



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIENCIAS BIOLOGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

**A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM NA HEMOTERAPIA: PERSPECTIVAS E
DESAFIOS**

FRANCISCO GOMES INOCENCIO JUNIOR
Orientador: Prof^a. Dra Joanir Pereira Passos

Rio de Janeiro

2015

FRANCISCO GOMES INOCENCIO JUNIOR

**A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM NA HEMOTERAPIA: PERSPECTIVAS E
DESAFIOS**

Relatório de Defesa da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro

2015

A Inserção da Enfermagem na Hemoterapia: perspectivas e desafios.

Francisco Gomes Inocêncio Junior

Relatório final de Dissertação de Mestrado submetido à Banca Examinadora como exigência do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em maio de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Joanir Pereira Passos (EEAP – UNIRIO)

Presidente

Prof. Dr^o. Paulo Cavalcante de Oliveira Junior (UNIRIO)

1^o Titular

Prof. Dr^a. Nébia Maria de Almeida Figueiredo (EEAP – UNIRIO)

2^o Titular

Prof. Dr^a. Isaura Setenta Porto (EEAN – UFRJ)

1^o Suplente

Prof^a. Dr^a Fabiana Barbosa Assumpção de Souza (EEAP – UNIRIO)

2^o Suplente

Rio de Janeiro

2015

Inocência Junior, Francisco Gomes.

158 A inserção da enfermagem na hemoterapia: perspectivas e desafios /

Francisco Gomes Inocência Junior, 2015.

57 f. ; 30 cm

Orientadora: Joanir Pereira Passos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

DEDICATÓRIA

“Dedico esta Dissertação aos meus pais, Francisco Gomes Inocência e Ires de Oliveira Inocência, com toda minha gratidão e amor, por tudo que fizeram por mim ao longo de minha vida.”

AGRADECIMENTOS

*Início meus agradecimentos por **DEUS**, criador, excelso e único, por ter me proporcionado encontrar pessoas especiais que com certeza serviram de alavanca para que eu pudesse não desistir.*

*A meu pai, **Francisco Gomes Inocêncio**, pelo exemplo de Homem, transmitido a mim ao longo dos anos.*

*A minha mãe **Ires de Oliveira Inocêncio**, falta-me palavras para expressar meus agradecimentos. Sempre me dando suporte físico e emocional em todas as etapas da minha caminhada. Estimulando-me e impulsionando não só a me fazer tentar, mas também a nunca desistir da labuta da vida.*

*A minha irmã **Ester de Oliveira Inocêncio**, pois, a seu modo, sempre se orgulhou de mim e confiava no meu potencial. Obrigada!*

*A minha esposa **Fernanda Franco Gomes**, companheira, que sempre esteve ao meu lado nos bons e maus momentos e sempre acreditou que seria possível. Obrigada pelo carinho e participação.*

*Ao meu Professor e primeiro Orientador **Fernando Porto** que foi meu mestre em minha caminhada profissional, sendo um exemplo de competência e dedicação. Com seus ensinamentos que sempre me dizia, você vai longe....*

*À amiga, mãe, e atual ORIENTADORA **Prof.^a Joanir Pereira Passos** que me acolheu em um dos momentos mais difíceis da minha trajetória na EEAP esteve pronta para me advertir e dizer vamos começar de novo, muito obrigado por acreditar e apostar em mim participou da reconstrução da minha dissertação etapa árdua e de muito trabalho.*

*Ao Anjo que apareceu em minha vida no dia da qualificação chamado **Prof^a Dr^a Nébia Maria de Almeida Figueiredo**, que com forte voz bradou, você está em uma encruzilhada, se quiser ajuda eu vou te ajudar, juntamente com professora **Isaura Setenta Porto e Prof^a Joanir**, montaram um grupo de resgate e me retiraram da encruzilhada. Nunca vou esquecer de vocês. Muito Obrigado!*

*Ao meu Coordenador (HEAT) **Dr^o Sandro de Gouvêa Montezano**, meu Coordenador (UNIG) **Prof^o Dr Ricardo Mattos**, onde além do cunho profissional de todos, pude aprender a cada dia o valor da ética, do profissionalismo e da negociação. Agradeço por todas as liberações concedidas para chegar nesta etapa. O meu obrigado a todos!*

*Aos meus irmãos e amigos **Tiago Dionísio, Welington Catão, Fernando Cesar Tardin, Leonardo Rosa Leal, Talita Cypriano, Emanuel Moraes, Vitor Caetano, Amanda Moura, Aline Moura Pereira, Bruno Pereira** e todos os demais que sempre torceram por mim. Obrigada!*

*Aos amigos da UNIABEU **Prof.^a Michele Bastos, Prof.^a Camila Santos, Prof.^a Priscila Oliveira, Prof.^a Tatiana Modesto**. Muito Obrigado!*

*Aos companheiros do Curso de Mestrado em Enfermagem 2013 **Pedro de Jesus, Claudia Cruz e Lisandra Rissi**. Foi um prazer conhecer vocês.*

*Aos Professores, Doutores em História da Enfermagem, **Wellington Amorin, Fernando Porto, Almerinda Moreira e Osnir Junior** e aos membros do LAPHE e LACUIDEN que contribuíram significativamente para o meu crescimento na linha da História da Enfermagem.*

Aos componentes da banca, titulares e suplentes, na qualificação e defesa da dissertação que se dispusera a atender ao meu pedido com carinho e muitos contribuíram para construção dessa dissertação.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro que com competência conduziram o curso de mestrado.

*À secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, em especial a **Fabiana Lima e Fellipe Carvalho** que sempre estão acompanhando a todos os orientandos do Programa do início ao fim.*

À Escola de Enfermagem Alfredo Pinto que me acolheu.

Muito obrigado a todos!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível. ”

Charles Chaplin

LISTA DE SIGLAS

LAPHE – Laboratório de Pesquisa de História da Enfermagem

GP – Grupos de Pesquisa

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

EEAP – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS

FIGURAS

Figura 1 – Hemotransfusão e Processo de Trabalho	49
Figura 2 – Enfermagem: Inserção no Processo de Trabalho	50

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Hemotransfusão	41
Gráfico 2 – Hemotransfusão	42
Gráfico 3 – Hemotransfusão	42
Gráfico 4 – Hemotransfusão	46

QUADROS

Quadro 1 – O que Apareceu Específico na Hemotransfusão	34
Quadro 2 – Aspectos Gerais que Aparecem sobre Hemotransfusão	35
Quadro 3 – Total Geral dos Termos Encontrados sobre Enfermagem e Transfusões	36
Quadro 4 – Documentos Oficiais	37

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO	13
1.1- <i>Enfermagem e sua Inserção na Hemotransfusão</i>	13
1.2 - <i>A Hemotransfusão e a Enfermagem</i>	14
1.3- <i>Questões Norteadoras</i>	16
1.4- <i>Objetivos</i>	16
1.5- <i>Justificativa</i>	17
CAPÍTULO 2 - CONTEXTO DA HEMOTRANSFUSÃO	18
2.1- <i>A Infusão de Sangue na Corrente Sanguínea</i>	20
2.2- <i>Infusão de Sangue no Homem por Jean-Baptist</i>	21
2.3- <i>Infusão de Sangue no Homem por Blundell</i>	22
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	28
3.1- <i>Desenvolvimento da Revisão Bibliográfica</i>	29
3.2- <i>Resultados da Busca Bibliográfica</i>	29
3.2- <i>Tratamento dos Textos e Extração dos Conteúdos de Interesse</i>	30
3.3- <i>Critérios Utilizados para Leitura dos Textos e Extração de Conteúdos</i>	30
CAPÍTULO 4 - ORGANIZAÇÃO DOS DADOS PRODUZIDOS	33
4.1- <i>Documentos Oficiais</i>	37
CAPÍTULO 5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO	40
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	50

INOCENCIO JUNIOR, Francisco Gomes. **A inserção da enfermagem na hemoterapia: perspectivas e desafios**. 2015. 54 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro

RESUMO

Este estudo teve por objeto a inserção da Enfermagem no processo de hemotransfusão. Os objetivos foram rastrear a inserção da enfermagem no processo de hemotransfusão; destacar nos documentos os indicativos das atividades profissionais de enfermagem no processo de hemotransfusão; analisar os avanços e retrocessos da inserção da Enfermagem no processo de hemotransfusão. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizou-se da pesquisa bibliográfica através de consultas a livros, teses, dissertações, artigos e publicações na Web. A aplicação do método se deu através dos fundamentos de análise de conteúdo documental. Na análise dos dados obtidos foram encontradas duas categorias: a primeira, Hemotransfusão - um Processo "Protocolar" de Trabalho de Enfermagem para captar, transfundir, saber e controlar Riscos do Sangue e a segunda categoria, Hemotransfusão: Gestão de Processos Protocolares - a orientação para a atuação de profissionais nos serviços de Sangue. Os resultados obtidos relacionados aos cuidados de enfermagem estão escondidos e latentes neste processo e o cliente é substituído pelo sangue. Estas duas ausências no processo da Hemotransfusão são o inesperados no estudo, cria uma lacuna no trabalho da enfermagem, tira a identidade do doador /receptor, transformando o sangue como objeto central de interesse de profissionais e gestores.

Descritores: Enfermagem; Trabalho; Transfusão de Sangue; Cuidados de Enfermagem; Gestão em Saúde.

INOCENCIO JUNIOR, Francisco Gomes. **The insertion of nursing in hemotherapy: prospects and challenges.** 2015. 54 p. Dissertation (Master of Nursing). Graduate Program in Nursing, Federal University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO, Rio de Janeiro

ABSTRACT

This study object the inclusion of nursing in the blood transfusion process. The objectives were to track the insertion of nursing in the blood transfusion process; out in the indicative documents of professional nursing activities in the blood transfusion process; analyze the progress and setbacks of the insertion of Nursing in blood transfusion process. This is a descriptive study with qualitative approach, we used the literature by consulting the books, theses, dissertations, articles and publications on the Web. The application of the method was through the document content analysis of fundamentals. In analyzing the data it was found two categories: first, Hemotransfusions - a Process "Protocolary" for Nursing Work capture, transfuse, know and control Blood Risks and the second category, Hemotransfusions: protocol Process Management - guidance for the performance of professional services in the blood. Results nursing care are hidden latent in this process and the client is replaced by blood. These two absences in Hemotransfusions process is the unexpected in the study, creates a gap in nursing work, takes the identity of the donor / recipient, turning the blood as the main object of interest of professionals and managers.

Descriptors: Nursing; Work; Blood Transfusion; Nursing Care; Health Management.

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO

No Brasil a doação de sangue é considerada, um ato de cidadania e solidariedade, mas é necessária a consciência de que esse ato voluntário nem sempre pode ser concretizado, pois:

[...] não existe o “direito de doar sangue”, somente o direito de se candidatar a ser um 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 (paciente com anemia ou hipertensão arterial, por exemplo) quanto para a do receptor. (ANVISA, 2004, p.2)

1.1- Enfermagem e sua Inserção na Hemotransfusão

Em qualquer instituição hospitalar pode-se observar que a maioria dos funcionários são da área de Enfermagem, sejam eles auxiliares, técnicos ou enfermeiros. A esse último profissional cabe liderar esse grande “exército branco”.

A enfermagem tem por foco uma só expressão: o cuidado. O cuidado com aquele ser que, no momento, encontra-se debilitado e fragilizado, não só pela doença, mas também pelo constrangimento que o espaço físico oferece. Em geral, os doentes guardam certo receio em relação a hospitais e acabam desabafando seus problemas e criando certo vínculo com aqueles que estão mais próximos. Assim, parte da atividade assistencial do enfermeiro é ouvir, o que o seu paciente tem a dizer mesmo que sejam queixas.

Nos últimos anos, a Enfermagem está em expansão e vem conquistando novas áreas, como especializações, cargos de liderança e gerenciamento de grandes hospitais, clínicas geriátricas e postos de saúde. Nestes locais pode ser visto o vasto trabalho profissional de orientação e prevenção.

O enfermeiro, além de ter conhecimento e técnica, precisa ter sensibilidade para compreender o que se passa com o doente, buscando tornar a melhor possível sua estada no hospital, como também enxergar o paciente como um todo e ser receptivo a novas ideias no caso de intercorrências, lidar com vidas humanas é algo realmente gratificante, que envolve saber que fez algo por alguém como de enorme valor, uma recompensa que nenhum dinheiro pode pagar que é a realização profissional: gostar do que se faz e fazê-lo bem.

