril de 2006

  
\_\_\_\_\_  
**Antônio Cesar de Souza**  
Hemocentro Regional de Lages  
DIRETOR - CRM 1483

## ANEXO 4



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E CEPON - FAHECE  
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA - HEMOSC  
Av. Othon Gama D'Aguiar, 756 - Praça D. Pedro I - Centro - Florianópolis - SC - 88015-240 - FONE: (048)-251-9700

### REGISTRO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA NO HEMOSC

#### IDENTIFICAÇÃO DO(S) PESQUISADOR (ES)

Nome (s):	Marilyn Walterick Arruda
Formação/ Local:	Enfermeira - Hemocentro Regional de Lages
Orientador:	Enf. Dra. Francine Lima Gelbeck (49) 32240973
Telefones para contato:	(49) 99769667 e-mail: marilyn@unipsc.net

**TRABALHO** (este campo é opcional, podendo ser substituído por uma cópia do projeto de pesquisa)

Título:	Triagem Clínica de doadores de sangue: espaço de cuidado e educação por meio da relação dialógica.
Objetivos:	ANEXO
Dados a serem coletados:	ANEXO

#### PREENCHIMENTO PELO SETOR DO HEMOSC ENVOLVIDO

Local/Setor onde será a coleta de dados:	Hemocentro Regional de Lages
Período de coleta:	junho e julho 2006
Autorização da Chefia do Setor:	ANEXO Data: 26/04/06

#### AVALIAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA

<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado sem Restrições
<input type="checkbox"/> Aprovado com Restrições. Quais _____
<input type="checkbox"/> Reprovado
<input type="checkbox"/> Encaminhar para Comitê de Ética
Avaliação realizada em 28/04/06, por Andra Pety e Patricia Corato
Obs: Solicite-se cópia do termo de consentimento e notificação da existência de pesquisa - est. 12/06/06
Ciência da Direção

Data: 28/04/06