



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

DILEAN MAYRA DE LIMA FREITAS
LIDIANE OLIVEIRA DA SILVA

**A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HEMOCENTROS DE ALAGOAS E
O PERFIL DO DOADOR**

MACEIÓ-AL

2024

DILEAN MAYRA DE LIMA FREITAS

LIDIANE OLIVEIRA DA SILVA

**A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HEMOCENTROS DE ALAGOAS E
O PERFIL DO DOADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Orientador(a): Edivânia Francisca de Melo

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

F866a Freitas, Dilean Mayra de Lima.

A atuação dos assistentes sociais nos hemocentros de Alagoas e o perfil do doador / Dilean Mayra de Lima Freitas, Lidiane Oliveira da Silva. – 2024.

70 f. : il.

Orientadora: Edivânia Francisca de Melo.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social: bacharelado) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 65-70.

1. Doação de sangue. 2. Assistentes sociais. 3. Serviço de hemoterapia - Alagoas. I. Silva, Lidiane Oliveira da. II. Título.

CDU: 364.442.2:616.15(813.5)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas /UFAL

Documento assinado digitalmente
gov.br DILEAN MAYRA DE LIMA FREITAS
Data: 10/09/2024 10:06:21-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DISCENTE: Dilean Mayara de Lima Freitas

Documento assinado digitalmente
gov.br LIDIANE OLIVEIRA DA SILVA
Data: 10/09/2024 09:47:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DISCENTE: Lidiane Oliveira da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 30.08.2024

Título: **A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HEMOCENTROS DE
ALAGOAS E O PERFIL DO DOADOR**

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
gov.br EDIVANIA FRANCISCA DE MELO
Data: 03/09/2024 21:39:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Edivânia Francisca de Melo (ORIENTADORA)

Documento assinado digitalmente
gov.br ARUA SILVA DE LIMA
Data: 06/09/2024 11:17:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Aruã Silva de Lima

Documento assinado digitalmente
gov.br RAYARA RAYSSA LOPES DE ANDRADE
Data: 11/09/2024 14:57:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assistente Social Rayara Rayssa Lopes de Andrade

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que durante toda nossa trajetória nos deu forças e sabedoria para vencer cada obstáculo e chegar até o final da graduação.

À Universidade Federal de Alagoas, juntamente com todo corpo docente, que contribuiu para nossa formação profissional de forma positiva e pelas diversas experiências que vivenciamos durante o curso.

À nossa orientadora que nos deu todo suporte necessário para elaboração deste trabalho, assim como também, durante a graduação com sua forma encantadora de atuar como profissional e conseguir enxergar o melhor lado de cada discente, compreendo suas particularidades. Foi um privilégio aprender com a mesma.

Ao Hemocentro de Alagoas, juntamente com sua equipe, que, em parceria com a Universidade Federal de Alagoas, nos deu a oportunidade de realizar nosso estágio curricular obrigatório. Agradecemos, em especial, à nossa supervisora de campo, que nos ensinou todas suas atribuições naquele lugar e nos mostrou a importância da atuação do profissional no mesmo. E foi isso que nos despertou para discutir sobre esse tema.

À nossa família, que nos deu todo apoio desde o ingresso na Universidade, durante a nossa trajetória no curso, até essa reta final, e foi nossa base para continuar a jornada acadêmica, sempre acreditando no nosso sucesso.

Aos nossos amigos que conhecemos durante a graduação e os de fora da universidade, que sempre caminharam conosco e nos apoiaram em cada passo.

Somos gratos a todos vocês!

“Captar é uma arte que busca cativar o verdadeiro artista, o doador de sangue, que partilha uma das mais preciosas fontes de vida – O Sangue.”

Rosemary Almeida de Oliveira Teixeira

RESUMO

O debate sobre a doação de sangue é uma temática de muita importância para a sociedade atual, pois ele está intimamente ligado ao ato de salvar vidas. As primeiras instituições hemoterápicas surgiram, no Brasil, na década de 1940. Desde essa década muitas mudanças ocorreram, porém, mesmo com todo o avanço dos meios de comunicação, o aprimoramento dos métodos transfusionais, com toda modernização dos equipamentos utilizados, ainda se nota a falta de esclarecimento por uma grande parcela da população no que se refere às informações sobre a doação de sangue e acerca dos profissionais envolvidos no processo de doação. Essa falta de informação contribuiu para o baixo quantitativo de doadores. Atualmente, apenas 1,4% da população brasileira é doadora de sangue. Destacamos, ainda, o fato de que, na atualidade, muito se fala acerca da importância da promoção da doação voluntária de sangue, porém, notamos o escasso debate acerca da importância da atuação do profissional Assistente Social neste cenário. Este foi o ponto de partida crucial para iniciarmos este trabalho; nele, discutimos, dentre outros temas, a atuação do assistente social na Política de Doação de Sangue, pois identificamos que ele é um profissional fundamental nos hemocentros. Outro ator insubstituível na Doação de Sangue é o doador de sangue. Ao estudar o perfil do doador podemos observar muitos fatores, em seus números quantitativos e mapear qual idade e gênero tem mais sucesso ao doar, por exemplo. E a partir daí buscamos analisar os motivos para estes resultados. O objetivo desta pesquisa é destacar a atuação do Assistente Social nos hemocentros e analisar o perfil preponderante do doador no Estado de Alagoas.

Palavras-chave: Doação de sangue, Assistente Social, Hemocentros.

ABSTRACT

The debate about blood donation is a very important topic for today's society, as it is closely linked to the act of saving lives. The first blood therapy institutions emerged in Brazil in the 1940s. Since that decade, many changes have occurred, however, even with all the advances in the means of communication, the improvement of transfusion methods, with all the modernization of the equipment used, the lack of clarification by a large portion of the population regarding information about blood donation and about the professionals involved in the donation process. This lack of information contributed to the low number of donors. Currently, only 1.4% of the Brazilian population is a blood donor. We also highlight the fact that, nowadays, there is a lot of talk about the importance of promoting voluntary blood donation, however, we note that there is little debate about the importance of the role of professional Social Workers in this scenario. This was the crucial starting point for us to begin this work; In it, we discuss, among other topics, the role of the social worker in the Blood Donation Policy, as we identified that he is a fundamental professional in blood centers. Another irreplaceable actor in Blood Donation is the blood donor. When studying the donor's profile we can observe many factors, in their quantitative numbers and map which age and gender is most successful when donating, for example. And from there we seek to analyze the reasons for these results. The objective of this research is to highlight the role of Social Workers in blood centers and analyze the preponderant profile of donors in the State of Alagoas.

Keywords: Blood donation, Social Worker, Blood Centers

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
CF	Constituição Federal
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensão
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
MESP	Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMP	Instituto Nacional de Assistência Médica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CDS	Captação de Doadores
OMS	Organização Mundial da Saúde
REDOME	Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea
HEMOBA	Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
HEMOAL	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Alagoas
HEMOSE	Centro de Hemoterapia de Sergipe
HEMOÍBA	Centro de Hematologia e Hemoterapia da Paraíba
HEMOMAR	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão
HEMONORTE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio Grande do Norte
HEMOPI	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HEMOCE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
FHB	Fundação Hemocentro de Brasília
HEMOGO	Centro de Hemoterapia e Hematologia de Goiás
HEMOSUL	Centro de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso do Sul
HEMOAM	Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas
HEMORAIMA	Centro de Hemoterapia e Hematologia de Roraima
HEMOPA	Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará
HEMOACRE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre
HEMOAP	Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amapá
HEMOTO	Hemocentro Coordenador de Palmas

FHEMERON	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia
HEMORIO	Centro de Hemoterapia e Hematologia do Rio de Janeiro
HEMOES	Centro Estadual de Hemoterapia e Hematologia Marcos Daniel Santos
HEMOMINAS	Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais
UNICAMP	Centro de Hematologia e Hemoterapia Hemocentro de Campinas
HEMEPAR	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná
HEMOSC	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
HEMORGS	Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
TED	Tratamento Fora do Domicílio
FARMEX	Farmácia de Medicamentos Excepcionais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 - TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	11
2 - DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL E SUA REGULAMENTAÇÃO.....	21
2.1 - A inserção do serviço social na área da saúde	27
3- ESTRATÉGIAS PARA DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL, FATORES MOTIVACIONAIS.....	37
3.1- Levantamento de Doadores Segundo o Ministério da Saúde no Ano de 2022.....	43
4- HEMOCENTRO DE ALAGOAS (HEMOAL).....	50
4.1 A Atuação do Assistente Social no Hemocentro de Alagoas (Hemoal).....	53
4.2- Perfil dos Doadores de Sangue no Estado de Alagoas entre os anos de 2008 e 2023	54
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
6- REFERÊNCIAS	65

INTRODUÇÃO

No presente trabalho de conclusão de curso iremos tratar sobre a atuação dos Assistentes Sociais nos Hemocentros de Alagoas e o perfil do Doador de Sangue. Abordaremos a trajetória do profissional nessa área de atuação, assim como suas atribuições e os desafios enfrentados por ele. Discutiremos, ainda, sobre o perfil dos doadores para entender quem são aqueles que retornam com maior frequência para doar sangue, compreendendo quais fatores contribuem para isso.