1.2 - A Hemotransfusão e a Enfermagem

A geração acelerada de novos conhecimentos torna imperativa, cada vez mais, a produção de serviços e formação de profissionais especializados nas diferentes áreas do conhecimento. A crescente complexidade decorrente da especialização e ampliação das conquistas tecnológicas na área da Saúde também se refletem na Enfermagem. Este processo tem levado os profissionais de enfermagem a buscar cursos de especialização em diferentes áreas, e no caso desta revisão na Enfermagem hematológica e hemoterápica. (ARAUJO; BRANDÃO; LETA, 2007)

A transfusão sanguínea ao longo dos anos assumiu reconhecimento como estratégia importante para realização de vários tratamentos clínicos, além de transplantes, quimioterapias e diversas cirurgias. Mesmo que novos tratamentos de saúde venham sendo desenvolvidos em todo mundo, com expressivos progressos, ainda não se encontrou meio para substituir o sangue humano para fins terapêuticos. (ÂNGULO, 2007)

A terapia hemotransfusional é um processo que mesmo com indicação precisa e administração correta, respeitando todas as normas técnicas preconizadas, envolve riscos. A segurança e a qualidade do processo hemotransfusional, devem ser assegurados em todo o processo, desde a captação de doadores até sua administração ao paciente.

Somente nos anos 90, os profissionais de enfermagem que atuavam nas áreas de hematologia e hemoterapia passaram a discutir, em eventos científicos, a atuação da enfermagem junto aos pacientes com distúrbios hematológicos e os procedimentos que deveriam ser prestados ao doador/receptor em todo o ciclo do sangue (desde a captação do doador até a infusão no receptor). A partir deste debate, surgiu a necessidade de uma legislação norteadora das atividades de enfermagem na hemoterapia. Em março de 1997 o Conselho Federal de Enfermagem, publicou a Resolução nº 200/1997, que dispunha sobre a atuação da Enfermagem em hemoterapia e em transplante de medula óssea. Essa resolução foi atualizada em abril de 2006, pela Resolução nº 306/2006, que detalhou as atividades da Enfermagem em hemoterapia. (COFEN, 2006)

Esta última também ressalta as competências do enfermeiro em hemoterapia. Essas competências são imprescindíveis para nortear os comportamentos e as

ações dos profissionais de enfermagem, tendo em vista principalmente, o desenvolvimento das qualidades técnicas e humanas de cada um. Certamente, um dos favorecidos com o aprimoramento de qualidades profissionais na Enfermagem é o paciente.

A participação do enfermeiro, em todas as fases do processo, de hemotransfusão desde a captação do doador até a transfusão do sangue, contribui para a garantia da segurança transfusional proporcionando aos doadores e receptores de sangue, produtos com qualidade, minimizando os riscos à saúde dos mesmos. Por isso, a importância de se cumprir com eficiência o ciclo hemoterápico cujo processo inicia-se com a captação e seleção de doadores, seguindo-se a triagem sorológica e imuno-hematológica, processamento e fracionamento das unidades coletadas, dispensação, transfusão e avaliação pós-transfusional. (ANVISA, 2004)

Como estudante de graduação e depois como enfermeiro envolvido no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, fui tentado a submeter como proposta para o desenvolvimento da dissertação de mestrado a realização de um estudo sobre hemotransfusão. Desta forma surge o interesse em aprofundar conhecimento relativo à inserção e o processo de trabalho de enfermagem na hemotransfusão descrito na. E como desdobramento da inserção da Enfermagem na hemoterapia, busca-se detalhes sobre as (de) limitações de ações e atos de cuidar de pessoas que DOAM e pessoas que RECEBEM o sangue nos diversos momentos de captação e nos momentos que envolvem o antes, durante e depois que o sangue é hemotransfundido.

Os incômodos sentidos como profissional que está muito próximo desses clientes em qualquer situação de desvio de saúde, tenho pensado o quanto poderíamos ser úteis neste trabalho de captação e transfusão de sangue se pensarmos nos riscos e nas várias representações que o sangue tem no plano social e religioso. Outro ponto de destaque refere-se à ampliação e limitação das atividades dos profissionais de enfermagem no âmbito da hemotransfusão, em sua prática assistencial.

Nesse processo de pensar sobre o tema entende-se que era necessário partir do momento em que a hemotransfusão foi inserida nas práticas de saúde no Brasil e quando a Enfermagem iniciou sua participação no processo, com vistas a

possibilidade de encontrar estas informações em documentos sobre transfusão sanguínea, estudos de enfermagem, leis e normas instituídas. A fim de auxiliar na elucidação das minhas inquietações sobre o tema proposto, assim, estabelece-se as seguintes:

Questões Norteadoras

- Como a Enfermagem passa a assinalar sua presença no processo da hemotransfusão?
- Como descrever os indicativos das atividades de profissionais de enfermagem no processo de hemotransfusão?

Este estudo será sustentado pelo seguinte **OBJETO**: Inserção da Enfermagem no processo de hemotransfusão.

1.3- Objetivos

Este estudo teve como objetivos:

- Rastrear a inserção da enfermagem no processo de hemotransfusão;
- Destacar os indicativos das atividades profissionais de enfermagem no processo de hemotransfusão;
- Analisar as perspectivas e desafios da Enfermagem no processo de hemotransfusão.

Considerando as questões norteadoras, o objeto de estudo e os objetivos da pesquisa foram elaborados os seguintes pressupostos para este estudo:

- Existem indícios da inserção de Enfermagem na hemotransfusão em documentos médicos;
- Nos documentos produzidos pela Enfermagem está definida sua inserção na hemotransfusão;
- A inserção da Enfermagem na hemotransfusão está definida nos documentos legais.

1.4- Justificativa

Considerando os aspectos teóricos e práticos que envolvem os clientes que fazem hemotransfusão, a partir de seus adoecimentos e necessidades de cuidado de enfermagem, entende-se que a hemotransfusão não pode ser desconsiderada, porque se espera que a Enfermagem tenha uma atuação nesta área. Para resolver esta questão concernente a busca da inserção da enfermagem na literatura pertinente, espera-se encontrar elementos que indiquem essencialidades no processo de trabalho, mas também para os clientes que doam e aqueles que recebem o sangue.

Deste modo acredita-se que este estudo possa sinalizar os desafios a serem vencidos pela enfermagem em seu processo de trabalho, no que tange o cuidar em enfermagem, tanto do doador como do indivíduo receptor

CAPÍTULO 2 – O CONTEXTO DA HEMOTRANSFUSÃO

O sangue é uma substância líquida que circula pelas artérias e veias do organismo, “líquido espesso, de cor vermelha, que enche as veias e as artérias” [...] Diversas interpretações são associadas ao sangue desde a antiguidade, como por exemplo: significando medo, quando escorre de um ferimento; ausência de concepção, no caso do sangue menstrual; representando laços familiares, a nobreza ou o proletariado; como símbolo da vida ou, na sua ausência, como significado de morte [...] A igreja católica tem a representação do sangue no vinho consagrado na missa, perpassando o sangue pelos mais diversos significados como: vida, prole, geração, natureza, família, pátria, raça e a seiva dos vegetais” [...] O sangue circula pelas nossas artérias e veias, a presença deste em nosso organismo representa vida. “A perda de sangue em grande quantidade pode levar ao choque hipovolêmico, trazendo como consequência perda da consciência, da respiração, dos movimentos e, por que não dizer da vida”, assim, passa a ter um significado universal de “fluido vital” [...] O sangue, como elemento central na prática da hemoterapia, é definido como sendo um tecido vivo que, ao se movimentar pelo corpo, transporta os elementos necessários à vida. (BENETTI, 2004)

Durante toda história do homem, o sangue possui algum significado, na área religiosa e, ou relacionada com sacrifícios; por exemplo, na era pagã (Diz-se de toda religião ou pessoa que não seja cristã nem judaica) os nossos antepassados utilizavam deste como sacrifício, provocando o seu derramamento para seus deuses. Até mesmo hoje em dia, o sangue ainda tem essa importância, basta nos referirmos à Igreja Católica, onde, na Eucaristia, temos como representação o corpo e o sangue de Cristo. (LURKER, 1997)

O sangue sempre teve seu significado relacionado com a vida, portanto, sua perda significaria redução da vitalidade. Essa relação emerge de épocas primitivas, onde o sangue era utilizado como bebida ou friccionado no corpo das pessoas em sacrifícios religiosos.

Os gregos reconheciam o sangue como sustentáculo da vida. Os gladiadores romanos ingeriam sangue para ficarem mais fortes e corajosos. Os povos primitivos untavam-se, banhavam-se, bebiam o

sangue de jovens e bravos guerreiros para se beneficiarem de suas qualidades. (JUNQUEIRA, 1979, p.17)

O sangue era considerado por muitos povos como a sede da alma e da vida:

É proibido comer sangue: a vida da carne está no sangue. [...] vida de toda carne é o seu sangue; por isso tenho dito aos dois filhos de Israel: não comeis o sangue de nenhuma carne porque a vida de toda a carne é o seu sangue, qualquer que comer será eliminado. (Atos 15:28,29)

Corroborando com o fragmento acima:

No livro de Gênesis está escrito: Todo animal movente que está vivo pode servir-vos de alimento. Como no caso da vegetação verde, deveras vos dou tudo. Somente a carne com sua alma (seu sangue) não deveis comer (Gênesis 9:2-4).

O homem dispõe de sistemas de interpretações que possibilitam estabelecer os diversos significados sobre algo ou alguma coisa, estes são indispensáveis às suas relações sociais e culturais. Conforme as literaturas, o sangue sempre esteve relacionado à origem ou à manutenção da vida. Como elixir da vida. (LURKER, 1997)

O sangue, às vezes, é considerado impuro, e outras vezes cumpre, em ritos de purificação, a mesma função que a água.

Na Índia antiga, o sacerdote aspergia sangue dos sacrifícios sobre as paredes do templo. O sangue das pessoas sacrificadas (chamado de 'água de pedra preciosa', servia de alimento para os deuses, entre os astecas (povos pré-colombianos, da América Central e do Sul, que se destacaram de forma brilhante na cultura, religião e ciência. (LURKER, 1997, p. 629)

Percebe-se que em algumas ocasiões era atribuído ao sangue um valor regenerador, podendo ser visto como um princípio vital; noutras oportunidades, é tido como portador de destruição e de desgraça.

Muitas sociedades, "distinguem o sangue voluntariamente derramado, atribuindo-lhe propriedades vivificantes e benéficas, um sangue 'bom', que serve para selar alianças sociais, de um sangue 'mau', que brota do corpo em desafio à vontade humana, que comove e amedronta". (RODRIGUES, 1986)

Desde o início da história da humanidade, o sangue foi associado ao conceito de vida, passando esta associação a fazer parte do patrimônio do imaginário social coletivo do homem, como atestam as grandes variedades de símbolos e mitos presentes em todas as culturas humanas. (JUNQUEIRA, 1979)

Embora, desde o início dos tempos o homem conheça o sangue e, ao longo da história lhe tenha atribuído diversos significados, a circulação sanguínea somente foi descrita entre os anos 1620 a 1630, por William Harvey.

2.1- A Infusão de Sangue na Corrente Sanguínea

O desenvolvimento do sistema circulatório por Harvey abriu caminho para o início das experiências de infusão vascular. Em 1642, George Von Wanhrendorff injetou vinho na circulação.

