

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA

A Política Pública de Sangue no Paraná: um estudo de caso sobre o serviço de hemoterapia da 17ª Regional de Saúde e orientações para a ação dos municípios

Maringá
2019

RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA

A Política Pública de Sangue no Paraná: um estudo de caso sobre o serviço de hemoterapia da 17ª Regional de Saúde e orientações para a ação dos municípios

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. José Henrique Rollo Gonçalves

Maringá
2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

R672p

Rocha, Rita de Cassia Galdin

A política pública de sangue no Paraná: um estudo de caso sobre o serviço de hemoterapia da 17ª Regional de Saúde e orientações para a ação dos municípios / Rita de Cassia Galdin Rocha. -- Maringá, PR, 2019.

100 f.: il. color., figs., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Jose Henrique Rollo Gonçalves.
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional, 2019.

1. Políticas públicas em saúde - Paraná . 2. Serviço de hemoterapia. 3. Gestão em saúde - Paraná . 4. Política Nacional de Sangue e Hemoderivados . I. Gonçalves, Jose Henrique Rollo, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - Mestrado Profissional. III. Título.

CDD 23.ed. 362.1


Elaine Cristina Soares Lira - CRB-9/1202

RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA

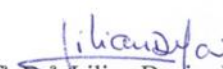
A política pública de sangue no Paraná: um estado de caso sobre o serviço de hemoterapia da 17ª Regional de Saúde e orientações para a ação dos municípios

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas pela Comissão Julgadora composta pelos membros:


COMISSÃO JULGADORA



Prof. Dr. José Henrique Rollo Gonçalves
Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof.ª Dr.ª Lilian Demise Mai
Universidade Estadual de Maringá (UEM)



Prof. Dr. José Wander Breganó
Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Aprovada em: 10 de dezembro de 2019

Local de defesa: Bloco G34, Auditório do DTL, *campus* da Universidade Estadual de Maringá

Dedicatória

Ao Reginaldo, amor da minha vida.

À Julia e Beatriz, amor incondicional.

Aos meus pais, primeiro amor.

Às minhas irmãs, amor multiplicado.

À minha família, amor presente.

AGRADECIMENTOS

Quando se encerra um trabalho há tanto e tantas pessoas a agradecer que caberia tranquilamente em um capítulo, até porque não somos sozinhos e não fazemos nada sem o auxílio de outras pessoas. E o melhor desse processo é que a gratidão é o sentimento que foi sendo consolidado no decorrer desses dois anos de trabalho.

Agradeço a Deus pela vida, pela oportunidade deste trabalho e pelo crescimento pessoal e profissional, pela saúde e por ter permitido que eu vivesse meus dias com amor e esperança.

Ao meu orientador, professor Dr. José Henrique Rollo Gonçalves, pela competência e paciência em colocar por diversas vezes este trabalho no rumo certo. Pelas inúmeras discussões sobre transfusão, coleta, municípios, entrevistas e dúvidas sem fim. Por me ensinar a olhar a mesma coisa de uma perspectiva diferente.

Aos professores do programa de pós-graduação em Políticas Públicas, pelo conhecimento compartilhado e aos servidores da secretaria da pós-graduação que sempre auxiliaram com muita disposição.

Aos professores que participaram da banca de Qualificação do Mestrado que foram assertivos na indicação das melhorias desta pesquisa. E agora minha gratidão aos professores que compõem a banda da Defesa, temos certeza que será um momento produtivo de discussão e aprendizagem.

Aos colegas de turma com os quais partilhamos risadas, amizades e angústias do serviço público. Não podendo deixar de agradecer, especialmente, a Marina e a Luci por nossas idas e vindas aos hotéis de Maringá, pelas risadas e pelas conversas intermináveis do nosso trio aventura.

A Karin Rees Azevedo, que com paciência aguardou o término deste trabalho e sempre esteve à disposição para fazer a correção.

Aos servidores do HEMEPAR Londrina que, diariamente, trabalham em busca de doadores e da produção de sangue de qualidade para os pacientes. Gratidão também pela autorização do Hemocentro, Coordenador na liberação dos dados para a pesquisa.

Aos doadores de sangue, que de maneira anônima e voluntária se doam para salvar vidas.

A Política Pública de Sangue no Paraná: um estudo de caso sobre o serviço de hemoterapia da 17ª Regional de Saúde e orientações para a ação dos municípios.

RESUMO

A Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, sob a Coordenação de Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde, é o centro deste estudo. Com a missão de desenvolver ações que promovam a saúde e o acesso da população à atenção hemoterápica e hematológica com segurança e qualidade, alinhadas com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, além de garantir autossuficiência de hemocomponentes e hemoderivados no Brasil e a atenção hemoterápica e hematológica aos pacientes. A Lei nº 10.205 de 21 de março de 2001 e a regulamentação do artigo 26, através do Decreto nº 3.990 de 30 de outubro de 2001, que determinam as regras para a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados em todo o território nacional. O artigo sexto do referido Decreto institui as competências para as três esferas de Poder, a saber: o ente Federal, Estadual e Municipal dentro do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados. Este trabalho analisou a efetivação da política de sangue em âmbito municipal e a coordenação das ações da área de sangue no âmbito regional. O estudo de caso foi a metodologia utilizada, pois um estudo qualitativo permitiu uma avaliação profunda e um acesso à realidade social do tema abordado, alicerçado na análise documental, na observação da prática e na aplicação de questionário e entrevista aos municípios, que compreendem a 17ª Regional de Saúde. Os resultados apresentaram um perfil dos gestores municipais e mostraram que a política de sangue inexistente no nível municipal, sendo que os itens preconizados na legislação não foram encontrados na pesquisa com os gestores municipais. Com o desejo de contribuir com o planejamento municipal, o trabalho trouxe uma orientação para o gestor municipal na confecção do Plano Diretor Municipal de Sangue.

Palavras-chave: Política pública. Serviço de hemoterápica. Gestão em saúde. Estudo de caso.

Public blood policy in the state of Paraná: a case study on the hemotherapy service of the 17th Regional Health and guidelines for the action of municipalities.

ABSTRACT

The Brazilian National Policy for Blood and Hemoderivatives, under the general coordination of management of blood and hemoderivatives of health ministry is the center of this study. With the mission of developing actions that promote the health and access of the population to safe and quality hemotherapy and hematologic care, aligned with the principles and guidelines of the Unified Health System, in addition to ensuring the self-sufficiency of blood components and blood products in Brazil, and care hemotherapy and hematology to the patients. Law nº. 10.205 of March 21, 2001 and the regulation of article 26 through Decree nº. 3,990 of October 30, 2001 determine the rules for the collection, processing, storage, distribution and application of blood, its components and derivatives throughout the Brazilians territory. Article 6 from decree establishes the competences for the three public power levels, namely: the federal, state and municipal entities within the National System of Blood, Components and Derivatives. This master's dissertation analyzed the implementation of blood policy at the municipal level and the coordination of blood actions at the regional level. The case study was the methodology used, as a qualitative study allowed a thorough evaluation and access to the social reality of the theme, based on documentary analysis, observation of the practice and the application of a survey and interview with municipal representatives that are part of the 17th Regional of health. The results presented a profile of the municipal managers and showed that the blood policy does not exist at the municipal level, and the items recommended in the legislation were not found in the survey with the municipal managers. With the desire to contribute to municipal planning, the work brought guidance to the municipal manager in the preparation of the Municipal Blood Master Plan.

Keywords: Blood policy. Hemotherapy. Case study. Municipal manager.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Coletas realizadas em 2016 distribuídas por tipo de prestador de serviço.....	33
Figura 1: Imagens postadas nas redes sociais do Ministério da Saúde sobre a doação de sangue.....	19
Figura 2: Representação das Instituições na Política de Sangue.....	27
Figura 3: Unidades dos Municípios do Estado do Paraná.....	29
Figura 4: Representação da integração da hemorrede do Paraná - HEMEPAR.....	32
Figura 5: Prédio do Hemocentro Regional de Londrina.....	34
Figura 6: Atividades realizadas pelo serviço.....	35
Figura 7: Localização espacial dos municípios e população que compõe a 17ª Regional de Saúde.....	36
Figura 8: Fracionamento do sangue em hemocomponentes e hemoderivados.....	43
Figura 9: Caracterização dos hospitais conforme a Portaria 479/1999.....	45
Figura 10: Localização espacial das cidades atendidas pelo serviço regional.....	46
Figura 11: Esquema representativo de análise das categorias.....	54
Figura 12: Notícias sobre transfusão.....	59
Figura 13: Entrega dos certificados aos grupos de voluntários de doação de sangue nos municípios da 17ª Regional de Saúde, 2019.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação dos serviços de Hemoterapia por natureza e ressarcimento.....	30
Quadro 2: Classificação da nomenclatura e conceituação dos serviços.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Causas de inaptidão que impossibilitaram a doação de sangue, no ano de 2018 em Londrina/PR	38
Tabela 2: Distribuição dos indivíduos que compareceram para doação conforme motivação e condição de aptidão, no ano 2018, Londrina/PR.....	39
Tabela 3: Distribuição dos indivíduos que compareceram para doação, conforme faixa etária e condição de aptidão, no ano 2018, Londrina/PR.....	40
Tabela 4: Distribuição dos indivíduos que compareceram para doação conforme gênero e condição de aptidão para doação no ano de 2018, Londrina/PR.....	41
Tabela 5: Distribuição dos indivíduos que compareceram para doação conforme gênero e condição de aptidão para doação no ano de 2018, Londrina/PR.....	41
Tabela 6: Relação entre população e porcentagem de doadores de sangue nos anos de 2010 a 2018, Paraná, 2019	41
Tabela 7: Distribuição dos leitos nos municípios da 17ª Regional de Saúde atendidos pelo serviço de hemoterapia regional, Londrina, 2019	44
Tabela 8: Número de transfusões ocorridas nos anos de 2016, 2017 e 2018 nos municípios da 17ª Regional de Saúde atendidos pelo serviço de hemoterapia regional, Londrina, 2019	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AT	Agência Transfusional
CGSH	Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
HEMEPAR	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLANASHE	Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados
PRÓ-SANGUE	Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados
SUS	Sistema Único de Saúde
UCT	Unidade de Coleta e Transfusão

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	16
1. OS ENTES FEDERADOS E A POLÍTICA DE SANGUE	22
1.1 A POLÍTICA DE SANGUE NO BRASIL	22
1.2 POLÍTICA DE SANGUE NO PARANÁ	28
1.3 POLÍTICA DE SANGUE NA 17ª REGIONAL DE LONDRINA.....	34
2. CARACTERIZAÇÃO DA REGIONAL ATENDIDA PELO SERVIÇO REGIONAL DE HEMOTERAPIA	36
2.1 PERFIL HEMOTERÁPICO	37
3. ESTUDO DE CASO	49
3.1 PERFIL DOS GESTORES MUNICIPAIS	53
3.2 PLANO MUNICIPAL DE SANGUE	55
3.3 CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	57
3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÕES NA ÁREA DE SANGUE	59
4. ORIENTAÇÕES AO GESTOR PARA CONFECÇÃO DO PLANO DIRETOR MUNICIPAL DE SANGUE	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	76
GLOSSÁRIO/LISTA DE ABREVIATURAS	79
ANEXOS	81
ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES	81
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO REGIONAL PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	83
ANEXO C - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO HEMEPAR.....	86
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	87
APÊNDICES	90
APÊNDICE A – PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO	90
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELA CAPTAÇÃO DE DOADORES	93
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O DIRETOR TÉCNICO.....	94
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO DE SAÚDE	95
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO	96
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99

APRESENTAÇÃO

As atividades dos serviços de hemoterapia são reguladas pela Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados que determina as regras para processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, atendendo a legislação vigente no país. As boas práticas de fabricação de sangue e hemocomponentes estão dispostas a fim de garantir a qualidade dos processos e produto, a redução dos riscos para a saúde e segurança transfusional (ANVISA, 2014).

Captar doadores de sangue para manter os estoques em níveis seguros é uma tarefa árdua, persistente e executada diariamente na rotina do serviço de hemoterapia. O doador de sangue investe cerca de uma hora do seu dia, responde a uma série de perguntas que invadem sua intimidade, permite a retirada de aproximadamente quinhentos mililitros de sangue e autoriza o serviço a realizar uma investigação sorológica, tudo isso de maneira anônima e sem receber nada em troca pelo seu ato, a não ser a certeza que seu ato salva vidas. O que motiva o doador? Qual a explicação para que algumas pessoas priorizem e outras sequer sejam sensibilizadas para a causa da doação? Compreende-se que o doador é imprescindível para o serviço de hemoterapia, porque é necessário que o sangue individual seja compartilhado, voluntariamente, para que pacientes possam receber esse sangue para viver.

Como servidora da Universidade Estadual de Londrina há dezenove anos e, atualmente, como responsável pela Gestão da Qualidade do Hemocentro de Londrina, tenho atuado no processo para garantir, junto com a equipe, que o serviço atenda a legislação vigente processando o sangue dentro nas normas técnicas e garantindo qualidade para os pacientes atendidos pelo serviço. É um grande desafio manter estoques em níveis seguros, isso porque a matéria-prima essencial dessa atividade é doada e não há outro material que possa substituir.

Nesta jornada, algumas inquietações foram se transformando em questões cada vez mais sem respostas, por que os municípios não auxiliam na captação de doadores? Por que o serviço regional é o responsável em promover ações que sensibilizem a população para o ato de doar? Por que as pessoas, mesmo em condições adequadas de saúde não comparecem para doar? As propagandas de incentivo a doação são efetivas?

Algumas indagações foram respondidas no decorrer deste trabalho, outras ainda estão em aberto até porque não se esgotou o assunto e este estudo de caso e os dados encontrados são limitados. A investigação em outras Regionais de saúde seria interessante para ser

verificado se as informações encontradas são iguais nos demais Municípios do Estado, pois podem não se aplicar em outras unidades da hemorrede.

A busca pelas respostas retratou uma situação específica e muito clara em relação à Política de Sangue em âmbito municipal e este estudo deve ser avaliado com olhar diagnóstico e preventivo, além de apontar para a necessidade de uma política de integração entre os entes federados.

Estas e outras questões profissionais foram as motivadoras deste trabalho, que encontrou a oportunidade de ser realizado após discussões com os professores, os colegas e com as disciplinas ministradas no Programa Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá. O grande ganho profissional foi analisar a política pública, além da prática operacional e, assim, pensar em estratégias para implantação de uma cultura de responsabilidade coletiva do ato de captar doadores e doar sangue.

INTRODUÇÃO

A história do Brasil, o reconhecimento como país e a construção da nação passaram por diversas visões de Estado e de cidadania. Da Era Vargas, transitando pela Nova República e chegando ao país de hoje, o Brasil conheceu diversos Governos e propósitos. Nesse processo de mudança, interessa a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, isso porque os Direitos Sociais foram postos no artigo sexto e englobam “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988. p.23).

Transformar os direitos constitucionais efetivamente em ações que atendam as necessidades da população é uma tarefa árdua que pode atender pelo nome de políticas públicas, concordando com o autor que:

Políticas públicas são decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. Podem também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade (AMABILE, 2012. p 389).

Com a Constituição Federal de 1988, o Estado passou a ser o guardião das políticas públicas e estas se efetivaram por meio de leis e decretos normativos. O problema público passou a ser legislado e as políticas se tornaram as diretrizes voltadas para o enfrentamento e a resolução. A Política Pública de Sangue no país faz parte desses direitos constitucionais, que através da ação estatal, foram sendo configurados para atendimento da população. No Brasil, o surgimento da hemoterapia como questão de política pública e interesse social foi motivado pela contestação do sistema de saúde vigente, em razão do aumento da contaminação sanguínea, uma vez que as doenças transfusionais estavam vinculadas às doações remuneradas (PIMENTEL, 2006).

O êxito de uma política pública está diretamente relacionado com a qualidade do processo administrativo que precede sua implementação e por seu aparato legal, uma vez que no Brasil essas se efetivam por meio de leis e de decretos normativos, originando um ordenamento jurídico que alicerça as ações estatais. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 34, de 11 de junho de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, são modelos normativos para a hemoterapia brasileira, sendo as regras sanitárias e técnicas exigidas para as boas práticas do ciclo do sangue e da segurança transfusional.

Entre as normas regulamentadoras, o artigo sexto do Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001, é o interesse deste estudo, uma vez que o documento institui a organização estrutural do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN), atribuindo competências e a obrigatoriedade da elaboração do Plano Diretor de Sangue e Hemoderivados, além de definir a responsabilidade de cada ente da federação, deixando claro que União, Estados e Municípios precisam trabalhar em conjunto para o atendimento hemoterápico da população.

Diante disso, o artigo sexto do referido Decreto incube aos Municípios a coordenação do SINASAN em sua região, a formulação de uma política municipal de sangue e adequação em articulação com o Estado, os parâmetros assistenciais do Plano Diretor Municipal de Sangue, Componentes e Hemoderivados, complementando o financiamento e divulgando os relatórios das ações municipais na área de sangue e hemoderivados, assim determinado:

Art. 6º Incumbe aos Municípios a coordenação, na sua área de competência, do SINASAN, em consonância com a política estadual para o setor, compreendendo a formulação do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados e o acompanhamento e a avaliação do cumprimento das metas, além das seguintes atribuições:

I - formular, em conjunto com o Estado, a política municipal de sangue, componentes e hemoderivados, com ênfase na regionalização do Sistema;

II - coordenar, em seu território, as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, incluindo as de vigilância sanitária e as atividades voltadas para atender situações de emergência, assegurando a unidade de comando e direção da política municipal ou regional;

III - adequar, em articulação com os Estados, os parâmetros assistenciais do plano diretor municipal de sangue, componentes e hemoderivados (BRASIL, 2001, p. 5).

Toda atribuição de responsabilidade é necessária para que a missão de desenvolver políticas e ações que promovam a saúde e o acesso da população à atenção hemoterápica e hematológica com segurança e qualidade, alinhadas com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam cumpridas, além de garantir autossuficiência de hemocomponentes e hemoderivados no Brasil.

A política de sangue no Brasil é normativamente estruturada para garantir a segurança transfusional, seja através das resoluções ou execução do Plano Diretor de Sangue e Hemoderivados que contempla as ações no Estado, que uma vez homologado pelo Conselho de Saúde Estadual vai permear ações da hemorrede e deveria auxiliar na formulação das estratégias municipais.

Diante do determinado pelo Decreto em questão, fica claro que os entes federados são em conjunto responsáveis pela hemoterapia no país e que cada qual tem sua cota de obrigação a ser cumprida para a efetivação da política de sangue.

Em 2001, o SINASAN esclareceu o papel de cada instância de governo na gestão do sangue, definindo que as instâncias estaduais são responsáveis pelo Sistema Estadual de Sangue, Componentes e Derivados, enquanto as municipais são responsáveis pela coordenação da execução das ações do SINASAN em seu âmbito de atuação. A lei que criou o SINASAN foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 3.990 (BRASIL, 2001c), de 30 de outubro de 2001, que esclareceu com mais profundidade o papel dos estados e município (ALECRIM e FIGUEIRA, 2013, p.80).

Na análise do artigo sexto é evidente que cada município tem obrigação de formular, em conjunto com o Estado, a Política Municipal de Sangue, além de cumprir outras obrigações manifestas na lei. No entanto, será que os municípios elaboram as estratégias locais para a atenção hemoterápica? A manutenção dos estoques é responsabilidade somente do Estado? Existe nos Municípios uma política que incentive a captação de doadores? Qual tem sido o investimento municipal para que a população seja atendida com qualidade? Qual o papel do cidadão na política de sangue? Qual o envolvimento coletivo para resolução desse problema?

Visto que a coleta e processamento do sangue não são responsabilidades do Município e sim do Estado, pode ser que os gestores municipais entendam que não compete a eles as discussões acerca da hemoterapia, fazendo uma interpretação que reduz suas competências na lógica de que se não há um serviço para estocar bolsas de sangue não é necessário também investir na sensibilização para o ato de doar.

Enfatizar as competências descritas no Decreto nº 3.990/2001 significa entender como o Município opera com as questões do sangue, especialmente a captação de doadores que originam as bolsas de sangue para os pacientes. Captar doadores de sangue é uma etapa essencial e de extrema importância para o ciclo do sangue, pois sem doadores não há bolsa de sangue disponível. Existe uma dificuldade para manter os níveis seguros de sangue e, em alguns períodos do ano, o estoque pode zerar em determinados tipos sanguíneos, isso porque o doador não comparece para doação.

Para manter os estoques abastecidos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que 3% a 5% da população sejam doadores de sangue. A Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (ABHH) constatou que a média de doadores de sangue no Brasil é de apenas 1,9%. O Governo Federal tinha como meta chegar ao índice de 3% da população até 2014, ampliando em mais dois milhões o número de doadores de sangue no período de um ano (PARANÁ, 2015).

Em períodos de férias, como os meses de janeiro, julho e dezembro há quedas acentuadas de doação de sangue, isso porque as pessoas viajam e estão menos disponíveis para comparecer ao serviço de coleta. Outros fatores como feriados prolongados, campanhas de vacinação ou frio intenso diminuem a oferta de doadores. Essa realidade é tão frequente que o Ministério da Saúde, através das redes sociais, divulga alertas quando os fenômenos

externos atingem diretamente os estoques, tal como se pode verificar nas imagens da figura 1 que segue.

Figura 1: Imagens postadas nas redes sociais do Ministério da Saúde sobre a doação de sangue.



Fonte: <https://www.facebook.com/pg/DoeSangueMS/photos>.

Dada a relevância para a saúde pública, a falta de sangue nos serviços de hemoterapia deve ser encarada como um problema social, cuja resolução deve envolver a coletividade. E, de início, percebe-se que ainda há muitas dúvidas e mitos em torno da doação de sangue, que dificultam angariar doadores para os serviços hemoterápicos brasileiros. Por outro lado, há escassez de ações do ente público que instiguem a população a realizar doações voluntárias frequentes, gerando assim doadores conscientes da sua responsabilidade social.

Para responder estas questões acima levantadas, foi necessária uma investigação em alguns documentos estratégicos dos municípios, bem como a verificação dos registros do serviço de hemoterapia, a fim de que as informações fossem confrontadas e assim validadas

com a normativa regulamentar. Os dados oficiais de coleta e de transfusão do ano de 2018 do serviço regional foram obtidos por meio de autorização do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR). Informações também foram somadas através dos materiais disponíveis nas páginas oficiais do Ministério da Saúde, que infelizmente disponibilizou dados até 2016.