Nossa motivação para a presente obra foi o pouco material encontrado durante uma pesquisa sobre o tema que realizamos para elaboração de um trabalho acadêmico, o que nos despertou o interesse em contribuir e elaborar um trabalho de exposição que discutisse sobre o tema apresentado aqui.

Os Hemocentros atuam em prol da saúde da sociedade e realizam várias estratégias para captação de novos doadores para ampliação dos estoques de sangue que serão destinados aos pacientes com doenças hematológicas. Para melhor compreensão podem ser conhecidas como doenças do sangue as doenças que inibem produção com eficácia das células sanguíneas, dentre estas podemos citar a anemia, doença falciforme, dentre outras.

Para adentrar a esse assunto iremos iniciar lembrando um pouco como se deu a trajetória da saúde até os dias atuais, entendendo as diversas lutas que ocorreram em prol do acesso gratuito à política de saúde que temos hoje. Pois é válido ressaltar que o acesso universal a essa política veio por meio de lutas que contribuíram para a criação de leis que foram instituídas e entraram em vigor.

Abordaremos também sobre a relação do Serviço Social com a saúde, para que possamos compreender as demandas que os assistentes sociais recebem nesse campo de atuação e os desafios que surgem no dia a dia, buscando compreender por que o profissional de Serviço Social dos hemocentros foi destinado para a captação de doadores de sangue.

Trataremos, ainda, sobre as estratégias para doação de sangue no Brasil, fatores motivacionais e o levantamento de doadores realizado em 2022 pelo Ministério da Saúde.

Assim, buscaremos tratar de uma forma clara o tema referido, para que seja exposto a atuação dos profissionais de Serviço Social em meio às demandas ofertadas nos hemocentros de Alagoas.

1. TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Quando falamos sobre a trajetória da saúde é preciso entender que com o processo da industrialização muitas necessidades dos trabalhadores foram identificadas, e estas precisavam ser supridas para que eles conseguissem desenvolver suas atividades. Foi desse debate que surgiu a Medicina Social na Alemanha, França e Inglaterra. Por meio de ações do Estado, a classe trabalhadora conquistou alguns direitos sociais, pois o Estado assumia a função de “manutenção da ordem social capitalista e de mediações das relações entre classes sociais.” (Bravo, 2006, p. 2)

Bravo (2006) aponta que, no Brasil, o Estado só passou a intervir diretamente na área da saúde no século XX. No século XVIII, a assistência médica tinha como base a filantropia e a prática liberal. Foi somente no Século XIX que ocorreram algumas transformações na conjuntura econômica e política, fazendo com que, no campo da saúde, surgisse a vigilância do exercício profissional. Diante desse cenário de reivindicações, o movimento operário nasce tendo por objetivo a busca pela efetivação dessa política. A autora ainda chama a atenção para o emergente trabalho assalariado, pois, com o surgimento deste a saúde passa a ser vista como “questão social” no século XX. (Bravo e Paula, *apud* Braga, 2006, p.2)

No quesito saúde pública foram garantidas as condições sanitárias mínimas para as pessoas que estavam inseridas no meio urbano e rural, iniciando com algumas estratégias:

Ênfase nas campanhas sanitárias; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; Criação dos serviços de combates a endemias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate as endemias da formação de técnicos em saúde pública. (Braga e Paula *Apud* Braga 2006, p. 04).

Desse modo, para que possamos compreender a trajetória da saúde precisamos retornar às origens do Sistema Único de Saúde – SUS. Podemos iniciar pontuando que antes dele surgir os serviços de saúde eram ofertados de maneira precária, pois quem os financiavam eram os trabalhadores. Diante dessas circunstâncias os trabalhadores buscaram reivindicar seus direitos, eles enfrentavam longas jornadas de trabalho, em espaços insalubres e com salários baixos, colocando em risco a manutenção da sua saúde. Em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves, entrou em vigor o sistema previdenciário, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Estas, inicialmente, eram destinadas aos empregados das empresas ferroviárias.

Quem financiavam as CAP's eram as próprias empresas empregadoras, empregados e a União (Estado). Mas é válido pontuar que apenas as grandes empresas tinham capacidade de mantê-las. Em relação aos benefícios, vale ressaltar que eles eram baseados em proporção de contribuição e variavam entre “assistência médica-curativa e medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral.” (Bravo 2006, p.03)

Os benefícios das CAP's estavam baseados em assistência médica e farmacêutica. Porém esse sistema não era suficiente para atender às reivindicações dos trabalhadores e da população brasileira. Foi em 1932, no Governo Vargas, que ocorreu a unificação e absorção das CAP's, as quais foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's). A partir de então, o Estado começou a atuar diretamente sobre às questões que envolviam a saúde dos brasileiros, ampliando as categorias de trabalhadores que tinham acesso à política de saúde.

Mediante os fatos apresentados chegamos à compreensão de que, até 1932, o acesso à saúde era organizado como benefício, em que o trabalhador somente tinha acesso por meio de uma contribuição prévia. Mas, como pontua Romero (2023, p. 3-4):

Sob a égide do novo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, as ações de saúde pública passaram para a alçada do recém-criado Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP), sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública. Essa nova conformação institucional da gestão da saúde, definida já no período do primeiro governo de Getúlio Vargas, teve repercussões que se fizeram sentir até a reforma sanitária dos anos 80. Ao criar dois formatos diferenciados para as instituições e as ações de saúde, instituiu duas formas distintas de políticas para o setor: uma corporativa e outra universalista.

Diante desse novo cenário o acesso à saúde passa a trilhar novos caminhos e ganha uma nova configuração com serviços novos a serem ofertados. Romero (2013, p.4) aponta que a política de saúde se torna centralizada, pois “uma grande parte passa a ser executada pelo

governo federal”. Houve, portanto, uma expansão dos serviços de saúde, garantindo um maior acesso dos trabalhadores ao mesmo.

Segundo Romero (2013, p.4), em 1953, no governo Vargas, ocorreu a criação do Ministério da Saúde e, em 1954, a “lei federal estabeleceu normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Esta lei (Lei nº 2.313, de 1954) declarava, em seu art. 1º, ser dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.”

O autor evidencia que, em 1966, os Institutos de Aposentadorias e Pensões “unificaram-se ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo este órgão gestor da Previdência Social”. “Desse modo a previdência social passa a ser identificada com um novo perfil, o assistencialista, tendo como objetivos centrais aposentadorias, pensões e auxílios.” (Romero, 2013, p.5).

Em 1977, por meio da lei nº 6.439, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), instituindo o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). Com isso parte das funções exercidas pelos INPS passam a ser executados pelo INAMPS e SINPAS.

A instituição do Sinpas e a criação do Inamps reconheceram, de fato, a importância que a assistência médica previdenciária passou a assumir, em função do volume de recursos destinado a ela, e como instrumento de barganha e de legitimidade política (COHN, 2001). A destinação de parcela significativa desses recursos para a compra de serviços de assistência médica à iniciativa privada favoreceu esse setor empresarial, que se capitalizou sem correr os riscos das leis do mercado, na medida em que esse passou a ser garantido pelo Estado. (COHN *apud* Romero, 2013, p. 6)

Romero (2013) aponta que o Movimento da Reforma Sanitária, que teve início na década de 1970, é um fato importante que precisa ser considerado na discussão sobre a política de saúde. A proposta desse movimento estava pautada em modificações tanto no nível federal como no municipal, ofertando a implantação de um modelo unificado que tivesse uma única direção. O movimento foi liderado por “um grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor, que teve um papel destacado na oposição ao regime militar e na área da saúde” (Gerschman *apud* Romero, 2013, p. 7). Ainda é válido ressaltar que quem também contribuiu com esse movimento foram os crescentes movimentos populares em saúde, que tinham suas origens em bairros pobres, tendo como pauta principal as reivindicações por “melhores condições de saneamento, assistência médica e transportes.” (Romero, 2013, p. 7).

