



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Palko dos Santos, Nereida Lúcia; Conceição Stipp, Marluci Andrade
O itinerário de doadores de sangue: reflexões acerca da micropolítica no cuidado de enfermagem
Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 283-298
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838231017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O itinerário de doadores de sangue: reflexões acerca da micropolítica no cuidado de enfermagem

I ¹ Nereida Lúcia Palko dos Santos, ² Marluci Andrade Conceição Stipp I

Resumo: Estudo qualitativo, desenvolvido à luz da etnometodologia, com o tratamento dos dados a partir da análise do discurso das 26 entrevistas não-estruturadas e dos registros da observação participante em diário de campo. Teve como objetivo analisar o itinerário de candidatos a doadores de sangue num serviço de hemoterapia (SH) do Rio de Janeiro. O itinerário dos doadores de sangue se constitui desde a sensibilização até o transcurso para a doação, envolvendo a saúde e os múltiplos contextos da vida dos candidatos, e toma corpo no espaço micropolítico de trabalho. Prevaleceram os doadores de reposição (65,4%), caracterizados por grupos de familiares, de amigos, colegas de trabalho, vizinhos e, em menor número, por pessoas que doam sem nenhuma relação com o receptor. Destacamos o acesso dos doadores ao SH devido às Áreas Programáticas (AP) em que residem 46,1% dos doadores serem distintas da AP do SH e 23,1% residirem em outros municípios. No itinerário percorrido, existem as etapas antecedentes e as posteriores à triagem clínica, sendo esta destacada pela possibilidade da expressão da tecnologia leve no cuidado de enfermagem. Os significados atribuídos à doação e à motivação são individuais para cada doador. O conhecimento do itinerário possibilita a reflexão sobre o gerenciamento do espaço micropolítico em que usuários e enfermeiras se encontram, tanto apresentando o caminho que o doador percorre no sistema de saúde, como a possível definição de um modelo assistencial à luz das necessidades de saúde dos doadores para o cuidado de enfermagem em hemoterapia.

¹ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ); professora adjunta na mesma instituição. Endereço eletrônico: santosnereida@gmail.com

² Doutora em Enfermagem pela EEAN-UFRJ; pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina; professora adjunta IV da UFRJ. Endereço eletrônico: marlustipp@gmail.com

► **Palavras-chave:** enfermagem; serviço de hemoterapia; doadores de sangue; política de saúde.

Recebido em: 31/08/2009.
Aprovado em: 18/05/2010.

Introdução

O serviço de hemoterapia (SH) tem a função de prestar *assistência* hemoterápica e/ou hematológica, recrutar doadores, processar o *sangue*, realizar os testes necessários à segurança do processo transfusional, armazenar e preparar transfusões, podendo ou não prestar atendimento ambulatorial.¹ O Ministério da Saúde, por via da Hemorrede Nacional coordena os SH do país, e nos estados a supervisão e gerência geral é feita pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2001).

Cada SH tem localmente um responsável técnico que responde pela unidade e pode, concomitantemente ou não, agregar a atribuição de chefiar o SH. É localmente que se desenvolve o planejamento das ações de cada unidade com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, na Gerência Geral de Sangue, Outros Tecidos e Órgãos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, englobando a previsão e provisão de recursos humanos e materiais, a elaboração, execução e reavaliação de protocolos, rotinas, fluxos, e toda a operacionalização do atendimento aos usuários.

O SH onde o estudo foi desenvolvido é conceituado como um hemocentro regional, de alta complexidade, nível II, de natureza pública (BRASIL, 2001), que funciona em um hospital universitário federal na cidade do Rio de Janeiro. Nele, desde 2005, acontecem as atividades práticas de alunos do quinto período do curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery.

A partir da prática de cotidiana de cuidar e ensinar-aprender da pesquisadora no cenário, e da riqueza das relações desenvolvidas entre docentes, discentes, equipe de saúde e os usuários no SH, afloraram as inquietações que direcionaram a escolha do objeto de estudo – o itinerário de doadores de sangue de um SH de um hospital universitário do Rio de Janeiro – e que levaram à elaboração do objetivo: analisar o itinerário de candidatos a doadores de sangue num SH do Rio de Janeiro.