Richard Lower estudante da universidade de Oxford uniu-se a Wren e Boyle e iniciaram seus experimentos de infusão, após a descoberta do sistema circulatório feita por Harvey. Lower associou-se a um grupo de estudantes que estudavam a injeção intravenosa de ópio, eméticos e outras substâncias em animais vivos. Com o tempo, a transfusão de sangue, passa ser objeto de pesquisa deste grupo. (ROSSI, 1991)

Os pesquisadores realizaram o procedimento transfusional em doente que aparentemente apresentava um quadro de anemia, no qual era possível observar a melhora dos sintomas do receptor, com uma única transfusão, ocorrendo o aumento do transporte de oxigênio pelo sangue, resultando numa melhora aparente do quadro clínico do paciente. (ROSSI, 1991)

A segunda transfusão em humanos foi realizada em um homem robusto, que utilizava cadeira de rodas. Ele recebeu sangue de uma ovelha e retornou ao trabalho no dia seguinte aparentando boa saúde. (ROSSI, 1991)

A terceira transfusão foi feita em um jovem nobre sueco chamado Barão Bonde, enquanto fazia um tour pela Europa, o jovem Barão adoeceu em Paris. Sua saúde estava tão abalada que seus médicos o abandonaram. O Barão Bonde e sua família optaram pela transfusão como último recurso para seu tratamento. A transfusão foi feita com sangue de bezerro. O paciente teve uma rápida melhora e voltou a falar, porém, morreu durante a segunda sessão de transfusão. (ROSSI, 1991)

Em fevereiro de 1665, o experimento foi bem-sucedido quando Lower ligou a artéria carótida do cão doador à veia jugular do cão receptor, por esse feito, ele recebeu o crédito de perfazer a primeira transfusão em animais. (WINTROBE,1980)

Lower foi pioneiro em indicar a transfusão de sangue para perdas agudas ou necessidades de reposição de sangue. Entretanto, ainda remanescia o pensamento sobre o possível benefício emocional e psíquico de transfusão sanguínea. (WINTROBE,1980)

Para realizar seu experimento, Richard Lower utilizou uma seringa rudimentar desenvolvida pelo arquiteto Christopher Wren, que tinha agulha confeccionada com pena de ganso. (CARVALHO, 1916)

Em 1667, Claude Tardy, da Faculdade de medicina de Paris escreveu o primeiro livro sobre utilidade da transfusão de sangue. (GREEWALT, 1997)

2.2- Infusão de Sangue no Homem por Jean-Baptist

Em 15 de junho de 1667, o médico francês do monarca Luiz XIV, Jean-Baptist Denis realizou a primeira transfusão de sangue em humanos. Ele transfundiu um jovem que apresentava uma febre persistente e estava sonolento. Para tanto, Denis tirou três onças de sangue do menino e injetou nove onças de sangue de cordeiro. O procedimento foi bem-sucedido o jovem se recuperou da letargia e engordou. (CARVALHO, 1916)

Denis e seu assistente Paul Emmerez realizaram a quarta transfusão em 19 de dezembro de 1667, em um paciente com doença mental com comportamento maníaco violento, chamado Antonie Mauroy, de 34 anos. Os médicos retiraram sangue da artéria femural de um bezerro. Sem reações aparentes, os médicos realizaram uma segunda sessão de transfusão em Mauroy, que resultou em uma clássica evidencia de reação transfusional aguda, que levou Antonie Mauroy a morte. (CARVALHO, 1916)

Neste mesmo período na Inglaterra, o médico Edmund King ofereceu 20 shillings a um indigente chamado Arthur Coga para nele realizar uma transfusão de sangue de ovelha.

Denis utilizava sangue de animais nas transfusões porque acreditava que ele continha menos impurezas (tristezas, inveja, melancolia, inquietação e geralmente todas as paixões que eram causas de muitos problemas nos seres humanos).

2.3- Infusão de Sangue no Homem por Blundell

James Blundell formou-se na Universidade de Edimburgo. Logo após a graduação, aceitou um posto de fisiologista e obstetra no Hospital Guy's. Foi neste hospital que ele iniciou seus experimentos com transfusão. As frequentes mortes por hemorragia pós-parto o incomodavam. Isto fez com que, em 1818, ele escrevesse o estudo intitulado: *Experiments on the Transfusion of Blood by Syringe*. Nesse estudo, ele descreveu com detalhes uma série de experimentos realizados com animais. Ele ainda explicou que: a seringa poderia ser usada na transfusão, que o efeito letal da perda de sangue arterial, poderia ser revertido pela transfusão de sangue venoso ou arterial; que a injeção de 20 cc de ar na veia de um cachorro pequeno não era fatal; 4) que a transfusão interespécie era fatal para o receptor. Ele foi o primeiro a dizer claramente que sangue humano deveria ser utilizado nas transfusões em seres humanos. (GREENWALT, 1997)

Esta conclusão foi posteriormente confirmada por Dumas e Prevot, que demonstraram que a infusão de sangue heterólogo num animal com hemorragia produzia temporariamente melhoras, mas era seguida de morte em seis dias. (CARVALHO, 1916)

A primeira transfusão de sangue bem documentada, feita com seres humanos, aconteceu em 26 de setembro de 1818 e foi realizada por Blundell. O paciente tinha 30 anos e era extremamente magro, em razão de uma obstrução pilórica causada por um carcinoma gástrico. Ele recebeu entre 12 a 24 onças de sangue em aproximadamente 30 a 40 minutos. Apesar de uma aparente melhora inicial, o paciente faleceu em dois dias. (CARVALHO, 1916)

Em 1835, Bischoff propõe que a desfibrinação Brown-Sequard agitava o sangue, acompanhava a formação do coágulo, retirava-o, e depois transfundia o sangue. (NOVARETTI, 2004)

Em 1854, Bovel e Hodde, em Toronto, utilizaram leite como substitutivo do sangue durante uma epidemia de cólera. Eles acreditavam que o leite se transformava nos corpúsculos brancos do sangue. Para o tratamento utilizavam a injeção de 12 onças de leite na corrente sanguínea dos pacientes. Dois pacientes receberam a injeção de leite e passaram bem, porém outros cinco pacientes receberam as injeções e morreram. (WINTROBE, 1980)

Em 1868, o obstetra J Braxton-Hicks estudou a prevenção de coágulos com a adição de solução de fosfato de sódio enquanto o sangue estava sendo drenado. Uma mulher faleceu após receber o sangue com tal solução. (WINTROBE, 1980)

Em 1873, o médico polonês F. Gaseleius publicou um estudo demonstrando que 56% das transfusões realizadas na Polônia resultaram em morte. (WINTROBE, 1980)

Também em 1873, Joseph Howe, de Nova Iorque, tentou utilizar o leite de cabra como substituto do sangue nas transfusões. Ele injetou leite de cabra em três pacientes terminais portadores de tuberculose. Um deles faleceu quatro horas após a realização do procedimento, o segundo faleceu em vinte quatro horas após o fim da infusão e o terceiro melhorou. Mesmo com resultados negativos, o doutor. Howe continuou seus experimentos injetando leite de cabra em cachorros. (WINTROBE, 1980)

Em 1874, Sir Willian Osler observou que pequenos fragmentos celulares de medula formam o centro dos coágulos nos vasos sanguíneos; estes fragmentos foram posteriormente chamados de plaquetas. (WINTROBE, 1980)

Leonard Landois, fisiologista alemão, no ano de 1875, foi pioneiro em estudar a aglutinação. Ele analisou 478 transfusões e verificou que em um terço das transfusões animal-homem os pacientes apresentavam melhoras. Com essa pesquisa ele demonstrou que os glóbulos vermelhos de um animal, ao serem misturados com o soro de outra espécie, normalmente resultam em aglutinação ou hemólise das hemácias. Esta foi a constatação da eficácia da transfusão de sangue entre seres humanos. (WINTROBE, 1980)

TG Thomas, de Nova Iorque, entre 1875 e 1878, também tentou tratar pacientes utilizando leite em vez de sangue nas transfusões, ele realizou o procedimento em sete pacientes e observou reações durante e pós-procedimento, tais como taquicardia, febre, dor de cabeça e etc. por fim, não houve óbitos. (WINTROBE, 1980)

Em 27 de janeiro de 1879, José Vieira Marcondes Filho fez sua tese de doutoramento, sendo considerado o primeiro relato acadêmico sobre transfusão sanguínea do Brasil. (JUNQUEIRA, 2005)

Por volta de 1880, a solução salina intravenosa foi inventada e passou a ser utilizada como expensor do sangue, pois evitava a flebite às vezes sistêmica, bem

como, a incompatibilidade imunológica entre as espécies e também entre humanos, uma vez que com a infusão de sangue havia o risco de 35% de acontecer hemólise ou coagulação do sangue. (WINTROBE, 1980)

Em 1892, Landois sugeriu a utilização de outro anticoagulante o “hiridum” extraído das sanguessugas. Esse produto foi utilizado por Satterlee e Hookes em 1914, mas as dificuldades para obtê-lo puro, a variação entre eficácia e as doses tóxicas da droga tornaram o seu uso perigoso. Os suíços foram os precursores a pensar em pequenas quantidades de sal solúvel como ácido oxálico para evitar a formação de coágulos no sangue. (WINTROBE, 1980)

Somente em 1930, ele recebeu o Prêmio Nobel de medicina por ter descoberto o grupo sanguíneo ABO humano, apesar de essa descoberta ter sido uma das mais significativas para o exercício da hemoterapia. (WINTROBE, 1980)

Em 1902, Landsteiner, Alfred Von Decastello e Adriano Sturli identificaram um quarto grupo, o grupo AB. (WINTROBE, 1980)

Em 1901, Landsteiner publicou um documento detalhando a descoberta dos grupos sanguíneos A, B, e C, e mais tarde, foi denominado o grupo O. Para realizar esse trabalho ele utilizou amostras de sangue de várias pessoas e fez combinações com plasma e hemácias, tendo observado a aglutinação em algumas amostras e nenhuma formação em outras. Com isto, ele deduziu que existem dois tipos de anticorpos que causam a aglutinação. (WINTROBE, 1980)

Na cidade de Chicago, no ano 1907, o doutor Ludving Hektoen, recomendava a análise do sangue de doadores e receptores para detecção de sinais de incompatibilidade e escreveu dois artigos para enfatizar e divulgar a descoberta de Landsteiner. (CARVALHO, 1916)

No Hospital Mont. Sinai em Nova York, Dr. Reuben Ottemberg realizou a primeira transfusão utilizando a prova cruzada. Nos anos seguintes, utilizou com sucesso esse procedimento em 128 casos, reduzindo significativamente as reações transfusionais por incompatibilidade ABO. (CARVALHO, 1916)

Em 1909, George Washington Carrel escreveu uma monografia sobre o desenvolvimento de uma cânula com três torneiras de passagem para melhora do fluxo sanguíneo durante o procedimento transfusional. Com isto, a transfusão direta tornou-se possível e popular antes da Primeira Guerra Mundial. (NUNES, 2010)

Essa nova técnica foi denominada por ele como técnica de Carrel. O fator negativo da técnica Carrel era não poder mensurar a quantidade de sangue transfundido. (WINTROBE, 1980)

No fim da primeira década do século XX, em média, 20 transfusões eram realizadas por ano no Hospital Mount Sinai, em Nova York. (WINTROBE, 1980)

Mas mesmo com as novas técnicas, o procedimento continuava a ser doloroso. Então, Crile utilizou anestésico (morfina e cocaína) para diminuir a penúria do fator físico. (WINTROBE, 1980)

As doações eram muito traumáticas neste período. Por esta razão era muito difícil encontrar um doador. Em vista disso, para que alguma pessoa doasse o sangue ela recebia US\$ 50 por doação. (WINTROBE, 1980)

Em 1911, Curtis e David inventaram um sistema de transfusão semidireta. Com ela passou a ser possível a mensuração da quantidade de sangue transfundida no paciente, o que foi um avanço significativo para a medicina hemoterápica da época.

Em 1913, o Dr. Edward Lindemane Belueve Hospital de Nova York, utilizou uma seringa múltipla para executar as transfusões de sangue, o que eliminou a necessidade de cortar o braço do paciente para a realização do procedimento. Essa nova técnica também permitia a medição da quantidade de sangue transfundida. (WINTROBE, 1980).

Em Bruxelas, Albert Hustin e em Buenos Aires, Luiz Agote, no ano de 1914, quase que simultaneamente, descobriram que a adição de citrato de sódio ao sangue depois de coletado evitava a formação de coágulos. (CARVALHO, 1916)

Em 1915, o Dr. Richard Lewisohn, do hospital Mount Sinai em Nova York, formulou a melhor concentração (2%) de citrato de sódio para ser adicionada ao sangue doado para evitar coagulação, sem causar prejuízos aos receptores. O Dr. Richard Weil notou que o sangue citratado poderia ser estocado no refrigerador por vários dias. (WINTROBE, 1980)

Em 1916 o Instituto Rockefeller em Nova York, Francis Peyton Rous e JR. Turner desenvolveram uma solução de sal, isocitrato e dextrose com as finalidades anticoagulante e preservante que permitiam que o sangue fosse estocado durante várias semanas após a coleta e mesmo assim permanecesse viável para ser transfundido. (WINTROBE, 1980).

No Brasil em 1916, Isaura Leitão de Carvalho defendeu a tese de doutoramento chamada “Transfusão Sanguínea”, na qual descreveu a realização de quatro casos de transfusão. Nesse período, os doadores de sangue no Brasil eram remunerados por 500 réis para cada centímetro cúbico de sangue doado quando fossem doadores não imunizados, já os doadores imunizados recebiam 750 réis para cada centímetro cúbico de sangue doado. Os bancos de sangue não aceitavam doadores de emergência, nem voluntários ou doadores altruístas. (JUNQUEIRA, 2005).