O autor esclarece que, em 1976, algumas reivindicações do Movimento Sanitário começaram a ser implantadas em alguns municípios por prefeitos progressistas. Desse modo, foi permitido que:

em Montes Claros, Niterói, Campinas e Londrina, fossem implementadas experiências exitosas de sistemas municipais de saúde, com base no modelo de extensão de cobertura por meio de serviços básicos de saúde. Para tanto, desenvolveram ações baseadas no trabalho de agentes comunitários de saúde; implantaram programas próprios de controle de doenças transmissíveis; testaram a integração docente assistencial, na busca de integrar os hospitais de ensino a seus sistemas municipalizados de atenção à saúde; institucionalizaram meios para a participação comunitária no planejamento e gestão de serviços e criaram espaços para a discussão e difusão de suas experiências. (Romero, 2013, p.8)

Em março de 1986, em Brasília, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, caracterizada como a primeira conferência que contou com a participação de usuários, pois antes desse período os encontros eram realizados com senadores e autoridades, porém não se tinha uma dimensão precisa do que era discutido no evento. A participação da população foi de suma importância pois possibilitou o avanço dos debates acerca da saúde. Esta passou a ser

entendida como resultante de condições de vida e de trabalho, e o entendimento de que a saúde é um direito humano, a ser garantido pelo Estado. Firmou-se, também, o consenso da necessidade de unificar os sistemas de saúde, com condução única em cada esfera de governo – no caso federal, a coordenação deveria caber ao Ministério da Saúde – com participação da comunidade na sua gestão e fiscalização. (Conferência Nacional de Saúde *apud* Romero, 2013, p. 9).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial (Conselho Nacional de Saúde, 2019)¹

Um fato importante que se faz necessário destacar ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. “O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial.” (Bravo, 2006, p.09). Deste modo, podemos compreender que os temas discutidos em espaços abertos para lutas e reivindicações com participação da população foi importante para definição da política de saúde.

¹ Conselho Nacional de Saúde, 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma, acesso em 18 de fevereiro de 2024, disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

Assim, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o movimento sanitário também teve um papel importante, pois, por meio da sua pressão e das reivindicações da população, o texto constitucional sofreu alterações, prejudicando os empresários do setor hospitalar. Os aspectos aprovados na Constituição foram:

O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com as discriminações existentes, entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviço de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada, e de atendimento integral, com participação da comunidade; proibição da comercialização de sangue e de seus derivados. (Teixeira *Apud* Braga 2006, p. 10-11).

Braga (2006) afirma que a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas, pois o objetivo estava pautado no aprofundamento da consciência sanitária com principal intuito de deixar evidente a necessidade da inclusão das demandas, garantindo apoio político para as modificações necessárias, pois para efetivar as mudanças propostas na política era preciso a aprovação e apoio do poder governamental. Deste modo, podemos compreender a importância da 8ª Conferência para a luta por melhores condições de saúde.

Vale ressaltar que uma melhor compreensão da política de sangue precisamos entender a ordem cronológica da construção da política de saúde no Brasil e da implantação do Sistema Único de Saúde, pontuando as modificações que ocorreram na década de 1980 e que culminaram na promulgação da Constituição de 1988. Este evento inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado.

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Art. 6º, Constituição Federal de 1988).

A Saúde, atualmente, é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988. No entanto, vale lembrar que antes da promulgação dessa Constituição só tinha acesso à saúde aquelas pessoas que contribuíssem. Dessa forma, a saúde funcionava como um benefício previdenciário. Contamos, hoje, com um cenário diferente, em que a política de saúde pode ser acessada por todos que dela precisar, pois é um direito social, como pontua o artigo 196 da CF 1988: o Estado é responsável por garantir o acesso universal por meio das políticas sociais, tendo como objetivo reduzir o risco de doença.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal de 1988).

Temos ainda na Constituição de 1988 os artigos 197 e 198, que defendem que é incumbência do poder público regulamentar, fiscalizar e executar a efetivação do acesso à saúde, formando um sistema único com o atendimento de forma integral, em que a comunidade pode participar, pois, quem melhor compreende e avalia o acesso senão os que dela usufruem?

Antes da Constituição de 1988 o acesso à saúde era organizado de modo privado como já foi pontuado anteriormente. Realmente era preciso realizar uma reforma nesse sistema. Foi a preocupação com essa problemática que fez surgir o movimento de Reforma Sanitária, que teve início no final da década de 1970. O sistema vigente na década de 1970 não atendia a toda população, pois se tratava de um modelo privatista, e a demanda só aumentava com o passar do tempo. O índice de pessoas que não conseguiam ter acesso à saúde era alarmante, então era notável a necessidade de um novo sistema. Com a Constituição Federal de 1988 foi criada a Seguridade Social e o seu orçamento.

Bravo (2006) aborda que as questões sociais no campo da saúde precisavam ser enfrentadas com maior alcance, ou seja, necessitavam ser enxergadas como questão política e, assim, o Estado interveio criando estratégias para alcançar os assalariados, pois o cenário era de uma urbanização acelerada e a massa de trabalhadores foi ampliada, porém tudo isso gerou a precarização do trabalho e de suas condições no que se refere à higiene, saúde e habitação. Identificamos, nesse processo, que as expressões da questão social se evidenciavam, pois as altas jornadas de trabalho geravam um maior desgaste físico ao trabalhador que pouco se alimentava para enfrentar dias de trabalho árduo, e a má remuneração não era o bastante para adquirir alimentação necessária e medicações. Tendo como incentivo a insatisfação com as péssimas condições de vida da maior parte da população brasileira, as lutas começaram a crescer e ganhar espaços, as reivindicações culminaram em várias conquistas como a lei que trataremos a seguir, que foi muito importante para a trajetória da saúde: a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A lei Orgânica da saúde (Lei 8.080/90) foi responsável pela regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei trata sobre a “promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências”. Assim, no decorrer de seus artigos encontramos colocações de grande importância. Nas disposições gerais, em seu

artigo 2º, ressalta que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Assim como a moradia, educação, assistência social, dentre outros direitos sociais, a saúde é garantida para toda a sociedade, e desse ponto de vista podemos analisar, como cita o Art. 3º, os direitos fundamentais.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Lei 8.080/90).

Das disposições preliminares teremos o Art. 4º, que trata sobre a administração dos serviços e suas instâncias de atuação, sejam elas, municipais, estaduais e federais, como podemos verificar a seguir:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. (Lei 8.080/90).

O que nos chama a atenção é o § 2º desse artigo 4º, pois afirma que a iniciativa privada pode participar desse sistema, porém de forma complementar, ou seja, ocorre um repasse do governo para essas instituições e elas disponibilizam os serviços para os usuários.

Já o artigo 5º define os objetivos do Sistema Único de Saúde, dentre eles podemos encontrar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e inclui ainda ações de assistência que demonstram o caráter preventivo, pois compreendemos que o cuidado com a saúde do usuário vai além do imediatismo, requer a implementação de ações que possam identificar todo histórico daquele usuário, e sugere que somente depois disso ações podem ser indicadas e efetivadas.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Lei 8.080/90).

Outro Artigo que podemos pontuar aqui é o artigo 7º, que trata sobre os serviços que estão pautados na Lei 8.080/90. Dentre estes, podemos citar a universalidade de acesso, a integralidade, a igualdade da assistência à saúde, assim como os demais serviços citados abaixo.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade;

O artigo 19, na alínea I, pontua algo muito importante: a garantia do atendimento e internação domiciliar. Assim, o usuário que não tem qualquer possibilidade de ir a alguma unidade de saúde tem seu acesso garantido, pois a equipe se desloca até o mesmo. Este é um ponto importante a ser mencionado tendo em vista que o acesso deve ser igualitário e superar todos os desafios, alcançando aqueles que apresentam alguma impossibilidade de deslocamento. Podemos citar, por exemplo, a equipe do Programa Melhor em Casa, em que o “atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social.” (GOV.BR, 2021).²

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. (Lei 8.080/90).

O artigo 21º assegura o acesso à saúde com gratuidade, garantindo a ampliação do acesso a essa política para todas as pessoas que necessitam de atendimento de saúde.

² GOV.BR, 2021, Ministério da Saúde, Melhor em Casa, Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/melhor-em-casa#:~:text=O%20atendimento%20%C3%A9%20realizado%20por,compor%20as%20equipes%20de%20apoio>

No que se refere aos serviços de saúde ofertados de forma privada à população brasileira, vale destacar o trabalho de fiscalização que deve ser realizado pelo Estado. Segundo o artigo 22º: “Na prestação de serviços privados de assistência à saúde serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.” (Lei 8.080/90).

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar; III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV - demais casos previstos em legislação específica. (Lei 8.080/90).

Sobre a participação complementar teremos ainda o artigo 24º, que trata sobre a cobertura assistencial à população, pois quando esta torna-se insuficiente no SUS, a iniciativa privada deve ser chamada para prestar o serviço que o usuário necessita. Desse modo:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. (Lei 8.080/90).

Assim, na medida que o sistema público apresentar algum transbordo nos atendimentos a iniciativa privada entra em contrapartida para efetivação desse atendimento com o objetivo de prestar um atendimento com eficácia, reduzindo as filas de espera, pois a saúde pública é algo urgente e requer total atenção para manter o bem estar da população, como veremos no Artigo 25º: “Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Lei 8.080/90).

E o SUS estabelece os critérios e valores da remuneração dos serviços como aponta o artigo 26º que assegura que “Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.” (Lei 8.080/90).

Assim podemos compreender a importância da Lei 8.080/90 para a trajetória da saúde. Ela afirma o acesso à saúde, garantindo a proteção e a recuperação da saúde, para que a prestação dos seus serviços aconteça de forma organizada e eficiente, facilitando o acesso para todos os usuários que precisem da política de saúde. Mas os avanços e as reivindicações continuaram com a Reforma Sanitária que defendia que a saúde deveria ser garantida como um direito de todos.