Entre outras atividades desenvolvidas no SH, ocorre a triagem clínica (TC) de candidatos à doação de sangue, que tem por finalidade proteger doadores e receptores de sangue e hemocomponentes. A triagem clínica é executada em um espaço micropolítico de saúde, que é o “espaço do agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e o cenário em que ele se encontra” (FRANCO, 2006, p. 459).

A expressão do processo de trabalho na triagem clínica se dá a partir dos encontros entre enfermeiras e usuários, em fluxos operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos e subjetivos, formando uma intrincada rede de

relações e, a partir dela, os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo (FRANCO, 2006). O espaço de trabalho da triagem clínica é organizado a partir de um modelo assistencial individual e institucional localmente distinto, tendo como eixo condutor a relação entre itinerário de doadores de sangue e da micropolítica no cuidado de enfermagem, com suas articulações à macropolítica de saúde global não uniforme.

A relação do itinerário de doadores de sangue e da micropolítica que influi diretamente no cuidado de enfermagem, tem relação com a incorporação à macropolítica de saúde, e também das demandas dos usuários. A relação dos dois anteriormente citados com o cuidado de enfermagem é perpassada por tensões no diálogo entre a micro e a macropolítica, e entre outras questões, se dá pela distinção entre a existência de um modelo biomédico e hospitalocêntrico em que se estruturam a lógica e a prática do saber/fazer da primeira, e os princípios de universalidade, equidade, integralidade e intersetorialidade agregados à segunda.

A forma como a equipe de enfermagem do SH encampa o modelo vigente na micropolítica local e opera em redes modelares, serializando as práticas de cuidado, se relaciona ao atendimento das demandas do usuário e do sistema de saúde conforme sua compreensão. Este processo de trabalho em saúde atua, em certos sentidos, sobre uma suposta linha de cuidado, que “é a expressão do conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário” (FRANCO, 2003 apud FRANCO, 2006, p. 470).

Cada SH, com sua nomenclatura e nivelamento, recebe diferenciados grupos de candidatos a doadores de sangue, que cursam o itinerário para a doação de forma singular, conforme a realidade de cada um, permitindo que, através das redes, dos processos de trabalho em saúde, na sua micropolítica, construam uma dinâmica de incorporação à macropolítica de saúde, que no caso da doação de sangue, perpassa pelas determinações constantes na norma técnica vigente (BRASIL, 2004).

Em decorrência das especificidades e da singularidade do itinerário de doadores de sangue que cada SH trabalha, há uma necessidade e também uma possibilidade para que, no encontro entre as enfermeiras e os usuários na triagem clínica, se estabeleça o uso das tecnologias de relações, produção de comunicação, acolhimento, vínculos e autonomização, denominadas “tecnologias leves” (MERHY, 2007; SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008). Nesse encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra e no qual opera um jogo de

expectativas e produções, se dá um processo de relações que se produz através de um trabalho vivo em ato (MERHY, 2007) e que, junto com o trabalho morto, constitui a composição técnica do trabalho (CTT). Esta é a razão entre os dois “tipos de trabalho”, não sendo mensuráveis, e sim um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho.

Diferentemente do ciclo do sangue que abrange todo o processo que, condensadamente, pode-se dizer que envolve a produção, distribuição e transfusão dos hemocomponentes, o itinerário dos doadores de sangue está relacionado com a forma de contato, tomada de conhecimento e sensibilização do candidato para a doação voluntária de sangue. Envolve não só a saúde do candidato à doação, como sua situação social, econômica, cultural e pessoal, aproximando e relacionando doadores e receptores que são intermediados pelos profissionais do SH.

Outra distinção destacada é entre o itinerário de doadores de sangue e o itinerário terapêutico (*career of illness*), que é considerado como um processo de escolha de tratamento permeado por sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica (ALVES, 1993). O itinerário de doadores de sangue não ocorre por uma sequência de práticas destinadas a uma solução terapêutica, mas, em certa medida, não exclui tais práticas, podendo ser expressa por uma demanda das necessidades de saúde de doadores.

Nesse sentido, a formulação do processo de trabalho em relação à estruturação da micropolítica no SH é complexa, uma vez que, em uma das pontas da assistência, implica o entendimento do itinerário de doadores, que são candidatos a doar sangue, e na outra, assiste a receptores de hemocomponentes. O itinerário de doadores compõe a construção do processo de escolha de tratamento para uma solução terapêutica dos receptores do produto transfusional da doação, cruzando o trajeto terapêutico destes.