Para aprofundar a compreensão do processo, escolheu-se como metodologia o Estudo de Caso, considerando uma unidade – um caso – como elemento para o desenvolvimento da investigação, sendo o serviço de hemoterapia regional o foco da investigação. O planejamento foi delineado através do Protocolo de Pesquisa, que se constituiu em um conjunto de códigos, de menções e de procedimentos suficientes para replicar o estudo ou aplicá-lo em outro caso com características semelhantes (MARTINS, 2008).

A escolha por um Estudo de Caso permitiu a análise vertical da política de sangue, pois investigando a ação municipal foi possível enxergar as lacunas da lei e verificar que a hierarquização da política acontece nos níveis Federal e Estadual, entretanto se encontrou frágil e pouco atuante no município.

O objetivo foi analisar a efetivação do Artigo sexto do Decreto nº 3.990/2001 na Política Pública de Sangue desenvolvida pelo serviço de hemoterapia regional da 17ª Região de Saúde do Paraná. Com o fim de identificar a atuação e relação entre os entes Federal, Estadual e Municipal envolvidos na Política Pública de Sangue no serviço de hemoterapia regional e contribuir para o planejamento de estratégias de captação de doadores de sangue nos municípios atendidos pela rede pública de sangue investigada.

Para isso, esta dissertação se inicia discorrendo sobre a organização da Política de Sangue no Sistema de Saúde do Brasil, passando pelo Estado do Paraná e terminando a explanação no Município de Londrina, entendendo a relação entre os entes federados.

O capítulo dois se dedica a caracterizar a área atendida pelo serviço de hemoterapia, traçando um perfil hemoterápico baseado nos dados de doação, de leitos disponíveis e as distâncias percorridas dentro da 17ª Regional de Saúde quando é necessária uma transfusão de sangue.

O capítulo três discorre sobre o estudo de caso, a pesquisa com os agentes públicos no que tange à Política de Sangue em âmbito municipal, tecendo o perfil dos gestores municipais e a efetividade do atendimento a legislação vigente.

O capítulo quatro, como fruto do estudo de caso, traz orientações ao gestor para confecção do Plano Diretor de Sangue Municipal, que visa auxiliar a Administração

Municipal na tarefa de cumprir a legislação e, conseqüentemente, o atendimento da população.

E, por fim, o capítulo 5 discorre sobre as considerações finais do estudo, por meio da síntese dos principais desafios enfrentados, além de questões norteadoras para outras pesquisas sobre a Política de Sangue.

1. OS ENTES FEDERADOS E A POLÍTICA DE SANGUE

1.1 A POLÍTICA DE SANGUE NO BRASIL

Em 27 de março de 1950, o então Presidente da República, Eurico Gaspar Dutra sancionou a Lei nº 1.075 incentivando a doação voluntária de sangue no Brasil. Este documento enaltecia a doação não remunerada e tratava como relevante o ato de doar, a lei comunicava que:

Art. 1º Será consignada com louvor na folha de serviço de militar, de funcionário público civil ou de servidor de autarquia, a doação voluntária de sangue, feita a Banco mantido por organismo de serviço estatal ou paraestatal, devidamente comprovada por atestado oficial da instituição. Art. 3º O doador voluntário, que não for servidor público civil ou militar, nem de autarquia, será incluído, em igualdade de condições exigidas em lei, entre os que prestam serviços relevantes à sociedade e à Pátria (BRASIL, 1950).

A lei surgia como uma tentativa de estimular a doação voluntária e exaltar o ato altruísta de serviço relevante. Na década de 1940 surgiram bancos de sangue, que foram criados com o objetivo de captar doadores e prover sangue aos próprios hospitais, entre esses o Banco de Sangue no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, em 1942, o Banco de Sangue do Distrito Federal, em 1944, e outros pelo país (JUNQUEIRA; ROSEMBLIT; HAMERSCHLAK, 2005).

Ainda em 1950, ocorreram outros dois fatos significativos para a hemoterapia nacional, a criação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, fundada por um grupo de profissionais ligados à hemoterapia que frequentava Congressos Internacionais da especialidade, e a fundação da Associação de Doadores Voluntários do Brasil. Interessante destacar que o início da estruturação da rede de sangue no Brasil não foi traçada pelo Estado e sim pela iniciativa privada, que defendia a doação remunerada visando lucro. No lado oposto, estava a Associação de Voluntários que apregoava a doação voluntária, investindo na generosidade do doador. Conforme Pimentel (2006, p.53):

A ausência de normas técnicas fazia com que os bancos de sangue funcionassem como bem entendiam, e a prestação de serviço dependia do comportamento ético de seus responsáveis, levando suas atividades como conceituadas ou, meramente, um negócio. Não existia nenhuma preocupação com o bem-estar social. (...) o aumento da demanda por transfusão pela medicina, bem como a falta de fiscalização dos serviços permitiam aos bancos de sangue privados um negócio lucrativo: pagar aos doadores uma quantia ínfima e vender o sangue aos hospitais, praticamente sem qualquer controle de qualidade e a preços, praticamente livres.

Dessa maneira, os bancos de sangue privados e públicos eram os responsáveis pela captação e transfusão de sangue nos serviços de saúde do país, isso sem que houvesse nenhuma regulação estatal. No entanto, em 28 de junho de 1965 foi sancionada a Lei nº

4.701, que definia as diretrizes para a Política Nacional de Sangue. O sangue se tornava uma questão de segurança nacional e a lei sancionada pelo Presidente da República, Humberto de Alencar Castelo Branco, definia as bases da Política de Sangue e instituía a Comissão Nacional de Hemoterapia, que nascia com a missão de propor a regulação da atividade hemoterápica no Brasil (BRASIL, 1965).

A Comissão produziu um material disciplinador, mas funcionava apenas como órgão consultivo, pois sem uma fiscalização eficiente, a dificuldade de implantação da política era ainda maior. Em 1969, o consultor da Organização Mundial da Saúde, professor Pierre Cazal, produziu um relatório após várias visitas aos serviços de hemoterapia no país. Esse documento, conhecido como Relatório Cazal, sinalizava estratégias para a consolidação da Política de Sangue, citando que deveria haver uma sistematização para a doação voluntária, uma organização da rede de instituições ligadas à doação de sangue, normatização da produção, da distribuição e de utilização de sangue, regulação da indústria dos hemoderivados, promoção da pesquisa científica e a fiscalização sanitária (SILVA JÚNIOR; COSTA; BACCARA, 2015).

A discussão sobre a Política de Sangue ultrapassava o gabinete institucional e ganhava adeptos na sociedade, a exemplo da notícia publicada no jornal da época:

A Organização Mundial da Saúde, através de Pierre Cazal, um de seus membros, apresentou em 1971, ao Ministério da Saúde, o 'Plano Nacional de Sangue', o qual eliminaria definitivamente os bancos particulares com a criação de um Centro de Transfusão de Sangue, capaz de atender a mais de três milhões de habitantes numa área de até 10 mil quilômetros quadrados. Mas, o Plano até agora não virou, por falta de recursos do governo. Na última reunião da Federação Pan-americanas Pró-Doação Voluntária de Sangue, quando várias associações apresentaram seus protestos contra a comercialização do sangue, foi estabelecida a diferença de tratamento de 'banco de sangue' (com fins filantrópicos) e 'banco comercial de sangue', assim como de 'doador' e 'doador comercial', para que não haja mais confusão entre o que é doação e o que é lucro (SEU SANGUE VALE UMA VIDA. 1972, p. 6).

A Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia também reagiu ao relatório confeccionado pelo médico Pierre Cazal, afirmando que:

O presidente da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, seção GB, lamenta e surpreende-se com a repercussão alcançada pelo 'Plano Nacional de Sangue' entregue ao Ministério da Saúde em 1971, pelo médico francês Pierre Cazal, que, teoricamente bem construído, pouco ter a ver com nossas realidades social e territorial. É bom lembrar que o eminente hematologista francês exerce sua especialidade num país onde a medicina esta socializada e ao mesmo tempo, os serviços e despesas de transfusão de sangue correm por conta do governo daquele país (CORREIO DA MANHÃ, 1972, p.6).

Entre os anos de 1964 e 1979, a área de hemoterapia avançou na legislação e normatização, porém não havia uma fiscalização eficiente e, por isso, os serviços

funcionavam sem que houvesse uma Política de Sangue consistente, permitindo que serviço público e privado disputassem os doadores e fizessem suas próprias leis para a captação e transfusão de sangue. Interessante notar que havia uma separação entre aqueles que podiam doar voluntariamente e os que recebiam gratificação pela doação.

Conforme os coordenadores da campanha, os ricos geralmente não doam sangue, porque quando precisam compram-no, mas se esquecem de que num momento de emergência, como no caso de algum desastre de automóvel, rico ou não, a pessoa é socorrida em prontos-socorros públicos, onde lhe é fornecido sangue grátis, graças ao senso de colaboração de alguma pessoa do povo (CORREIO DA MANHÃ, 1972, p. 6)

A Associação de Doadores Voluntários do Brasil, fundada em 1950, era uma defensora da doação voluntária e combatia duramente os bancos de sangue que remuneravam os doadores pela doação de sangue. Notas no jornal davam o tom de como a situação era vista na época:

Um exemplo típico de “banco de sangue comercial” é o Banco de Sangue Presidente Vargas Ltda., na Avenida Presidente Vargas, 2007-A. Lá os doadores vendem seu sangue que por sua vez é vendido pela firma. A gratificação, dependendo do grupo sanguíneo e do fator RH vai de Cr\$ 10,00 a Cr\$ 20,00, sendo mais valioso o sangue RH negativo. Para a venda existe uma tabela da Previdência Social do INPS que determina o máximo de Cr\$ 95,90 por litro de sangue de RH positivo e de Cr\$ 137,00 por litro de RH negativo. Em certas épocas o movimento da firma é de 100 doadores por dia, em sua maioria de baixas camadas econômicas, que vendem seu sangue visando apenas os vinte cruzeiros de gratificação. A firma, no entanto, tem entre seus doadores pessoas de alto nível econômico e social que dão sangue unicamente por humanitarismo. É impossível para qualquer pessoa viver exclusivamente da venda de seu sangue, pois cada doação só pode se feita de 45 em 45 dias. O sangue recolhido na empresa é vendido nos hospitais com os quais a firma tem contrato. O excedente é vendido a indústria químico-farmacêutica. A maioria das pessoas acha o comércio de sangue uma atividade desonrosa, no entanto ela é necessária. O fato das pessoas procurarem o banco de sangue, visando uma remuneração é encarado pelos médicos como um “mal necessário”. A própria colocação do sangue comprado nos hospitais é considerada como um serviço público. Diz o Dr. Márcio Macedo, diretor do Banco de Sangue Presidente Vargas: Existe uma prevenção contra a venda de sangue. Mas o sangue não é uma mercadoria. Pagamos uma gratificação não um preço, e a venda de sangue não deve ser considerada necessariamente como uma transação comercial (CORREIO DA MANHÃ, 1970, p.4).

Na outra ponta, estava a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia que defendia a classe médica e os serviços privados associados:

Há uma distância vital entre ‘crime social’ e ‘vergonha nacional’: o ato de se gratificar irrisoriamente um doador de sangue decorre da falta de consciência do povo brasileiro quanto a nobreza, necessidade e dever humano de se doar sangue voluntariamente. Importante: essa gratificação, realmente irrisória é numa indiscutível maioria exigida no ato de doação pelo próprio doador. E até o momento, não existe em vigor nenhuma lei que proíba ou evite essa gratificação (CORREIO DA MANHÃ, 1972, p.6).

Diante dessa questão era necessária uma intervenção estatal, portanto, em 30 de abril de 1980 foi aprovada, em conjunto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e

Assistência Social, a Portaria Interministerial nº 7, que propunha aprovar as diretrizes básicas do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados – PRÓ-SANGUE. As diretrizes básicas dessa Portaria estavam pautadas no desenvolvimento do país, no aumento populacional e na necessidade de uma ação governamental que ordenasse o aumento dos bancos de sangue no Brasil. O documento ressaltava a importância do controle da situação e o crescimento desmesurado da especulação com o sangue, seus derivados e doadores, pois parte da população marginalizada dos centros urbanos procurava o procedimento de doação com o objetivo de aumentar o poder aquisitivo, uma vez que a mesma era remunerada (BRASIL, 1980).

O sistema nacional de Hematologia e Hemoterapia envolve entidades governamentais e parte da sociedade civil, sendo que merece destaque a ação proposta para as Secretarias de Saúde das unidades federadas, pois essas tinham como delegação executar os serviços de vigilância e fiscalização, bem como implantar os hemocentros. Atualmente, as Secretarias Municipais de Saúde, através da Vigilância Municipal de Saúde, realizam a tarefa anual de auditar as unidades hemoterápicas públicas e privadas, cabe a essa, ainda, a concessão da licença sanitária de funcionamento.

O programa de qualidade do sangue concentrava seus esforços na implantação da Rede Nacional de Centros de Hematologia e Hemoterapia e tinha como modelo o Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE. As atividades básicas dos Hemocentros determinadas pelo documento oficial do Ministério da Saúde eram de:

Adotar sistematicamente a prática da doação voluntária de sangue, não remunerada, com participação orientada da sociedade a fim de evitar a especulação na coleta e distribuição do sangue, direcionando-a para a legítima finalidade social; Organizar e sistematizar a rede de distribuição do sangue e hemoderivados, definindo as responsabilidades governamentais e de particulares de modo que a oferta alcance gradativamente a demanda. Normatizar a distribuição e a utilização do sangue e hemoderivados; Disciplinar a industrialização e a comercialização de hemoterápicos; Promover a pesquisa científica e o desenvolvimento tecnológico relacionados com o sangue, seus produtos e derivados, de par com a formação de pessoal especializado para a atividade em todos os níveis; Exercer de forma global e rigorosa, utilizando a infraestrutura do serviço público, nas diversas unidades federadas, o controle de qualidade dos produtos hemoterápicos e a fiscalização da atividade fim (BASÍLIO, 2002, p. 48).

O PRÓ-SANGUE trouxe uma reorganização do sistema hemoterápico no Brasil, pois com o programa os hemocentros e outros serviços de hemoterapia passaram a processar o sangue dentro de padrões de qualidade e, assim, garantir maior segurança para doadores e receptores de sangue.

Na década de 1980, a saúde brasileira foi marcada pela 8ª Conferência Nacional, que discutiu assuntos referentes ao sangue e hemocomponentes, entre as quais: campanhas

educativas, revisão da legislação atual, ampliação do tema dentro dos programas educacionais, normas técnicas disciplinadoras e controle de qualidade. Outro fato importante foi o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE), que nasceu com a institucionalização do Poder Público sobre a prática hemoterápica e garantiu fontes de financiamento e a promulgação da Constituição Brasileira. A coleta e a transfusão de sangue no Brasil ganhava uma nova condição na Constituição Federal de 1988, que determina no parágrafo 4º, do artigo 199, que:

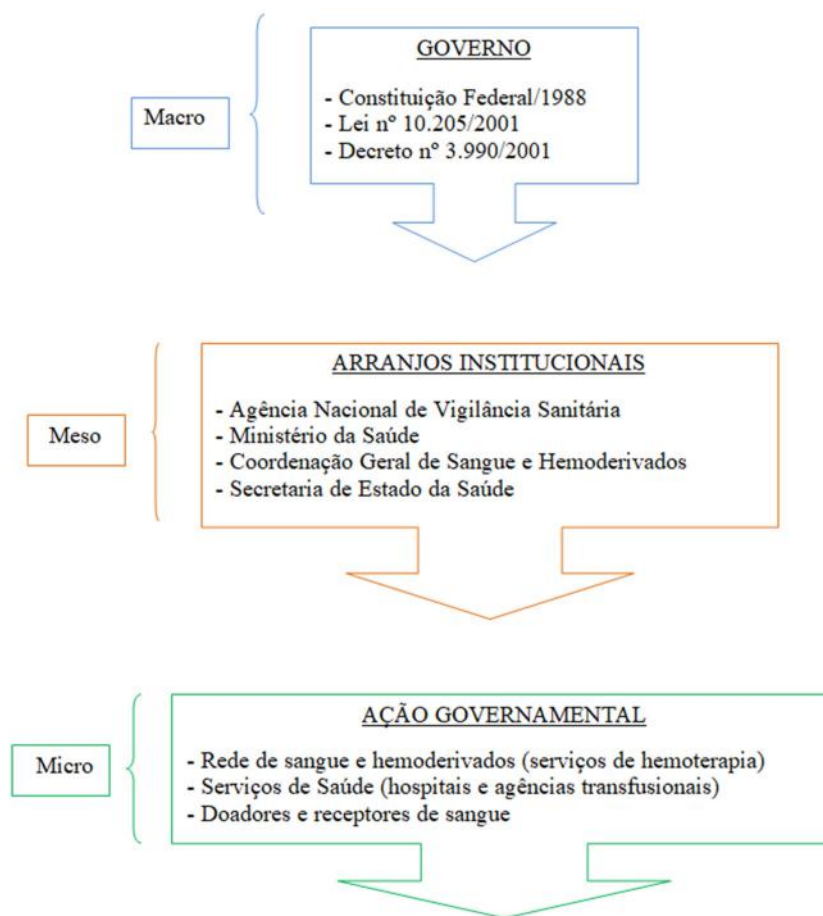
A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

A inclusão deste artigo na Constituição de 1988 apontou para uma prática que deveria existir no Brasil e que ainda estava longe da realidade brasileira, isso porque as doações remuneradas, a comercialização do plasma, as transfusões sem critérios médicos e a carência de uma coordenação nacional ainda eram uma prática nacional.

Em 1990, a Lei nº 8.080 nascia com o propósito de regular, em todo o território nacional, as ações dos serviços de saúde indicando como objetivo do SUS a formulação e execução da Política de Sangue e seus derivados, além de atribuir às esferas Federais, Estaduais e Municipais a implementação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (BRASIL, 1990).

Estas e outras leis que compõem o conjunto normativo que regula a hemoterapia no Brasil são partes de política pública abrangente com uma proposta de transfundir sangue com qualidade para os receptores e atender integralmente portadores de coagulopatias hereditárias. Para que todo esse processo funcione atendendo a população, muitas instituições estão envolvidas e a hemorrede nacional se sustenta por ações em âmbito Federal, Estadual e Municipal. Sendo assim, essa política pública está estruturada por meio de um conjunto de processos, que envolvem diversos atores e também uma intrincada rede de instituições que atuam em diferentes pontos, constituindo um complexo sistema e atuando nas dimensões macro, meso e micro institucional (CASTRO e MELLO, 2017, p.12). As estruturas nas dimensões institucionais da área da hemoterapia estão assim representadas:

Figura 2: Representação das Instituições na Política de Sangue



Fonte: a autora.

O conjunto de leis normativas da área de sangue se estabelece em âmbito meso institucional, nessa estrutura de Governo estão prescritas todas as deliberações para a boa prática da fabricação e transfusão de sangue no Brasil. Desta maneira, a Agência de Vigilância Sanitária e o Ministério da Saúde legislam para que a normativa aplicada se transforme em ação governamental eficiente para o cidadão. Na dimensão meso institucional, ainda há Grupos de Assessoramento Técnico (GAT), os Comitês e as Câmaras técnicas específicas que auxiliam a agência reguladora a construir o ordenamento jurídico.

A ação governamental tomou forma com a sanção da Lei nº 10.205, de março de 2001, e com a publicação do Decreto nº 3.990, em outubro do mesmo ano, que regulamentou o artigo nº 26 da “Lei do Sangue” sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso. Há um silêncio estatal entre a Constituição de 1988 e a Lei do Sangue de 2001, isso porque a questão do sangue entrou na agenda presidencial pressionado pelo advento da AIDS e, também, pela morte do sociólogo Herbert de Sousa, portador de hemofilia que adquiriu o

vírus do HIV em decorrência das transfusões de sangue a que era obrigado a se submeter periodicamente em função da doença.

O presidente Fernando Henrique Cardoso (PSDB) sancionou nesta quarta-feira a lei que proíbe a comercialização do sangue e seus derivados. Conhecida como "Lei Betinho", homenagem ao sociólogo Herbert de Souza (que, hemofílico, morreu em 97 devido a uma transfusão de sangue contaminado), a lei esperava por sua regulamentação há pelo menos nove anos. Até então a legislação "sanguínea" no Brasil era determinada na base do decreto (FOLHA DE SÃO PAULO, 2001).

Regulamentada a lei, era necessário regular as ações da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados e estabelecer o ordenamento institucional indispensável à execução adequada das atividades ligadas à manutenção dos estoques de sangue no Brasil, além de implementar uma política que garantisse acesso e assistência hemoterápica aos pacientes através da universalização do atendimento (BRASIL, 2001). A Política de Sangue proibiu a doação remunerada e a comercialização da coleta, do processamento, da estocagem, da distribuição e de transfusão de sangue no país, ordenando assim a utilização de doações voluntárias.

1.2 POLÍTICA DE SANGUE NO PARANÁ

A Secretaria de Estado da Saúde (SESA) está inserida na estrutura organizacional da Administração Direta do Estado do Paraná e é constituída por diversos órgãos, entre esses: o Conselho Estadual de Saúde, a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), a Assessoria Técnica, a Assessoria Jurídica, a Assessoria de Comunicação, a Ouvidoria Estadual, as Superintendências e as Regionais de Saúde. Administrativamente, as regionais estão organizadas em vinte e duas unidades distribuídas retratando a representatividade do Estado nos municípios, como se pode verificar na figura 3:

Figura 3: Unidades dos Municípios do Estado do Paraná



Fonte: Secretaria de Saúde.

Dentro do organograma estadual, a Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde da Secretaria de Estado é a responsável pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR), criado em 1982, com o objetivo de atender as necessidades hemoterápicas e hematológicas no âmbito Estadual. Conforme o órgão, o HEMEPAR tem como competência:

I. O planejamento, a programação, a coordenação e o monitoramento técnico das atividades da rede de hematologia e hemoterapia pública estadual; II. A captação de doadores, o processamento, a distribuição e a transfusão de sangue e hemoderivados, por meio de uma rede de unidades de complexidade crescente, segundo padrões técnico-científicos estabelecidos pela legislação vigente; III. A promoção de estudos e pesquisas em relação à hematologia e hemoterapia e sua divulgação sistemática, em conjunto com as demais áreas afins; IV. O apoio técnico, a implantação e o controle efetivo das normas de biossegurança e da qualidade dos processos de produção e dos produtos de cada área; V. O subsídio técnico à Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde e às demais Unidades da Secretaria de Estado da Saúde em assuntos de sua competência; VI. A programação, a orientação e o monitoramento do cumprimento das normas técnicas necessárias à manutenção do funcionamento da rede pública estadual de sangue e hemoderivados, sob gestão da SESA; e VII. A gerência técnica da Hemorrede, compreendida por: Hemocentro Coordenador, Hemocentros, Hemonúcleos e Unidades de Coleta e Transfusão (PARANÁ, 2014, p.16).