Vale lembrar que antes da implementação do SUS o acesso aos serviços de saúde era realizado por meio privado, e somente tinha acesso aqueles trabalhadores que contribuíam. A Constituição Federal de 1988 foi um avanço muito importante, pois a saúde em conjunto com a Assistência Social e a Previdência Social compõe a Seguridade Social. Assim o acesso à saúde fica assegurado como direito de todos e dever do Estado, e os serviços ofertados devem ser de forma integralizada formando um único sistema.

Atualmente, por meio da Constituição Federal de 1988 e da lei 8.080/90, o acesso à saúde é universal e gratuito. Essas conquistas tiveram uma significativa contribuição do movimento de Reforma Sanitária. Para que alcançássemos as conquistas atuais foram travadas grandes lutas, pois ainda haviam lados distintos: um defendia a privatização dos serviços, instituições que visavam o lucro acima de tudo, que era a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das indústrias farmacêuticas; do outro lado tínhamos a Plenária Nacional da Saúde, que entrou na luta pelas ideias defendidas pelos idealizadores da Reforma Sanitária, que tinham por objetivo “a universalidade das ações e a descentralização com controle social. Compreendiam que a saúde deve ser garantida como um direito de todos e dever do Estado.”(Teixeira; Bravo *apud* Bravo e Matos, 2006, p.7).

Bravo e Matos (2006) pontuam que em 1990 dois projetos estavam em disputa na área da saúde, de um lado o projeto privatista que solicita ao assistente social demandas relacionadas à “seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.” Do outro lado, havia o Projeto da reforma sanitária que tinham demandas destinadas ao assistente social como: busca pelo acesso à saúde nas unidades e oferta de serviços nas mesmas, um atendimento acessível de forma humanizada, estratégias para as intervenções mediante a realidade apresentada, uma maior atenção nas formas de abordagens grupais, incentivo à participação da sociedade e o acesso de maneira prática e clara às informações sobre os direitos. (Bravo; *apud* Matos, 2006, p. 10).

Precisamos pontuar que mesmo com tantos avanços ao longo do tempo, a política de saúde ainda sofre ameaças, podemos citar a privatização dos serviços que são colocadas em pauta por governos de direita que visam o lucro acima de tudo, tornando serviços básicos que antes eram ofertados de forma gratuita, em serviços pagos. O Brasil é caracterizado como país dependente pois, os “países centrais são os poderosos política e economicamente. Por sua vez, os países periféricos são vistos como dependentes. Na verdade, os países centrais são os mais ricos e os países periféricos são os mais pobres.” (Fagúndes e Silva, 2016, p.207). Assim compreendemos que para acompanhar crescimento acelerado do mercado, estratégias são elaboradas sem levar em consideração o bem-estar da população, mas sim o que o mercado exige, ou seja, a alta competitividade faz com que a política de saúde seja enxergada por governos de direita como meio de barganha para o alto lucro, mascarando essa ideia por traz de uma falsa propaganda de aumentar os serviços e o alcance de mais pessoas, pelo contrário conseguimos identificar que isso poderia gerar uma grande exclusão e um acesso precário a política de saúde, pois nem todos conseguiriam financiar.

No próximo capítulo iremos debater sobre a doação de sangue e a sua regulamentação, como ocorreu o seu desenvolvimento e as leis que regem o andamento desse serviço ofertado para a população que realiza as doações e para os pacientes que recebem as doações. Nesse sentido, faz-se necessário entender como os hemocentros surgiram, como atuam, e como os assistentes sociais podem auxiliar para a garantir o direito de vários usuários a iniciar ou manter seus tratamentos de forma gratuita e com qualidade. Nos hemocentros, sua atuação está voltada para realizar atividades em torno da educação sobre a doação de Sangue, levando informações para o usuário, despertando-o para ser um doador de sangue.

2. DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL, SUA REGULAMENTAÇÃO E A INTERVENÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

A doação de sangue é um ato voluntário, altruísta, seguro e regulamentado, mas nem sempre foi assim. Vamos entender um pouco sobre este processo no Brasil. Até a década de 1970 a doação de sangue era desenvolvida por meio da remuneração aos doadores, apenas a partir da década de 1980 foi promulgada a primeira Lei Federal de incentivo à doação de sangue, a Lei 1.075/50.

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. 2º Será dispensado do ponto, no dia da doação de sangue, o funcionário público civil de autarquia ou militar, que comprovar sua contribuição para tais Bancos. Art. 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, 2015, p. 7).

Com a promulgação da Lei 1. 075/50 no Brasil, a doação passa a ser recompensada pelo benefício e não pela remuneração como era feito anteriormente, despertando o sentimento de doação voluntária na sociedade. Na década de 1980 se desenvolve no país a política pública do sangue, em decorrência da propagação da AIDS e das demais doenças transmissíveis via transfusão sanguínea. A partir desses fatos são implantados os hemocentros, que estão voltados para doações de sangue voluntárias e sem remuneração.

Temos como marco histórico para a hemoterapia a 8ª Conferência Nacional de Saúde que contribuiu de forma muito positiva possibilitando que diversas propostas fossem incorporadas na Constituição Federal de 1988, que, em seu Art. 199, § 4º, proíbe a comercialização do sangue. Vale ressaltar que tanto a 8ª Conferência quanto o artigo 199, parágrafo 4º da Constituição de 1988 favoreceram o fortalecimento dos hemocentros que, por meio destas leis, passam a ter subsídios para fornecer um sangue seguro e de qualidade para toda a população brasileira.

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, vedada a compra, venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional, seja por pessoas físicas ou jurídicas, em caráter eventual ou permanente, que estejam em desacordo com o ordenamento institucional estabelecido nesta Lei. (Brasil, 2015, p.8).

Segundo Teixeira (2015, p.9), todo esse processo histórico contribuiu para a institucionalização de uma Política Nacional de sangue e criação da Coordenação de Sangue do Ministério da Saúde. Além disso, a constituição dessa base legal foi essencial para a promulgação, da Lei nº 10.205/2001 a Lei do Sangue ou Lei Betinho, que regulamenta o Art. 199, § 4º, da Constituição Federal de 1988, no que se refere à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades.

A Lei leva o nome de Betinho em homenagem ao sociólogo Herbert de Souza, criador da Ação da Cidadania Contra a Miséria e Pela Vida, que morreu em decorrência do vírus da

AIDS. Betinho e seus irmãos Henfil, e Chico Mário, eram hemofílicos e necessitavam de transfusões com frequência. Os três irmãos faleceram em decorrência do vírus da AIDS adquirido durante uma transfusão sanguínea.

Segundo a ANVISA promulgação da Lei do Sangue aguardou aprovação por nove anos, ela amparou e fortaleceu as ações, a maioria delas a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. E destaca que outro ponto importante a oficialização do Sistema Nacional de Sangue (Sinasan) e sua organização em níveis federal, estadual e municipal. O sistema é responsável pela implementação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

O Sinasan é composto por organismos operacionais de todos os processos relacionados ao sangue, da coleta ao processamento, e tem o apoio de órgãos das vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, laboratórios de referência para controle e garantia de qualidade do sangue, componentes e hemoderivados, bem como outros órgãos e entidades que envolvam ações pertinentes à política de sangue. (ANVISA, 2001, p. 4).

Pode-se observar que a hemoterapia aperfeiçoou seus métodos ao longo dos anos a fim de disponibilizar um sangue seguro e de qualidade para a população. Todo esse processo foi possível, segundo Teixeira (2015, p.9), graças às legislações, normatizações técnicas e avanços tecnológicos. A normativa que proibiu a remuneração dos doadores, tornando a doação um ato voluntário culminou na criação de uma nova demanda nos hemocentros, a captação de doadores. Por mais que se pareça uma missão fácil, trata-se, na verdade, de uma atribuição que requer muitas técnicas, sensibilidade, conhecimentos acerca dos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos.

No que se refere à captação de doadores na década de 1980, vale lembrar que ela era feita por qualquer profissional técnico da unidade de hemoterapia. Este processo de captação era realizado pontualmente para atender às demandas momentâneas, geralmente com os familiares dos pacientes no ambiente hospitalar. Foi apenas a partir da década de 1990 que se passa a discutir a captação como método efetivo estratégico para promover a doação de sangue. Neste período, teve início a elaboração de campanhas, materiais educativos, projetos nacionais dentre outros mecanismos voltados para a captação como método educativo. Como pontua Teixeira (2015, p. 10): “Voltou-se o olhar para o caminho da educação, e não mais do imediatismo de ações para salvar as oscilações dos estoques de sangue, com constantes apelos à população e abordagens aos familiares de pacientes.”

Essa nova visão relativa à captação tornou indispensável uma capacitação técnica dos profissionais responsáveis pela captação de doadores de sangue, pois é determinante que o profissional tenha conhecimentos técnicos de todo o processo de doação, transfusão e distribuição do sangue, derivados e componentes. O profissional responsável pela captação tem que ser capacitado para realizar estudos epidemiológicos, para realizar campanhas educativas sobre qualidade de vida e hábitos saudáveis. Conforme estas determinações para a captação de sangue ocorreram, na década de 1990, no Brasil, diversas oficinas de trabalho direcionadas aos captadores.