Sabemos que o sangue é um tecido líquido e vital para a manutenção da vida que tem muitas representações. Rico em CO_2 (Venoso), rico em O_2 (Arterial), é bombeado constantemente pelo coração para fazer suas trocas gasosas (hematose), por isso ao pensar em sangue muitas pessoas pensam em vida faz o coração bater, como lugar da emoção e do amor o coração é movimentado pelo sangue que é bombeado e banha todo o corpo.

A ideia de perder o sangue por acidente ou por adoecimento grave pode significar a presença da morte. Não só, cientificamente o sangue é considerado como, uma substância líquida que circula pelas artérias e veias do organismo, “líquido espesso, de cor vermelha, que enche as veias e as artérias”, são definições de sangue do início do século XX. O sangue, como elemento central na prática da hemoterapia, é definido como sendo um tecido vivo que, ao se movimentar pelo corpo, transporta os elementos necessários à vida. (BENETTI, 2004; NUNES, 2010)

A doação e a transfusão de sangue têm sido vistas de diversas formas por diferentes culturas. Em Yazd, no Irã, de acordo com pesquisa, 98% dos entrevistados acreditam que a doação de sangue é um dever moral com direito a uma recompensa espiritual. Na China, as doações muitas vezes são inibidas por aspectos culturais, como a crença dos chineses tradicionais de que a doação de sangue afeta a energia “Qi” da vida; e também pela exigência de, após a doação, o doador ter que se afastar do trabalho por um tempo. (SHAHSHAHANI *et al.*, 2006; TISON *et al.*, 2007)

No Irã, os hemocentros também enfrentam dificuldades com relação aos seus estoques, tendo uma grande dificuldade em captar doadores devido à falta de informações, fator essencial para o sucesso na captação de doadores de sangue. Nesse país, foi constatado que menos da metade dos doadores tinha conhecimento

das idades mínima e máxima exigidas para que se possa doar sangue, o que demonstrou a necessidade de ações junto aos doadores, principalmente às mulheres, já que estas representavam metade da população iraniana. (SHAHSHAHANI *et al.*, 2006)

A questão da falta de informações sobre doação de sangue também é um problema na Grécia, sendo que naquele país as doações são insuficientes para atender à alta demanda existente, havendo entre as mulheres e os jovens os mais baixos percentuais de doadores. Na China, durante anos, os hemocentros contaram com grupos de doadores organizados pelas empresas, mas o governo decidiu dar ênfase a doadores voluntários, que doassem individual e independentemente dos empregadores. Sentiu-se a necessidade de conhecer melhor o perfil de ambos para amenizar possíveis riscos durante a transição. (MARANTIDOU *et al.*, 2007)

Constatou-se que os doadores provenientes dos grupos organizados pelas empresas eram mais velhos, do sexo masculino, casados, com instrução mais elevada e maior renda. Por outro lado, os doadores voluntários, mais jovens foram motivados pelo altruísmo e conseguiu-se coletar um maior volume de sangue: 400 ml contra 200 ml. Nos Estados Unidos, foi constatado o aumento no número de doadores com 50 anos ou mais: de 22,1% em 1996 para 34,5% em 2005, ou seja, um acréscimo médio de 1,4% ao ano. (TISON *et al.*, 2007)

Já com relação ao grupo de doadores de 25 a 49 anos, houve uma diminuição de 49,1% em 1996 para 37,1% em 2005. Uma severa falta de sangue e de hemocomponentes é prevista para um futuro próximo, a menos que haja um aumento no ingresso de jovens doadores ou uma racionalização no uso do sangue e hemocomponentes. Já em Mecklemburgo-Pomerânia Ocidental, na Alemanha, até 2015 a previsão é de que haja um decréscimo no número de doações de 27,5% a 32,6%. (GREINACHER *et al.*, 2007)

No Brasil, predomina o perfil do doador de sangue do sexo masculino, com idade entre 20 e 24 anos, com ensino médio e que exerce atividades de “qualificado manual”. Dentre as doações, 34,23% são realizadas por pessoas do sexo feminino. Na Região Nordeste, observa-se que as mulheres são responsáveis por 29,05% das doações, sendo que, em Sergipe, apenas 18,7% das doações são realizadas por mulheres, contra 81,3% de doações masculinas. (BÖHMER, 2010)

O HIV e outros patógenos transmitidos pelo sangue como o vírus da Hepatite B pode ser transmitido de um cliente a outro, de um cliente a um profissional de saúde e mais raramente de um profissional de saúde a um cliente. Considerando que não é viável identificar todas as pessoas infectadas pelo HIV a estratégia para prevenir a transmissão do vírus em unidades de saúde, ambulatórios e hospitais é “perceber a importância de que todas as pessoas são potencialmente passíveis de ser infectadas”. Com isso surge então o Decreto Nº 54.954 de 16 de outubro de 1964. Que no seu texto traz definições claras de normas, técnicas e procedimentos que devem ser instituídas no manejo com o cliente doador ou receptor de uma transfusão sanguínea (BRASIL,2008).

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

A metodologia é a lógica dos procedimentos científicos e colabora no seu entendimento e, especialmente, no seu próprio processo o método de pesquisa é um conjunto de procedimentos e técnicas utilizados para coletar e analisar dados. O método fornece os meios para se alcançar o objetivo proposto. (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1991)

A metodologia de uma pesquisa ainda é definida como:

Atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. (MINAYO, 1993, p. 23)

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que posiciona o observador no mundo. Ela consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível. Essas práticas transformam o mundo, fazendo dele uma série de representações, incluindo notas de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações e anotações pessoais. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma postura interpretativa e naturalista diante do mundo. Isso significa que os pesquisadores desse campo estudam as coisas em seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem. (FLICK, 2009)

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa e naturalista de seu objeto de estudo. Isso significa que pesquisadores qualitativos estudam coisas em seu cenário natural, buscando compreender e interpretar o fenômeno valorizando significados que as pessoas atribuem a ele. Em relação aos fins, a pesquisa pode ser exploratória, descritiva ou explicativa. Neste estudo, a pesquisa é descritiva. A utilização deste tipo de pesquisa ocorre quando o propósito do estudo é descrever as características dos grupos, estimar a proporção de elementos que tenham determinadas características ou comportamentos, dentro de uma população específica ou verificar existência de relação entre variáveis. (MATTAR, 1999)

Em relação aos meios, utilizou-se da pesquisa bibliográfica através de consultas a livros, teses, dissertações, artigos e publicações na Web, para dar suporte e conteúdo aos objetivos deste estudo.

Webb (2005) observa que o foco de muitos problemas gerenciais de pesquisa está no processo e não na sua estrutura. Assim, os métodos qualitativos são adequados, pois combinam o racional com o intuitivo. Adiciona-se a isso a crescente necessidade desse método de pesquisa por causa da rápida mudança social e da diversificação do mundo em que vivemos que apresenta incessantemente novos contextos e perspectivas sociais.

3.1- Desenvolvimento da Revisão Bibliográfica

- a) Finalidade: resgatar conteúdos bibliográficos de produções científica e legislação para a identificação e análise da inserção da Enfermagem na hemoterapia.
- b) Recorte temporal: 2003 - 2014.
- c) Critérios de inclusão dos textos: em língua portuguesa; de pesquisa (preferencialmente) e de outros tipos (revisões, relatos de experiência, ensaios teóricos); com livre acesso eletrônico; cujos conteúdos apresentam referências a uma articulação entre hemoterapia e Enfermagem.
- d) Critérios de exclusão dos textos na amostra de revisão: repetição com mesma citação bibliográfica; temática não compatível com a finalidade da revisão; indisponibilidade de acesso à textos completos; publicados antes de 2003.

A busca bibliográfica ocorreu em bancos eletrônicos de dados bibliográficos tais como: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Scientific Electronic Library Online (SciELO). E identificação de referências citadas em textos selecionados para amostra e seu resgate em sites institucionais específicos de Universidades e do Ministério da Saúde.

3.2- Resultados da Busca Bibliográfica

Descritores	LILACS	SciELO	BDENF	Outros Sites Específicos	Total de Docs. Encontrados	Total de Docs. Utilizados
Transfusão de Sangue	11	17	8	3	39	10
Hemotransfusão	8	12	7	0	27	7
Hemoterapia	13	11	10	0	34	5

3.2- Tratamento dos Textos e Extração dos Conteúdos de Interesse

- a) Análise documental: o objetivo da análise documental é identificar, em documentos primários, informações que sirvam de subsídio para responder alguma questão de pesquisa. Por representarem uma fonte natural de informação, documentos não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto”. A análise documental deve ser adotada quando a linguagem utilizada nos documentos constitui elemento fundamental para a investigação. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986)
- b) Análise de conteúdo denominada análise temática ou categorial: Nesse processo, faz-se necessário considerar a totalidade de um “texto”, passando-o pelo crivo da classificação ou do recenseamento, procurando identificar as frequências ou ausências de itens, ou seja, categorizar para introduzir uma ordem, segundo certos critérios, na desordem aparente. (OLIVEIRA, 2003)

3.3- Critérios Utilizados para Leitura dos Textos e Extração de Conteúdos

- a) Leitura do texto por duas vezes, no mínimo;
- b) Identificação de partes do texto que tratam da articulação entre Enfermagem e Hemoterapia;
- c) Abordagem de quadro sinóptico com conteúdos textuais da amostra.

A aplicação do método se deu através dos fundamentos de análise de conteúdo de Bardin, para análise de conteúdo documental entendido como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente e original, a fim de facilitar um estado anterior a sua consulta e referenciados. Ao selecionar este caminho para encontrar informações sobre a inserção da Hemotransfusão no Brasil, através de documentos médicos, de enfermagem e oficiais, que foram armazenados, afim de que possam ser transformados em informações sobre o tema deste estudo. (BARDIN, 2011)

Segundo Bardin (2011, p. 47), o propósito a ser alcançado é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso do observador de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). A análise do conteúdo dos documentos

deve seguir o rigor dos documentos que ela orienta principalmente quando o campo é da comunicação e para isso Bardin, 2011 nos sugere que devemos:

- a) Estar atentos a dizer não a ilusão da transparência dos fatos pensando em afastar os perigos da compreensão espontânea.
- b) Lutar contra a evidência do saber subjetivo e destruir a intuição em proveito do “construído”.
- c) Rejeitar a atenção da sociologia ingênua, que acredita poder aprender intimamente as significações dos protagonistas.

Esta é uma “vigilância” que exige novas metodologias de produção de dados e que siga os objetivos do método de análise de conteúdo a partir de três questões fundamentais:

- a) Superação da incerteza: o que eu julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo esta “visão” muito pessoal ser partilhada por outros?;
- b) Será minha leitura válida e generalizável?;
- c) Enriquecimento da leitura: se um olhar imediato espontâneo já é fecundo nos poderá uma leitura atenta demonstrar a produtividade e pertinência?
(BARDIN, 2011)

Essa é a nossa intenção neste estudo como experiência para encontrar registros em documentos sobre hemotransfusão, descobrindo em seus conteúdos a busca da inserção e a função da enfermagem nesse processo. “Vamos ver no que dá”, conforme diz Bardin. (BARDIN, 2011)

Buscar conteúdos manifestos ou latentes nos documentos utilizados sobre hemotransfusão e funções de enfermagem a orientação de como se faz a descrição e análise como orienta Bardin (2011, p. 37) pode ser:

- a) Análise de significados (a análise temática);
- b) Análise de significantes (análise lexical, análise dos procedimentos).

No caso, a análise ou tratamento descritivo que constrói a primeira fase do procedimento quando pretendemos “obter informações em documentação na busca do que está registrado sobre hemotransfusão e enfermagem”.

A análise documental, como afirma Bardin (2011, p. 47) permite passar de um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro) como resumos ou abstract (síntese de documentos) segundo certas regras; ou a indexação que permite por classificação em palavra-chave, descritores ou índices (hemotransfusão, enfermagem, função, técnicas, processos) classificar os elementos da informação dos documentos de maneira muito restrita”.

Segundo a autora a INDEXAÇÃO é regulada segundo uma escolha (de termos ou de ideias) adaptada do sistema e do objeto da documentação em causa através de uma entrada que serve de pista, as classes permitem dividir a informação constituindo as categorias de classificação no qual estão agrupados os documentos que apresentam alguns critérios comuns ou que possuem analogias no seu conteúdo:

- a) Operação envolve recorte da informação;
- b) Divisão em categorias segundo critérios da analogia, representação sob forma condensada por indexação.