A organização da rede paranaense de sangue foi estabelecida a partir da Resolução da Diretoria Colegiada nº 151, de 21 de agosto de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os serviços foram classificados por sua natureza e a partir dessa premissa, a

definição do ressarcimento, definindo na lei, de forma explícita, que é vedada qualquer comercialização dos hemocomponentes, independente da natureza do serviço, com isso o ressarcimento acontece somente para custear as despesas com a preparação dos hemocomponentes. A definição dada pela normativa está descrito no quadro 1.

Quadro 1: Classificação dos serviços de Hemoterapia por natureza e ressarcimento.

Natureza	Definição	Ressarcimento
Público	Instituição da administração pública, direta ou indireta, integrante do SUS.	É ressarcido pelo SUS pelos custos de coleta, processamento, realização de testes de triagem do sangue e transfusão de hemocomponentes.
Privado	Entidade de natureza privada. Atua complementarmente ao SUS, sem ser ressarcida por este.	É ressarcida pelos receptores dos hemocomponentes pelos custos de coleta, processamento, realização de testes de triagem do sangue e transfusão dos hemocomponentes.
Privado contratado pelo SUS	Entidade de natureza privada.	Atua complementarmente ao SUS, sendo ressarcida pelos custos de coleta, de processamento, de realização de testes de triagem do sangue e de transfusão dos hemocomponentes pelo SUS.
Filantrópica	Entidade de natureza privada, sem fins lucrativos, mantida parcial ou integralmente por meio de doações.	Quando contratada pelo SUS é ressarcida pelos custos de coleta, de processamento, de realização de testes de triagem do sangue e de transfusão de hemocomponentes.

Fonte: Resolução da Diretoria Colegiada nº 151/2001.

O nível de complexidade dos serviços define o escopo das atividades, atribuindo maiores obrigações aos serviços de alta e média complexidade, como: exames laboratoriais e o processamento do sangue coletado. Além do financiamento e das tarefas, a legislação também determina a nomenclatura dos serviços, sendo que todas essas definições estão interligadas e determinam os processos de trabalho no serviço como descrito no quadro 2.

Quadro 2: Classificação da nomenclatura e conceituação dos serviços

Nomenclatura	Definição
HC – Hemocentro Coordenador	Entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência do Estado na área de Hemoterapia e/ou Hematologia com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e/ou hematológico à rede de serviços de saúde. Deverá prestar serviços de assistência às áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas, e apoio técnico à Secretaria de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue

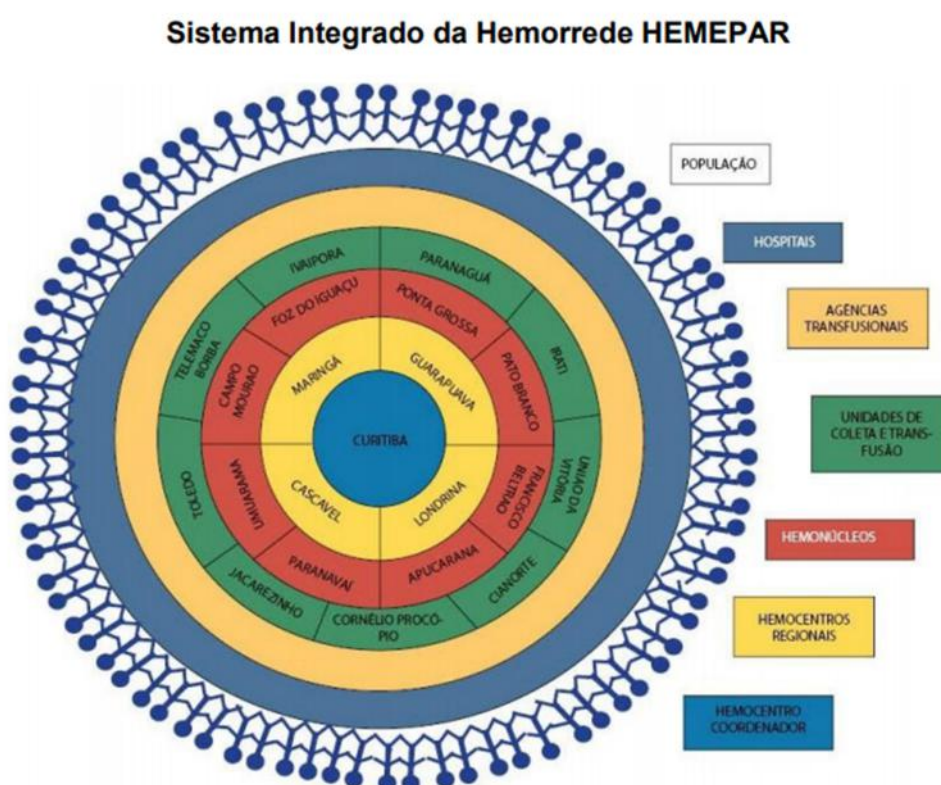
	e Hemoderivados - SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados - PLANASHE e em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica;
HR – Hemocentro Regional	Entidade de âmbito regional, de natureza pública, para atuação macrorregional na área hemoterápica e/ou hematológica. Deverá coordenar e desenvolver as ações estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do Estado para uma macrorregião de saúde, de forma hierarquizada e de acordo com o SINASAN e o PLANASHE. Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores as amostras de sangue para realização dos exames.
NH – Núcleo de Hemoterapia	Entidade de âmbito local ou regional, de natureza pública ou privada, para atuação microrregional na área de hemoterapia e/ou hematologia. Deverá desenvolver as ações estabelecidas pela Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de forma hierarquizada e de acordo com o SINASAN e o PLANASHE Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores as amostras de sangue para realização dos exames.
UCT – Unidade de Coleta e Transfusão	Entidade de âmbito local, de natureza pública ou privada, que realiza coleta de sangue total e transfusão, localizada em hospitais ou pequenos municípios, nos quais a demanda de serviços não justifique a instalação de uma estrutura mais complexa de hemoterapia. Poderá ou não processar o sangue total e realizar os testes imuno-hematológicos dos doadores. Deverá encaminhar para a realização da triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço de Hemoterapia de referência;
UC – Unidade de Coleta	Entidade de âmbito local, que realiza coleta de sangue total, podendo ser móvel ou fixa. Se for móvel, deverá ser pública e estar ligada a um Serviço de Hemoterapia. Em caso de ser fixa, poderá ser pública ou privada. Deverá encaminhar o sangue total para processamento e realização dos testes imuno-hematológicos e de triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço de Hemoterapia de referência;
CTLD – Central de Triagem Laboratorial de Doadores	Entidade de âmbito local, regional ou estadual, pública ou privada, que tem como competência a realização dos exames de triagem das doenças infecciosas nas amostras de sangue dos doadores coletado na própria instituição ou em outras. A realização de exames para outras instituições só será autorizada mediante convênio/contrato de prestação serviço, conforme a natureza das instituições;
AT – Agência Transfusional	Localização preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências será realizado pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade.

Fonte: Resolução da Diretoria Colegiada nº 151/2001.

O HEMEPAR atua em rede, por meio das unidades localizadas no interior do Estado, a hemorrede está organizada com um Hemocentro Coordenador em Curitiba; quatro Hemocentros Regionais nas cidades de Guarapuava, Cascavel, Maringá e Londrina; oito

Hemonúcleos situados nos municípios de Ponta Grossa, Pato Branco, Francisco Beltrão, Foz do Iguaçu, Campo Mourão, Umuarama, Paranavaí e Apucarana; e, nove Unidades de Coleta e Transfusão de Sangue, instaladas em Paranaguá, Irati, União da Vitória, Cianorte, Cornélio Procópio, Jacarezinho, Toledo, Telêmaco Borba e Ivaiporã. Estas unidades prestam assistência para aproximadamente 384 hospitais públicos, filantrópicos e privados conveniados ao SUS do Estado. Nesses hospitais estão implantadas quarenta e seis Agências Transfusionais, mais três agências municipais e uma administrada pelo Consórcio, que armazenam hemocomponentes e realizam provas pré-transfusionais e transfusão. Das vinte e duas Unidades da Hemorrede, vinte e uma realizam coleta de sangue e distribuem hemocomponentes para transfusão, com exceção da unidade de Ivaiporã, que funciona temporariamente como Agência Transfusional (PARANÁ, 2016).

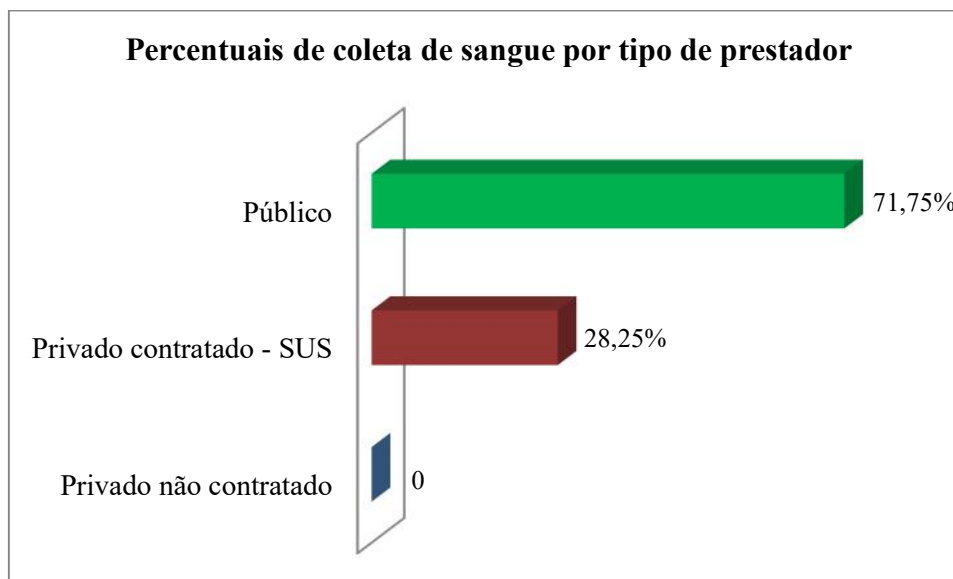
Figura 4: Representação da integração da hemorrede do Paraná - HEMEPAR



Fonte: Manual do HEMEPAR, 2013.

Conforme dados do Ministério da Saúde, em 2016 foram realizadas mais de 249 mil transfusões sanguíneas oriundas das coletas realizadas pelos serviços no Paraná (BRASIL, 2017, p 112). As coletas foram realizadas a partir dos seguintes prestadores:

Gráfico 1: Coletas realizadas em 2016 distribuídas por tipo de prestador de serviço no Paraná.



Fonte: Caderno de Informação Sangue e Hemoderivados, 2017.

O serviço público concentra o maior número de coletas e também o maior número de atendimentos a leitos SUS, mas a meta estabelecida no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 é atingir 90% dos atendimentos SUS no Estado e isso ocorrerá diminuindo paulatinamente a contratação do serviço privado. Para que essa meta seja atingida é imprescindível que a hemorrede pública trabalhe com intuito de aumentar as coletas e o Hemocentro Coordenador articule ações e políticas para que hospitais atendidos pelo SUS recebam sangue de serviço público e não de serviço privado contratado pelo SUS.

Todo o processo do ciclo do sangue é coordenado pelo Sistema Estadual de Informação e Controle Hemoterápico (SHT), que tem como objetivo manter a vigilância da qualidade do sangue e hemocomponentes, contribuindo com a definição da Política de Sangue no Estado. Conforme consta no Plano Estadual de Saúde:

O SHT tem como finalidade evitar a utilização do sangue clandestino no Estado; efetuar o controle sobre os Serviços de Hemoterapia a fim de evitar que doadores inaptos doem sangue; gerar relatórios gerenciais a partir do cruzamento de dados de doações e transfusões de sangue e efetuar a fiscalização; controlar o destino das bolsas permitindo a rastreabilidade, desde a doação até o destino final do sangue; efetuar análises estatísticas qualitativas e quantitativas do sangue coletado e transfundido; permitir a investigação epidemiológica dos casos de doenças transmissíveis pelo sangue, entre outras (PARANÁ, 2019, p. 147).

O SHT está sob a coordenação da Vigilância Sanitária Estadual e, diariamente, são informadas todas as movimentações do ciclo do sangue, como as coletas dos doadores, os exames realizados e as transfusões efetivadas. Com esse controle é possível rastrear todo o ciclo do sangue, desde a entrada do doador no serviço até a finalização da bolsa de sangue.

Todos os registros gerados nesse processo são arquivados por vinte anos e devem, em qualquer momento, estar à disposição da autoridade sanitária.

1.3 POLÍTICA DE SANGUE NA 17ª REGIONAL DE LONDRINA

De atuação regional, natureza pública e atuação macrorregional na área de hematologia e hemoterapia, o Hemocentro atende a demanda transfusional de 22 hospitais da 17ª Regional de Saúde, sendo referência para portadores de coagulopatias hereditárias e realiza cadastro de doadores voluntários de medula óssea. A responsabilidade técnica do serviço está sob a gestão do médico hematologista/hemoterapeuta que, obrigatoriamente, deve atender a legislação vigente.

Figura 5: Prédio do Hemocentro Regional de Londrina



Fonte: <http://www.uel.br/hu/hemocentro/>.

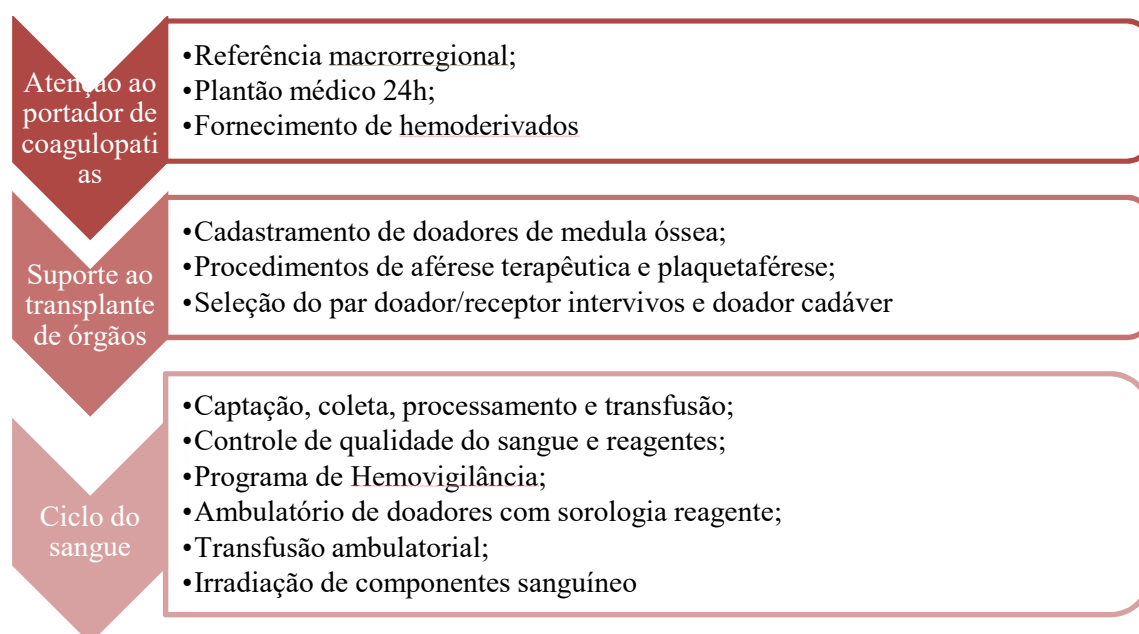
O serviço foi implantando em 1990 através do Termo de Acordo entre a Fundação Caetano Munhoz da Rocha e a Universidade Estadual de Londrina (UEL), tendo sido instalado nas dependências do Hospital Universitário de Londrina, sendo um órgão suplementar do Centro de Ciências da Saúde da UEL, com área construída de 2.056 m² distribuídos em dois pavimentos, que abriga no térreo a recepção, coleta de doadores, triagem clínica, consultórios médicos, produção, distribuição, copa de doadores, copa de funcionários,

almoxarifado, sala de transfusão, sanitários para doadores, pacientes e funcionários, expurgo e sala de material de limpeza, no anexo, no qual ficam o abrigo externo temporário de resíduos sólidos, o grupo gerador de energia elétrica e a cisterna. O primeiro andar comporta as salas do apoio administrativo, sala de reuniões, sala da diretoria, auditório, sala de treinamento, laboratório de imunohematologia de doadores, laboratório de controle de qualidade e gestão da qualidade.

No ano de 2018, foram coletadas 14.450 bolsas de sangue e processadas 38.704 hemocomponentes, distribuídos entre concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas e plasma fresco. Conforme preconizado no artigo 129 da Portaria de Consolidação nº 5/2017, é obrigatória a realização de exames laboratoriais de alta sensibilidade a cada doação, para detecção de marcadores para as seguintes infecções transmissíveis pelo sangue: sífilis, doença de chagas, hepatite B, hepatite C, AIDS e HTLV, totalizando dessa maneira a realização de 107.595 exames no ano em estudo.

Neste mesmo ano de 2018 foram realizadas 644 transfusões ambulatoriais e 9.497 hospitalares, além de distribuir 8.621 hemocomponentes para agência transfusional. Todo esse trabalho está alinhado com a Política de Sangue que tem como objetivo desenvolver políticas e ações que promovam a saúde e o acesso da população à atenção hemoterápica e hematológica com segurança e qualidade, alinhadas com os princípios e diretrizes do SUS. Além da atividade transfusional, disponibiliza os seguintes serviços:

Figura 6: Atividades realizadas pelo serviço



Fonte: a autora.

A 17ª Regional de Saúde é composta por vinte e um municípios e em dezoito deles há hospitais para atendimento de urgência e emergência, com exceção das cidades de Pitangueiras, Guaraci e Cafeara, que utilizam os serviços de outros municípios. Há predominância de municípios de pequeno porte, nos quais residem menos que 20.000 mil habitantes, sendo dessa maneira inviável a operação de um serviço de hemoterapia regional em função do alto custo e a alta complexidade da produção de hemocomponentes.

2.1 PERFIL HEMOTERÁPICO

Conforme o dicionário Língua Portuguesa, sangue é definido por “líquido vermelho, composto de plasma, glóbulos vermelhos e brancos, que circula pelas artérias e veias do organismo dos animais vertebrados transportando gases, nutrientes e elementos necessários à defesa do organismo”, no sentido figurado pode ser entendido como o princípio vital para a vida ou a “existência humana” e “conjunto de indivíduos com relação de consanguinidade, casta, estirpe, família, raça”.

O sangue é um fluido vital para a manutenção do ser humano, permite a oxigenação dos órgãos, defende o organismo de invasores e sem esse é impossível manter a vida. A questão do sangue perpassa o sistema circulatório e carrega uma proporção mitológica de ser, é comum associar termos como “sangue bom”, “sangue frio”, “ter sangue de barata”, “sangue nos olhos” e tantos outros termos, que denotam sentimentos ou intenções. A junção entre o líquido biológico e a substância mítica está presente há muitos anos, tendo um significado diferente para as religiões, para a moral e para as etnias.

O sangue sempre foi um elemento muito presente na maioria das religiões. O sacrifício de sangue, ritual no qual se oferecia sangue de humanos ou de animais aos deuses para se obter graças ou favores, foi utilizado entre os povos da África, da Europa, da América do Sul. Os astecas, por exemplo, sacrificavam com a chegada do inverno, milhares de escravos e prisioneiros, oferecendo seu sangue aos deuses para que o sol voltasse a brilhar. O que sempre acabava acontecendo: depois de alguns meses de inverno, o sol retornava com toda a força, ano após ano (FILHO, 2000, p. 16).

As primeiras experiências marcaram o período empírico, sendo sucedida de erros e acertos relatados nas transfusões incompatíveis, morte de doadores e de receptores, mas também por melhora da saúde de pacientes que recebiam o sangue. O período científico nasce com a descoberta, em 1900, dos grupos sanguíneos por Karl Landsteiner e tem início uma fase em que conhecendo os tipos sanguíneos era possível pensar em transfusões mais seguras.

Todo doador de sangue ao se candidatar para a doação passa por uma triagem clínica, que consiste na avaliação da história clínica e epidemiológica do candidato, além dos hábitos e comportamentos para que não haja prejuízo à saúde do doador e do receptor. Caso as condições não sejam favoráveis para a doação de sangue, o candidato estará inapto clinicamente. Quando o candidato apresenta condições de saúde, ele estará apto clinicamente para realizar a doação de sangue.

No ano de 2018 foi possível verificar que 17% dos candidatos que compareceram para doação não puderam doar sangue e foram declarados inaptos, alguns com motivos temporários e outros definitivos. Conforme o artigo 5º da Portaria de Consolidação considera-se:

Doador inapto definitivo: doador que nunca poderá doar sangue para outra pessoa, podendo, em alguns casos, realizar doação autóloga. Doador inapto por tempo indeterminado: doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por um período indefinido de tempo segundo as normas regulatórias vigentes, mas apto a realizar doação autóloga. Doador inapto temporário: doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por determinado período de tempo, podendo realizar doação autóloga quando possível e necessário (BRASIL, 2017, p.261).

Gripe, resfriado, peso abaixo de 50 kg e anemia são motivos de inaptidão temporária, mas alcoolismo crônico e doença de chagas são exemplos de causas para inaptidão definitiva do doador. Algumas causas de inaptidão estão demonstradas na tabela 1, ressaltando que no momento da entrevista, o triador estabelece uma sequencia de perguntas para o candidato e assim que alguma resposta impede a doação, o questionário também é interrompido. Dessa forma, o doador será inaptado apenas por um motivo, ignorando assim os demais que poderiam impedir a doação.

Tabela 1: Causas de inaptidão que impossibilitaram a doação de sangue, no ano de 2018 em Londrina/PR

Causas de inaptidão	Total	%
Anemia	783	25,7
Exclusão médica	564	18,5
Uso de medicação	244	7,97
Hipertensão arterial	199	6,51
Intervenção cirúrgica de pequeno ou grande porte	199	6,51
Acidente com material biológico/tatuagem/piercing	161	5,27
Contato sexual com parceiro não fixo	138	4,51
Uso excessivo de bebida alcoólica no dia da doação	126	4,12
Manifestações gripais	115	3,76
Passagem por zona endêmica de malária nos últimos 12 meses	92	3,01
Peso inferior a 50 kg	76	2,48
Outras patologias de inaptidão temporária	56	1,83

Vacina para Pólio, Varíola, febre Amarela Rubéola – 4 semanas	48	1,57
Desistência da doação	37	1,21
Hipotensão arterial	37	1,21
Manifestações alérgicas	22	0,72
Pulso acima de 100 batimentos por minutos	20	0,65
Outras patologias de inaptidão definitiva	20	0,65
Doença cardíaca	15	0,49
Extração dentária a menos de 7 dias	06	0,19
Doença autoimune	04	0,13
Febre	04	0,13
Doença hematológica	04	0,13
Alcoolismo habitual	03	0,09
Outros motivos	82	2,66
TOTAL	3055	100%

Fonte: Sistema informatizado SANGUE, Londrina, 2018.