Nesse processo de “busca” do perfil desse captador, os assistentes sociais começaram a penetrar e a desenvolver suas ações no universo da hemoterapia. Apesar de não ser uma função específica da categoria de assistentes sociais, aos poucos passaram a ser o profissional mais envolvido com a captação, por contemplar na sua formação acadêmica esse olhar e conhecimento. O projeto ético-político do Serviço Social apreende as ações profissionais em consonância com a perspectiva da transformação social, com a defesa intransigente dos direitos humanos e a ampliação e consolidação da cidadania (Brasil, 2015 *apud* CRESS, 2024, p.11)

Portanto, em virtude desta carência de um profissional que, em sua formação, desenvolva habilidades necessárias que atendam a todas as especificações para a captação de doadores, o assistente social se insere neste campo de atuação e, em decorrência dos fatos mencionados, torna-se o profissional responsável pela captação. Ele nota a necessidade de existir um setor de captação e com isso há uma reestruturação dos espaços físicos dos hemocentros e a organização das equipes. Podemos notar que os assistentes sociais, ao se inserirem nessa atividade, promovem uma mudança muito importante para o processo de doação.

Conforme Teixeira (2015, p.12), “Captar, conquistar, sensibilizar e fidelizar doadores é transformar sentimentos, visão de mundo, valores – é transformar pessoas”. Ou seja, a captação precisa ser algo educativo que desperte o desejo de doar e que a experiência da doação seja positiva para que aquele doador retorne regularmente. É fundamental que o atendimento ao doador seja humanizado e ele saia do hemocentro motivado a retornar.

No início da década de 1980 a doação de sangue era conhecida por meio da remuneração, as pessoas que procuravam os hemocentros tinham por finalidade a troca de benefícios. Com a Primeira Lei (Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950) da doação de sangue ficou mais fácil compreender o benefício da troca, de modo que o funcionário público passa a ter direito à folga por meio de comprovação da doação. Mas isso ainda não era o suficiente,

pois os mitos foram surgindo, assim como os preconceitos também quando se tratava da doação, e no final o que restava eram os interesses pessoais de cada indivíduo.

Vale ressaltar que em 1980 foi levantada uma inquietação a nível mundial em relação à segurança transfusional, devido ao aparecimento da AIDS, e pela propagação das doenças transmissíveis por meio da transfusão de sangue. As autoridades sanitárias voltaram, então, a atenção para as doações de sangue, pois estava em evidência os riscos de contaminação que colocava em perigo doador e receptor. Então se fazia necessário o fim da remuneração, para que a doação ocorresse de forma consciente e não pela gratificação.

Segundo Teixeira (2015), a contestação ao sistema de saúde, em decorrência da crescente contaminação sanguínea, faz surgir no Brasil a hemoterapia como uma questão de política pública, que envolve toda a sociedade, pois as doenças transfusionais estavam sendo relacionadas ao tipo de doação remunerada, pois era uma forma fácil e prática para adquirir dinheiro e a responsabilidade social era deixada de lado. Ao passo que as notícias a respeito da AIDS se espalhavam, também aumentava o medo da doação, e a visão perante os serviços ofertados não era boa, a doação era vista como algo duvidoso, e isso motivava o surgimento de alguns movimentos sociais que buscavam lutar pelas reformas sanitárias e uma reformulação na política de saúde, para que a doação de sangue se tornasse segura e passasse uma confiança para a população.

Mediante toda situação exposta e as reivindicações realizadas, surge, na década de 80, a política pública de sangue. Foram implantados os hemocentros, adotando uma nova abordagem. Surge a doação de forma voluntária, sem qualquer forma de remuneração, despertando nas pessoas a solidariedade e a ação que beneficia a outros. A criação da hemorrede nacional que passou a ser responsável por assegurar a universalização do atendimento para quem precisa receber sangue ou para quem doa, bem como a regulamentação da realização de testes para doenças transmissíveis, como HIV 1 e 2, HTLV 1 e 2, Hepatite B e C, Sífilis e Doença de Chagas, que garantem a segurança do sangue e seus derivados protegendo a saúde dos receptores.

Teixeira (2015) afirma que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, da qual participaram vários representantes de seguimentos distintos, contribuiu de forma positiva para a hemoterapia, pois a temática estava baseada na visão de uma saúde com acesso universal e de forma igualitária. Essa Conferência contribuiu para algumas formulações

elaboradas na Constituição Federal de 1988, trazendo, assim, a proibição da comercialização do sangue:

Art. 199, § 4º- 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 *apud* Teixeira, 2015, p. 08).

O que traz a regulamentação para o § 4º, do art. 199, da Constituição Federal de 1988 é a Lei 10.205, de 21 de março de 2001 (Lei Betinho). A partir dessa lei, ações foram desenvolvidas para melhorar a segurança transfusional, como a criação de uma Coordenação de Sangue do Ministério da Saúde e a formulação da Política Nacional de Sangue. Deste modo, foram traçadas as estratégias e colocadas em pauta a aplicação das devidas atribuições dos profissionais que atuam nessa área. Os avanços foram notáveis com o passar do tempo, a segurança e a qualidade tornaram-se essenciais para o processo de efetivação dos serviços.

Muitos avanços foram identificados com mais rapidez, o principal estava no ato da doação, agora de modo voluntário, sem qualquer remuneração, efetivação da legislação, técnicas normatizadas, capacitações e uma gestão comprometida, tudo em busca da garantia dos estoques e fornecimento de sangue aos que dele precisarem, conseguindo, assim, uma segurança na doação e captando doadores comprometidos que retornariam após o período de cada doação realizada. Com isso Teixeira aponta um novo desafio, agora a missão estava pautada na estruturação da Captação de Doadores de Sangue, concedida também como “recrutamento de doadores”. (Teixeira, 2015, p. 09)

Mas, Teixeira (2015) ressalta que a tarefa da captação não era algo tão fácil, era preciso recorrer às técnicas que pudessem levar um conhecimento empírico acerca da prática da doação, para que desse modo as pessoas fossem influenciadas a participar de forma a atender à responsabilidade social para com o outro, honrando seu compromisso de viver em coletividade. O autor explica ainda que a Captação tem o propósito de conquistar, tornando um costume corriqueiro, e com isso atravessa gerações, como acontece em outros lugares.

Vale lembrar que, inicialmente, a captação de doadores era visualizada como tipo de atividade a ser desenvolvida por qualquer técnico inserido na hemoterapia. Nesse período, não se tinha uma visão mais ampla das ações como projetos e programas. As atividades eram trabalhadas na área hospitalar e eram voltadas apenas para as famílias que dessem entrada naquele ambiente e fossem atendidas naquele local. Não se tinha ainda salas ou setores que trabalhassem especificamente com a hemoterapia. Foi apenas a partir da realização de

encontros, seminários, oficinas, com o objetivo de fortalecer as doações de sangue no Brasil na década de 1990 que cresceu as discussões sobre a captação. Estratégias foram traçadas como a realização de macro campanhas, utilização de panfletos e materiais informativos, projetos educativos, entre outros, visando a socialização da temática para as pessoas. Vigoravam, agora, as estratégias educacionais e a divulgação de informação que despertasse nas pessoas o compromisso social. A captação passa, portanto, a ser visualizada como algo essencial para a hemoterapia.

A implementação de meios para redução no descarte de bolsas foi de grande importância como os marcadores sorológicos para doenças transmissíveis e que diagnosticava a falta de vitaminas necessárias para realizar a doação de sangue, pois os hemocentros não se preocupavam apenas com a saúde dos receptores, mas também com a saúde dos doadores.

Assim, identificamos que a doação de sangue vai muito além de uma simples doação, ela está inserida em um ato altruísta que revela o comprometimento do cidadão com a sociedade, sendo a captação de sangue uma tarefa que deve ser desenvolvida não apenas pelos assistentes sociais, mas pelos profissionais das mais diversas áreas, o que pode ajudar no fortalecimento das ações programadas.

Veremos, a seguir, a relação do Serviço Social com a área da saúde, como foi a inserção dos assistentes sociais nessa área e por que, até hoje, eles são considerados profissionais da saúde, sendo, inclusive, um dos principais atores na política de Doação de Sangue.

2.1 A inserção do serviço social na área da saúde

Após compreendermos como se deu a trajetória da saúde com suas lutas e reivindicações para que todos pudessem ter acesso à mesma de forma gratuita e analisarmos o processo de regulamentação da Política de Sangue no Brasil, iremos discutir sobre a inserção do Serviço social na área da saúde.