Métodos

Este estudo é parte integrante da tese de doutorado intitulada *As necessidades de saúde de candidatos a doadores de sangue na triagem clínica em hemoterapia*². Foi desenvolvido com abordagem qualitativa, à luz da etnometodologia (COULON, 1995), no cenário em que os atos de saúde das enfermeiras destinados aos candidatos a doadores de sangue são permeados por interações em um processo

dinâmico de organização e reorganização, onde habitam a micropolítica, o processo de trabalho em saúde e o itinerário de candidatos à doação de sangue.

Através desse método, pudemos analisar o itinerário de doadores de sangue. Pudemos, ainda, fazer a identificação de quem foram os doadores na unidade no período investigado e compreender as formas de contato, aproximação e relação destes com as enfermeiras na micropolítica produzida localmente.

A escolha da triagem clínica para o desenvolvimento da pesquisa se deu por haver a possibilidade de construção de conhecimento e reflexão sobre a prática, também, a partir do desenvolvimento de trabalhos e pesquisas acerca da temática proposta; e por ocorrerem em uma instituição de ensino, em que não só os resultados do trabalho influenciarão a prática de enfermagem localmente, como serão influenciados por esta, em um movimento dinâmico que se desenvolverá com o ensino-aprendizagem de enfermagem desenvolvido na unidade.

Os sujeitos do estudo foram 26 candidatos à doação de sangue ou de seus hemocomponentes, com idade entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos, e que voluntariamente aceitaram o convite para participar do trabalho. As entrevistas se deram no período de 2 a 7 de janeiro, e de 16 a 31 de outubro de 2008, das 8h30min às 13h30min, quando a pesquisadora atuou na triagem clínica, integrando as atividades juntamente com a equipe do setor, influenciando e sendo influenciada pelas situações do contexto observado (HAGUETTE, 1999).

Com as entrevistas, buscou-se conhecer os doadores e os significados que atribuem às questões abordadas no estudo. Na análise dos dados, tratados a partir do discurso dos entrevistados, atendendo aos critérios do fenômeno investigado, buscou-se identificar e compreender como os participantes das situações sociais de interação as utilizaram para interpretar e atuar no interior dos mundos sociais que constroem em suas práticas, captando o que dizem, contam ou fazem as pessoas, e o que é produzido pelos participantes em conversações, identificando, descrevendo e estudando a ordem que se produz nestas (IÑIGUEZ, 2004).

A observação participante foi registrada em diário de campo, permitindo captar dados referentes ao cotidiano institucional e às relações entre os atores do cenário (usuários e profissionais). Os dados relacionados à construção do perfil dos doadores de sangue foram oriundos do banco de dados do cadastro do cenário e de questionamentos diretamente apresentados aos doadores, durante a entrevista. As informações quantitativas que compõem o perfil dos doadores

foram tratadas com frequência simples, média e mediana. Com estes resultados, tem-se a intenção de subsidiar a análise qualitativa – metodologicamente prioritária – das entrevistas, sendo a análise quantitativa suplementar àquela (DESLANDES; ASSIS, 2002).

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, sendo aprovado sob o número de protocolo 138/07. O anonimato dos sujeitos da pesquisa foi mantido, assim como o dos profissionais que atuam no cenário, facilitando a livre expressão de ideias, opiniões e assertivas acerca da temática. Garantiu-se, por intermédio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a autorização para a divulgação das respostas dos sujeitos da pesquisa.

Micropolítica de saúde e o itinerário de doadores de sangue: o cuidado de enfermagem na triagem clínica

A “origem” do itinerário de doadores compreendido no conjunto de situações do cotidiano que se dão a partir do agir em saúde ocorre numa construção do autogoverno das enfermeiras, sobre uma relação dinâmica entre a micropolítica do SH e a macropolítica de saúde, com seus fluxos e contrafluxos, e com forças tensoras existentes entre estes.

Por assim dizer, o itinerário de doadores segue um caminho, que é heterogêneo, permeado por relações de poder, de sistemas sociais de produção de subjetivações, em uma complexidade que se expressa em diferentes modos de compreender a realidade e de nela atuar, conduzindo a uma forma de processo de trabalho em saúde, de uma hegemonia do trabalho vivo rico, dinâmico, criativo, não estruturado e com alta possibilidade inventiva (FRANCO, 2006).