A motivação para a doação é importante, uma vez que esse indicador pode mostrar qual motivo levou o doador até o serviço. A doação voluntária é a mais almejada, isso porque o doador comparece de maneira livre sem esperar benefício em virtude da realização do ato de doar.

A doação voluntária tem sido a modalidade com maior número de doações, sendo a mais desejada pelo serviço, isso porque o doador não busca interesses pessoais com a doação. Conforme os dados da tabela 2, a motivação está classificada em: a) voluntária, quando o doador realiza a doação de maneira espontânea e altruísta; b) convocada, quando o serviço necessita de um sangue específico e convoca o doador para a doação, e essa prática não é incentivada, pois no desejo de ajudar, os familiares podem ocultar informações importantes na triagem clínica; c) reposição: quando o doador realiza uma doação para algum familiar ou amigo; d) autóloga, quando doadores doam sangue para deixar em estoque e receber posteriormente, caso, por exemplo, dos pacientes que recebem transplante autólogos.

Tabela 2: Distribuição dos indivíduos que compareceram para doação conforme motivação e condição de aptidão, no ano 2018, Londrina/PR

Condição	Motivação	2018
Aptos	Voluntária	13.433
	Convocada	940
	Reposição	44
	Autóloga	33
Inaptos	Voluntária	2.870
	Convocada	174
	Reposição	11
	Autóloga	0
TOTAL		17.505

Fonte: Sistema informatizado SANGUE, Londrina, 2018.

Quando o doador se apresenta para a doação é necessário realizar um cadastro com nome, filiação, dados documentais, profissão, endereço de residência, telefones de contato e profissão. A legislação que normatiza as atividades hemoterápicas determina que o doador de sangue deva ter, no ato da doação, a idade mínima de dezesseis anos completos e pode realizar doação até 69 anos. A distribuição dos indivíduos que compareceram para doação estão descritas na tabela 3:

Tabela 3: Distribuição dos indivíduos que compareceram para doação, conforme faixa etária e condição de aptidão, no ano 2018, Londrina/PR

Condição	Faixa etária	2018
Aptos	Até 18 anos	211
	De 18 a 29 anos	6.038
	Acima de 29 anos	8.201
Inaptos	Até 18 anos	52
	De 18 a 29 anos	1.300
	Acima de 29 anos	1.703
TOTAL		17.505

Fonte: Sistema informatizado SANGUE, Londrina, 2018.

Em relação à faixa etária, doadores entre dezesseis e dezessete anos podem realizar a doação desde que tenham o consentimento formal do responsável legal, que deve ainda permanecer no serviço de hemoterapia até que termine o processo de doação, talvez esse seja um impedimento e explique o número inexpressivo de doadores nesta faixa etária. A predominância de doadores está na faixa etária acima de vinte e nove anos e logo atrás o público de dezoito a vinte e nove anos.

Quando classificamos as doações quanto ao gênero, verifica-se que os homens compareceram para doar em número superior às mulheres, mesmo existindo muitas condições que afastam as mulheres, temporariamente, da doação de sangue. A legislação permite que homens doem sangue a cada sessenta dias e as mulheres a cada noventa dias, mas não podem exceder quatro doações ao ano para os homens, sendo três doações anuais para as mulheres (BRASIL, 2017).

Conforme o regulamento técnico da hemoterapia, uma mulher pode ficar meses sem poder doar sangue, isso porque durante a gestação não é permitido e no pós-parto a mulher pode ficar inapta por até dozes meses se estiver amamentando. A tabela 4 demonstra o número de doações conforme o gênero:

Tabela 4: Distribuição dos indivíduos que compareceram para doação conforme gênero e condição de aptidão para doação no ano de 2018, Londrina/PR

Condição	Gênero	2018	
Aptos	Masculino	7.954	14.450
	Feminino	6.496	
Inaptos	Masculino	1.420	3.055
	Feminino	1.635	
TOTAL		17.505	

Fonte: Sistema informatizado SANGUE, Londrina, 2018.

Conforme a legislação vigente, doador de primeira vez é aquele indivíduo que doa pela primeira vez naquele serviço de hemoterapia; doador de repetição é aquele que realiza duas ou mais doações no período de doze meses e doador esporádico é considerado aquele doador que repete a doação após intervalo superior a doze meses da última doação.

Tabela 5: Distribuição dos indivíduos que compareceram para doação conforme gênero e condição de aptidão para doação no ano de 2018, Londrina/PR

Condição	Gênero	2018	
Aptos	Primeira vez	4.069	14.450
	Repetição	6.957	
	Esporádico	3.424	
Inaptos	Primeira vez	1.220	3.055
	Repetição	1.085	
	Esporádico	750	
TOTAL		17.505	

Fonte: Sistema informatizado SANGUE, Londrina, 2018.

Além dos doadores individuais, que doam regularmente, há uma modalidade incentivada pelo serviço que é a doação de grupos, sempre há um organizador que motiva e agenda as doações no serviço de hemoterapia. Essa captação é extremamente importante, pois incentiva a responsabilidade social e traz para o ato da doação um senso de coletividade e de ajuda ao próximo.

Conforme dados do Ministério da Saúde (2019), o percentual de doadores de sangue corresponde a 1,6% da população brasileira e está dentro dos parâmetros preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomenda que 1% a 3% da população de cada país seja doadora.

Tabela 6: Relação entre população e porcentagem de doadores de sangue em municípios da 17ª Regional de Saúde nos anos de 2010 a 2018. Paraná, 2019.

Município	População	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Alvorada do Sul	10.283	0,05	0,10	0,21	0,12	0,09	0,03	0,05	0,03	0,20
Assai	16.354	0,13	0,13	0,16	0,08	0,09	0,08	0,06	0,06	0,06
Bela Vista Paraíso	15.079	0,15	0,17	0,20	0,16	0,13	0,14	0,14	0,20	0,65

Cafeara	2.695	0	0,03	0,03	0	0	0	0,03	0	0,03
Cambé	96.733	1,37	1,31	1,36	1,48	1,17	0,84	0,84	1,16	1,21
Centenário do Sul	11.190	0,01	0	0,05	0,08	0,03	0,05	0,05	0,07	0,05
Florestópolis	11.222	0,03	0,07	0,12	0,08	0,04	0,06	0	0,05	0,18
Guaraci	5.227	0,03	0,05	0,09	0,07	0,03	0,05	0,11	0,13	0,19
Ibiporã	48.198	0,47	0,43	0,49	0,50	0,51	0,54	0,70	1,00	0,89
Jaguapitã	12.225	0,04	0,09	0,09	0,08	0,04	0,02	0,05	0,08	0,17
Jataizinho	11.875	0,23	0,19	0,27	0,26	0,19	0,25	0,27	1,06	0,76
Londrina	506.701	2,10	2,16	2,21	2,37	2,49	2,37	2,48	2,75	2,84
Lupionópolis	4.592	0	0,02	0,02	0,02	0,08	0,06	0,04	0,17	0,02
Miraselva	1.862	0,05	0	0,21	0	0	0,05	0,05	0	0,10
Pitangueiras	2.814	0,03	0	0,03	0	0,03	0	0,03	0	0
Porecatu	14.189	0,09	0,07	0,16	0,14	0,13	0,06	0,04	0,03	0,62
Prado Ferreira	3.434	0,32	0,75	0,34	0,87	0,32	0,02	0,67	0,14	0,05
Primeiro de Maio	10.832	0,07	0,11	0,12	0,15	0,09	0,40	0,22	0,24	0,22
Rolândia	57.862	0,24	0,23	0,22	0,28	0,29	0,23	0,25	0,43	0,60
Sertanópolis	15.638	0,14	0,16	0,20	0,19	0,10	0,12	0,12	0,41	0,26
Tamarana	12.262	0,22	0,15	0,14	0,15	0,21	0,22	0,17	0,09	0,27
TOTAL										871.267

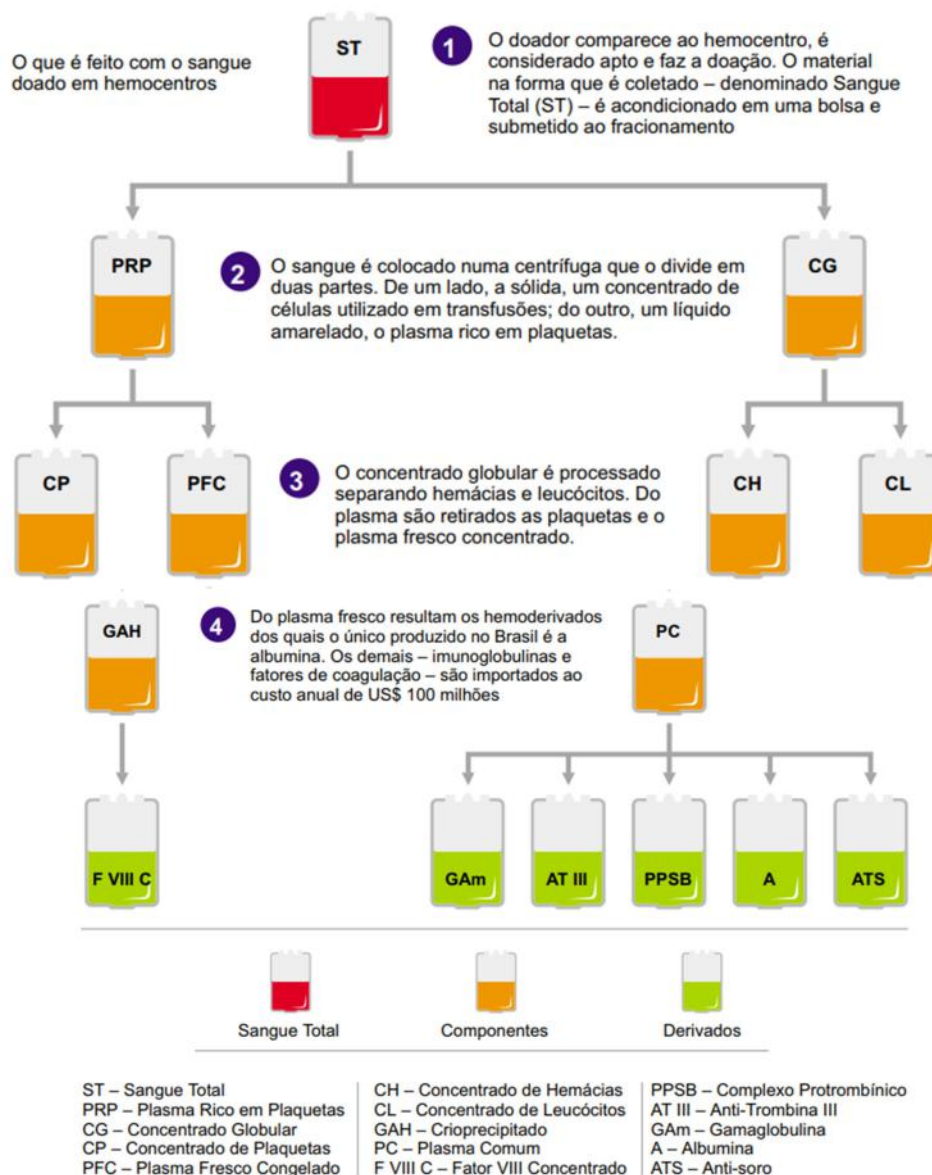
Fonte: IBGE, Censo 2010 e Sistema informatizado SANGUE, Londrina, 2018.

A tabela 6 foi construída através da relação da população do Município e o número de doadores que doou no decorrer dos anos, dessa maneira fica evidente que os municípios têm um índice baixo de doação, quando comparado com o preconizado pela OMS para o país. É incontestável que muitas cidades estão longe do serviço regional e que a logística não é acessível, mas em contrapartida muitos munícipes transitam nas cidades polos em busca de lazer e serviços que nesses pequenos municípios inexistem, poderia esse cidadão colocar a doação de sangue em sua agenda se estivesse sensibilizado para a causa? Muitas pessoas sabem da possibilidade de doador, mas não doam sangue simplesmente porque nunca houve uma motivação para tal e há aqueles que desconhecem a oportunidade de ajudar por meio deste ato.

Após a verificação das condições de saúde do doador, a doação é efetivada por meio da retirada de aproximadamente 500 ml de sangue e armazenada sob um rigoroso processo técnico de fracionamento, sendo assim o sangue doado passa por dupla centrifugação, é separado em hemocomponentes e armazenado dentro das especificações técnicas.

Sendo assim, todas às vezes que o paciente precisar de sangue, o médico deverá preencher uma requisição de transfusão informando qual hemocomponente será transfundido e qual a quantidade prescrita. No laboratório são realizadas as provas pré transfusionais, testes nos quais o sangue do receptor é compatibilizado com o sangue do doador, buscando identificar a melhor unidade para o paciente.

Figura 8: Fracionamento do sangue em hemocomponentes e hemoderivados



Fonte: Programa de Qualidade do Sangue/Ministério da Saúde.

Para que ocorra a distribuição de sangue aos receptores é necessário um contrato no qual as partes concordem com as responsabilidades técnicas, financeiras, de transporte adequado, de vigência e de penalidades para o não cumprimento das obrigações. Os hospitais contratualizados com o serviço de hemoterapia são: Hospital Municipal de Alvorada do Sul, Hospital Municipal de Assai, Hospital São Jorge de Bela Vista do Paraíso, Santa Casa de Misericórdia de Cambé, Hospital Municipal Dr. Lauro de Macedo Sobrinho de Centenário do Sul, Hospital Municipal Santa Branca de Florestópolis, Hospital Cristo Rei de Ipirorã,

Hospital Municipal de Jaguapitã, Hospital São Camilo de Jataizinho, Hospital Universitário de Londrina, Hospital do Câncer de Londrina, Hospital Dr. Anísio Figueiredo, Hospital Dr. Eulalino de Andrade, Maternidade Municipal de Londrina, Hospital Municipal de Lupionópolis, Hospital Municipal de Miraselva, Hospital Municipal de Porecatu, Hospital Municipal João de Caires de Prado Ferreira, Hospital São Rafael de Rolândia, Hospital Municipal de Sertanópolis e Hospital Municipal de Tamarana, conforme consta na página do Hemocentro de Londrina no endereço <http://www.uel.br/hu/hemocentro>.

Estes hospitais são responsáveis pelo atendimento da população dentro da quantidade de leitos disponíveis e do nível de complexidade de atendimento. Serviços que têm autorização para manter leitos cirúrgicos têm mais propensão a requisitar transfusão sanguínea.

Tabela 7: Distribuição dos leitos nos municípios da 17ª Regional de Saúde atendidos pelo serviço de hemoterapia regional. Londrina, 2019

Município	Leito cirúrgico	Leito clínico	Leito obstétrico	Leito pediátrico	Total de leitos
Alvorada do Sul	00	10	03	03	16
Assai	08	17	08	16	49
Bela Vista do Paraíso	02	08	05	04	19
Cafeara	00	00	00	00	00
Cambé	38	30	21	11	100
Centenário do Sul	00	12	07	06	25
Florestópolis	01	11	06	04	22
Guaraci	00	00	00	00	00
Ibiporã	31	51	16	29	127
Jaguapitã	02	18	04	04	28
Jataizinho	02	10	04	03	19
Londrina	660	486	137	157	1.440
Lupionópolis	00	08	05	03	16
Miraselva	00	06	02	02	10
Pitangueiras	00	00	00	00	00
Porecatu	04	15	06	06	31
Prado Ferreira	00	14	03	03	20
Primeiro de Maio	00	09	05	05	19
Rolândia	11	24	12	08	55
Sertanópolis	00	12	02	02	16
Tamarana	01	08	03	04	16
TOTAL	760	749	249	270	2028

Fonte: CNES/DATASUS, 2019.

O serviço regional de hemoterapia funciona como Agência Transfusional (AT) para vinte e um hospitais e conforme a Portaria de Consolidação nº 05/2017, que norteia o regulamento técnico dos serviços que coletam e processam sangue:

Art. 11. As instituições de assistência à saúde que realizem intervenções cirúrgicas de grande porte, atendimentos de urgência e emergência ou que efetuem mais de 60 (sessenta) transfusões por mês devem contar com, pelo menos, uma Agência Transfusional (AT). As instituições de assistência à saúde que não se enquadrem nos critérios estabelecidos no "caput", mas cujo tempo de viabilização do procedimento transfusional, a exemplo do tempo entre coleta de amostra, preparo e instalação do componente sanguíneo, comprometer a assistência ao paciente, deverão buscar alternativas para minimizar esse risco e garantir o suporte hemoterápico necessário. A mesma conduta de que trata o § 1º deverá ser tomada em unidades de assistência à saúde que realizam procedimentos obstétricos (BRASIL, 2017. p.264).

A legislação preconiza a AT intra-hospitalar, pois o atendimento ao receptor é muito mais ágil e pode significar a recuperação do paciente e menos tempo de hospitalização. Os hospitais que atendem urgência/emergência, traumas e têm atendimento de UTI obrigatoriamente devem ter acesso imediato aos hemocomponentes por meio do serviço interno de hemoterapia. Conforme a Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999, os hospitais estão categorizados da seguinte maneira:

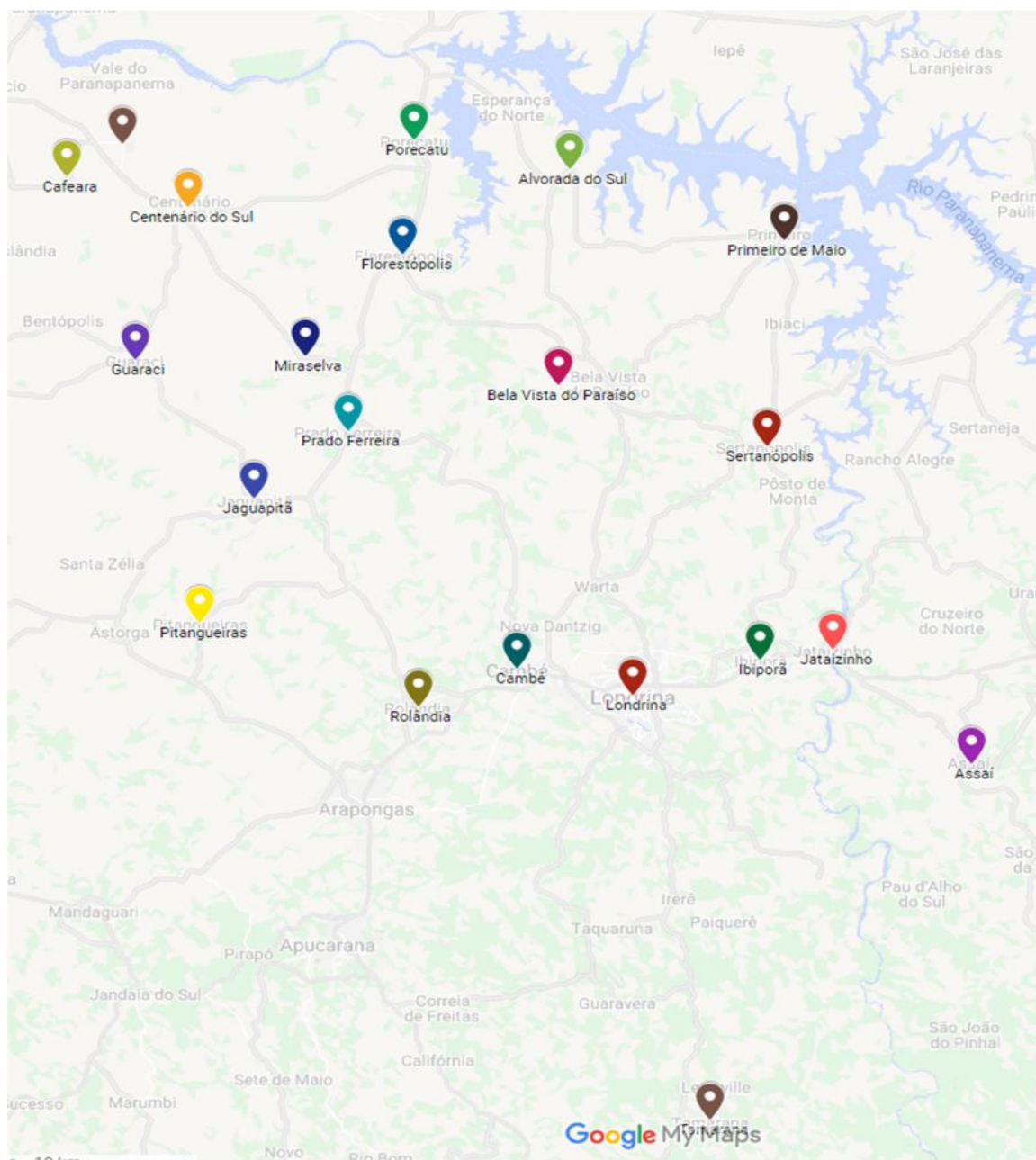
Figura 9: Caracterização dos hospitais conforme a Portaria nº 479/1999

Hospitais tipo I	<ul style="list-style-type: none"> •São hospitais especializados, que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia-ortopedia ou cardiologia.
Hospitais tipo II	<ul style="list-style-type: none"> •São hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.
Hospitais tipo III	<ul style="list-style-type: none"> •São hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, de aprimoramento e de atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

Fonte: a autora.

Para os serviços hospitalares do tipo I, II e III há pacientes com maior gravidade e, naturalmente, risco acrescido de necessitar transfusão de sangue, como não dispõe de AT intra-hospitalar, os serviços hospitalares precisam se deslocar até o serviço regional, quando há indicação de transfusão para o paciente atendido.

Figura 10: Localização espacial das cidades atendidas pelo serviço regional



**Distância dos municípios até Londrina
(em km)**

Alvorada do Sul	71,3	Jataizinho	26,1
Assai	45,6	Lupionópolis	102
Bela Vista do Paraíso	41,3	Miraselva	69,6
Cafeara	109	Pitangueiras	61
Cambé	12,1	Porecatu	86,8
Centenário do Sul	90,7	Prado Ferreira	57,8
Florestópolis	73,2	Primeiro de Maio	70,9
Guaraci	77,3	Rolândia	23,1
Ibiporã	15,3	Sertanópolis	43,4
Jaguapitã	55,6	Tamarana	72,3

Fonte: <https://www.google.com.br/maps> 2019.