O Serviço Social, desde os primórdios³, apresentou alguns pontos relacionados à saúde como, por exemplo, a formação profissional apresentava-se com algumas disciplinas nessa

³ No Brasil, as primeiras escolas de Serviço Social surgiram no final da década de 1930, quando se desencadeou no país o processo de industrialização e urbanização. Nas décadas de 1940 e 1950, houve um reconhecimento da importância da profissão, que foi regulamentada em 1957 com a Lei nº 3252. (CFESS – Conselho Federal de Serviço Social).

área. Podemos compreender que, no Brasil, o capitalismo gerou necessidades particulares, que abriram espaços para atuação profissional. Assim, obtivemos uma certa ampliação do espaço sócio-ocupacional, ou seja, o setor da saúde passou a incluir os assistentes sociais.

Bravo e Matos (2006, p.03) ressaltam que a área da saúde passa a absorver a área do Serviço Social. O novo conceito de saúde tinha o foco nos “aspectos biopsicossociais, assim foi identificado a necessidade de outros profissionais para atuar no determinado setor e entre estes o assistente social”. Os autores pontuam que essa necessidade da inclusão de novos profissionais ocorreu por meio da alta demanda em decorrência das condições de saúde da população. Um dos pontos importantes também destacado pelos autores foi

a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (Bravo; Matos, 2006, p.03):

Bravo e Matos (2006) abordam que o Assistente Social desempenhava uma ação de cunho educativo, ele intervia no modo de vida, ou seja, em hábitos de higiene e saúde, atuando em programas voltados para a saúde. Os autores ainda chamam a atenção para algo importante para a compreensão desta trajetória, a “consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social.” (Bravo e Matos, 2006, p. 3). Porém, é válido ressaltar que essa assistência não era universal por isso foi compreendida como excludente. Nos hospitais, o profissional de Serviço Social atua como mediador na relação entre a instituição e a população, com o objetivo de “viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.” (Bravo; Matos, 2006, p. 3).

Os autores mencionam que os profissionais de Serviço Social mantiveram sua ação em hospitais e ambulatórios, pois era de grande importância a atuação nesses espaços, em decorrência da ampliação dos serviços de saúde. Bravo e Matos (2006) chamam a atenção para algo importante a ser mencionado, o fato de que por meio da articulação desses profissionais, foi viabilizada a participação da população nas instituições, assim como em programas de saúde.

Segundo os autores, a atuação do assistente social na área da saúde deve ser pautada na busca criativa e contínua sobre os conhecimentos e novas maneiras para articulação dos

princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.” (Bravo; Matos, 2006, p. 17). São dois projetos que se tornam essenciais para encontrar as respostas adequadas diante das demandas apresentadas pelos usuários que buscam atendimento. Deste modo, podemos compreender que a ação articulada do Serviço Social com outras áreas é importante porque pode contribuir para a defesa e aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele foi criado para que fossem ofertados bons serviços na área da saúde e o direito à saúde fosse efetivado.

Bravo e Matos (2006) abordam que o código de ética apresenta ferramentas para a atuação dos Assistentes Sociais na saúde. “Destacamos aqui entre os onze princípios fundamentais:

1-“Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”; 2-“Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”; 3-“Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores”; 4 - “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Ou seja, pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, ao nosso ver, é: 5- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; 6- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; 7-Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; 8- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (Bravo; Matos, 2006, p. 3)

O Profissional de Serviço Social enfrenta diversos obstáculos em nossa atualidade e na saúde não se faz diferente, o mesmo se depara com diversas situações e deve compreender que cada usuário possui um caso distinto, pois não se deve agir no imediatismo, mas compreender que por trás do que levou o usuário até ele tem toda uma história que deve ser compreendida, para então entrar com a determinada intervenção, seguindo sempre os valores éticos da profissão e atuando na efetivação das políticas públicas.

Quando tratamos sobre o trabalho que o assistente social desenvolve na área da saúde, somos levados a realizar uma releitura, que se inicia pelos primeiros passos que sucederam até

a conquista do direito à saúde. Compreendemos que muitos fatos foram importantes para a concretização da política de saúde, e esses contribuíram para sua efetivação, dentre esses podemos apontar o movimento da reforma sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do SUS.

Sodré (2010, p.454) aponta que o assistente social contribuiu nas lutas sociais para efetivação da política de saúde, abrindo o debate sobre o campo de atuação, buscando desempenhar um trabalho humanizado, “um SUS menos biomédico nas suas diversas redes de serviços e especialidades.” Ou seja, o serviço social, por meio de suas ferramentas, busca garantir que o serviço ofertado seja além do imediatismo.

O Sistema Único de Saúde representa o resultado das lutas sociais, de grandes reivindicações por aqueles que buscavam um sistema justo e igualitário que atendesse a todos a quem dele precisar, sem qualquer distinção. Nesse cenário de lutas, os assistentes sociais se destacaram por desempenhar um papel importante, pois sua formação estava pautada no projeto de sociedade que definiu a história da profissão, como pontua Sodré (2010).

O autor faz uma análise histórica retornando aos primórdios do capitalismo, mais precisamente no período da industrialização. Ele explica que, com a chegada dela, a modernidade veio junto, pois identificou-se um crescimento acelerado nos grandes centros. É válido ressaltar que também tiveram os pontos negativos, pois a cidade ficou com uma superlotação e com isso foram instituídos meios de controle da força de trabalho. Os trabalhadores foram submetidos a longas jornadas de trabalho com uma baixa remuneração, e ainda tinham que viver em ambiente insalubres.

Mediante essa modernização e seus malefícios, o Serviço Social direcionou sua intervenção para suprir algumas demandas reivindicadas pela classe trabalhadora. Na área da saúde, os serviços eram caracterizados de forma descentralizada, só tinha acesso quem contribuísse financeiramente para isso. Diante disso a construção de um sistema unificado se fez necessário. Sodré (2010 p.455) pontua que ocorreu a criação do campo da saúde pública, e deixa claro o significado do termo “saúde pública”: ele “refere-se à formação de uma política estatal, portanto “pública” no seu sentido de ser atrelada ao Estado.”

O Serviço Social, em sua trajetória histórica, traz momentos históricos que são importantes para a profissão, como pontua Sodré (2010, p.456), que chama a atenção para a “inserção maciça dos assistentes sociais nos grandes hospitais, o trabalho muitas vezes

higienista de retirada das populações de rua com o discurso do sanitarismo organizado por meio de normas de higiene e cuidado com o corpo”.

A entrada do Serviço Social na área da saúde pública apresenta-se, por diversos fatores, de grande relevância para a profissão. Sodré (2010) aborda em sua obra que esse momento foi construído

Através dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. (Sodré, 2010, p. 456).

Por causa da necessidade de desenvolver ações como essas citadas anteriormente, tornou-se essencial a introdução desse profissional no campo da saúde, pois, como aponta o autor, “grande parte da população vivia em condições de miséria e não demonstrava conhecimentos básicos sobre o próprio corpo em decorrência da taxa de baixa escolaridade.” (Sodré, 2010, p. 456).

O Serviço Social compreendia a área da saúde como um campo de possível intervenção. O Assistente Social priorizava um atendimento amplo que buscava suprir várias demandas dos trabalhadores, um novo desafio para o serviço social.

Sodré (2010) chama a atenção em sua obra para o surgimento do “livro preto” nos hospitais públicos, uma ferramenta utilizada pelos profissionais de serviço social para registrar todas as ocorrências realizadas por meio de um relato claro, que pudesse auxiliar o próximo profissional que assumisse o plantão. Mas o autor pontua ainda algo importante nesse meio, o modo como os hospitais trabalhavam: eles atuavam semelhantes a uma fábrica e realizavam atendimentos para um número grande de pessoas, com isso o Serviço Social passa a atuar de forma mecanizada, pois era a única forma, nesse momento, possível de atuar, dada a existência de uma grande demanda para esse setor.

A especialidade técnica na saúde pública criou equipes que não interagem. São profissionais compartimentalizados, como se a vida fosse a junção de conhecimentos sobre pedaços do corpo humano. O “fordismo modernizador” proporcionou ao campo da saúde uma formação maciça de profissionais que tratam a vida como partes contidas em um todo. A estrutura administrativa centralizada do grande hospital, proporcionou a criação de um modelo de saúde-fábrica. Uma produção sem originalidade, centrada em um discurso de defesa do Estado protetor que nunca conhecemos através do fordismo na saúde pública. (Sodré, 2010, p. 457).

O autor faz uma colocação sobre a saúde-fábrica. Ele aponta que por meio desta deu-se o início à “terceirização dos serviços de saúde, como por exemplo os planos de saúde e os serviços especializados que geravam um alto custo para os hospitais públicos, onde funcionavam.” (Sodré, 2010, p. 457). Podemos citar alguns serviços ofertados nos hospitais, como:

o surgimento de serviços de hemodiálise, quimioterapia ou radioterapia, fornecidos por equipes que detêm o controle sobre as máquinas. Exatamente o mesmo formato capitalista do início da sociedade burguesa: um grupo de médicos detêm as máquinas de radioterapia e por eles serem os donos das máquinas, fornecem (dentro de um serviço público) seus trabalhos altamente especializados, cobrando o quanto querem pelo serviço e sendo pagos pelo Estado. Este modelo de Estado-empresa reflete não só o campo da saúde, mas o único formato de Estado de bem-estar social que o país conheceu, reforçando teses dos estudos marxistas em que o Estado sempre foi a representação de uma classe. (Sodré, 2010, p. 457-458).