O trabalho vivo, anteriormente citado, também sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, evidenciando na dinâmica do cotidiano uma microrrede, que ao mesmo tempo em que é “capturada”, também emprega sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e de trabalhar com lógicas que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo (FRANCO, 2006).

A possibilidade de abertura de linhas de fuga do trabalho vivo das enfermeiras do SH permite o encontro com novos territórios de significações, que dão sentido à produção do cuidado a doadores e receptores de hemocomponentes.

O autogoverno das enfermeiras no trabalho vivo em ato pode caminhar para a subversão da ordem e da norma vigente, em que haja maior grau de liberdade e expressão de sua potência criativa, fazendo e operando, nas suas relações, outros fluxos de conexão com suas equipes, unidades e com os usuários. Pode, ainda, enrijecer e caminhar ao uso das tecnologias duras, ou seja, rumo ao trabalho morto.

De diferentes perspectivas, pode ser construída a “excussão” dos procedimentos operacionais padronizados, cabendo às profissionais a abertura de linhas de fuga, ou do caminhar rumo ao trabalho morto, implicado no autogoverno das enfermeiras, na forma como *são* o SUS que representam, e consequentemente, operam o sistema produtivo no cenário da triagem clínica, nas relações cotidianas com os usuários.

Há inscrita uma fragilidade na natureza autogovernável do trabalho em ato e da CTT, que depende de como as enfermeiras operam a rede e suas singularidades, sendo a relevância do itinerário de doadores de sangue um indicador da autogestão da micropolítica do SH. Tal entendimento perpassa a compreensão do caráter autoanalítico e autogestionário presente na rede que opera na micropolítica dos processos de trabalho do SH como possibilidade.

A dinamicidade do cotidiano de cuidar na triagem clínica fala das articulações necessárias e das constituídas entre diversas equipes e entre as unidades da instituição, e também das articulações dos saberes, fazeres, subjetividades e singularidades, para fazer com que o cuidado se realize. Estas ações se completam e é com o dinâmico e rico cruzamento dos saberes e fazeres, tecnologias e subjetividades que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado (FRANCO, 2006).

O itinerário de doadores de sangue

Ao analisarmos o itinerário do doador de sangue, identificamos que seu começo ocorre com a situação de saúde-doença vivida por uma pessoa e sua família. A partir de um diagnóstico clínico-laboratorial, são definidas as condições terapêuticas, que resultam no pedido de transfusão de hemocomponentes.

A micropolítica e o processo de trabalho das enfermeiras do SH estão em comunicação dinâmica e direta com as existentes em outras unidades da instituição e, consequentemente, da instituição com a macropolítica de saúde, havendo as conexões da macropolítica com micropolíticas locais, e destas entre si.

A instituição tem um fluxo para o atendimento aos pedidos de transfusão; são encaminhados ao serviço de hemoterapia, que as realiza gerenciando o estoque

existente dos hemocomponentes e a demanda de atendimento solicitada, envolvendo, neste processo, a equipe médica, de laboratório (biomédicos, farmacêuticos, técnicos em patologia e laboratório), de enfermagem e a equipe administrativa. As solicitações de transfusão mais frequentes foram as de concentrado de hemácias, para usuários em situação cirúrgica, com problemas onco-hematológicos, podendo estar sob acompanhamento de uma ou de várias equipes.

Os pedidos de doações da equipe multidisciplinar da hemoterapia às famílias dos usuários transfundidos e a doadores já cadastrados para novas doações de sangue tanto podem atender a um usuário especificamente, como podem servir para repor os componentes que foram necessários aos atendimentos transfusionais. A família e os clientes transfundidos, por sua vez, podem solicitar a outros familiares e amigos que procedam à doação de sangue, na instituição onde o usuário receptor desenvolve o tratamento.