Há serviços, que pela distância o paciente só receberá transfusão na cidade se não houver gravidade em seu quadro clínico, pois pode demorar mais de quatro horas o atendimento. Em casos graves, quando o receptor não pode esperar, ocorre a transferência via Central de Leitos para um hospital terciário. Os municípios de Cafeara, Guaraci e Pitangueiras não têm serviço hospitalar que possa atender pacientes que necessitem de transfusão sanguínea, nessas situações os pacientes são referenciados para outros municípios.

Observando o mapa e comparando com o quantitativo de transfusão anual, percebe-se que o número é baixo de transfusão o que não justificaria a implantação de um serviço transfusional em cada cidade atendida pelo serviço regional. É importante salientar que a malha viária desta região é pavimentada, com trechos de asfalto com pouca manutenção e sem duplicação, com atividade de trabalhadores rurais dificultando assim o acesso à cidade de referência no atendimento.

Tabela 8: Número de transfusões ocorridas nos anos de 2016, 2017 e 2018 nos municípios da 17ª Regional de Saúde atendidos pelo serviço de hemoterapia regional. Londrina, 2019

Município	2016	2017	2018	Total
Alvorada do Sul	00	24	52	76
Assai	72	44	26	142
Bela Vista do Paraíso	48	75	37	160
Cafeara	00	00	00	00
Cambé	229	693	659	1.581
Centenário do Sul	35	24	53	112
Florestópolis	71	95	72	238
Guaraci	00	00	00	00
Ibiporã	121	250	187	558
Jaguapitã	07	36	13	56
Jataizinho	44	18	21	83
Londrina	11.990	16.160	16.921	45.041
Lupionópolis	14	06	00	20
Miraselva	00	00	00	00
Pitangueiras	00	00	00	00
Porecatu	42	62	55	159
Prado Ferreira	02	07	01	10
Primeiro de Maio	36	20	25	81
Rolândia	138	725	598	1.461
Sertanópolis	34	24	25	83
Tamarana	04	20	37	61
TOTAL	12.887	18.283	18.782	49.922

Fonte: Sistema informatizado SANGUE, Londrina, 2019.

Considerando as informações sobre disponibilidade de leitos, de serviços de atendimentos hospitalares, distância dos municípios até o serviço de hemoterapia, tempo de deslocamento e quantidade de transfusão realizada, cabe aos entes públicos a discussão acerca

do modelo proposto. Talvez, esta pauta deva entrar na atualização do Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização e no Plano Diretor de Sangue e Hemocomponentes, com intuito de prover o melhor atendimento para a população desta região.

3. ESTUDO DE CASO

Definir uma metodologia de trabalho que possa responder as questões que motivaram o estudo é uma tarefa árdua, isso porque cada método traz suas vantagens e é na elaboração das perguntas que o método vai sendo construído, sempre com foco em atender a demanda inicial da investigação.

A complexidade dos serviços de hemoterapia, as políticas governamentais, as relações entre os indivíduos/organização e a afinidade com o tema proposto, apontam que um estudo qualitativo permite uma avaliação profunda e um acesso à realidade social do tema abordado. De acordo com Minayo (2002), a pesquisa qualitativa responde a questões particulares com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo dos significados, de motivações, de aspirações, de valores e atitudes, aprofundando a análise das relações, dos processos e dos fenômenos.

A metodologia qualitativa foi escolhida com objetivo de aprofundar a análise e “compreender” aspectos determinantes envolvidos na tomada de decisão do gestor municipal perante a necessidade de cumprir a legislação vigente, especificamente, neste caso da Política de Sangue e Hemoderivados. Para compreensão dos fenômenos optou-se por um estudo de caso que pode ser entendido como:

É uma estratégia metodológica de se fazer pesquisa nas ciências sociais e nas ciências da saúde. Trata-se de uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente. Busca-se apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto, mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado (MARTINS, 2008, p. 12).

Alicerçada no rigor científico, sustentada por uma plataforma teórica, o estudo de caso produzirá uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro do seu contexto real com pouco controle do pesquisador sobre eventos e manifestações do fenômeno (MARTINS, 2008).

A utilização da entrevista estruturada (apêndices B, C e D) e questionário (apêndice E) foram as opções para a coleta de dados e evidências, isso porque o estudo buscou entender o significado que os gestores municipais atribuíam às questões e se existia um conhecimento específico sobre a legislação vigente, que ordena a Política de Sangue em âmbito Municipal. Conforme a Norma Operacional Básica (1996), a criação e o funcionamento do sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território, visto que o município passa a ser, de fato, o

responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Segundo Neto (2002), a entrevista é uma conversa a dois com propósitos bem definidos, além de ser uma técnica caracterizada por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e da fala, serve também como meio de coleta de informações sobre um tema científico.

Observar as ações e reações frente ao instrumento de pesquisa é extremamente valioso, tanto para o pesquisador quanto para o pesquisado, há nesta relação uma troca de experiências e práticas que valorizam a investigação. É importante ressaltar que expressões não verbais também compõem o cenário e mesmo o silêncio diz muito sobre a situação.

A preparação para a entrevista é um processo composto de medos e de dúvidas, questões como: vou conseguir conduzir a entrevista? O gestor irá me receber? Será hostil ou amigável esse encontro? Saberei fazer as perguntas corretas? Essas e tantas outras incertezas permeiam todo o processo, mas vão se dissipando com cada acerto e sendo ajustadas a cada erro para a próxima etapa. Conforme detalha Martins (2006), é necessário planejar a entrevista, delinear cuidadosamente o objetivo a ser alcançado, quando possível obter informações prévias sobre o entrevistado, obter e manter a confiança do entrevistado, evitar divagações, registrar os dados durante a entrevista e, se necessário, formular questões secundárias que façam fluir a conversa.

Além dos dados para a pesquisa, a entrevista e o questionário respondidos pelos gestores municipais disseram muito da realidade estatal e do *modus operandi* que há nas esferas do Governo. Algumas situações vividas pré e pós-processo de coleta de dados foram essenciais para caracterizar o governante municipal.

Assim que as primeiras entrevistas aconteceram ficou evidente que havia dois grupos distintos de Secretários Municipais: servidores de carreira e cargos de confiança e os obstáculos para que o encontro pudesse ser realizado ocorreu com o segundo grupo. No sistema municipal, independente da estrutura dos cargos e de funções, o Secretário de Saúde Municipal é o responsável pela saúde de todos os residentes e é extremamente importante que haja um conhecimento sobre a legislação que prestará contas, tanto para a população quanto para a estrutura governamental.

Ciente dessa conjuntura, o contato para responder o questionário ocorreu primeiro com um telefonema para a Secretaria de Saúde do Município e a solicitação era para conversar com o próprio dirigente, a fim de explicar os intuítos da pesquisa. Em alguns municípios isso

foi extremamente fácil, em outros não houve possibilidade alguma de chegar até o gestor, mas com muita insistência os questionários foram enviados e respondidos pela maioria dos municípios. Neste processo ficou evidente que servidores de carreira das prefeituras foram mais acessíveis e solícitos em responder o questionário em detrimento dos indicados políticos, talvez porque a indicação pressupõe uma proteção àquele que nomeou.

As entrevistas também foram precedidas de um contato telefônico solicitando um horário na agenda para uma conversa de aproximadamente trinta minutos. O primeiro secretário atendeu prontamente e agendou para a semana seguinte, o encontro ocorreu no gabinete somente com o gestor e a conversa fluiu com muita tranquilidade. O gestor é servidor de carreira e não houve hostilidade para responder as questões e aquilo que desconhecia tranquilamente sinalizava com uma negativa.

A segunda entrevista ocorreu de maneira diferente, logo após o telefonema foi solicitado o envio das perguntas para o gestor e que a pesquisadora aguardasse um retorno, o que ocorreu duas semanas após o contato. Participaram da entrevista outros dois profissionais, sempre dando suporte para o gestor. Era visível o desconforto do secretário, sempre reportando as perguntas ao pessoal de apoio até mesmo questões simples, talvez o fato de ser indicado para o cargo não tenha permitido que a conversa fluísse sem que houvesse um risco iminente de ser descoberto pelos questionamentos da entrevista. A Secretaria de Saúde havia passado por uma mudança recente, pois o ex-secretário havia sido afastado do cargo com suspeita de improbidade administrativa e o novo gestor estava na função apenas há três meses.

A última entrevista aconteceu na sede da Secretaria do Município, assim como as anteriores e, dessa vez, por um gestor de carreira que estava substituindo o Secretário de Saúde por ocasião das férias. O secretário interino tinha conhecimento das questões municipais, foi acessível e prontamente atendeu a solicitação da entrevista. Do projeto inicial da escolha dos gestores que seriam entrevistados, apenas um Secretário municipal não atendeu a solicitação da entrevista, após noventa dias de muita insistência, abordagem pessoal em evento público, e-mail enviado para a Secretaria e dezenas de telefonemas, o gestor não abriu um espaço na agenda para o encontro.

Neste processo de entrevista foram encontrados quatro perfis distintos: o gestor/servidor que atendeu prontamente a solicitação do encontro, não tinha conhecimento das questões que seriam feitas e, mesmo assim, respondeu de maneira consciente; em seguida, houve o gestor/indicado para o cargo que mesmo com assessores e tendo conhecimento das questões não conseguiu responder e discutir as questões; o terceiro gestor/servidor não tinha

conhecimento das questões, mas havia uma percepção muito clara da sua obrigação como gestor e, por último, o gestor/indicado que se omitiu das respostas evitando o encontro mesmo após ter conhecimento prévio das perguntas que seriam realizadas.

A expectativa em torno do encontro com os gestores era enorme, pois ter a oportunidade de dialogar com o tomador de decisão sobre a Política Pública de Sangue e através desse encontro discutir um processo de melhoria para a captação de doadores era a ambição inicial. As possibilidades de discussão foram se dissipando no decorrer da entrevista, ora porque os gestores respondiam de maneira evasiva os temas ou porque respondiam de maneira monossilábica, demonstrando a falta de consciência sobre o assunto.

O serviço alvo de investigação foi o serviço de hemoterapia público no Norte paranaense, por ser um serviço regional e ter a 17ª Regional de Saúde como área de abrangência. A equipe multiprofissional foi composta no período estudado de médicos, bioquímicos, enfermeiros, técnicos de laboratório, técnicos de enfermagem e equipe de apoio administrativo, totalizando sessenta e oito servidores, sendo o serviço gerenciado por uma chefia médica especialista em Hematologia e Hemoterapia ao qual compete a responsabilidade técnica, conforme definido pela legislação vigente.

Para perceber e analisar a questão proposta foi necessário determinar entre os vinte um municípios que compõem a 17ª Regional de Saúde quais seriam selecionados para a entrevista e quais as informações seriam obtidas através de questionário.

Detectou-se que em serviços hospitalares do tipo I, II e III há pacientes com maior gravidade e, naturalmente, risco acrescido de necessitar de transfusão de sangue. Diante desse critério, as cidades de Londrina, de Rolândia, de Ibiporã e de Cambé foram selecionadas para a entrevista, entende-se que o Secretário de Saúde Municipal fosse o ente público responsável pela ação legal na cidade. Mesmo não possuindo hospitais de alta e média complexidade em todos os municípios da Regional de Londrina, o serviço fornece hemocomponentes às demais cidades e, por isso, foi elaborado um questionário e distribuído aos municípios que não se enquadraram no critério de hospitais primários, sendo esses: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Sertanópolis e Tamarana.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2019 e foi composta de três fases: a primeira com dados cedidos pelo serviço de hemoterapia sobre doações e transfusões do ano de 2018. Na sequência, foram enviados os questionários (apêndice E) aos

dezessete municípios que não se classificam como serviços hospitalares do tipo I, II e III. E na última fase ocorreram as entrevistas (apêndice D) com os Secretários Municipais das cidades com atendimento de maior complexidade. Como previsto no Protocolo de pesquisa (apêndice A), além dos gestores municipais, as entrevistas aconteceram também com o diretor técnico (apêndice D) e com o responsável pela captação de doadores (apêndice B) ambos do serviço de hemoterapia em investigação.

A plataforma teórica foi construída por meio da consulta bibliográfica em artigos, dissertações, teses, documentos oficiais disponibilizados nas páginas institucionais nos três níveis de Governo, sendo esses: Federal, Estadual e Municipal.

As informações coletadas foram organizadas e armazenadas em planilha eletrônica Excel versão 2010 e os resultados foram apresentados em forma de gráficos, planilhas, tabelas e figuras.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e aprovado sob Parecer nº 3.384.149 e CAAE nº 11987019.0.0000.0104 (anexo D). Como a pesquisa foi composta de entrevista, questionários e análise de dados de coleta e transfusão de sangue foi necessário confecção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice F), além da autorização do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná –HEMEPAR (anexos A, B e C).

3.1 PERFIL DOS GESTORES MUNICIPAIS

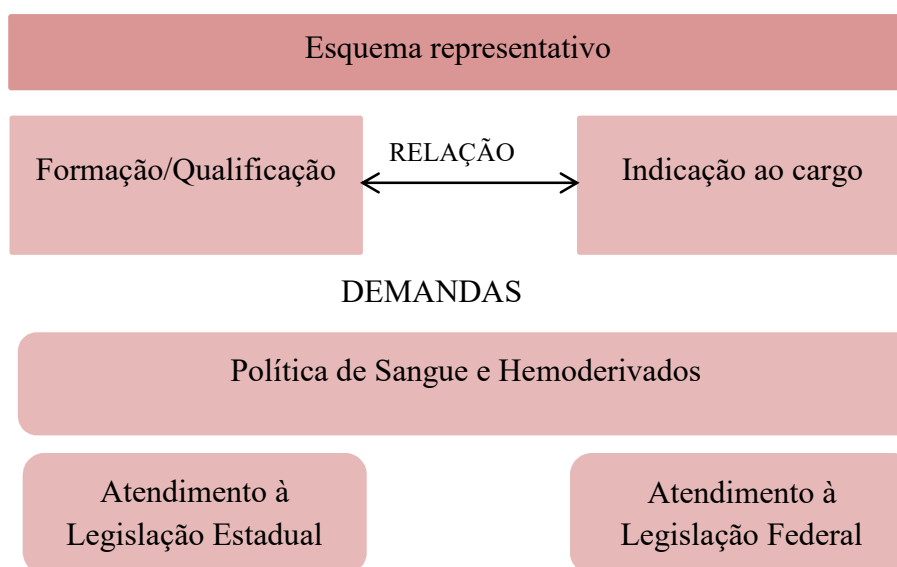
A análise dos resultados das entrevistas e a avaliação dos questionários possibilitaram a construção de duas categorias de análise, relacionadas às obrigações do gestor municipal com intuito de aprofundar a observação, além de captar o perfil e compreender como o cumprimento da legislação acontece na cidade.

A tabulação dos dados revelou que 95% do público-alvo foram alcançados, ficando apenas um município sem participar dos resultados, porque o Secretário de Saúde não atendeu a pesquisadora. Em relação à formação dos gestores foi detectado que 30% não têm Curso Superior, que outros 40% têm formação acadêmica na área de saúde e outros 30% têm formações em outras áreas do conhecimento, tais como: Direito, Ciências Sociais, Ciências Contábeis e Teologia. Em relação ao tempo na função, 50% responderam que haviam sido indicados a menos de um ano e apenas 30% estavam na função há mais de quatro anos. A

idade variou de 31 a 60 anos e houve a predominância do sexo feminino, totalizando 75% dos cargos ocupados nos municípios.

Do ponto de vista das demandas, o artigo sexto do Decreto nº 3.990/2001 incumbe ao município a coordenação do SINASAN, alinhado com a Política Estadual, acompanhando e avaliando o cumprimento das metas. No âmbito estadual, a hierarquização da Política determina as obrigações e realiza a verificação por meio das inspeções da Vigilância Sanitária. Posto isto, há os aspectos relacionados ao atendimento da legislação estadual e a legislação federal, pois ambas determinam as obrigações do ente municipal com intuito de atender integralmente a população, transfundindo sangue em quantidade suficiente e qualidade comprovada e, preferencialmente, sem causar dano aos pacientes e aos doadores.

Figura 11: Esquema representativo de análise das categorias



Fonte: a autora.

É prerrogativa do Prefeito eleito pelo voto democrático a escolha do secretariado, mas não há uma formação específica ou qualificação obrigatória quando se trata de nomear o Secretário Municipal de Saúde, o que existe é um conjunto normativo que precisa ser cumprido e que são inerentes ao cargo. Juntos, os entes públicos deverão cumprir a Constituição e todo o conjunto legislativo inerente ao cargo público.

Entendendo a necessidade de manter o gestor público atualizado, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS), que tem como visão “ser uma entidade modelo no país pela sua organização e funcionamento, sendo interlocutor e suporte dos gestores municipais nas políticas públicas de saúde do Estado do Paraná”, disponibilizam material instrutivo sobre como o gestor deve atuar.

Conforme o Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS (2019), ser responsável pela garantia à saúde significa que o gestor possui autoridade em cada esfera de Governo, agindo sempre por princípios éticos, políticos, educativos, além de agir na garantia da continuidade e da consolidação de Políticas de Saúde dentro das diretrizes constitucionais. E:

No que se refere ao aspecto técnico se faz necessário que o gestor do SUS possa articular saberes e práticas de gestão para cumprir suas atribuições e funções, o que exigirá um conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança, planejamento e cuidado em saúde para execução das políticas de saúde (MANUAL DO (A) GESTOR (A) MUNICIPAL DO SUS, 2019, p. 18).

Importante ressaltar que a indicação política dos cargos não é ilegal, entretanto é necessário que o profissional que assuma o cargo tenha minimamente condições de entender a função, se apropriar das normativas e compreender os processos de trabalho, a fim de tomar as decisões de maneira acertada. As decisões corretas no cargo estão diretamente ligadas à saúde e qualidade de vida dos contribuintes, sendo assim, uma decisão errada ou uma omissão podem comprometer seriamente a saúde dos cidadãos.

Uma boa decisão deve ser tomada com qualidade e em tempo oportuno, mas para que isso ocorra é preciso que haja uma formação consolidada do profissional, sem a qual seria imensamente mais complicado.

3.2 PLANO MUNICIPAL DE SANGUE

O Plano Diretor de Sangue, Componentes e Hemoderivados 2016-2019 é o documento em vigência, que orienta as ações hemoterápicas no Estado do Paraná, tem como função ser: “um instrumento efetivo e norteador do planejamento da atenção hematológica e hemoterápica no Estado do Paraná. Atende a Política Estadual do Sangue de acordo com as diretrizes da Política Nacional do Sangue e Hemoderivados” (PARANÁ, 2016, p.6). Conforme consta na apresentação, o documento é elaborado a partir das discussões com as unidades da hemorrede e submetido à aprovação da Câmara Técnica de Sangue, Componentes e Hemoderivados vinculado ao HEMEPAR com caráter consultivo e de assessoramento na formulação da Política Estadual de Sangue.

O plano, elaborado pela rede HEMEPAR, é um documento no qual consta: a organização da hemorrede do Paraná, os valores, os serviços hemoterápicos, a cobertura transfusional, o estoque mínimo de segurança, o atendimento aos portadores de coagulopatias hereditárias, o cadastro de doadores de medula óssea, a organização dos comitês

transfusionais, a infraestrutura e o investimento nos serviços, o planejamento estratégico, a produção técnica e científica, as perspectivas, as metas e as estratégias, além dos resultados dos indicadores propostos no plano anterior. Dessa forma, esse registro se configura como um tratado que tem condições de ser avaliado e monitorado durante sua vigência, criando dessa maneira uma diretriz clara para ser seguida na busca por atendimento para a população.

No processo das entrevistas, os Secretários foram unânimes em responder negativamente quando abordados se a cidade contava com o Plano Municipal de Sangue e se tinham conhecimento do Plano Estadual de Sangue. Nesta perspectiva, em que os gestores expressaram o total desconhecimento do assunto, a legislação determina pelo Decreto Federal nº 3.990/2001 que:

Art. 6º Incumbe aos Municípios a coordenação, na sua área de competência, do SINASAN, em consonância com a política estadual para o setor, compreendendo a formulação do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados e o acompanhamento e a avaliação do cumprimento das metas, além das seguintes atribuições:

I - formular, em conjunto com o Estado, a política municipal de sangue, componentes e hemoderivados, com ênfase na regionalização do Sistema (BRASIL, 2001, p.4).

Art. 7º Os gestores do SUS das esferas federal, estaduais e do Distrito Federal, deverão instituir, na estrutura dos sistemas de sangue, câmaras de assessoramento para formulação da política de sangue, componentes e hemoderivados (BRASIL, 2001, p.4).

Art. 8º Os órgãos de que se trata o art. 7º deverão elaborar os planos diretores de sangue e hemoderivados dos Estados e do Distrito Federal, que serão submetidos à homologação dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2001, p.5).

Conforme descrito na lei, é obrigação dos entes elaborar em conjunto um Plano de Sangue com intuito de planejar as ações de hemoterapia no âmbito estadual e municipal, mas não consta descrito no documento da hemorrede que neste processo de construção há participação municipal, mesmo o Decreto Federal deixando evidente que ambos os poderes são responsáveis pela Política de Sangue e têm obrigação de realizar um planejamento. Contudo, importante ressaltar que a lei não deixa claro de quem deve ser a iniciativa dessa produção, ficando indefinido de qual sujeito pode ser exigido o cumprimento da lei.

O anexo A, do Decreto nº 9.921/2014 estabelece as competências dos órgãos da Secretaria de Estado da Saúde determinando que caiba à Regional de Saúde “o apoio técnico aos municípios na gestão da saúde” e, também, “o desenvolvimento do processo de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS em âmbito regional”, além da “coordenação e a implementação das ações administrativas necessárias ao funcionamento das Unidades da Hemorrede [...]”. Dessa maneira, a regional de saúde é a representante do Estado, sendo o elo entre os municípios e os serviços, a fim de que cumpram a obrigação de

“adequar, em articulação com os Municípios, os parâmetros assistenciais do plano diretor estadual de sangue, componentes e hemoderivados, incluindo a assistência hemoterápica no Estado” (BRASIL, 2001, p.3).

Segundo Alecrim e Figueira (2013), a gestão da hemoterapia pública é predominantemente dos Governos Estaduais em parceria com os Governos Municipais que, em algumas situações, oferecem recursos humanos como contrapartida, visando instalação e funcionamento dos hemocentros que fazem a cobertura hemoterápica na região.