Documentação trabalha com documentos; análise de conteúdo com mensagem (comunicação) A análise de documentação faz-se principalmente, por classificação, indexação, a análise categorial temática é uma das técnicas de análise de conteúdo. (BARDIN, 2011, p. 48).

O objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenamento, o local da produção foi nos documentos da medicina, da enfermagem e oficiais, como os do Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que tratam de hemotransfusão.

CAPÍTULO 4- APRESENTAÇÃO DOS DADOS PRODUZIDOS

Após análise que envolveu uma leitura atenta dos textos selecionados 22 de pesquisas de enfermagem e seis de documentos oficiais oriundos a ANVISA, ao MS e ao COFEN destacam-se codificações no texto bruto, frases que respondiam à pergunta: **Quais são os temas contidos** nos resultados de pesquisa de enfermagem ou oficiais que indiquem sua inserção na hemotransfusão?

Para destaque da apresentação trabalhou-se em dois tempos. O primeiro relativo aos estudos de Enfermagem sobre Hemotransfusão e o segundo sobre Documentos Oficiais.

Legenda para codificação dos termos destacados:

■	=	Presença nos vários processos
●	=	Processo de trabalho na hemotransfusão
♀	=	Conhecimento circulatório sobre sangue ou hemoderivados
▲	=	Competência, preparo profissional, participa de programas, treinamento
+	=	Cuidados
◆	=	Segurança, prevenção/riscos.
R	=	Registro
E	=	Treinamento e educação permanente
▣	=	Acompanhar atividades, supervisionar
⊙	=	Pesquisa
CL	=	Interesse pelo cliente
G	=	Gestos

Quadro 1

O QUE APARECEU DE ESPECIFICO NA HEMOTRANSFUSÃO

1	Presença	■	20	Acompanha desenvolvimento de conhecimentos da Saúde	■ ♀
2	Indispensável nas instituições	■	21	Identifica os processos	■
3	Saúde permeia todos os momentos	■	22	Não existe substituto do sangue	♀
4	Momentos Vivenciados	■	23	Importância da transfusão no suporte a diversas situações: cirurgia, quimioterapia.	♀
5	Processo desde coleta e produção do sangue	●	24	Processo depende de vários profissionais	● ◐
6	Assistência direta durante a administração do sangue	■ ●	25	Realizar com segurança	◆
7	Saber sobre os Hemocomponentes	♀	26	Depende de Conhecimento	♀
8	Atentar para os eventuais Riscos	● +	27	Depende de Habilidade de toda a Equipe	● ▲
9	Crença de um trabalho muito profissional	♀	28	Depende de eficiência do sistema	● ▲
10	Requer profissionais competentes	▲	29	Acompanha o desenvolvimento científico e tecnológico	▲ +
11	Requer profissionais responsáveis	▲	30	Preocupação com os profissionais	+
12	Requer conhecimento	♀	31	Preocupação com a segurança dos clientes.	+ ◆
13	Saber sobre segurança no Processo da Transfusão	● ♀ ◆	32	Preocupação com a segurança do Ambiente.	+ ◆
14	Cuidado contribui com a qualidade do sangue	● +	33	Preocupação com as falhas no ato da Hemotransfusão.	+ ◆
15	Cuidado para prevenir riscos e efeitos colaterais	● + ◆	34	Serviços vem adotando programa de controle de qualidade	● + ◆
16	Cuidado com os usuários após transfusão	● +	35	Controle interno e externo	+ ◆
17	Cuidado com contaminação	+ ◆	36	Assegurar normas e procedimentos executados.	●
18	Cuidado com os componentes e derivados do sangue	+ ◆	37	Assegurar o funcionamento de materiais e o manejo correto de equipamentos	● ◆
19	Cuidado com componente de hemoderivados por conta da contaminação por HIV, HEPA, CHAGAS e SIFILIS.	+ ◆	38	Segurança no processo transfusional	◆ ●

Resultado dos 38 destaques

■ = 7	▲ = 5	R = 0	◐ = 1
● = 14	+ = 14	E = 0	CL = 0
♀ = 8	◆ = 13	◑ = 0	G = 0

TOTAL

62

Os cuidados associados à competência e qualificação são nos PROCESSOS diversos de fazer a hemotransfusão que envolve saber e vigiar riscos.

Quadro 2

ASPECTOS GERAIS QUE APARECERAM SOBRE HEMOTRANSFUSÃO

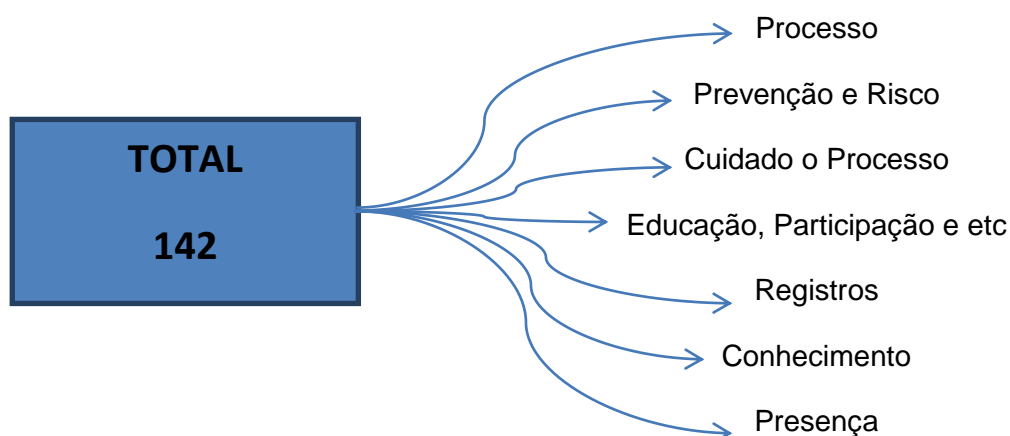
1	Assistência e atividade de Alto Risco	◆	+	29	Identifica intercorrências durante a hemotransfusão	■	●	
2	Risco pelas condições do sangue, transmissão de infecções.	◆		30	Elabora prescrições de enfermagem necessárias ao processo da hemotransfusão.	R	●	
3	Hemotransfusão ocupa espaço de destaque.	■		31	Avalia o processo de evolução de doadores e receptor	●	+	
4	Atrai interesses do Ministério da Saúde	■		32	Executa, supervisiona, administra, monitoriza e hemotransfusão.	●		
5	Desenvolvimento de Regulamentos	●		33	Detecta reações adversas	◆	33	
6	Sistemas que visam garantir procedimentos	●		34	Registro de intercorrências	R	34	
7	Finalidade de Proteção do doador e receptor.	◆		35	Faz estatística do doador e receptor	R	35	
8	Garantia de Sangue	◆		36	Participa de programas de captação	▲		
9	Rever formação de médico e Enfermagem	E		37	Desenvolve e participa de pesquisas diversas relacionadas à hemotransfusão	▲		
10	Investir em capacitação permanente	E		38	Administra Sangue e Hemoderivados	●	■	
11	Atualizações constantes como essencial.	♀		39	Falta de preparo para fazer a administração de sangue	E		
12	Funções de supervisão do Enfermeiro acompanhar as atividades	■		40	Não estamos preparados para assumir esta tarefa	E		
13	Acompanhar atividades realizadas pelos técnicos nos primeiros momentos da transfusão	■	●	41	Provocar riscos por que não estamos preparados	◆		
14	Monitorar a Transfusão nas etapas do processo.	■	●	42	Riscos em saúde coletiva	◆		
15	Acompanhar o paciente em todos os procedimentos.	■	●	43	Investimento em tecnologia e treinamentos.	▲	+	
16	Acompanhar para prevenir risco de reação	◆		44	Treinamentos de programa de qualidade	▲		
17	Enfermagem garante qualidade da assistência.	◆	■	45	Treinamento em serviços de profissionais	▲		
18	Pensa nos doadores e receptores sobre os símbolos e significados atribuídos a hemotransfusão.	⊙		46	Falta de treinamento dos centros deixado para segundo plano	▲		

19	A enfermagem presente nos hemocentros, planejando, executando e coordenando os procedimentos.	●		47	Falta de treinamento compromete o trabalho realizado antes que os hemocomponentes cheguem ao receptor.	▲	●	
20	Enfermagem para assegurar qualidade de sangue e hemoderivados	●	+	48	Registros de Enfermagem são imprescindíveis	R		
21	Responsabilidade do enfermeiro na realização de triagem clínica, consulta.	●	+	49	Continuidade de assistência e relevância no serviço de hemovigilância	◆	●	+
22	Captação de Doadores	●		50	Vigilância ao jurídico científico e econômico	E	◆	
23	Prepara e aprimora profissionais para atuar	E	▲	51	Não cometer erros durante o processo	◆		
24	Participar da elaboração de programas	▲		52	Sensibilizações de equipe sobre impossibilidade de registros e procedimentos	+	R	
25	Participar de políticas de RH	▲		53	Registro como respaldo legal da assistência.	R	+	
26	Participar da aquisição de materiais	▲		54	Registrar ações valorizar o trabalho e favorece a segurança	R	◆	
27	Assistência integral do usuário	■	+	55	Anotações de enfermagem como uma atividade simples	R	●	
28	Orienta e supervisiona o doador	■	E	56	Registro e sua real importância nas implicações de não fazê-lo	R	◆	

QUADRO 3

TOTAL GERAL DOS TERMOS ENCONTRADOS SOBRE ENFERMAGEM E TRANSFUSÕES

■	=	15
●	=	31
♀	=	9
▲	=	16
+	=	23
◆	=	27
R	=	9
E	=	7
■	=	3
⊙	=	2
CL	=	0
G	=	0



Os resultados apontados nos documentos de enfermagem indicam que a preocupação da enfermagem não envolve **INSERÇÃO** na participação da Hemotransfusão e nem em **CUIDADOS** específicos com o **CORPO** que **DOA** ou **RECEBE** o **SANGUE**, mas dos **PROCESSOS** que **envolvem** a Hemotransfusão. **É** o “**FAZER PROTOCOLAR**”, **inexistindo uma** justificativa de como cuidar e nem porque participa como **ATOS** e **AÇÕES** específicas da sua função. Com isso acreditamos que surge uma categoria de análise que denominamos de: **HEMOTRANSFUSÃO** - um processo protocolar de trabalho de enfermagem para captar, transfundir, saber e controlar **RISCOS DO SANGUE**.

4.1- Documentos Oficiais

Realizamos o mesmo processo como nos documentos de enfermagem. A seguir apresentaremos os elementos contidos nos documentos:

QUADRO 4 – DOCUMENTOS OFICIAS

1	Orientação como gestão pública sobre hemotransfusão	•	G			24	Fazer esforços de Marketing transfusional para estimular as doações voluntárias; menor risco e gratuito.	•	G	▲		
2	Aperfeiçoamento como necessidade constante do processo de construção do SUS	•	G	▲		25	Atentar a novas tendências das unidades de hemoterapia para aumentar doadores	•	G	▲		
3	Utilizar informações para planejamento	•	G	▲		26	Informações aos doadores para que conheçam os processos e tendências	•	G	▲		
4	Monitoramento e avaliação das situações	•	G	◆		27	Estabelecer confiança para e na doação de sangue	•	G	▲		
5	Tomada de decisão e aprimoramento do controle social	•	G	▲	◆	28	Estabelecer objetivos dedicados à produção de serviços para satisfação dos clientes – usuários, contribuintes – sociedade.	•	G	▲		
6	Crescente aumento populacional a demandar segurança.	•	G	◆		29	Revisão continuada dos procedimentos e da manutenção dos padrões de qualidade	•	G	▲	◆	
7	Encaminhamento de documentos de apoio dos gestores para planejamento de ações	•	G			30	Notificação do comportamento dos colaboradores	•	G	■		
8	Promoção de acesso à assistência	•	G			31	Acentuar o interesse dos doadores.	•	G	▲		