O fluxo de solicitação de transfusões e de doações na instituição terminou se organizando, não protocolarmente, como a forma mais comum de captação dos doadores do grupo pesquisado, que foram maridos e esposas, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e sobrinhas, netas e netos dos usuários da instituição e, entre aquelas, também, amigos, colegas de trabalho, vizinhos e, em menor número, pessoas que doam sem nenhum tipo de relacionamento com o usuário e seus familiares, apenas exercendo sua cidadania. A característica institucional da captação de doadores contribuiu para que a maioria dos candidatos a doadores de sangue do grupo pesquisado (65,4%) fosse de reposição, ou seja, termina por existir uma proximidade entre os doadores e os receptores, e conforme a demanda de doações para um determinado usuário, há algumas características similares do perfil dos candidatos.

Exemplificando o exposto sobre a proximidade entre doadores e receptores, dada a característica predominante de doações de reposição, temos no grupo de 26 participantes da pesquisa, 16 doadores de reposição, a maioria dos quais (12) fazendo sua primeira doação na instituição (46,1%) – ou seja, a maioria dos doadores se candidatou a fazer as doações mediante solicitação para o atendimento às demandas de usuários transfundidos, havendo pouco retorno de doadores voluntários (23%). O retorno de doadores voluntários é desejável pelo SH, entendendo-se haver a possibilidade de fidelização, e de um trabalho mais denso, no sentido do envolvimento dos doadores com a segurança do processo de doação e transfusão de sangue e hemocomponentes.

Para o SH, a tipologia dos doadores de sangue é uma informação importante, pois passa a ser um indicador da necessidade de elaborar estratégias à captação de doadores, na própria instituição, e de fortalecer os laços com as demais unidades da instituição e seus profissionais para uma ação conjunta na captação de doadores.

Retomando o itinerário do doador de sangue, que se iniciou com a sensibilização, e a motivação para a doação de sangue, o outro movimento dos doadores foi no sentido operacional para se organizarem para a doação. O primeiro passo foi procurar informações sobre o que era necessário para doar sangue, através de contato telefônico, pela internet ou pessoalmente na unidade, sendo mais comum o repasse das orientações pelos próprios familiares e amigos que solicitaram a doação.

As informações mais comumente procuradas disseram respeito à idade para a doação; a condições físicas necessárias para poder doar sangue e a necessidade de um documento de identidade com fotografia. As outras informações versaram sobre a localização do serviço de hemoterapia, aos meios de acesso e ao horário de atendimento da unidade para a doação, que para fins logísticos na doação de sangue pode significar a interrupção das atividades de trabalho, estudantis e familiares, no período da manhã e, por vezes, durante todo o dia.

Enfatizando ainda a questão do retorno de doadores, trazemos o trabalho de Schlumpf et al. (2008), que mostra que apenas 8% dos doadores que fazem doações de sangue pela primeira vez costumam retornar para novas doações, e 62% dos que doam pela segunda vez não o fazem nos serviços onde realizaram a primeira doação. Destacam que entre os fatores para o retorno está a facilidade de acesso ao SH, com ênfase na questão da logística do transporte que compõe este itinerário, pois 30,7% dos doadores entrevistados residem na área programática da instituição (AP 3.1), 46,1% residem em outras seis áreas programáticas e 23,1% são provenientes de outros municípios. Este é um indicador importante da motivação e origem dos doadores, que cabe ser considerada pelo SH no planejamento das estratégias para uma tipologia de doadores de retorno.

A motivação para a doação de sangue engloba o que efetivamente impulsiona as pessoas a doarem sangue, o tempo disponível etc. Perpassa a cidadania, a voluntariedade e o altruísmo, a condolência de quem acompanha a doença de outra pessoa, o desejo de cura e a necessidade do cumprimento de “um dever” esperado pela sociedade. Também existem situações de benefício próprio, para o abono do dia de trabalho, por exemplo.

A rotina de atendimento ao doador na unidade se realiza de segunda à sexta-feira, exceto feriados, das oito às treze horas e trinta minutos, ocorrendo em momentos específicos como na triagem clínica, no processo de coleta de sangue total ou por aférese, na coleta de segunda amostra de sangue para reanálise laboratorial, no atendimento para entrega de resultados e sempre que se faça necessário, como por exemplo, no caso do doador que procura o serviço para sanar alguma dúvida.

A situação da locomoção, que inclui tempo e viabilidade de sua ocorrência, é destacada por seu relevo, tanto na fala dos doadores, como na literatura; e por sua relação com a característica de captação dos doadores da unidade – situação que pode impedir futuras doações, por conduzir a uma reestruturação do cotidiano para poderem doar. Tal fato acarreta a necessidade não só de informações, como de um planejamento do dia da doação, englobando o fator econômico, pois dependendo da localidade da residência do doador, era preciso planejar o gasto com meios de transporte e até refeições fora da rotina usual.