Spalding considera que a implementação, de forma desigual, da Política do Sangue no país foi uma consequência da ambiguidade das legislações, conforme abaixo:

Enquanto que o Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados – PLANASHE - determinava que a coordenação da hemorrede fosse de responsabilidade dos governos estaduais, as Normas Operacionais – NOB 93 e NOB 96, publicadas pelo Ministério da Saúde, não definiram com clareza as competências das três esferas de governo na gestão da hemoterapia, facultando aos gestores municipais e estaduais a gerência dos Centros de Hematologia em seu âmbito de ação. Apesar de a Lei n.º 8.080 (BRASIL, 1990) respeitar as diretrizes do PLANASHE, o Ministério da Saúde, ao publicar as normas operacionais, direcionou a descentralização da hemoterapia para a mesma lógica municipalista do sistema de saúde (SPALDING et al., 2010).

Perguntado aos administradores se havia no Plano Municipal de Saúde estratégia para captação de doadores de sangue, o qual foi respondido negativamente por todos os gestores. Posto isto, é evidente que há uma lacuna a ser preenchida a fim de melhorar o desempenho estatal com o propósito de assegurar que a Política de Sangue em âmbito municipal também seja eficiente.

Com objetivo de demonstrar as ações propostas e simular as atividades primordiais para a captação de doadores, o capítulo 4 é um compilado das ações municipais a serem discutidas e documentadas para elaboração do Plano Municipal de Sangue.

3.3 CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Conforme o dicionário online de Português, capacitação é definida como “preparação, ensino, conhecimento dados a alguém para que essa pessoa desenvolva alguma atividade especializada”. As análises de alguns documentos estatais demonstram a preocupação com o treinamento do pessoal técnico, sempre com objetivo de instrumentar o profissional para que possa exercer com qualidade técnica sua atribuição. No Plano Estadual de Saúde 2016-2019, a palavra capacitação é citada quarenta e uma vezes, sempre vinculada à equipe de trabalho e na

Portaria de Consolidação nº5/2017 é exigido do serviço de hemoterapia “programa de treinamento e capacitação de pessoal, constituído de treinamento inicial e continuado relacionado com as tarefas específicas que são realizadas pelo profissional”, enfatizando assim, a importância do treinamento dos profissionais.

Para Schoninger e Duro (2010), a segurança transfusional é a finalidade desejada por profissionais de hemoterapia, autoridade de saúde e sociedade. Para atingi-lo é necessário o comprometimento da equipe multidisciplinar, de modo a reduzir os riscos ao paciente, além da contínua atualização e capacitação da equipe.

Uma das questões aos gestores estava ligada com a capacitação de recursos humanos, uma vez que o sangue preparado no serviço de hemoterapia é transfundido no serviço hospitalar do município, dessa forma o profissional precisa estar munido de toda informação técnica necessária para não causar dano ao paciente, isso porque um erro neste processo pode levar o paciente à morte. A tabulação dos dados mostrou que 95% dos municípios não investem em treinamento na área do sangue e as respostas dos gestores a esta pergunta foram:

Não (E1).

Acho que esse é mais o hospital que faz a captação do sangue. Mas também não tem nada específico não (E2).

Não porque nós não usamos o serviço, o município, e também porque não temos hospital municipal (E3).

A lei determina ao ente municipal a obrigação de “fomentar a capacitação dos recursos humanos para garantir a qualidade do sangue na assistência hemoterápica” (BRASIL, 2001, p.4) e assim garantir uma transfusão de sangue segura para o receptor. Infelizmente os erros podem acontecer, mas se o profissional não tem treinamento e desconhece as complicações pode praticar uma imperícia e provocar reações adversas graves.

Uma busca rápida pelas páginas de notícias sobre transfusão de sangue traz relatos ligados aos erros transfusionais, comprovando que a lei exige o treinamento continuado porque o processo é crítico e é passível de erro. Sem contar que muitas dessas situações se transformam em ações judiciais em que as partes discutem nos tribunais a responsabilização dos serviços e do Estado no dano ao paciente.

Figura 12: Notícias sobre transfusão



Fonte: portais de notícias

Conforme Ranzini e Bruan (2017), além da habilitação para a função, a capacitação dos agentes gera resultados, quando estão efetivamente ligadas às demandas identificadas, promovendo uma melhoria no desempenho pessoal e organizacional. Dessa maneira, é importante que os serviços trabalhem dentro do foco de uma melhoria constante e que invistam tempo na criação de um cronograma de treinamento efetivo e ativo capaz de promover a melhoria na prestação de serviços.

3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÕES NA ÁREA DE SANGUE

No sistema hierarquizado da Política de Sangue é do ente estadual a função de criar mecanismos para instalação e funcionamento do Sistema Estadual de Informações e Controle Hemoterápico, exercendo dessa maneira, o monitoramento sobre o processo de coleta e transfusão no Estado. A Resolução SESA nº 043/2010 determina que todas as transfusões sanguíneas e o destino das bolsas de sangue devem ser informados ao SHT, além do registro das transfusões e do movimento das bolsas de sangue (destino das bolsas de sangue), quando essas forem cedidas a outras agências ou serviços transfusionais, devolvidas ou inutilizadas. A Resolução SESA 165/2017, que dispõe sobre as boas práticas para instalação, funcionamento e os critérios para emissão de licença sanitária questiona no item sobre serviço transfusional se as informações são transmitidas regularmente pelo serviço de saúde.

Quando questionado se cumpriam o item IX do Decreto nº 3.990/2001, 50% dos gestores responderam que não, outros 10% não responderam, 10% não souberam informar e apenas 30% realizam as informações obrigatória ao Sistema Estadual de Sangue. Das respostas obtidas, apenas um gestor respondeu aprofundando a questão:

Eu não sei te responder, o que eu sei é que o hospital é secundário e porta de entrada de trauma, pronto socorro da microrregião para nós e mais quatro municípios e tem avaliação do POA (Plano Operativo Anual) e do HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS) que são programas do estado e do governo federal para eles receberem recursos e eu sei que tem um tópico que fala sobre a parte de transfusão e dos hemoderivados que por portaria deveriam ter um centro dentro do hospital para ter esse sangue disponível e eles não tem por problema de recurso financeiro mesmo e até por isso eles perdem pontuação nesta avaliação, mas se eles alimentam o sistema eu não sei (E3).

Todas as informações da entrevista denotam um conhecimento superficial sobre o assunto, demonstrando que as especificidades da Política de Sangue não são conhecidas e que os hospitais do seu município podem estar omitindo a destinação final dos hemocomponentes, quebrando a rastreabilidade que teve início no serviço hemoterápico. Na observância da lei, o município deixa de cumprir duplamente sua função, pois além de se omitir na informação dos dados transfusionais não executa as ações de Vigilância Sanitária que poderia, na aplicação da Resolução SESA nº 165/2017, detectar o problema e exigir por meio da inspeção sua solução.

Durante a entrevista realizada com gestores, houve o questionamento se havia ações que a cidade executava para a captação de doadores e os gestores responderam da seguinte maneira:

Não, no meu município não (E1).

No momento não né [...]? (E2).

Não. Por iniciativa do município não (E3).

Quando perguntado se havia participação municipal para as ações de sensibilização para a doação de sangue, os gestores responderam de maneira evasiva, tais como: divulgação de panfletos sobre doação de sangue, quando solicitado pela Regional de Saúde, participação do ônibus de coleta, mensagens nas redes sociais e a mobilização dos grupos de voluntários. Importante ressaltar que as ações dos voluntários não são motivadas pelo ente municipal, mas em algumas situações o município auxilia disponibilizando transporte, em outras o gestor não tem conhecimento dessas atividades.

Ao se avaliar as ações desses grupos se pode inferir que estes executam parte das ações que são responsabilidade do Estado, mesmo que não se deem conta disso, há um crescimento de organizações solidárias, frente aos problemas enfrentados pela sociedade, e na questão do sangue, a causa do voluntariado é sempre ajudar ao próximo. Para Cavalcante

(2013), os estudos buscam entender as motivações do voluntariado, e essas podem variar de modelos unidimensionais com o altruísmo como um dos fatores preponderantes ou modelos multidimensionais, que agregam ainda os objetivos sociais e pessoais para a causa do voluntariado.

Na causa da doação é intrigante pensar que o cidadão tem a capacidade de olhar ao redor e trabalhar para que outras pessoas se juntem a ele para doar sangue. Mobilizar pessoas para uma causa é uma tarefa difícil, organizar grupos para doação de sangue é duplamente mais difícil, pois ainda é preciso lidar com a falta de tempo, a demora no processo de doação e com os medos decorrentes da coleta de sangue. Um dos questionamentos ao coordenador do serviço de hemoterapia da 17ª Regional de Saúde foi se a atividade dos grupos auxiliava na manutenção dos estoques de sangue, tendo recebido a seguinte resposta:

Impacta sim, eu acredito que na casa de talvez uns 10 a 15% do que coletamos, mas como é uma população nova, é um doador novo, isso faz com que cresça a corrente de doação não só na cidade de Londrina como fora, então vejo com muito bons olhos isso (E5).

Com objetivo de retribuir o trabalho desses voluntários foram entregues aos grupos um certificado de reconhecimento público dentro da programação da 5ª Quinzena Municipal de Conscientização a Doação de Sangue de 2019.

Figura 13: Entrega dos certificados aos grupos de voluntários de doação de sangue nos municípios da 17ª Regional de Saúde, 2019.



Fonte: https://www.facebook.com/pg/HemocentroRegionaldeLondrina/photos/?ref=page_internal

A organização dos grupos de doadores é uma forma de captação que está ligada com a relação do organizador e os seus amigos, essa pessoa é mais eficiente na captação do que qualquer ação de marketing sobre a doação de sangue, isso porque o pedido para doar sangue passa a ser pessoal e em algumas situações ligadas a algum parente.

4. ORIENTAÇÕES AO GESTOR PARA CONFECCÃO DO PLANO DIRETOR MUNICIPAL DE SANGUE

Orientações ao gestor para confecção do Plano Diretor Municipal de Sangue

**Prefeitura do Município
Secretaria Municipal de Saúde**

O QUE É O PLANO DIRETOR MUNICIPAL DE SANGUE?

Essa proposta de um guia de orientação baseou-se amplamente nas “Orientações e Modelo para o Plano Municipal de Saúde – PMS (2018-2021)” disponível no endereço http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/MODELO_PLANO_MUNICIPAL_SAUDE_2018_2021_DIGISUS.docx. Percebemos que havia grande compatibilidade entre o formato desse manual e nossa intenção de produzir algo similar para a questão hemoterápica.

CONCEITO E LEGISLAÇÃO

PLANO DIRETOR MUNICIPAL DE SANGUE – Instrumento de planejamento do SUS na área de hemoterapia, conforme o art. 6º do Decreto nº 3.990 de 30 de outubro de 2001, que regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. A Política de Sangue é organizada de modo hierárquico, transferindo a cada ente sua responsabilidade, determinando que conforme previsto na Lei nº 10.205/2001 no artigo 17: “Os Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio de suas Secretarias de Saúde ou equivalentes, coordenarão a execução das ações correspondentes do SINASAN no seu âmbito de atuação, em articulação com o Ministério da Saúde”. A figura abaixo demonstra a articulação desenhada pelo Governo para as três esferas de Poder.



Organizada dessa maneira, a Política de Sangue busca eficiência e o consequente abastecimento dos serviços de hemoterapia com objetivo de atender plenamente os receptores de sangue e manter os estoques em níveis seguros, sendo que, quando um desses elos não cumpre seu papel, em algum momento, um paciente será penalizado pela ineficiência estatal. O Plano é o instrumento de planejamento a ser elaborado, a partir de uma análise situacional

que reflita as necessidades de saúde hemoterápica da população e apresente as intenções e os resultados expressos em diretrizes, objetivos e metas.

LEI 10.205 DE 21 DE MARÇO DE 2001 – Regulamenta o artigo 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências.

DECRETO nº 3.990 DE 30 DE OUTUBRO DE 2001 – Regulamenta o artigo da Lei 10.205/2001 que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO nº 05 DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 – Regulamento técnico em hemoterapia e consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA nº 34/2014 – Regulamento sanitário que dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue.

RESOLUÇÃO SESA nº 043/2010 - Dispõe sobre as condições para a instalação e funcionamento do SHTWEB - Entrada de Dados online, no Sistema Estadual de Informação e Controle Hemoterápico do Paraná – SHT e dá outras providências.

RESOLUÇÃO SESA nº 165/2016 - Estabelece os requisitos de boas práticas para instalação e funcionamento e os critérios para emissão de Licença Sanitária dos Estabelecimentos de Assistência Hospitalar no Estado do Paraná.

QUAIS OS PRESSUPOSTOS NO MOMENTO DA ELABORAÇÃO DO PLANO?

- ✓ Atender integralmente a legislação vigente relacionada à hemoterapia.
- ✓ Formular o Plano Municipal de Sangue em conjunto com os serviços hospitalares, Conselho de Saúde e órgãos de controle.
- ✓ Descrever as ações para conscientização dos munícipes para doação de sangue;
- ✓ Efetuar o levantamento do número de pacientes com doenças hematológicas do município.

- ✓ Apontar a referência para atendimento aos pacientes com hemoglobinopatias, coagulopatias hereditárias e oncologia hematológica.
- ✓ Formalizar contrato de prestação de serviço com o serviço de hemoterapia regional.
- ✓ Avaliar continuamente o número de transfusão no município, a fim de definir a instalação de agência transfusional.
- ✓ Determinar os objetivos, indicadores, metas e ações do plano.
- ✓ Indicar o processo de monitoramento e avaliação do andamento do plano e da Política.
- ✓ Fortalecer a participação popular e o controle social por meio dos conselhos.

10 PASSOS DO PLANO DIRETOR MUNICIPAL DE SANGUE

- ✓ **PASSO 1** - composição da equipe responsável pela condução do processo de elaboração do plano municipal de saúde.
- ✓ **PASSO 2** - definição do cronograma de elaboração do plano.
- ✓ **PASSO 3** - definição da estrutura do plano de sangue e verificação dos pressupostos citados acima.
- ✓ **PASSO 4** - elaboração do diagnóstico da situação do município (análise situacional), realizando oficinas/reuniões com as áreas técnicas.
- ✓ **PASSO 5** – identificação e priorização dos problemas a enfrentar, a partir das necessidades de saúde da população.
- ✓ **PASSO 6** - definição de diretrizes, objetivos e descrição das metas.
- ✓ **PASSO 7** - discutir a participação dos entes estaduais, tais como: Regional de Saúde, HEMEPAR, Hemocentro durante o processo de discussão e elaboração do plano.
- ✓ **PASSO 8** - submissão à apreciação dos órgãos do Estado.
- ✓ **PASSO 9** – divulgação do Plano entre os entes que executarão a Política.
- ✓ **PASSO 10** - divulgação do Plano em meios eletrônicos para acesso público.

QUAL A ESTRUTURA MÍNIMA DO PLANO MUNICIPAL DE SANGUE?

- ✓ Identificação Municipal
- ✓ Apresentação/Introdução
- ✓ Análise Situacional (1ª parte do plano)
- ✓ Diretrizes, Objetivos e Descrição da meta (2ª parte do plano)

PLANO DIRETOR MUNICIPAL DE SANGUE 2019

➤ **IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL**

Informações Territoriais	
UF:	
Município:	
Área (Km ²):	
População (Hab):	
Densidade Populacional (Hab/Km ²):	
Região de Saúde:	
Secretaria de Saúde	
Nome do Órgão:	
Número CNES:	
CNPJ:	
Endereço:	
E-mail:	
Telefone:	
Informações da Gestão	
Governador (a):	
Secretário (a) de Saúde em Exercício:	
E-mail do Secretário (a):	
Telefone do Secretário (a):	

➤ APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO

O Plano Diretor Municipal de Sangue tem por finalidade atender as demandas previstas no Decreto nº 3.990/2001 e tem como principal objetivo orientar o gestor quanto às atividades hemoterápicas do município e o cumprimento da legislação vigente. A primeira parte do Plano é composta pela identificação municipal, e análise situacional, sendo a segunda parte as diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano.

O Plano Estadual de Sangue é formulado pelo HEMEPAR em conjunto com as vinte e duas Unidades da hemorrede, submetido à Câmara Técnica de Sangue, Componentes e Hemoderivados, as demandas são inseridas no Plano Estadual de Saúde e apresentado ao Conselho de Saúde. Uma vez aprovada, as demandas eleitas serão trabalhadas no período de vigência do plano.

A Política Municipal deve estar em consonância com a Política Estadual de Sangue, dessa maneira a Regional de Saúde e o serviço de hemoterapia deveriam se reunir com os municípios e realizar as tratativas para o atendimento da população. É evidente que a lei não determina como será realizado esse trabalho, mas poderia ser aplicada a mesma metodologia utilizada em âmbito estadual e pactuadas as responsabilidades na Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB). Desta forma, o município seria inserido na Política através da Regional de Saúde e do serviço de hemoterapia que tem a expertise técnica para o assunto.

A confecção do Plano Municipal de Sangue é uma oportunidade de discussão com todas as instâncias de saúde do município, isso porque deve haver uma mobilização da sociedade para o debate da saúde no território. É preciso apontar no planejamento como agir em situação de desastre e a possível necessidade de transfusão de sangue. Importante constar também entre as ações do município, que esse terá que captar doadores e quais serão as atividades de conscientização que serão realizadas sempre com o intuito de buscar doadores regulares de sangue. Como exemplos dessas ações, o município pode organizar grupos de doação de sangue duas vezes ao ano e combinar com o serviço de hemoterapia o agendamento para atendimento. Ações de sensibilização durante os meses de junho e de novembro, que são os períodos de comemoração aos doadores de sangue, terem atividades educativas nas escolas e, assim, mobilizar pessoas para a causa. Sempre lembrando que ainda não há um substituto para o sangue e, por isso, as pessoas precisam fazer as doações para que os estoques de sangue sejam mantidos em níveis seguros.

➤ ANÁLISE SITUACIONAL

Para elaboração do Plano é fundamental realizar uma análise situacional do município, que pode ser realizada de diversas maneiras. Como sugestão, essa análise pode ser dividida em: determinantes e condicionantes de saúde; condições de saúde da população, estrutura do sistema de saúde; ações, serviços de saúde e gestão em saúde. Em seguida, cada item deve ser examinado e explicado com o propósito de identificar os problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas.

1. Determinantes e Condicionantes de Saúde

- Perfil demográfico
- Situação Socioeconômica

2. Condições de Saúde da População

- Número de pacientes portadores de coagulopatias hereditárias
- Número de pacientes portadores de hemoglobinopatias
- Causas de óbito materno
- Casos de Aids e HIV notificados
- Situação de morbidade

3. Estrutura do Sistema de Saúde

- Serviço de hemoterapia contratualizado
- Estabelecimentos de Saúde
- Equipamentos de Saúde
- Leitos Hospitalares
- Recursos Humanos

4. Ações e Serviços de Saúde

- Rede Materno infantil
- Rede de Urgência e Emergência
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
- Atenção Especializada
- Assistência Farmacêutica
- Vigilância em Saúde

5. Gestão em Saúde

- Planejamento
- Gestão do Trabalho
- Educação em Saúde
- Regulação, Controle e Avaliação
- Auditoria
- Comissão Intergestores Regional - CIR
- Participação e Controle Social
- Comunicação

6. Informações e consultas

É importante a consulta em bancos de dados populacionais, hemoterápicos e hospitalares para a obtenção das informações que nortearam a confecção do Plano Municipal. Dessa maneira, são sugeridas algumas bases nacionais e estaduais, como segue:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
- Sistema de Informação Ambulatorial do Ministério da Saúde - SIA/MS.
- Sistema de Informação Hospitalar do Ministério da Saúde - SIH/MS.
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde - CNES/MS.
- Sistema de Informação de Produção Hemoterápica - HEMOPROD do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- Sistema de gerenciamento do ciclo do sangue dos serviços de hemoterapia.
- Publicação Caderno de Informação – Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde.
- Publicação Perfil das Coagulopatias Hereditárias no Brasil do Ministério da Saúde.
- Plano Estadual de Saúde – Paraná 2016-2019.
- Plano Diretor de Sangue, Componentes e Hemoderivados da Hemorrede HEMEPAR 2016-2019.
- Critérios e parâmetros assistências para o planejamento e programação das ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Caderno 1).
- Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização – Paraná, 2015.

➤ DIRETRIZES, OBJETIVOS E DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Um segundo momento na elaboração do Plano é a formulação dos objetivos, diretrizes e descrição da ação. Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de eliminar ou controlar o problema identificado. As diretrizes são expressas de forma objetiva, visam delimitar a estratégia geral e indicam as linhas de ação a serem seguidas. A descrição das metas são as expressões quantitativas de um objetivo, elas concretizam o objetivo no tempo esclarecendo e quantificando o alvo (BRASIL, 2009, p.27).

Conforme o Decreto analisado cabe aos municípios a coordenação, na sua área de competência, do SINASAN, em consonância com a Política Estadual para o setor, compreendendo a formulação do Plano Diretor de Sangue, componentes e hemoderivados e o acompanhamento e a avaliação do cumprimento das metas. Dessa maneira, as quatro diretrizes estão baseadas nos itens da lei.

DIRETRIZ 1 – Formulação do Plano Diretor de Sangue municipal com vistas a atender o Decreto nº 3990/2001
OBJETIVO 1 - Formular, em conjunto com o Estado, a Política Municipal de Sangue, componentes e hemoderivados, com ênfase na regionalização, coordenar, em seu território, as ações incluindo as de vigilância sanitária e as atividades voltadas para atender situações de emergência, assegurando a unidade de comando e direção da Política Municipal ou Regional.
DESCRIÇÃO DA AÇÃO
Realizar juntamente com o Hemocentro Coordenador as discussões para a confecção do Plano Diretor Municipal de Sangue
Confeccionar Plano de contingência em caso de situações de emergência
Discutir com os entes estaduais as obrigações de cada órgão que compõem a rede pública de sangue.
Promover a conscientização da população para a doação de sangue com doações regulares ao serviço de hemoterapia.

DIRETRIZ 2 – Garantia de acesso da população aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase no atendimento das necessidades de saúde.
OBJETIVO 2 - Garantir o acesso da população de sua área de abrangência à assistência hemoterápica e assistência à saúde dos portadores de doenças hematológicas, pactuando com o Estado as referências e contra-referências.
DESCRIÇÃO DA AÇÃO
Referenciar os portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias hereditárias.
Referenciar os pacientes que precisam de transfusão de sangue e atendimento especializado.