9	Segurança na Transfusão	◆	G			32	Doador como o centro da atenção	•	G	▲		
10	Resultados esperados sobre utilização dos documentos	♀	G	•		33	Atenção a limpeza, ambiente e profissionais como comportamento prestativo e cortês	•	G	▲	†	
11	Documento como referência institucional para utilização dos profissionais para pesquisa	•	G	◻		34	Exatidão dos procedimentos e do tempo de serviço	•	G	†	◻	
12	Aumento populacional e consequências	◻				35	Adoção de novas tecnologias para minimizar riscos e transmissão de doenças	•	G	◻	▲	◆
13	Pesquisa sobre avanços tecnológicos no campo da medicina	•	G	◻		36	Resultados de estudos mostram a importância de medidas qualitativas e quantitativas adotadas na transfusão	•	G	◻	▲	◆
14	Desenvolver estudos mercadológicos	•	G	◻	◻	37	Cumprir orientações para o aprimoramento dos serviços nos órgãos públicos	•	G	▲		
15	Cenário importante para pesquisas por serem carentes e com múltiplas necessidades	•	G	◻		38	Estudos mostram prevalência de DST pelo sangue	•	G	◻		
16	Importância da economia na área de transfusão	•	G	◻		39	Atenção não só da comunidade científica e dos órgãos de políticas de saúde	•	G	▲		
17	Prestação de serviço e a necessidade de empregar pessoas para aplicar recursos	•	G	◻		40	Seguir rígidos parâmetros de qualidade	•	G	◆		
18	Pesquisa sobre evidências dos resultados dos serviços municipal e estadual	•	G	◻		41	Adotar medidas para diminuir riscos tanto de qualidade e quantidade	•	G	▲	◆	
19	Complementação de recursos pela iniciativa privada de banco de sangue	•	G	◻		42	Garantir estoques e estratégias de sangue para atender a demandas	•	G	▲		
20	Mudanças necessárias nos serviços públicos	◻				43	Estimular doações como comportamento institucional	•	G	▲		
21	Os doadores e receptores já percebem os riscos e benefícios da hemotransfusão	•	G	◆		44	A adoção de repetição apresenta menor risco, mas tem sido remunerada.	•	G	◻	▲	
22	Investir em transfusão sanguínea para a população dependente	•	G	◻	▲	45	Aumentar o nº de doações espontâneas por ser mais seguras e sem pagamento	•	G	◻	▲	
23	Orientações para aprender a dominar o ambiente da transfusão	•	G	▲								

■	=	0	▲	=	23	R	=	0	◼	=	8
●	=	42	⊕	=	2	E	=	0	CL	=	0
♀	=	1	◆	=	10	■	=	0	G	=	43
🏠	=	11									

TOTAL
140

Os resultados apontados nos documentos oficiais mostram que a hemotransfusão exige GESTÃO de PROCESSOS diversos, orientadores para o pessoal que encontra-se nos serviços, sempre ligado para educação, segurança, custos e pesquisa, o que nos indica que a segunda categoria do estudo é entendida como: HEMOTRANSFUSÃO: **GESTÃO de PROCESSOS/PROTOCOLARES** para orientação da ATIVAÇÃO de profissionais nos serviços de SANGUE.

CAPÍTULO 5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO

Considerações introdutórias às categorias

É fundamental dizer que pesquisar é sempre uma surpresa que nos coloca em “alerta” para pensar aquilo que pensávamos “saber”, nos colocando em encruzilhadas teóricas e práticas instigantes.

Ao tentarmos buscar a **INSERÇÃO** da Enfermagem nas atividades da hemotransfusão. **Não** encontramos o que esperávamos **porque** os documentos de estudos sobre elas indicam que já estão “inseridos” e a inferência que fizemos é de que onde existe cliente e suas necessidades de cuidado, **a Enfermagem** é presença, é necessidade e é quem faz os processos interventivos. Identificamos, também, que na hemotransfusão a preocupação é com o “SANGUE” que aparece como **VILÃO** (por que transmite DST) e como **HERÓI** (porque trata e salva vidas). Não há referências específicas ao SER/CORPO que doa e recebe o sangue e nem dos cuidados que são próprios da Enfermagem. A Enfermagem neste caso faz o que é do protocolo, não há registro do porquê e do como cuida para hemotransfundir o sangue ou para captar os doadores. Ela segue um processo que está estabelecido.

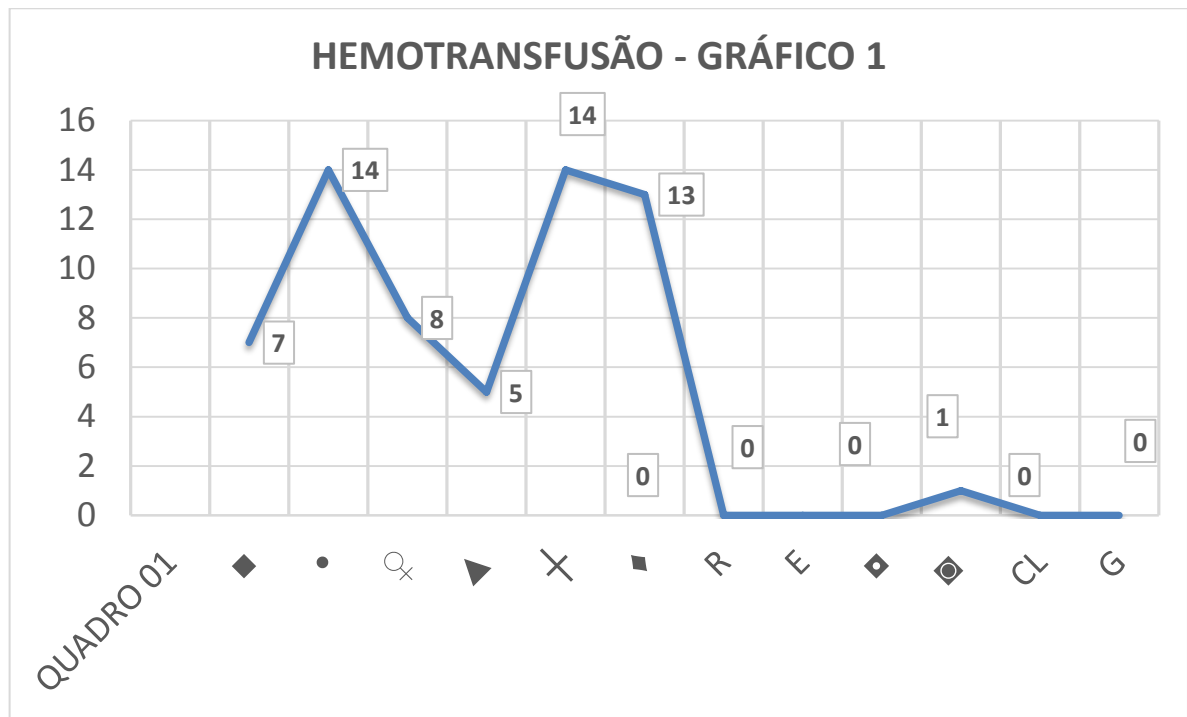
O mesmo acontece nos documentos oficiais, nos quais existe um GESTOR que manda, orienta, exige e acompanha resultados dos protocolos que devem ser seguidos. Tudo isto será analisado nas categorias a seguir:

Primeira CATEGORIA - HEMOTRANSFUSÃO – um PROCESSO “PROTOCOLAR” de TRABALHO de Enfermagem para captar, transfundir, saber e controlar RISCOS do SANGUE.

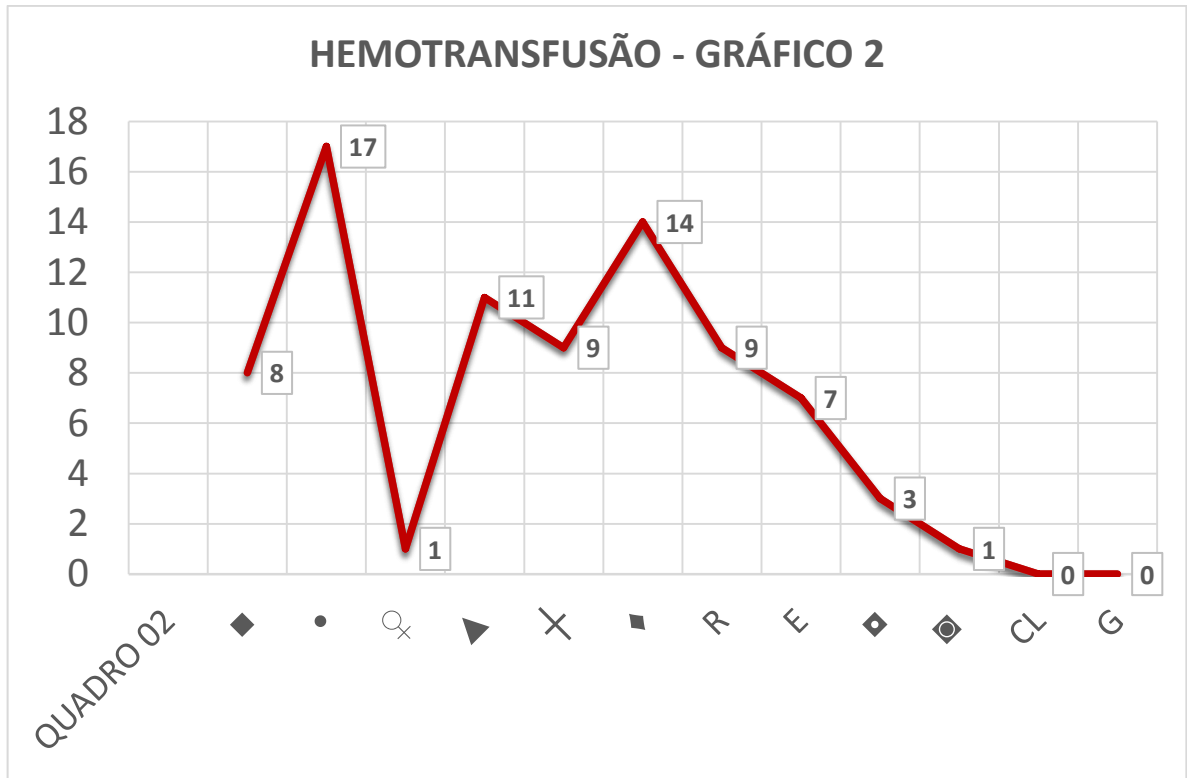
Esta categoria contém temas que aparecem como Imagens gráficas e compõem o “corpus” do estudo com os termos encontrados assim apresentados:

A consideração que fazemos é que num primeiro momento dos resultados de pesquisa é de que a “Enfermagem Protocolar” quando faz seu processo de trabalho destaca cuidados (14) para com os protocolos de fazer os processos (13) e que ao fazer isto à orientação e para cuidados com o sangue, sempre pensando em prevenção (13); destacam a importância de sua presença no processo (seis) e da necessidade de se conhecer processos e riscos na hemotransfusão (oito). Não há

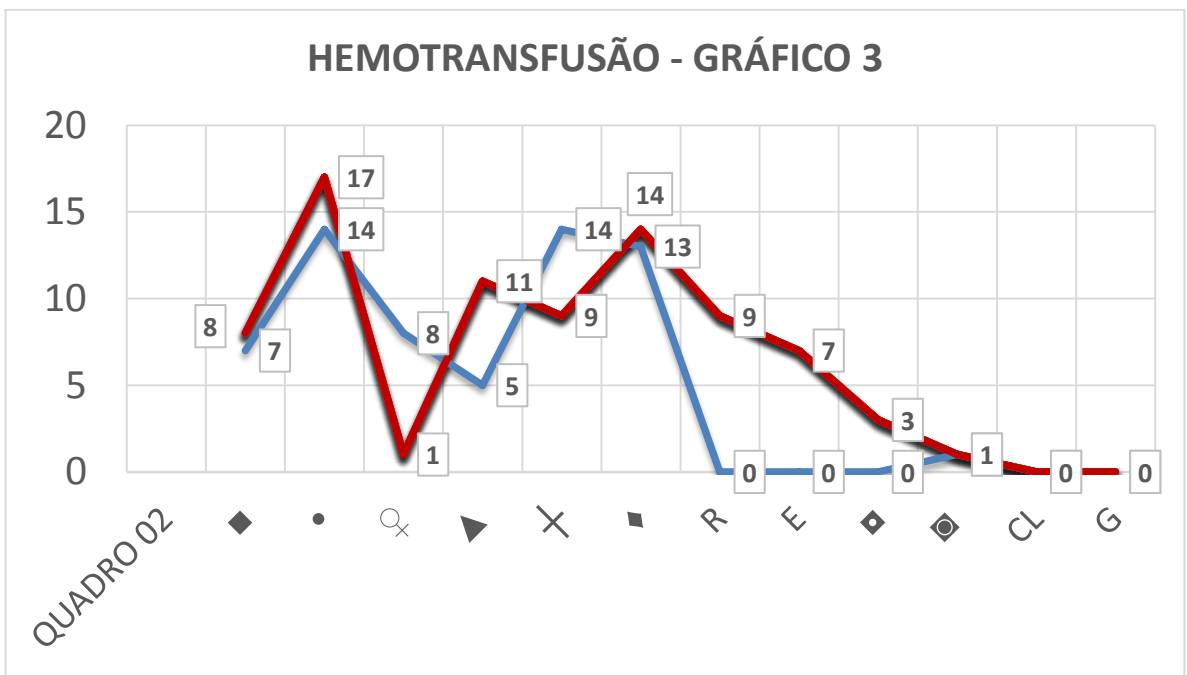
explicações acerca de que cuidados fazem quando destacamos no trabalho que fazem e nem o **doente** aparece como de interesse principal.