A escassa sinalização para acesso ao SH traz entraves extras ao acesso à unidade, tornando necessária a busca por informações aos transeuntes para que os doadores chegassem ao SH. Isso causa insegurança, ansiedade, entre outras questões, contribuindo para o desinteresse em retornar para novas doações na unidade, indo de encontro ao preconizado em relação às doações de retorno almejadas pelos SH.

Após diferentes caminhos percorridos, por fim os doadores acessam a unidade, onde cumprem etapas previamente estabelecidas, padronizadas, para seu atendimento. As etapas tanto são burocráticas, como o cadastramento e a apresentação de documentos de identificação com foto, como técnicas desenvolvidas na pré-triagem e triagem clínica, por exemplo.

Como os doadores permanecem na sala de espera, entre o cadastro e a pré-triagem e entre a pré-triagem e a triagem clínica, seria interessante que o serviço, além das informações no *site* do hospital, disponibilizasse o acesso a estas, na unidade, com assuntos sobre a doação de sangue e as dúvidas mais comuns a doadores de primeira vez (57,7% - 15 doadores). As ações informativas, aqui sugeridas, podem se dar por meio de palestras, distribuição de material impresso, apresentação de programa informativo sobre o tema na televisão, e até com a disponibilização de profissionais e/ou estagiários para o esclarecimento individual de dúvidas.

Dentro do que é inicialmente configurado como uma etapa técnica dos procedimentos para à doação, identificamos que há a possibilidade de uma

abordagem educativa, valorizando o “princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde” (STOTZ, 1991), num enfoque educativo do compartilhamento entre enfermeira e usuário sobre crenças e valores dos doadores a respeito do processo de doação e das suas implicações, trazendo ao usuário o protagonismo das ações.

Ao longo do contato da equipe de enfermagem com os doadores, como na pré-triagem e na triagem clínica, existe o emprego da tecnologia dura, como a verificação de sinais vitais e do valor de hemoglobina. No entanto, é a partir do autogoverno das profissionais e da forma como encampam as ações que desenvolvem como integrantes do SUS que se entende a possibilidade de que os atos de saúde sejam cuidado e as tecnologias leve e leve-dura ganhem corpo. Ou seja, o trabalho vivo em ato, na triagem clínica, depende da disponibilidade da enfermeira e do doador para o diálogo, e também, do estabelecimento de uma condição local para viabilizar uma proposta desta esfera.

Após a triagem, existem dois caminhos: os doadores inaptos recebem as orientações e explicações pertinentes aos motivos de inaptidão, e, se os motivos da inaptidão forem temporários, também são orientados quanto ao período que deverão aguardar até que estejam aptos para uma nova doação; e os aptos ingerem um copo de suco, antes da doação, e se dirigem à sala de coleta de sangue.

Na sala de coleta, a soma de diferentes fatores que caracterizam uma multiplicidade de olhares do profissional, em exíguo espaço de tempo, não favorece que o trabalho vivo consuma o trabalho morto e, conseqüentemente, que a tecnologia leve assuma uma significativa expressão. A sala de coleta é um cenário em que os procedimentos operacionais-padrão devem ser rigorosamente seguidos pela equipe de enfermagem, em que há uma necessária precisão técnica nos atos realizados. A equipe de enfermagem da sala de coleta, além de executar corretamente a técnica de punção venosa e cuidar diretamente do doador, realiza mais de uma punção por vez, e precisa avaliar continuamente e perceber qualquer indício de alteração, durante a doação, atuando imediatamente diante de qualquer adversidade.

Após a coleta, o doador é encaminhado ao lanche com hidratação oral e permanece por pelo menos 15 minutos na unidade, conforme determinação legal (BRASIL. ANVISA, 2004). Havendo cumprido essas determinações, quanto ao tempo de permanência e alimentação após a doação, e estando bem, o doador pode ir embora.

A maioria retorna à sala de espera e aguarda a declaração de comparecimento e doação antes de ir embora. O serviço entrega, ao término da doação, material impresso com orientações básicas para o período imediato após a doação de sangue, em que constam as formas de contato com a unidade para serem acionadas diante de qualquer eventualidade.