DIRETRIZ 3 – Elaboração de um plano de capacitação inicial e continuada em hemoterapia para as equipes de trabalho.

OBJETIVO 3 - Fomentar a capacitação dos recursos humanos para garantir a qualidade do sangue na assistência hemoterápica complementar o financiamento das ações voltadas para a assistência hemoterápica e a melhoria da qualidade do sangue.

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Treinar as equipes para o atendimento dos eventos adversos inerentes ao processo transfusional.

Instruir as equipes em atendimento emergencial de parada cardiorrespiratória.

Promover oficinas do ato transfusional a avaliar todos os passos para uma transfusão segura.

Oportunizar treinamento e/ou atualização em hemoterapia

DIRETRIZ 4 – Informação dos dados de transfusão para os órgãos do Estado.

OBJETIVO 4 - Alimentar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue e hemocomponentes

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Solicitar a vigilância estadual o acesso ao sistema SHT para informação das transfusões.

Treinar a equipe para inserir os dados de transfusão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta pesquisa se considera que os objetivos propostos foram alcançados. A detecção da falta de ação municipal quando se trata da efetivação da Política de Sangue ficou evidenciada na coleta de dados. A averiguação por meio da investigação trouxe à tona a situação vivida, cotidianamente, no serviço de hemoterapia, a falta de sangue e a necessidade de sensibilizar pessoas para a doação e o ato da doação.

Traçar o perfil dos gestores municipais com intuito de entender como esses tomadores de decisão resolviam as questões evidenciou que a indicação ao cargo de Secretário de Saúde não vem precedida de conhecimento sobre a área de atuação. Em algumas situações, ficou óbvio que os interesses políticos estavam em primeiro plano e as entrevistas detectaram um completo despreparo dos gestores frente aos questionamentos inerentes à função exercida.

A princípio, a pesquisa possibilitou a análise do artigo sexto do Decreto nº 3.990/2001 e atestou a falta de coordenação, em sua área de competência e de abrangência do SINASAN, evidenciando que os municípios não têm conhecimento e controle do sangue transfundido nos hospitais da sua cidade. Alguns gestores não atentaram para amplitude da sua função e justificaram a ausência de ação indicando que ora o hospital não era municipal e ora que não era público. Talvez, esses gestores não entenderam ainda, que se tornam responsáveis por todo o município, e neste quesito não há divisões que justifiquem a falta de ação pública.

A caracterização dos sujeitos da pesquisa também colaborou para traçar o perfil dos gestores, desde a formação, faixa etária e escolaridade, além de saber a quanto tempo estavam na função, sendo possível verificar as condições de entrada como gestor público, sendo como carreira ou indicação política.

Com o estudo foi possível entender que há uma Política de Sangue bem estruturada em âmbitos Federal e Estadual, mas imperceptível no Município, pois na análise das incumbências determinados pelo Decreto analisado não foi possível encontrar ações dessa política. Há claramente uma relação da Secretaria de Estado da Saúde com o HEMEPAR, comprovado através da atuação das vinte e duas Unidades da Rede e do Plano Diretor de Sangue e Hemoderivados. O Plano Diretor de Regionalização cita a rede HEMEPAR sem que faça conexão da rede hemoterápica com a atuação municipal. Não foram encontrados na investigação indícios de que o município atua conforme determinado pela legislação em vigor. Os relatos dos responsáveis pelo serviço regional de hemoterapia deixam claro que não

há auxílio dos gestores municipais na captação e na manutenção dos estoques do serviço, ficando a cargo do setor de captação todo o trabalho de sensibilização e coleta de sangue.

É possível que se houvesse o envolvimento dos três entes coordenados seria muito mais fácil o processo de obtenção de doadores, uma vez que as ações mais próximas do local de residência podem atribuir um valor especial ao morador, fazendo com que a motivação para doar sangue seja mais eficiente do que propagandas em rede nacional, que não trazem o indivíduo para o problema local. Deve haver, se é que não há, um canal de comunicação fluído entre os entes federados para que as diretrizes em vigência sejam de conhecimento dos envolvidos. Verificou-se nas entrevistas que nenhum gestor municipal tinha conhecimento do Plano Diretor de Sangue e Hemoderivados do Estado, detectando a falha na execução da política nas cidades.

Atender o Decreto na integralidade daria ao gestor municipal a possibilidade de conhecer a necessidade da população, trabalhar em prol da sensibilização da causa e realizar atividades de integração com a comunidade e com a sociedade civil. Ações como mobilizar pessoas e disponibilizar transporte para levar os moradores para doarem sangue para o serviço regional têm caráter de responsabilidade social, além de estimularem a população ao voluntariado e auxílio ao próximo. Promover atividades escolares, ações educativas e produção de material pedagógico são bons exemplos para a construção do significado da doação e da importância coletiva do ato. Ser despertado para a doação, quando há alguém próximo doente ou precisando de sangue passa uma sensação de que a doação só precisa ser realizada naquele momento.

É preciso apontar também que conhecendo e executando a legislação, o município estaria preparado para atendimento em caso de desastres, uma vez que haveria um fluxo de atendimento caso fosse necessária a obtenção de um grande número de doadores. Indicaria também a melhoria dos serviços de atendimento à população, uma vez que a instalação de agências transfusionais em cidades polos diminuiria o tempo de espera para uma transfusão sanguínea. Exemplo dessa situação seria a implantação de uma agência transfusional na cidade de Cambé ou Rolândia, uma vez que, atualmente, quando um paciente de Rolândia precisa de uma transfusão é necessário coletar amostra, percorrer uma distância aproximada de 32 km, aguardar uma hora para a compatibilização da bolsa e retornar o mesmo percurso. Em momento de pouco trânsito, esse processo não excede três horas, mas em horário de pico isso pode ser prejudicial, principalmente, porque o paciente está a espera de uma transfusão.

Com a agência na cidade esse tempo seria três vezes menor e o atendimento muito mais rápido e eficiente.

Esta mesma lógica poderia se aplicada para atendimento de cidades como Lupionópolis, Porecatu, Centenário do Sul e Florestópolis que ficam a cerca de 100km do serviço regional. Como não há demanda para uma AT em cada cidade, esses municípios poderiam em conjunto instalar uma unidade transfusional em uma cidade estratégica e de fácil acesso para atendimento. Claro, que este é um estudo técnico e deve ser realizado baseado nos parâmetros para dimensionamento das necessidades da rede de serviços de hematologia e hemoterapia (BRASIL, 2017, p.75).

Estas ações discutidas com a sociedade e oficializadas se tornam atividades institucionais e não favores particulares entre gestores, sendo possível uma continuidade de ações, mesmo após a substituição dos cargos eletivos.

A ausência de estratégia de captação, capacitação de funcionários e o relato de número de transfusões nos serviços hospitalares no Plano Municipal de Saúde das cidades investigadas revela o quanto a Política de Sangue não está estruturada em âmbito municipal. Seria razoável que na discussão do Plano no Conselho Municipal de Saúde (CMS) houvesse alguma menção minimamente às transfusões sanguíneas dos receptores.

Portanto, quais seriam as saídas e as estratégias para a efetiva ação municipal? A regional de saúde deveria fazer a ponte entre o Estado e o Município? O HEMEPAR deveria promover os encontros regionais para a capacitação do ente municipal? Nas reuniões de CIB seriam pactuadas as ações municipais? Estas discussões deveriam permear as reuniões dos Conselhos de Secretários Municipais?

Em síntese, esta investigação trouxe à tona a necessidade de interação dos entes proporcionando ao município condições de cumprir a legislação vigente. Caberia ainda, em trabalhos futuros, aplicar este protocolo de pesquisa em outras regionais de saúde com objetivo de verificar se as condições encontradas na regional de Londrina se aplicam para as demais.

REFERÊNCIAS

- ALECRIM, W; FIGUEIRA, A. O papel das Secretarias Estaduais de Saúde na construção da Hemorrede pública: uma reflexão sobre o compartilhamento de responsabilidades em face ao desafio do fornecimento de plasma à Hemobrás. Revista divulgação em saúde para debate. p. 79-83, 2013. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/01/DSD50_Hemobras_Web1.pdf. Acesso em 06 out. 2019.
- AMABILE, A. E. DE N. **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: Eduemg, 2012.
- ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 34 de 2014**. Brasil, 2014.
- BASÍLIO, F. P. DE S. **Universidade Federal Do Ceará Faculdade De Medicina Mestrado Em Saúde Pública Evolução Das Políticas De Hemoterapia No Brasil : O Sistema Público De Hemoterapia Do Ceará Universidade Federal Do Ceará Evolução Das Políticas De Hemoterapia No Brasil** : Universidade Federal do Ceará, 2002.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Secretaria ed. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Notícias: Dezesseis a cada mil brasileiros doam sangue, 2019**. Agência Saúde. Disponível em: <<https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45520-dezesseis-a-cada-mil-brasileiros-fazem-doacao-de-sangue/>>. Acesso em: 24 de set. de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderno de informação: sangue e hemoderivados : dados de 2016**. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacao_sangue_hemoderivados_2016.pdf>. Acesso em 02 de nov. de 2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. Disponível em http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/sistema_planejamento_sus_v2.pdf. Acesso em 02 de nov. de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em Brasília, <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>>. Acesso em 02 de nov. de 2019
- BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 05 de 28 de setembro de 2017**. Ministério da Saúde. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867975/%281%29RDC_34_2014_COMP.pdf/dd1d629-50a5-4c5b-a3e0-db9ab782f44a. Acesso em 10 de nov. de 2018.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 34 de 11 de junho de 2014.** Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em 17 de nov. de 2018.

CAVALCANTE, C. E. Motivação no trabalho voluntário: delineamento de estudos no Brasil. **Revista de Estudos do CEPE**. Santa Cruz do Sul nº 38, p. 161-182 jul/dez/2013.

FILHO, L. A. Hemoterapia: uma abordagem histórica e social. In: VENÂNCIO, E. P. DE S. J. (Ed.) **Textos de apoio em hemoterapia**. Volume I ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 09 de set. de 2019.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSEMBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v. 27, n. 3, p. 201–207, 2005.

Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano” / CONASEMS COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro : CEPESC/IMS/UERJ, organizadores. – 2.ed. revisada, ampliada. – Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. 424p.

MARTINS, G.A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v.2, n.2, p.8-18, 2008.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: DESLANDES, S. F.; NETO, O.C.; GOMES, R.; MINAYO, M.C. S. (Org.) **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002, p. 09-30.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: DESLANDES, S. F.; NETO, O.C.; GOMES, R.; MINAYO, M.C. S. (Org.) **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002, p. 51-66.

PARANÁ, Anexo A do Decreto 9921/2014. **Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde. Curitiba, 2014.**

PARANÁ. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná. **Plano Diretor de Sangue, Componentes e Hemoderivados na Hemorrede Hemepar 2016-2019**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PlanoDiretorHemepar20182.pdf>>. Acesso em: 24 de jan. de 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA 043/2010**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Resolucoes2011/Resolucao0432010.pdf>>. Acesso em: 05 de jan. de 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução SESA 165/2018**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Resolucoes2016/165_16.pdf>. Acesso em: 07 de fev. de 2019.

PIMENTEL, M. A. **A questão do sangue: rumo das políticas públicas de hemoterapia no Brasil e no exterior.** [s.l.] Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006.

RANZINI, M. S.; BRYAN, N.A.P. Capacitação e formação para o setor público e os modelos de escola de governo no Brasil. **Revista do Serviço Público.**, v. 2, n.68, p. 417-138, abr-jun/2017.

SARAVIA, E. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Eds.). **Políticas Públicas - Coletânea.** ENAP-Esc ed. Brasília: [s.n.]. v. 1p. 26.

SILVA JÚNIOR, J. B.; COSTA, C. DA S.; BACCARA, J. P. DE A. Regulação de sangue no Brasil: contextualização para o aperfeiçoamento. TT - [Blood regulation in Brazil: contextualization for improvement]. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 4, p. 333–338, 2015.

SPALDING, S. M. et al. Considerações sobre a Estrutura Jurídica da Hemorrede Pública Brasileira. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão de Hemocentros: relatos de práticas desenvolvidas no Brasil: I Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros: resumo das monografias finais. Brasília, 2010.

SCHONINGER, N.; DURO, C. L. M. Atuação do enfermeiro em serviço de hemoterapia. *Ciência, cuidado e saúde*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 317-324, abr./jun. 2010.

VENDA de sangue é crime social que ninguém pune. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 24 de mai. 1972. p. 6. 1º Caderno. Edição 24.268. Disponível em: <<http://memoria.bn.br/>>. Acesso em: 21 fev. 2019

GLOSSÁRIO/LISTA DE ABREVIATURAS

Aférese: processo que consiste na obtenção de determinado componente sanguíneo de doador único, utilizando equipamento específico (máquina de aférese), com retorno dos hemocomponentes remanescentes à corrente sanguínea.

ANVISA: é uma Agência Reguladora, sob a forma de autarquia de regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde.

AT: é uma unidade hemoterápica que tem como função armazenar sangue e seus derivados, realizar exames imuno-hematológicos pré-transfusionais, liberar e transportar os produtos sanguíneos para as transfusões hospitalares.

Ciclo do sangue: processo sistemático que abrange as atividades de captação e seleção do doador, triagem clínico-epidemiológica, coleta de sangue, triagem laboratorial das amostras de sangue, processamento, armazenamento, transporte e distribuição e procedimentos transfusionais e de hemovigilância.

Coagulopatias hereditárias: são doenças hemorrágicas resultantes da deficiência quantitativa e/ou qualitativa de uma ou mais das proteínas plasmáticas (fatores) da coagulação. Têm como característica comum a redução da formação de trombina, fator essencial para a coagulação do sangue.

Doação: ato, processo ou efeito de doar alguma coisa.

Doador apto: doador cujos dados pessoais, condições clínicas, laboratoriais e epidemiológicas se encontram em conformidade com os critérios de aceitação vigentes para doação de sangue.

Doador de primeira vez: é aquele indivíduo que doa pela primeira vez naquele serviço de hemoterapia.

Doador de repetição: doador que realiza 2 (duas) ou mais doações no período de 12 (doze) meses.

Doador esporádico: doador que repete a doação após intervalo superior a 12 (doze) meses da última doação.

Doador inapto definitivo: doador que nunca poderá doar sangue para outra pessoa, podendo, em alguns casos, realizar doação autóloga.

Doador inapto por tempo indeterminado: doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por um período indefinido de tempo, segundo as normas regulatórias vigentes, mas apto a realizar doação autóloga.

Hemocentro: local especializado que se dedica à coleta, ao processamento e à preparação de sangue, podendo ou não realizar transfusão.

Hemocomponentes: produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico.

Hemoderivados: produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico-químico ou biotecnológico.

Hemoterapia: tratamento em que o agente terapêutico utilizado é o sangue ou algum de seus elementos.

Hemovigilância: conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre eventos adversos ocorridos nas suas diferentes etapas, para prevenir seu aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e receptor.

Município: divisão administrativa de um Estado, Distrito ou Região, com autonomia administrativa e constituído de órgãos político-administrativos próprios.

OMS: é a sigla para Organização Mundial da Saúde, que é uma agência especializada em saúde, fundada no ano de 1948 e é subordinada à Organização das Nações Unidas.

Sangue: líquido vermelho, viscoso, que circula nas artérias e veias bombeado pelo coração, transportando gases, nutrientes e elementos necessários à defesa do organismo.



Serviço de hemoterapia: estabelecimento de saúde que desenvolve atividades de hemoterapia.

Serviços de Saúde ou instituição de assistência à saúde: todos os serviços relacionados ao atendimento à saúde.

Transfusão de sangue: é o ato médico de transferir um sangue ou hemocomponentes deste de um doador para o sistema circulatório de um receptor. Para o sucesso do procedimento, é necessário existir uma compatibilização entre os agentes.



ANEXOS

ANEXO A – Termo de compromisso dos pesquisadores

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ – HEMEPAR DIVISÃO DE GESTÃO DE PESQUISA TÉCNICA E CIENTÍFICA - DVPTC	 PARANÁ
TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA CIENTÍFICA NA REDE HEMEPAR		DVPTC 002 Rev. 01 Página 1 de 2

Eu (nós) pesquisador (es), abaixo-assinado (s) e responsável (eis) pelo projeto de pesquisa intitulado “ESTUDO DE CASO: A POLITICA PÚBLICA DE SANGUE, O DECRETO 3990/2001 E SEUS IMPACTOS NO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REGIONAL”, declaro (amos):

1. Minha (nossa) responsabilidade em realizar a pesquisa acima citada de acordo com os termos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.
2. Estar (mos) ciente(s) em tornar público o(s) nome(s) do(s) profissional (ais) do HEMEPAR responsável (eis) pelo fornecimento de informações, dados, material e/ou amostras em todos os trabalhos (publicações em periódicos, apresentações em congressos, etc) oriundos desta pesquisa, de acordo com participação do HEMEPAR, seja como Instituição Proponente ou Instituição Coparticipante da pesquisa.
3. Estar (mos) ciente (s) do compromisso de mencionar o nome completo do profissional do HEMEPAR responsável pela orientação e/ou revisão do projeto de pesquisa como o autor correspondente em quaisquer publicações científicas advindas deste projeto de pesquisa.
4. Convidar (mos) formalmente os responsáveis pela Divisão de Gestão de Pesquisa Técnica Científica – DVPTC e Comissão Científica do HEMEPAR para a apresentação oral e/ou escrita da versão final da pesquisa, projeto, trabalho de conclusão de curso de graduação monografia, dissertação, tese ou outro equivalente à banca avaliadora.
5. Fornecer (mos) aos responsáveis pela DVPTC e Comissão Científica do HEMEPAR a versão digitalizada final da pesquisa, projeto, trabalho de conclusão de curso de graduação monografia, dissertação, tese ou outro equivalente, se solicitado.
6. Retornar (mos) ao HEMEPAR os benefícios advindos deste projeto de pesquisa sejam esses sob forma de informações, treinamentos de recursos humanos, participação em seminários e/ou outros eventos científicos, quando convidado.

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ - HEMEPAR DIVISÃO DE GESTÃO DE PESQUISA TÉCNICA E CIENTÍFICA - DVPTC	
TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA CIENTÍFICA NA REDE HEMEPAR		DVPTC 002 Rev. 01 Página 2 de 2

7. Estar (mos) ciente(s) da responsabilidade de comunicar (mos) os responsáveis pela DVPTC, Comissão Científica do HEMEPAR e Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria de Saúde – CEP SESA/HT qualquer alteração no projeto de pesquisa acima descrito e anexado e aguardar a aprovação dessas alterações para continuidade do projeto.
8. Estar (mos) ciente(s) da necessidade de divulgação da existência ou não de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento ou registro. Neste caso, os resultados devem se tornar públicos tão logo se encerre a etapa de patenteamento ou registro.
9. Estar (mos) ciente(s) de que os resultados desta pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.
10. Declaro (amos) que me (nos) responsabilizo (amos) por qualquer complicação ou dano resultante desta pesquisa e pela preservação do sujeito da pesquisa.

Nome completo

Assinatura

1. *Prof. Dr. José Henrique Rollo Gonçalves*

2. *Rita de Cassia Galvão Rocha*







Londrina, 31 de janeiro de 2019


Local

Data

ANEXO B – Autorização do serviço regional para realização da pesquisa

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ – HEMEPAR DIVISÃO DE GESTÃO DE PESQUISA TÉCNICA CIENTÍFICA - DVPTC	
CADASTRO DO PROJETO DE PESQUISA CIENTÍFICA		DVPTC 001 Rev. 01 Página 1 de 2
1. TÍTULO: ESTUDO DE CASO: A POLÍTICA PÚBLICA DE SANGUE, O DECRETO 3990/2001 E SEUS IMPACTOS NO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REGIONAL.		
2. RESUMO DO PROJETO: (TIPO DO ESTUDO, OBJETIVOS, METODOLOGIA PROPOSTA, TIPO E TAMANHO DA AMOSTRA, OUTRAS INFORMAÇÕES):		
<p>Não há uma definição única para o termo “política pública”. Neste estudo propomos defini-lo como um campo da política que analisa o governo e suas grandes questões e ainda um conjunto de ações governamentais que irão produzir efeitos específicos, podendo ser resumido como o estudo das ações do Estado e suas consequências para a população. Em um processo de política pública podemos observar várias etapas sendo elas: inclusão na agenda pública, elaboração de um problema potencial, formulação, implementação, execução e avaliação. Concordamos que:</p>		
<p style="padding-left: 40px;">A divisão das etapas descritas é mais uma esquematização teórica do que, de forma habitualmente improvisada e desordenada, ocorre na prática. O processo nem sempre observa a sequência sugerida, mas as etapas mencionadas e suas fases constitutivas estão geralmente presentes. (SARAVIA, 2006, pg 19)</p>		
<p>A Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, sob a Coordenação de Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde é o centro deste estudo. A missão de “desenvolver políticas e ações que promovam a saúde e o acesso da população à atenção hemoterápica e hematológica com segurança e qualidade, alinhadas com os princípios e diretrizes do SUS” é propósito desta política, além de garantir autossuficiência de hemocomponentes e hemoderivados no Brasil e a atenção hemoterápica e hematológica aos pacientes do SUS através dos serviços públicos e aos pacientes não-SUS através dos serviços privados contratualizados pelo Sistema Único da Saúde.</p>		
<p>Uma política pública não acaba na sua implantação, na verdade essa é só o início de uma jornada que deve ser acompanhada constantemente sempre com objetivo buscar da política seu melhor rendimento. Para a Política de Sangue e Hemoderivados a avaliação é a fase escolhida para essa análise, isso porque esse processo tem como objetivo fornecer as informações para introduzir eventuais correções a fim de assegurar que os objetivos estabelecidos sejam executados, além de verificar os efeitos produzidos na sociedade.</p>		
<p>A complexidade dos serviços de hemoterapia, as políticas governamentais, as relações entre os indivíduos/organização e a afinidade com o tema proposto, apontam que um estudo qualitativo permite uma avaliação profunda e um acesso a realidade social do tema abordado. Alicerçada no rigor científico, sustentada por uma plataforma teórica o estudo de caso produzirá uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro do seu contexto real com pouco controle do pesquisador sobre eventos e manifestações do fenômeno.</p>		
<p>Os objetivos desse estudo de caso são:</p>		