Quando ampliamos a busca da inserção da enfermagem na hemotransfusão, o PROCESSO continua como ação principal quando fazem a transfusão (17) e vão destacando como importante nele seu envolvimento nos programas de treinamento e educação (12) e da prevenção de riscos (12); também aparecem o registro (nove) como uma ação importante; a presença (cinco) ou acompanhar o procedimento (três) são lembrados no processo de trabalho.



O somatório dos temas dos Gráficos 1 e 2 aparecem no Gráfico 3, a seguir e indicam o segmento da análise.



Assim os enfermeiros nos mostram que gerenciam o processo de hemotransfusão (30) com destaque para cuidados preventivos de riscos (25-20) sem que falem diretamente sobre receptores ou doadores como sujeitos do cuidado ou do “processo de cuidar” como nos orienta a profissão. Não há indicação de cuidados com os que fazem o processo como enfermeiros, técnicos de enfermagem e de laboratórios ou demais membros da equipe de sangue de que lidam com o SANGUE, pessoal da limpeza, manutenção e administração e nem com o ambiente onde tudo ocorre.

No processo de trabalho, transfundir sangue conforme afirma Pires, é um trabalho essencial para a vida humana é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Cabe ressaltar que o resultado de uma transfusão sanguínea bem-sucedida não está posto em um produto material, o produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

A transfusão sanguínea é um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a viabilidade do sangue a ser transfundido. Envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal.

Na realização do ato transfusional como descreve Pires, 2000

O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional.

Assegurando as condições e as formas de trabalhar, os temas indicam que o cuidado existe como prevenção que se concentra na qualidade do sangue e não na singularidade de doador e receptor.

Quanto a isso MATOS (1987), diz que a hemoterapia é composta por um “ciclo do sangue”, onde inclui-se o processo de captação de doadores triagem

clínica, coleta de sangue, fracionamento, classificações, conservação, testagem laboratorial (imuno - hematológica e sorológica) do procedimento transfusional e transfusões com acompanhamento de possíveis ocorrências.

É um ciclo que está no processo de trabalho que demanda tempo, espaço, conhecimento, treinamento e esforço físico dos trabalhadores. Captar doadores e transfundir aparece como presença imprescindível da enfermagem, presença durante o processo e ou de acompanhar quem faz o processo.

Quando falamos de processo de trabalho de enfermagem e dessa “enfermagem protocolar” que faz o que orienta o protocolo, não podemos esquecer-nos da segurança dos profissionais e da instalação do espaço de trabalho. Nessa perspectiva a enfermagem protocolar indica prevenção de riscos e contaminações para o “CORPO” que recebe o SANGUE, sempre na busca de erro, falha, ausência de controle.

Não temos indícios nos processos de hemotransfundir, a preocupação com o fato humano nem teórico (conhecimento) e nem prático (o como fazer) e por isso não é possível caracterizar esse processo de trabalho em sua integralidade.

Isto nos indica inferência ou encaminhamentos para melhor compreender a ausência dos sujeitos envolvidos neste processo por que ações não são claras em relação ao como fazer como saber.

Pensando em segurança e qualidade do trabalho Dejours (1997, p. 21) destaca pressupostos teóricos para orientações de pesquisa que diz respeito à concepção do modelo Homem em termos de falha, a atenção para renovações que aborda as ciências cognitivas como holístico, que passa por fragmentações de processos (psicosensoriomotor), cognitivos, celulares, intracelulares e interníveis; a concepção de tecnologias que remete a técnica à ordem máquina designa máquinas as instalações, os processos físico-químicos, mecânicos ou informáticos. Quanto ao trabalho em relação ao erro que está centrado em hipóteses o efeito não se verifica nas situações de risco entre avaliadores, organizadores e planejadores, de um lado e os operadores de outro. Por isso parece ser importante considerar, que quando os profissionais de enfermagem fazem a hemotransfusão seu processo de trabalho, que eles são sujeitos cognitivos, holistas, singulares como capazes de errar, de falhar, de faltar e podem não fazer devidamente a prevenção ou detectar riscos por

que estão envolvidos por comportamentos, motivações, desmotivações, condutas e ambientes.

Como afirmam Figueiredo e Santos (2009, p.117), na hemotransfusão:

Os cuidados de enfermagem se diferenciam daqueles prestados nas áreas hospitalar, domiciliar e ambulatorial. É necessária uma metodologia científica que tenha como pressupostos a visão Holística do doador ou do receptor de sangue, procurando enxergá-lo dentro de suas limitações e relações humanas, pessoais e profissionais, além do desenvolvimento da capacidade técnica e científica para lidar com estas questões.

Embora não tenhamos encontrado o cuidado nas questões, nos documentos pulsa dentro do texto algo que os enfermeiros (as) pensam sobre cuidados que envolvem o processo de fazer, de segurança de detecção de riscos, de observação, de informação e da necessidade de educação continuada de registros.

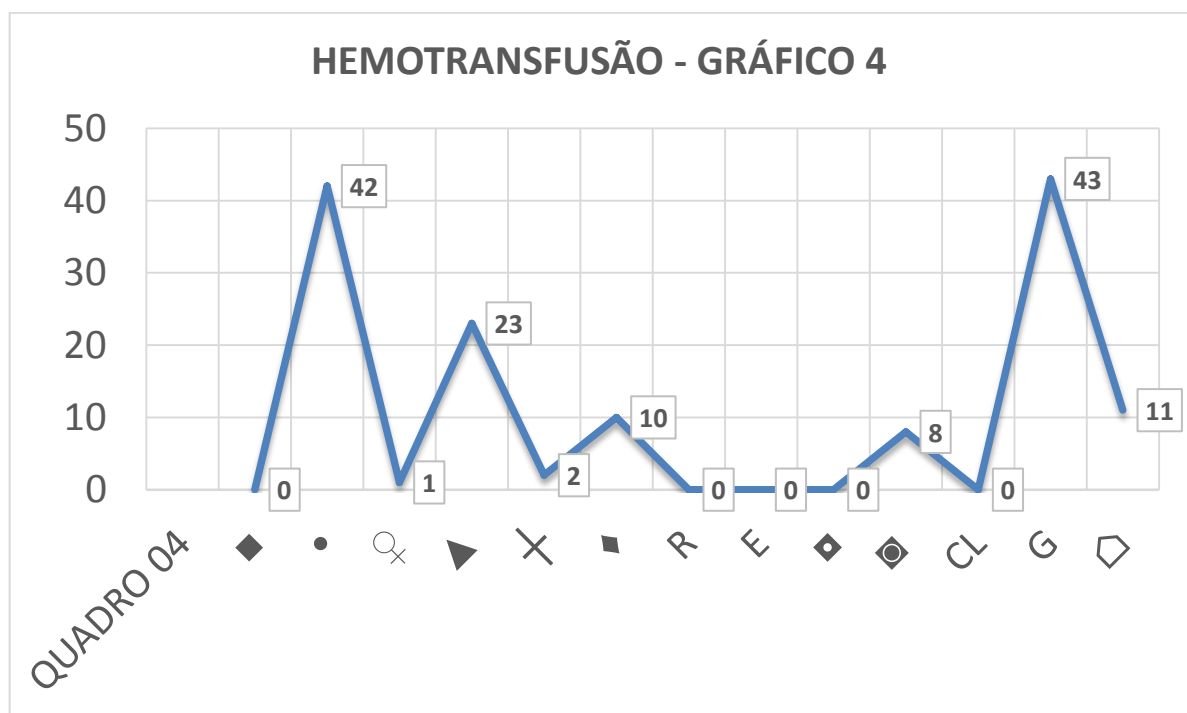
Também existe um conhecimento não dito (manifesto), mas latente de que devem conhecer todo o processo de CUIDAR do SANGUE, sem caracterizar o doador e sem indicar os tipos de cuidado que conforme Givisiez *et al* (1993) tem a seguinte divisão acadêmica:

- “Cuidado direto - Aquele que é prestado diretamente ao cliente e fundado nas relações interpessoais.
- Cuidado indireto - Aquele que trata da supervisão e gerenciamento do cuidado indireto.
- Cuidado Subjetivo - Aquele pautado nas percepções e informações subjetivas, bastante relacionadas às questões psicológicas ao diálogo, ao uso das palavras, as orientações a aos aconselhamentos a presença tranquilizadora, a confiança que o toque, o olhar, o odor, e todos os sentidos desenvolvidos no momento de cuidar, além da leitura e interpretação da comunicação não verbal e a ações que este desenvolve.
- Cuidado objetivo- Aquele relacionado às técnicas e condutas desenvolvidas com base em critérios e avaliações de sinais palpáveis, numéricos, claros, objetivos ou sintomas especificáveis(...)”

Assim, desta forma, não aparece uma “enfermagem protocolar” na qual não está especificado as atividades desenvolvidas como tudo aquilo que fazem no processo de trabalho como: captação de doadores, triagem clínica em hemoterapia, orientações para doadores, receptores e família, coleta de sangue, preparo do cliente, do material, iniciar o processo de hemotransfusão, controle de eventos, registros e etc. (como participação com outros profissionais que tratam do sangue).

Segunda CATEGORIA - HEMOTRANSFUSÃO: GESTÃO de PROCESSOS PROTOCOLARES: a orientação para a atuação de profissionais nos serviços de SANGUE.

Esta categoria mostra como os temas destacados nos documentos oficiais, o que existe por parte dos que orientam as políticas de sangue, como de interesse em GESTÃO de serviços de sangue como ordem e orientação do que profissionais que trabalham com hemotransfusão devem seguir: desenvolver em seu trabalho e partir de PROCESSOS orientadores do que devem fazer.



Esse fazer tem como destaque para os profissionais, envolvendo Programas, Educação, Treinamento, Acompanhamento, busca de recursos e doadores e do exercício de pesquisar resultados, pessoas que doam e recebem sangue.

O SANGUE é o objeto de principal interesse para os gestores, interesses de sucesso, do não erro, da não falha e da segurança da qualidade do sangue.

É possível identificar preocupação com a captação de doadores e que existe um comercio de venda (\$) de sangue que precisa de atenção principalmente para as pessoas carentes.

Orientam, até insistem, que o caminho do Marketing, principalmente na atualidade onde doadores, receptores e sociedade estão mais conscientes dos riscos da hemotransfusão.

Nesse processo de gerir serviços e processos, os documentos apontam muitas questões a serem resolvidas principalmente de treinamento dos profissionais para a aquisição de competências e habilidades.

É preciso considerar que a inserção da hemotransfusão no Brasil ainda é muito nova, afirmando por Soares (1993) que até o final da década de 1960 a doação de sangue era considerada um procedimento simples e, com um grande contingente de doadores remunerados(...)

É **no meado** dos anos 1960 que o Decreto-Lei n.54.954, de 16 de outubro de 1964, regulamenta as atividades de hemoterápicos e cria a Comissão Nacional de Hemoterapia Brasileira. Nos anos 1970, a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia lidera o movimento de extinção da doação remunerada, visando modificar a imagem da especialidade médica e melhorar a qualificação técnico científica (...)

Pelo visto os problemas continuam com essa marca do passado e se une a outros problemas de controle rigoroso do sangue para evitar riscos e essa responsabilidade é “jogada” nas mãos dos profissionais (que na maioria das vezes não tem condições ambientais, técnica-científicas de cumprir com protocolos instituídos) e, são as enfermeiras ou técnicos de enfermagem que fazem a hemotransfusão, quando o COREn, ANVISA tem orientações de não fazer.

A preocupação com a informação e com a produção de pesquisa envolve economia em mundo em crise financeira, e nos faz descobrir que a preocupação com a venda do sangue está “entre aspas” no discurso dos gestores.