A cantina e a sala de espera se transformam nos locais de encontro entre os doadores, dos que já doaram e dos que irão doar. Nestes locais se dá a troca de informações, de brincadeiras; são os locais de encontro, de aliviar as tensões e até mesmo de se conhecer, já que alguns doadores são amigos de familiares e conhecidos dos usuários que necessitam das transfusões.

Para os doadores, o término da doação e sua liberação concretizam seu propósito, com significado individual do ato realizado para atender à solicitação recebida. Neste momento, caracterizam-se os diversos significados inscritos na doação de sangue, desde o afetivo e pessoal, até o benefício do abono do dia de serviço. Por vezes, eles saem da doação e permanecem na instituição, pois aproveitam o deslocamento para ver e saber de seus parentes e amigos; outros vão trabalhar; outros vão para casa; alguns aproveitam o período justificado de ausência em atividades cotidianas para resolver assuntos pessoais.

O perfil da instituição, de alta complexidade e de referência para clínicas especializadas, favorece que os usuários atendidos, após a alta médica, prossigam seus tratamentos em instituições de nível primário ou secundário do sistema de saúde, rompendo naturalmente o vínculo com a instituição. Esta questão, somada às restrições de acesso ao hospital, explica o perfil de doadores de primeira doação na unidade (57,7%) e doadores de reposição (65,3%), isto é, aqueles que doam para repor os hemocomponentes usados por pessoas em tratamento na instituição, em determinado período de suas vidas.

Doadores terão diferentes condutas após este ato: existirão os que retornarão para novas doações, na instituição, voluntária e altruisticamente; os que doarão, em qualquer local, para alguém conhecido; os que nunca mais desejarão fazer uma doação; os que se sentem fisicamente bem, e os que se sentem mal; alguns, ainda, retornam à unidade para buscar o resultado dos exames laboratoriais sorológicos realizados, e por vezes fazem uma nova doação.

Pensar que o doador é uma pessoa supostamente saudável e que desta forma não apresenta uma demanda de comprometimento físico à saúde, significa não

ter como foco a visão do doador como usuário do SUS nem com a formação de vínculo como usuário e a equipe de saúde. Em certas situações, é possível perceber redes em que estão presentes cenários de práticas serializadas, não singulares e com baixo nível de fluxos-conectivos. E ao mesmo tempo, segundo o autogoverno e a condução individual de cada profissional em sua relação com o usuário, no mesmo cenário, se anuncia a operação de subjetividades desejanter em alta potência com o trabalho vivo em ato (FRANCO, 2006). Essa configuração gera a expectativa de que esteja se compondo um momento de mudança, com a construção de uma transição entre *o velho* e *o novo*, processo de trabalho na micropolítica de saúde do SH e suas implicações para o cuidado de enfermagem a doadores de sangue.

Conclusão

O itinerário de doadores, sob a perspectiva apresentada, pode ser um indicador do trabalho vivo em ato e da micropolítica de saúde no SH, sendo importante para a enfermagem que atua nesta unidade, no sentido de compreender e interpretar os fenômenos que envolvem o processo de trabalho.

A partir das questões que envolvem as políticas de saúde (macro e micro), procura-se clarear as relações entre a administração em enfermagem e o itinerário do doador numa discussão que contribua para o trabalho vivo em ato da enfermagem em hemoterapia à luz de um diagnóstico situacional e a partir do conhecimento proporcionado pelo itinerário do doador, assim como as possíveis estratégias para sanar dificuldades que a equipe de enfermagem e da unidade como um todo poderão desenvolver.

O itinerário de doadores de sangue pode ser um indicador da micropolítica de saúde que caminhe à materialidade da Política Nacional de Humanização (PNH), como uma construção que permite identificar as necessidades sociais de saúde; mudar os modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; e ter compromisso com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento, como uma política transversal que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, de forma a traduzir os princípios do SUS em modos de operar os diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde (BRASIL, 2004a)

“Estabelecer relações” é um saber intrínseco à atividade laboral. É como se nenhum trabalhador pudesse dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade

que seja satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. Torna necessárias as pactuações que ocorrem entre as equipes de saúde, que podem ser explícitas ou não, ou podem se formar a partir de acordos constituídos harmoniosamente (FRANCO, 2006).