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ – HEMEPAR DIVISÃO DE GESTÃO DE PESQUISA TÉCNICA CIENTÍFICA - DVPTC	 PARANÁ
CADASTRO DO PROJETO DE PESQUISA CIENTÍFICA		DVPTC 001 Rev. 01 Página 2 de 2
<p>1) Avaliar o cumprimento do Artigo 6º do Decreto 3990/2001 na política pública de sangue e suas conseqüências no serviço de hemoterapia regional;</p> <p>2) Descrever as competências das esferas de poder na política de sangue na rede pública;</p> <p>3) Evidenciar o trabalho realizado pelos municípios abastecidos pelo serviço de hemoterapia e o impacto dessas ações na captação de doadores;</p> <p>4) Contribuir com o serviço de hemoterapia regional na formulação de uma estratégia de captação de doadores nos municípios atendidos pela rede pública de sangue.</p> <p>O estudo será realizado no serviço de hemoterapia regional da cidade de Londrina/PR tendo como referência o ano de 2017 e 2018. Será escolhido para colaborar com esse trabalho os municípios que dispõem de hospitais tipo II e III em sua área de abrangência (BRASIL, 1999) isso porque essas unidades assistenciais recebem pacientes com maior gravidade e tem naturalmente risco acrescido de necessitar de transfusão de sangue. Diante desse critério, estão incluídas as cidades de Londrina, Rolândia, Ibitiporã e Cambé. A coleta de dados será realizada através de entrevistas com os secretários de saúde dos municípios citados, com o Chefia Técnica do Hemocentro e Setor de Captação de Doadores. Os questionários serão enviados às prefeituras das cidades atendidas pelo Hemocentro Regional de Londrina. Os dados de transfusão serão liberados pelo serviço de hemoterapia sem que haja a identificação dos receptores.</p>		
3. PESQUISADOR (ES) RESPONSÁVEL (EIS): Prof. Dr. José Henrique Rollo Gonçalves (orientador) e Rita de Cassia Galdin Rocha		
3.2. ENDEREÇO (LOGRADOURO, NÚMERO, BAIRRO E CEP): Rua Borba Gato, 70 apto 206 , CEP:86010-630		
3.3. CIDADE - UF: Londrina/PR	3.4. TELEFONE: (43) 3371-2726 (comercial) (43) 9.9944-1496	3.5. E-mail: ritagaldinrocha@gmail.com
3.6. INSTITUIÇÃO A QUE PERTENCE: Hemocentro Regional de Londrina	3.7. UNIDADE / SETOR: Gestão da Qualidade	
4. LISTA DE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE DE PESQUISA - INSTITUIÇÃO: Prof. Dr. José Henrique Rollo Gonçalves (orientador) Rita de Cassia Galdin Rocha		
5. UNIDADE DA HEMORREDE HEMEPAR E SETOR (ES) ENVOLVIDO (S) NO PROJETO DE PESQUISA / NOME DO CONTATO (SE APLICÁVEL): Hemocentro Regional de Londrina – Setor de Captação de Doadores (Rosane Galo Martins) e Chefia Técnica (Dr. Fausto Celso Trigo)		

 HEMEPAR	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO PARANÁ - HEMEPAR DIVISÃO DE GESTÃO DE PESQUISA TÉCNICA CIENTÍFICA - DVPTC	 PARANÁ
CADASTRO DO PROJETO DE PESQUISA CIENTÍFICA		DVPTC 001 Rev. 01 Página 3 de 2

6. PUBLICAÇÕES PRETENDIDAS:		Número					
Artigos em revistas especializadas							
Resumos publicados							
Trabalhos em Anais de Congresso		X					
Apresentação de Trabalhos em Congressos							
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)							
Dissertação de Mestrado		X					
Tese de Doutorado							
Outros (especificar)							
7. CRONOGRAMA DA PESQUISA:							
Data de início da pesquisa: 01 /03 /2019				Data de conclusão da pesquisa: 01/10 /2019			
Atividades		Meses					
		1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11 - 12
A N O I	Questionário	X	X	X			
	Entrevistas	X	X	X			
	Levantamento do número de transfusão nos hospitais da 17ª Regional de Saúde conveniados ao Hemocentro nos anos de 2017 e 2018 .	X	X	X			
8. AUTORIZAÇÃO (PREENCHIMENTO A CARGO DO HEMEPAR)							
<p>Declaramos que estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa intitulado "ESTUDO DE CASO: A POLITICA PÚBLICA DE SANGUE, O DECRETO 3990/2001 E SEUS IMPACTOS NO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REGIONAL" nas dependências do Hemocentro Regional de Londrina. Autorizamos a sua execução, após o cumprimento de todas as normas previstas para o desenvolvimento de pesquisas no âmbito da Hemorrede HEMEPAR, bem como da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.</p>							
 _____ Chefe ou Diretor Dr. Fausto Celso Trigo Chefe de Divisão Hemocentro Regional de Londrina Londrina, 31/03/2019				_____ Diretor do HEMEPAR Curitiba, / /			

ANEXO C - Declaração de anuência do HEMEPAR



Curitiba, 11 de fevereiro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO HEMEPAR

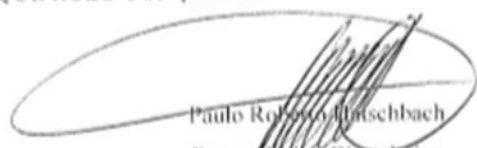
Declaramos termos ciência e concordarmos com o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “**Estudo de caso: A política Pública de Sangue, o Decreto 3990/2001 e Seus Impactos no Serviço de Hemoterapia Regional**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Rita de Cassia Galdin Rocha** e **José Henrique Rollo Gonçalves** vinculados à Universidade Estadual de Maringá (UEM), nas dependências do Hemocentro Regional de Londrina, Instituição Co-participante do referido projeto de pesquisa.

Informamos que foram cumpridas as normas estabelecidas para o desenvolvimento de produções científicas no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná - HEMEPAR / Divisão de Gestão de Pesquisa Técnica e Científica - DVPTC/HEMEPAR.

Autorizamos a sua execução após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para o Desenvolvimento de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos nas Unidades da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná (CEP SESA HT).

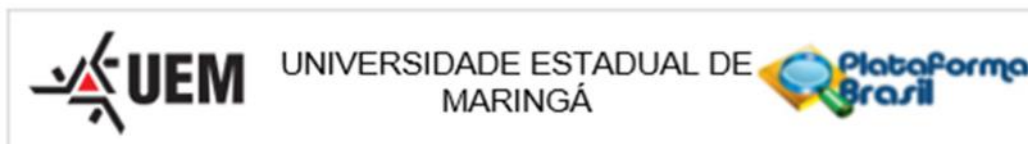
RITA DE CÁSSIA GALDIN ROCHA

JOSÉ HENRIQUE ROLO GONÇALVES



Paulo Roberto Hantschbach
Farmacêutico-Bioquímico
HEMEPAR

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE CASO: A POLÍTICA PÚBLICA DE SANGUE, O DECRETO 3990/2001 E SEUS IMPACTOS NO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REGIONAL.

Pesquisador: JOSE HENRIQUE ROLLO GONCALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11987019.0.0000.0104

Instituição Proponente: CCH - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.384.149

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá. A presente pesquisa não comporta intervenção direta no corpo humano, caracterizando-se pela adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, preponderando a aplicação do contido na Resolução 510/2016-CNS.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário consiste em "avaliar o cumprimento do Artigo 6º do Decreto 3990/2001 na política pública de sangue e suas conseqüências no serviço de hemoterapia regional".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa focalizará a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, especificamente a avaliação no campo das políticas, sempre com objetivo de verificar o quanto a ação governamental tem sido eficiente no atendimento à população". Trata-se de uma pesquisa qualitativa. De acordo com a pesquisadora, "o estudo de caso produzirá uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro do seu contexto real com pouco controle do pesquisador sobre eventos e manifestações do fenômeno. A coleta de dados será através da documentação oficial, entrevistas e questionários. As

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 3.384.149

informações provenientes da pesquisa será publicada para uso de outros interessados e os bancos de dados ficarão disponíveis para uso público, resguardando o devido sigilo das informações pessoais". Serão 21 participantes na pesquisa. Há um orçamento previsto no valor de R\$ 460,00 que será assumido pelo pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam do projeto: Protocolo de estudo de caso; Declaração de anuência do Hemepar; Questionário para coleta de dados; Roteiro de entrevista para o responsável pela captação de doadores do Hemocentro Regional de Londrina; Roteiro de entrevista para o diretor técnico do Hemocentro Regional de Londrina; Roteiro de entrevista para o secretário de saúde dos municípios atendidos pelo Hemocentro Regional de Londrina; TCLE; Folha de rosto devidamente carimbada e assinada pelo diretor do Centro de Ciências Humanas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1327331.pdf	04/04/2019 13:41:02		Aceito
Outros	ProtocoloP.pdf	04/04/2019 13:38:37	RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PreProjeto.docx	04/04/2019 13:23:07	RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA	Aceito
Outros	Autorizacao_Hemepar.pdf	04/04/2019 13:20:29	RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA	Aceito
Outros	Questionario.docx	04/04/2019 13:15:25	RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA	Aceito
Outros	EntrevistaCap.docx	04/04/2019 13:14:59	RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA	Aceito

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.384.149

Outros	EntrevistaDiretor.docx	04/04/2019 13:14:35	RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA	Aceito
Outros	EntrevistaSec.docx	04/04/2019 13:13:54	RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	04/04/2019 13:12:25	RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	04/04/2019 13:10:24	RITA DE CASSIA GALDIN ROCHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 11 de Junho de 2019

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Protocolo de Estudo de Caso

Protocolo de Estudo de Caso

Empresa: Serviço de Hemoterapia Regional da 17ª Regional de Saúde.

Projeto de Mestrado: Estudo de caso: a Política Pública de Sangue o Decreto nº 3.990/2001 e seus impactos no serviço de hemoterapia regional.

Pesquisador: Rita de Cassia Galdin Rocha

Orientador: Prof. Dr. Jose Henrique Rollo Gonçalves

Objetivos do estudo de caso

Centrando na análise documental, na observação da prática do serviço de hemoterapia, e em entrevistas, o estudo visa avaliar a efetivação do artigo sexto do Decreto nº 3990/2001 na Política Pública de Sangue e as consequências dessa lei no serviço de hemoterapia regional. Verificar as competências das esferas de poder na Política de Sangue permite entender como o sistema funciona em âmbito micro institucional, fazendo com que o estudo analise o serviço prestado no atendimento à população. Contribuir com o serviço de hemoterapia regional na formulação de uma estratégia de captação de doadores nos municípios atendidos pela rede pública de sangue é também um objetivo deste estudo, sendo evidenciando o trabalho realizado pelos municípios abastecidos pelo serviço de hemoterapia e o impacto que a falta de captação de sangue pode fazer para a população.

Questões de investigação

O protocolo de recolha das informações no decorrer do estudo está organizado em três grupos de informações, assim detalhados:

Tipologia da informação	Questões	Fontes de informações
Contexto organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Quais serviços hospitalares são atendidos pelo serviço de hemoterapia? • Como o serviço mantém os estoques de sangue em níveis seguros? • Quais ações são executadas para captar os doadores? • Como os municípios auxiliam na captação de doadores? • Trabalha com reposição para conseguir doadores? 	Entrevista (Diretor técnico e responsável pela captação de doadores) Documentação
Contexto regional/municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Quais serviços de saúde do seu município recebem sangue do serviço de hemoterapia? • Qual o envolvimento do município com a captação de doadores de sangue? 	Entrevista (secretário de saúde)

	<ul style="list-style-type: none"> • Há no município ações que incentivem a doação de sangue? 	Documentação
Contexto legal	<ul style="list-style-type: none"> • Há investimento financeiro destinado para as ações de conscientização à doação de sangue? • Há um Plano Municipal que oriente as ações para a doação de sangue? 	Entrevista (Secretário de Saúde) Documentação

Fontes de informação

A informação será recolhida através de questionários, entrevistas, observação e análise de documentos. Os questionários foram enviados aos vinte e um municípios da 17ª Regional de Saúde atendidos pelo serviço de hemoterapia de Londrina. As entrevistas realizadas com os Secretários Municipais ocorrerá conforme a disponibilidade dos entrevistados entre os meses de março a agosto/2019. A duração é variável se situando, em princípio, entre os 30 e os 60 minutos conforme a disponibilidade do entrevistado. Os dados de transfusão serão liberados pelo serviço de hemoterapia sem que haja identificação dos receptores.

Entrevistas

A escolha dos entrevistados foi definida pela importância das informações e dos cargos estratégicos dos interrogados, ficando definido da seguinte maneira:

- Secretário de Saúde dos municípios que dispõem de hospitais tipo I, II e III em sua área de abrangência, sendo esses os municípios de Londrina, Cambé, Rolândia e Ibiporã;
- Chefe técnico do serviço de hemoterapia regional;
- Responsável pelo setor de Captação do serviço de hemoterapia regional;

Estrutura geral das entrevistas

- Apresentação do entrevistador;
- Explicação do projeto de pesquisa e das motivações da entrevista;
- Consentimento para gravação;
- Consentimento formal para utilização na pesquisa;
- Sequência de perguntas para os entrevistados;
- Finalização das questões, agradecimentos e encerramento.

Análise Documental

Documentos que serão avaliados e utilizados para este estudo:

- Dados gerais do serviço investigado (história, evolução das atividades, dados de produção, recursos humanos).
- Organograma (estrutura hierárquica e funcional).
- Plano Diretor de Sangue, Componentes e Hemoderivados do HEMEPAR.
- Plano Plurianual.
- Lei de Diretrizes Orçamentárias.
- Plano Municipal de Saúde.

- Agenda Municipal de Saúde.
- Relatório de Gestão.

Questionário

Os questionários serão enviados aos municípios que não se enquadraram no critério de hospitais secundários e terciários, sendo esses: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Jaguapitã, Jataizinho, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Sertanópolis e Tamarana. O questionário será enviado para o Secretário de Saúde municipal e o contato para envio do documento será realizado por telefone.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com o responsável pela captação de doadores

Roteiro de questões para o responsável pela Captação de Doadores do Hemocentro de Londrina

1. Nome completo
2. Escolaridade
3. Idade
4. Qual o cargo/função que ocupa?
5. Qual o cargo que entrou no Estado?
6. Quanto tempo esta na função?
7. Qual a abrangência do atendimento do Hemocentro? Quais regionais são atendidas?
8. Quais serviços hospitalares são atendidos pelo Hemocentro de Londrina?
9. Como o serviço mantém os estoques de sangue em níveis seguros?
10. Quais ações são executadas para captar os doadores? São suficientes, que outras ações poderiam ser executadas?
11. Como os municípios da 17ª Regional de Saúde auxiliam na captação de doadores?
12. Os municípios atendidos pelo Hemocentro executam ações que incentivam a doação de sangue?
13. O serviço de hemoterapia trabalha com reposição como estratégia para conseguir doadores?
14. Nos municípios atendidos pelo Hemocentro há grupos de voluntários que se organizam e doam sangue no Hemocentro de Londrina?
15. Qual o impacto das doações desses grupos específicos de doadores?
16. Tem conhecimento se algum município tem um Plano Municipal de Sangue?
17. Qual a maior dificuldade que o serviço encontra para manter os estoques em níveis seguros e atender a população?
18. Há uma época mais complicada para conseguir a doação de sangue?

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com o Diretor Técnico

Roteiro de questões para o diretor técnico do Hemocentro de Londrina

1. Nome completo
2. Escolaridade
3. Idade
4. Qual o cargo/função que ocupa?
5. Quanto tempo esta na função?
6. Qual a abrangência do atendimento do Hemocentro? Quais regionais são atendidas?
7. Quais serviços hospitalares são atendidos pelo Hemocentro de Londrina?
8. Qual a importância das doações de sangue para o Hemocentro?
9. Como o serviço mantém os estoques de sangue em níveis seguros?
10. Quais ações são executadas para captar os doadores?
11. Como os municípios da 17ª Regional de Saúde auxiliam na captação de doadores?
12. Os municípios atendidos pelo Hemocentro executam ações que incentivam a doação de sangue?
13. O serviço de hemoterapia trabalha com reposição como estratégia para conseguir doadores?
14. Nos municípios atendidos pelo Hemocentro há grupos de voluntários que se organizam e doam sangue no Hemocentro de Londrina?
15. Qual o impacto das doações desses grupos específicos de doadores?
16. Tem conhecimento se algum município tem um Plano Municipal de Sangue?
17. Qual a maior dificuldade que o serviço encontra para manter os estoques em níveis seguros e atender a população?
18. Há uma época mais complicada para conseguir a doação de sangue?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com o Secretário de Saúde

Roteiro de questões para o diretor técnico do Hemocentro de Londrina

1. Nome completo
2. Escolaridade
3. Idade
4. Naturalidade
5. Qual o cargo/função que ocupa?
6. Quanto tempo está trabalhando na Prefeitura?
7. Quanto tempo está na função?
8. Quantos hospitais há em seu município?
9. Quais serviços de saúde do seu município recebem sangue do Hemocentro?
10. Há no município ações que incentivem a doação de sangue?
11. Quais ações são desenvolvidas no município para sejam captados doadores?
12. Há investimento financeiro destinado para as ações de conscientização à doação de sangue?
13. O serviço de hemoterapia que atende seu município solicita reposição do sangue utilizado (solicita que um número de doadores obrigatoriamente deve doar sangue para repor o estoque)?
14. Há no município um Plano Municipal de Sangue?
15. Tem conhecimento do Plano Estadual de Sangue e Hemoderivados do Paraná?
16. Tem conhecimento do Decreto nº 3990/2001 que regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001?
17. Há no seu município algum grupo de voluntários que se organiza e doa sangue no Hemocentro de Londrina?

APÊNDICE E – Questionário

Questionário

Meu nome é Rita de Cassia Galdin Rocha, sou aluna do Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá e o objetivo deste questionário é entender como a Política de Sangue e Hemoderivados atende seu município.

Não se preocupe em corrigir as respostas, pois não há ‘certo e ‘errado’. Lembre-se de que as respostas são confidenciais e os dados serão tratados de maneira anônima. Caso queira outras informações, estou à disposição!

Rita de Cassia G Rocha
(43) 9.9944-1496
ritagaldinrocha@gmail.com

Qual o seu nome completo?

Qual o cargo/função que você ocupa?

Secretário de Saúde Municipal

Assessor municipal

Outro : _____

Há quanto tempo está ocupando o cargo?

menos de um ano

de 1 a 2 anos

de 3 a 4 anos

mais de 4 anos

Escolaridade:

Ensino Fundamental (1º grau) completo

Ensino Médio (2º grau) completo

Superior (faculdade) completo

Pós-graduação (completo)

não sei informar

Idade:

abaixo de 21 anos

21 a 30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

51 a 60 anos

acima de 60 anos

Sexo:

- masculino
 feminino
-

Quantos hospitais têm o seu município?

- 1 a 2
 3 a 4
 mais de 5
 nenhum
-

Quando um paciente precisa de sangue no hospital da cidade, qual serviço de hemoterapia atende seu município?

- Instituto de Hematologia de Londrina (IHEL)
 Hemocentro Regional de Londrina (Hemocentro HU)
 Não sei informar
-

Você está satisfeito com o serviço que atende seu município?

- sim
 não

Por quê? _____

O serviço de hemoterapia que atende seu município solicita reposição do sangue utilizado (solicita que um número de doadores obrigatoriamente deva doar sangue para repor o estoque)?

- sim
 não

Por quê? _____

Há no seu município algum grupo de voluntários que se organiza e doa sangue no Hemocentro de Londrina?

- sim Quais nomes? _____
 não
-

Há um Plano Municipal de Sangue na sua cidade ?

- sim
 não
-

Há financiamento municipal para as ações voltadas para a assistência hemoterápica e a melhoria da qualidade do sangue?

sim

não

Se sim, cite quais ações são realizadas: _____

Há investimento para a capacitação dos recursos humanos a fim de garantir a qualidade do sangue e do atendimento aos pacientes?

sim

não

Se sim, cite quais ações são realizadas: _____

Os hospitais da sua abrangência alimentam os bancos de dados do sistema de informações na área de sangue através do SHT (Sistema Hemoterápico do Paraná)?

sim

não

No Plano Municipal de Saúde consta alguma estratégia para captação de doadores de sangue na cidade?

sim

não

Se sim, quais: _____

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada ESTUDO DE CASO: A POLÍTICA PÚBLICA DE SANGUE, O DECRETO nº 3990/2001 E SEUS IMPACTOS NO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA REGIONAL, que faz parte do curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas e é orientado pelo Prof. Dr. José Henrique Rollo Gonçalves da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é avaliar o cumprimento do Artigo 6º do Decreto nº 3990/2001 na Política Pública de Sangue e suas consequências no serviço de hemoterapia regional, evidenciar o trabalho realizado pelos municípios abastecidos pelo serviço de hemoterapia e o impacto dessas ações na captação de doadores e contribuir com o serviço de hemoterapia regional na formulação de uma estratégia de captação de doadores nos municípios atendidos pela rede pública de sangue. Para isso, a sua participação é muito importante, e essa se daria na forma de **entrevista gravada**. A gravação servirá apenas para que o pesquisador possa colher todos os dados sem que haja perda de nenhuma informação importante. Informamos que poderão ocorrer riscos e desconfortos de você não se sentir à vontade com o entrevistador ou o horário marcado não mais se adequar a sua disponibilidade. Em qualquer dessas situações, ou outras não previstas, você poderá se recusar a receber o pesquisador ou remarcar seu horário de atendimento. Não há risco, em decorrência da pesquisa, que haja desabastecimento de sangue no município ou que de alguma forma os serviços de saúde sejam prejudicados pelas informações fornecidas pelo entrevistado. **Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária**, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo para sua pessoa. Informamos, ainda, que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade (os áudios obtidos na entrevista serão destruídos após a finalização do trabalho). Os benefícios esperados são de que com a entrevista se possa evidenciar o trabalho realizado pelos municípios abastecidos pelo serviço de hemoterapia e o impacto dessas ações na captação de doadores e, também, contribuir com o serviço de hemoterapia regional na formulação de uma estratégia de captação de doadores nos municípios atendidos pela rede pública de sangue. O benefício direto desta pesquisa será para os pacientes atendidos que precisam de uma transfusão de sangue. Este estudo não gerará benefícios diretos para o pesquisador, orientador desta pesquisa. Caso você tenha dúvidas ou

necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido **em duas vias de igual teor**, sendo uma dessas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura, nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. José Henrique Rollo Gonçalves.

_____ Data:.....

Assinatura do entrevistado

Eu, Rita de Cassia Galdin Rocha, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Rita de Cassia Galdin Rocha

Telefone/e-mail – ritagaldinrocha@gmail.com – (43) 9.9944-1496

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. UEM-PPG-sala 4.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3011-4444

E-mail: copep@uem.br