Outro momento que foi de grande relevância para a trajetória da política de saúde foi a criação das equipes de agentes comunitários, e a seleção destes tinham um critério específico: era preciso ser morador local. Esses agentes carregavam consigo a missão de adentrar aos lares dos usuários e entender como funcionava a saúde daquela determinada família, observando os hábitos que eles tinham, para que chegassem à conclusão do que buscavam, o estilo de vida e se esse modo apresentava qualidade. Por meio desse mecanismo foi proporcionado aos assistentes sociais algumas reflexões. Como, cita Sodré (2010, p.463):

1) Frente aos determinantes sociais que conhecemos sobre a saúde, o que seria um estilo de vida saudável? Iremos pontuar a miséria e a pobreza como critério de avaliação ou encontraremos estilos saudáveis mesmo dentro das condições de pobreza da população? 2) O que essa inversão proposta pelo campo da saúde coletiva nos coloca como demanda? Que modos de reprodução da vida estão sendo pautados?

Sodré (2010) cita que no início de 2000 ocorreu uma contratação grande de agentes comunitários. Ele pontua ainda que por bastante tempo o trabalho dos agentes estava pautado em adentrar os lares para captar informações que fossem relevantes para repassar às equipes de saúde. Com esse cenário crescendo, os profissionais de Serviço Social identificam uma “perda de espaço”. Em decorrência disto a visita domiciliar, que faz parte da profissão do assistente social, passa a ser visualizada como ferramenta ideal para “o modelo flexível de saúde.” Na verdade,

Há uma ambiguidade no discurso da humanização. Se por um lado promove menos máquinas, menos produção em série, menos fordismo na saúde, por outro traz uma prática extremamente alienante, tanto do ponto de vista do profissional da saúde, quanto para seu usuário. No campo hospitalar, hoje, os usuários caracterizam-se por pessoas doentes. Não existem pessoas saudáveis em busca de atendimento hospitalar. Neste sentido, qualquer um desses demandantes estão ali à espera de qualquer profissional que lhe dê o mínimo de atenção, de escuta ou mesmo uma informação. Assim compreende-se melhor a frase acima citada, ouvida de um profissional de saúde. Em situação extremamente vulnerável, qualquer discurso profissional que contenha mínimas informações pode ser entendido como “humano” ao usuário. (Sodré, 2010, p. 465).

Podemos compreender que o papel central do profissional que está inserido na saúde deve ir além de um simples atendimento corriqueiro, pois, muitas pessoas que chegam às unidades de saúde já estão com muitos de seus direitos violados e precisam de um profissional capacitado para ouvi-lo (que desenvolva um escuta ativa) e que facilite o acesso às suas demandas mais urgentes, pois o acesso à saúde é um direito garantido por meio da Constituição Federal de 1988 e com isso o atendimento deve ser ofertado da melhor forma possível. É partindo, então, dessa perspectiva que passamos a compreender a inserção dos assistentes sociais no campo da saúde, pois o autor reflete que:

O assistente social tem sido cada vez mais convocado a atuar na gestão dessa força de trabalho no campo da saúde, algo que nos desafia a pensar sobre essas relações de forma mais aprofundada. Ao profissional que se resume a dar plantões e encaminhamentos, as políticas de saúde lhe reservam lugares extenuantes de trabalho, equipes despreparadas, ambientes insalubres, condições inferiores de administrar seu processo de trabalho no atendimento aos usuários. O modelo flexível da saúde requer um assistente social para além do arquétipo “plantão-encaminhamento”. Um caminho de mão dupla que abre janelas para longos debates. (Sodré, 2010, p. 466).

O Assistente Social, como alerta Sodré (2010), deve atuar de maneira articulada para auxiliar o usuário em suas demandas, e, muitas vezes, ainda são destinadas tarefas que fogem da sua área. Podemos identificar que, atualmente, em alguns espaços, o Serviço Social atua como “coração”, ou seja, se torna o centro para solução de todas as demandas. E como completa o autor:

O assistente social despreparado continua a repetir que “apaga incêndios” ou que somente resolve problemas nos hospitais. Mas quem não resolve problemas em hospitais? A instituição hospitalar colocou-se na modernidade como uma máquina de resolver problemas de saúde. Todos no campo hospitalar atuam com a finalidade de desenvolver estratégias para fazer viver, ampliar a sobrevivência, retirar a população que lhe demanda de uma condição de sofrimento, que na maior parte das vezes trata-se de um sofrimento físico ou psicológico. A maneira como se deu (e ainda acontece) a implantação da

política de saúde traz aspectos importantes para analisar a forma fabril de fazer a ação de Estado. O assistente social é solicitado, durante todo o seu tempo de trabalho, a atender demandas complexas, de forma desmedida pode ser considerada a sua intensidade. Por vezes, o atendimento a uma só pessoa pode ocupar dias de trabalho devido a sua complexidade. E mesmo com demandas grandes e intensas de atendimento direto à população, é também convocado a ocupar cargos que dialogam com a gestão. (Sodré, 2010, p. 466/467).

Dito isto, podemos então visualizar as demandas que são colocadas para o profissional de Serviço Social na área da saúde.

Os Assistentes Sociais têm sua formação na área das ciências humanas, mas Teixeira (2015) aponta que não é especificamente na área da saúde. Esses profissionais não se limitaram, fizeram valer a sua formação e seu comprometimento e foram mais além, se inseriram na área da saúde pública e assim foram “reconhecidos como profissionais da área por meio da Resolução nº 218/97, do Conselho Nacional de Saúde.” (Teixeira, 2015, p.11) trazendo, assim, um fato para o contexto social, em que a saúde não mais seria caracterizada somente como ausência de doença, mas resultado do sentido de viver de forma plena.

Vale ressaltar aqui, ainda, que os assistentes sociais também desenvolvem ações profissionais nos hemocentros, sendo a captação de doadores de sangue uma de suas tarefas mais importantes. Mesmo com a utilização dos recursos para captação como vídeos, *folders*, manual de qualificação e grandes investimentos em tecnologia, as doações de forma espontânea continuavam baixas. Foi identificado que para se tornar um captador seria necessária uma formação técnica, daí a necessidade de se traçar um perfil profissional do captador, que deveria possuir:

conhecimento teórico para formulação de estratégias pautadas nas relações humanas, nas relações sociais, com base num processo reflexivo partilhado, coletivo, criativo, consciente, numa visão global da realidade na busca de uma ação transformadora. Um profissional educador, estrategista. Nesse processo de “busca” do perfil desse captador, os assistentes sociais começaram a penetrar e a desenvolver suas ações no universo da hemoterapia. (Teixeira, 2015, p.11)

Mesmo não sendo uma função específica da categoria de assistentes sociais, com o passar do tempo esses profissionais tornaram-se

mais envolvido com a captação, por contemplar na sua formação acadêmica esse olhar e conhecimento. O projeto ético-político do Serviço Social apreende as ações profissionais em consonância com a perspectiva da transformação social, com a defesa intransigente dos direitos humanos e a ampliação e consolidação da cidadania (CRESS, *apud* Teixeira, 2015, p. 11).

Agora, com a atuação dos assistentes sociais ganhando visibilidade, foi identificada a necessidade de espaços para desenvolver as atividades e os trabalhos com as equipes, tendo em vista que são várias etapas do processo entre a captação e a doação. Conforme aponta a Política Nacional de Sangue:

Componentes e Hemoderivados, os captadores foram traçando as suas linhas de trabalho partindo do conhecimento da realidade em que atuam (social e institucional), enfrentando suas dificuldades (estruturais, recursos humanos, gestão, capacitação) em busca da transformação de atitudes e comportamentos, na conquista de doadores saudáveis e permanentes. O trabalho educativo na captação de doadores na realidade brasileira é algo fundamental, mesmo que os frutos sejam colhidos em médio e longo prazos. (Teixeira, 2015, p.12)

Teixeira aponta que “Captar é uma arte que busca cativar o verdadeiro artista, o doador de sangue, que partilha uma das mais preciosas fontes da vida – o sangue.” (Teixeira, 2015, p.12). Faz-se necessário, no momento da captação, ser um profissional acolhedor para que aquele atendimento possa transmitir confiança, de modo que todas as dúvidas relacionadas ao processo sejam sanadas e aquela experiência se torne algo especial de modo que aquele doador possa retornar e assim trazer mais pessoas e sair daquele local com sentimento de missão cumprida e com comprometimento de retornar para uma nova doação. Mas é válido ressaltar a importância da realização das análises da efetividade das estratégias adotadas na captação, pois como aponta Teixeira:

Não se faz gestão sem o monitoramento de dados e indicadores. O conhecimento precisa ser permanente, além do que, o captador precisa reinventar-se, inovar, ser criativo e crítico de suas práticas. E socializar, valorizar todos esses esforços por meio de publicações científicas sobre suas práticas. (Teixeira, 2015, p.17)

De fato, os desafios da hemoterapia para a captação são diversos, mas podemos identificar os caminhos para sua efetivação com a formação de uma equipe multiprofissional que tenha boas contribuições. Como afirma Teixeira, os demais profissionais

poderão somar-se ao importante trabalho historicamente desenvolvido pelos assistentes sociais. Torna-se bastante relevante a inserção de outras categorias (sociólogos, psicólogos, antropólogos, pedagogos, comunicadores). A soma de talentos na equipe de captadores fortalecerá as ações, em que cada profissional na sua área específica, com uma visão global do seu universo de trabalho, poderá contribuir com informações e conhecimento, pensando e atuando de forma integrada e interativa. (Teixeira, 2015, p.18)

Nos hemocentros, ao profissional de Serviço Social, são designadas atividades relacionadas à captação de doadores de sangue. Cabe a ele, por meio de diversas estratégias,

sensibilizar a população sobre a importância da doação de sangue. É sua atribuição esclarecer os procedimentos da doação de sangue, desmistificando a doação, bem como cativando o doador. Para isso são utilizadas muitas ferramentas.