Informação é poder, dizem alguns que o poder precisa de informação para se instituir, nem sempre articulado porque quem manda, orienta, exige e não está na ponta desenvolvendo o trabalho e, muitas vezes ela se torna utópica, que necessita do trabalho mal remunerado, local inadequado e desgastante como é o caso do trabalho de enfermagem, quando suas atividades estão definidas segundo Santos e Figueiredo 2009. P.126. Como:

- Triage clínica;
- Supervisão das atividades de coleta de sangue realizado por técnicos de laboratório ou de enfermagem;

- Atuação mediada em reações adversas à doação de sangue (seguindo protocolos da Instituição e as recomendações do ministério da Saúde);
- Coleta de elementos fracionados (plaquetas ou plasma, por meio de maquinas especifica);
- Controle do cadastro de doadores para aferir resultados periódicos de sorologia e triagem clinica com renovação cadastral do doador;
- Transfusão de hemocomponentes em hospitais com aparato para atendimento a reações transfusionais;
- Intervenção mediada junto à equipe multidisciplinar das instituições hospitalares na reversão de situações;
- Atuando junto à equipe dos setores hospitalares, referente ao tratamento e à conduta de escolha dos doentes;
- Cuidado direto de doadores e receptores (clientes dos serviços de hemoterapia);
- Participação no ambulatório de inaptos;
- Treinamento do pessoal de nível técnico do serviço de hemoterapia.

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de busca nos documentos escolhidos foi um desafio devido ao pouco tempo para sua realização, o que não nos impediu de termos satisfação e a certeza de que fizemos o melhor possível a partir do que nos orientou a banca de qualificação. Também fomos obrigados a estimular nosso sentido de vê o invisível contido nos documentos estudados e encontrar atrás do MANIFESTO e que estava LATENTE neles para afirmar a inserção da enfermagem no processo de hemotransfusão a partir das várias atividades desenvolvidas neste processo, encontrar nas palavras ou frases a decodificação necessária para fazer algumas afirmativas que tentamos mostrar no esquema construído mostrando em quantidade e qualidade.

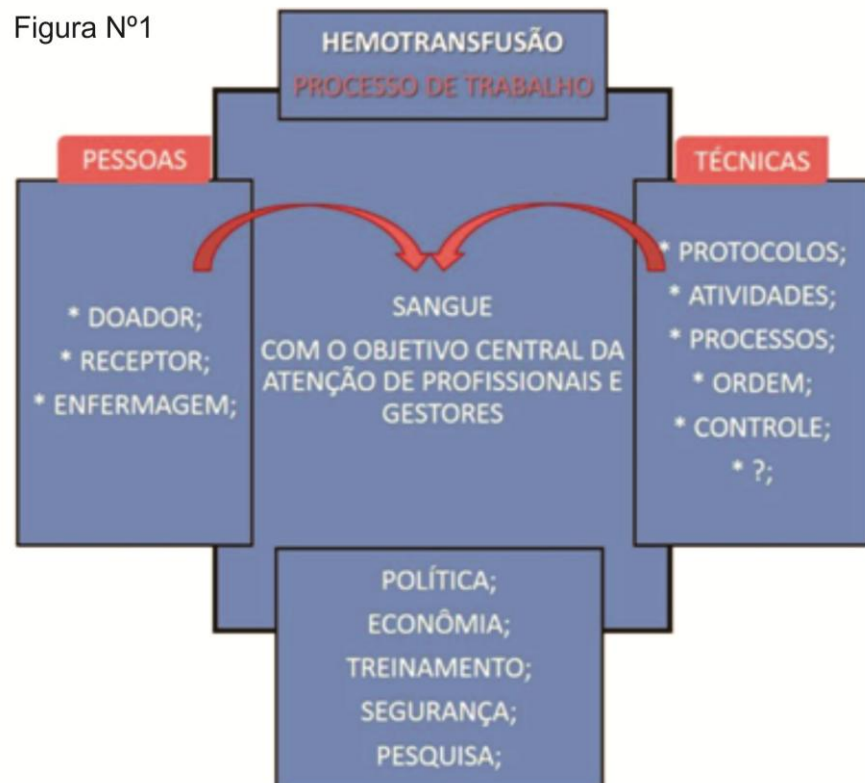


Figura 1- Hemotransfusão - Processo de Trabalho

A decodificação dos achados que se encontram-se nos gráficos e acreditando no que está apresentado como resultados de pesquisa e documentos oficiais podemos inferir que a **INSERÇÃO** da Enfermagem está no **PROCESSO** de **TRABALHO** e a Figura 2 mostra como é:

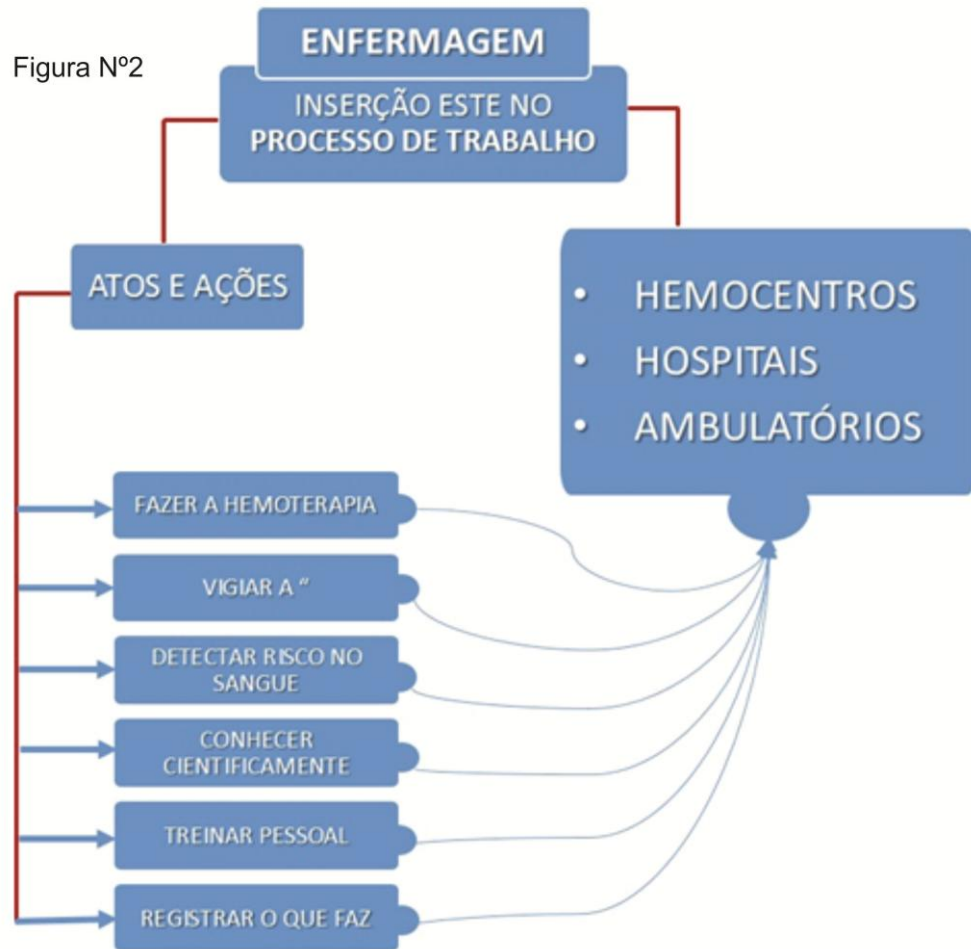


Figura 2- Enfermagem - Inserção no Processo de Trabalho

Latente neste processo está escondido os cuidados de enfermagem e o cliente que é substituído pelo SANGUE.

Estas duas ausências no processo da Hemotransfusão é o INESPERADO no estudo, cria uma lacuna no trabalho da enfermagem, tira a identidade do doador / receptor, transformando o SANGUE como objeto central de interesse de profissionais e gestores.

REFERÊNCIAS

1. ÂNGULO, I. L. Hemoterapia moderna, práticas antigas. **Rev Bras Hematol Hemoter.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 108, 2007. Editorial.
2. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 15, 153, de 14 de junho de 2004. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de hemoterapia no Brasil. [acesso em jan. 2015]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/>>
3. ARAUJO, K. M.; BRANDÃO, M. A. G.; LETA, J. Um perfil da produção científica de enfermagem em hematologia, hemoterapia e transplante de medula óssea. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 82-6, 2007.
4. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011, 229 p.
5. BENETTI, S. R. D. **Vida e medo: significado atribuído ao sangue pelos doadores e receptores**. 2004. 169 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
6. BÍBLIA – **Bíblia de Jerusalém**. São Paulo: Paulus, 2002.
7. BÖHMER, T. H. **Oferta e demanda de sangue em Sergipe**. 2010. 103 p. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, Aracajú.
8. BRUYNE, P. D.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. D. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.
9. CARVALHO, I. L. **Transfusão Sanguínea**. 1916. 101p. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Bahia.

10. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – 306/2006. Dispõe sobre a normatização da atuação do enfermeiro em hemoterapia. [acesso em jan. 2015]. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/>>
11. DEJOURS, C. **O fator humano**. Tradução de M. I. S. Betide, M. Tonielli. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.
12. FIGUEIREDO, N. M. A. Diagnóstico de enfermagem adaptando taxonomia a realidade. In: Figueiredo, N. M. A.; SANTOS, N. L. P. **Hemoterapia: um fenômeno no diagnóstico de Enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009. p. 117-42.
13. FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
14. GIVISIEZ, A. G. N *et al.* O doador de sangue na Fundação Hemominas. **Rev Bras Hematol Hemoter.**, São Paulo, v. 15, n.163, p. 49-57, 1993.
15. GREEWALT, T.J. A short history of transfusion medicine. **Transfusion**, v. 37, p. 550-63, 1997.
16. GREINACHER, A. *et al.* Impact of demographic changes on the blood supply: Mecklenburg-West Pomerania as a model region for Europe. **Transfusion magazine**. USA, v. 47, 2007. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=109&sid=91742a1b-4d85-4132-b807-60c286175d55%40sessionmgr107>>. Acesso em: 16 fev. 2015.
17. JUNQUEIRA, P. C. **O essencial da transfusão de sangue**. São Paulo: Editora Andrei, 2005.
18. JUNQUEIRA, P. C. **O essencial da transfusão de sangue**. São Paulo: Andrei, 1979.

19. LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1996, p. 25-47.
20. LURKER, M. **Dicionário de simbologia**. Tradução de M. Krauss e V. Barkow. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
21. MARANTIDOU, O *et al.* Factors that motivate and hinder blood donation in Greece. **Transfusion Medicine**, USA, v. 17, p. 443-50, 2007. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=116&sid=0b08ed86-ef5a-4968-8a86-101c68628b22%40sessionmgr108>>. Acesso em: 16 fev. 2015.
22. MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 1 v.
23. MATOS, M. J. G. **Consulta de Enfermagem em serviço de Hemoterapia: uma proposta de assistência as pessoas que doam sangue**. 1987. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
24. MINAYO, C. **Pesquisa social - teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de informações: sangue e hemoderivados: rede física, produção, gastos públicos com hemoterapia e consumo de hemoderivados**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Orientação Básica para equipe de Enfermagem**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
27. NOVARETTI, M. C. Z. **História da medicina transfusional**. Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo, 2004.

28. NUNES, H. F. Responsabilidade civil e a transfusão sanguínea. 2010. 194 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
29. OLIVEIRA, E. Análise de Conteúdo e Pesquisa na Área da Educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n. 9, p.11-27, maio/ago. 2003.
30. PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-63, 2000.
31. RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. Editora: Dois Pontos: Rio de Janeiro, 1986.
32. ROSSI, E. C.; SIMON, T. L.; MOSS, G. S. **Transfusion in transion**. In: _____. Principles of transfusion medicine. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991. p.1.
33. SOARES, S. *et al.* Perfil Clínico-Sorológico dos doadores no Hemocentro regional de Uberaba. **Rev Bras Hematol Hemoter.**, São Paulo, v. 15, n.163, p. 69-74, 1993.
34. SHAHSHAHANI, H. J *et al.* **Knowledge, attitude and practice study about blood donation in the urban population of Yazd, Iran, 2004.**
35. TISON, G. H. *et al.* Influences of general and traditional Chinese beliefs on the decision to donate blood among employer-organized and volunteer donors in Beijing, China. **Transfusion magazine**. USA, v. 47, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 fev. 2015.
36. WEBB, J. **Pesquisa de Marketing**. In: BAKER, M. (org). Administração de Marketing. São Paulo: Campus, 2005.
37. WINTROBE, M. M. Blood pure and eloquent. US: McGraw-Hill, 1980. p. 660.