As enfermeiras da triagem, em seu autogoverno, terão que transcender o limite das questões do corpo físico, do modelo biomédico, para que formas diferentes de desenvolvimento do trabalho possam articular uma composição técnica, com vistas ao emprego das tecnologias de saúde, considerando articuladamente o lugar que o núcleo das tecnologias leves ocupa e seu modo de operar os processos produtivos, e ainda as diferentes disputas dos modelos que competem nesses espaços.

Um melhor equacionamento da triagem clínica poderia progredir para a revisão do modelo hospitalocêntrico, abrindo espaço para o diálogo com os serviços de saúde. Este caminho permitiria conhecer as necessidades de saúde e implicaria uma mudança da micropolítica do serviço de hemoterapia, ampliando os atos de saúde para a produção de trabalho vivo em ato, dando espaço à expressão das necessidades de saúde, responsabilizando-se, acolhendo e gerando vínculos com as demandas dos doadores, em maior consonância com a macropolítica de saúde. Como os doadores permanecem na sala de espera entre o cadastro e a pré-triagem, e entre a pré-triagem e a triagem clínica, sugere-se a facilitação do acesso a informações acerca da doação de sangue e dúvidas relacionadas.

O itinerário do doador não só apresenta o caminho que o doador e seu sangue percorrem no sistema de saúde, como mostra a necessidade de se definir um modelo assistencial, à luz dos indicadores de saúde, das demandas da população e das necessidades de saúde dos doadores. A partir de uma filosofia de assistência no serviço, pode ser a base de uma necessária metodologia da assistência de enfermagem para a unidade, em que o trabalho morto seja consumido pelo trabalho vivo, e as tecnologias leves possam ganhar expressividade no cotidiano de cuidar.

Referências

- ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul-set 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução – RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001*. Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Brasília: MS, ANVISA, 2001. Disponível em: < <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/68.pdf> >. Acesso em: 15 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução – RDC nº. 153, de 14 de junho de 2004*. Regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Brasília: MS, ANVISA, 2004. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT_VERSION&id=11662>. Acesso em: 15 set 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Jan. 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acessado em: 15 mar. 2009.

COULON, A. *Etnometodologia*. Petrópolis: Vozes, 1995.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-223.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 459-473.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

ÍÑIGUEZ, L. (Coord.). *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. 2.ed. Tradução: Vera Lúcia Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 2004.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

SCHLUMPF, K.S. et al. Factors influencing donor return. *Transfusion*, v. 48, p. 264-272, Feb. 2008.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias Leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc. Anna Nery Rev Enferm.*, v. 12, n. 2, p. 291-8, jun 2008.

STOTZ, E.N. *Necessidade de saúde: mediações de um conceito* (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde). 1991. 514f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

Notas

¹ Referência obtida via base de dados Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 03 ago. 2009.

² Defendida na Escola de Enfermagem Anna Nery em dezembro de 2008 e encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, tendo sido aprovada sob o número de protocolo 138/07. Não há conflito de interesses em sua elaboração ou divulgação.

Abstract

The blood donors' itinerary: reflections on micro-policy in the nursing care

Qualitative study conducted in the light of ethno-methodology, with the processing of data from the discourse analysis of 26 interviews and unstructured records of participant observation in the field diary. It aimed to examine the route of blood donor candidates at a hematology service (HS) in Rio de Janeiro. The itinerary of blood donors starts with their awareness to the course for the donation, including health and the several contexts of the lives of candidates, and takes shape in the micro-political work. Replacement donors (65.4%) prevailed, characterized by groups of relatives, friends, coworkers, neighbors, and in smaller numbers, by people who do not even know the receiver. Among these donors, 46.1% live in areas other than where the HS is located, and 23.1% live in other cities. Along the itinerary, there are previous and posterior steps leading to the screening clinic, which is highlighted by the possibility of the expression of light technology in nursing care. The meanings attributed to the donation and motivation are individual for each donor. The knowledge of the route allows the reflection on the management of the micro-political space in which users and nurses meet, both showing the path that the donor takes in the health system, and a possible definition of a health care model in the light of the health needs of donors for nursing care in hemotherapy.

► **Key words:** nursing; hemotherapy service; blood donors; health policy.