As ferramentas utilizadas pelos serviços de hemoterapia são muitas, desde campanhas em escolas, ambientes de trabalho, clubes de serviço e outros locais, até o uso de ferramentas de mídia escrita e falada. Importante salientar que a inclusão desse tema nas escolas de crianças e jovens pode constituir-se em atividade coadjuvante, que poderá trazer bons frutos no futuro. Estratégias individuais também fazem parte da captação de doadores, por meio de convites e convocações de doadores específicos, contato com familiares de pacientes transfundidos, e com pacientes que serão submetidos a cirurgias e procedimentos com alta demanda de hemocomponentes (cirurgias cardíacas, transplantes, entre outros). (Brasil, 2015, p.25).

O Assistente Social é o profissional que irá transmitir as orientações preliminares acerca da doação de sangue, é por meio dele que o possível doador tem a oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas, sendo informado de todo o processo de coleta, dos testes realizados, dos procedimentos de convocação de nova amostra. O possível doador também é devidamente orientado a ser sincero durante a triagem clínica, a garantir a veracidade das informações repassadas por ele para a segurança dos pacientes que irão receber o sangue. Essa orientação deve ser realizada de forma acessível, ou seja, precisa ter uma linguagem de fácil compreensão.

A Captação de Doadores é a primeira atividade da hemoterapia – desenvolvida no Brasil por profissionais de serviço social, pedagogia, enfermagem, psicologia e comunicação social –, setor, em sua maioria, coordenado por assistentes sociais. O trabalho da CDS é de permanente conquista do doador e, por isso, faz-se necessário em todos os serviços de hemoterapia. (Brasil *apud* Sandrin et al, 2015, p. 52).

Na hemoterapia, o processo de captação é a primeira etapa do ciclo do sangue. Segundo Sandrin et al (2015, p.51), são as estratégias educativas que proporcionam resultados mais efetivos para a doação de sangue, podendo apresentar efeitos em curto, médio e longo prazos. No caso dos hemocentros, cabe ao assistente social desenvolver este trabalho educativo em empresas, escolas, universidades, cursos, igrejas, shoppings, salas de espera, dentre outros locais promovendo a socialização de informações sobre a doação de sangue.

O doador de sangue pode ser classificado em doador de 1ª vez (doa pela primeira vez no serviço), de repetição (doa duas ou mais vezes em 12 meses) e esporádico (doa novamente após intervalo superior a 12 meses). Os serviços de hemoterapia procuram por doadores regulares porque se acredita que doadores que doam a intervalos de tempo já conhecem o processo, são testados periodicamente e podem fornecer um produto mais seguro. (Brasil, 2015, p. 25).

É evidente que para que este doador retorne aos hemocentros, o processo de doação precisa ser totalmente humanizado, e o doador precisa se sentir confortável e consciente da importância da sua ação; toda a equipe multidisciplinar deve estar capacitada e alinhada, para proporcionar ao doador uma experiência positiva. O doador precisa ser bem acolhido durante o processo de doação, que deve acontecer de forma confortável e segura. Portanto, é válido ressaltar que diversas estratégias devem ser traçadas para que se alcance o objetivo traçado. Tendo isso como pressuposto, analisaremos, no capítulo a seguir, algumas estratégias utilizadas para a captação de doadores e os fatores motivacionais que contribuem para fidelizar o processo da doação de sangue, para que possamos entender quais os caminhos trilhados para atrair mais doadores de sangue e assim fidelizar o seu retorno aos hemocentros.

3. ESTRATÉGIAS PARA DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL, FATORES MOTIVACIONAIS

Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 1,4% da população brasileira é doadora de sangue. Esse percentual é relevante, mas não é o ideal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) determina que o ideal seria que 3% da população fosse doadora. Esses dados nos fazem refletir o porquê deste percentual, e qual motivo leva a população brasileira, em sua maioria, a ser não doadora.

De acordo com a Fundação PRÓSANGUE (2007), as estatísticas são alarmantes: a cada dois segundos, alguém precisa de transfusão sanguínea no Brasil sendo que, uma em cada cinco pessoas necessita de transfusão durante o período de internação hospitalar. O Ministério da Saúde (2007) complementa dizendo que no Brasil, apenas 2% da população é doadora - parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que para ¹. Os critérios exigidos para doação de sangue segundo o Ministério a Saúde são: Ter idade entre 16 e 69 anos, (menores de 18 anos devem apresentar consentimento formal do responsável legal); Pessoas com idade entre 60 e 69 anos só poderão doar sangue se já o tiverem feito antes dos 60 anos. Apresentar documento de identificação com foto emitido por órgão oficial (Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Trabalho, Passaporte, Registro Nacional de Estrangeiro, Certificado de Reservista e Carteira Profissional emitida por classe). manter estoques e demandas regulares seria necessária ter 3% a 5% da população como doadora. (Souza *et al*, 2008, p.8)

Diversos fatores sociais e motivacionais levam o indivíduo a se tornar um doador, e para além disto temos o fato de que mesmo ele possuindo o desejo de se tornar um doador, precisa

estar apto para realizar uma doação, ou seja, precisa estar saudável e atender aos pré-requisitos para ser um doador⁴.

No que se refere à motivação para atos voluntários como, por exemplo, a doação sanguínea, apesar da existência do aspecto subjetivo que envolve o sujeito neles, é possível identificar um padrão geral no comportamento destes indivíduos, sendo que seus atos são condicionados, em primeira instância, pela possibilidade de se engajar na solução de problemas de terceiros, agindo em busca de benefícios pessoais indiretos. Em complemento, a ação voluntária se justifica, em nível individual, por possibilitar um desligamento temporário do indivíduo de tensões geradas em outras esferas de sua vida pessoal e social. (Pereira *et al*, 2016, p.2)

Esse ponto de vista nos faz refletir que talvez o segredo para se obter um melhor percentual de doadores seja a quebra de mitos acerca do processo de doação. Os hemocentros trabalham constantemente para difundir as informações necessárias para este fim.

Uns dos maiores desafios postos no cotidiano dos captadores é, de fato, tornar a pessoa que vai doar sangue pela primeira vez (doador de primeira vez) um doador regular. Durante o período de realização do estágio curricular obrigatório no Hemocentro de Alagoas foi observado que a maioria dos doadores que compareceram ao hemocentro eram doadores de primeira vez e estavam presentes momentaneamente em decorrência de algum parente ou amigo estar necessitando de uma doação.

O Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue menciona que o marketing é uma ferramenta muito utilizada pelos assistentes sociais nos hemocentros. Os profissionais entram em contato com as agências de comunicação afim de mobilizar candidatos à doação.

A pesquisa de *marketing* é o método formal e sistemático de coleta, análise e disseminação de informações. Quando aplicadas aos serviços de hemoterapia, tais informações podem ser relativas aos doadores, concorrentes e outros aspectos do ambiente. (Brasil, 2015, p. 74).

O marketing como ferramenta para a captação de doadores traz resultados positivos. Para atender a estas demandas o assistente social busca parcerias com empresas de comunicação para divulgar campanhas, projetos, e sensibilizar e incentivar os doadores a comparecerem e realizarem uma doação. O marketing também é utilizado nas mídias digitais, já que na atualidade ele é um meio utilizado para se alcançar uma quantidade relevante de pessoas pelas

São aceitos documentos digitais com foto. Pesar no mínimo 50 kg. Ter dormido pelo menos 6 horas nas últimas 24 horas. Estar alimentado. Evitar alimentos gordurosos nas 3 horas que antecedem a doação de sangue. Caso seja após o almoço, aguardar 2 horas. Confira mais informações em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/sangue>

redes sociais. Portanto, o assistente social, para desenvolver suas atividades de captação, aciona as ferramentas do marketing como a imprensa de rádio, imprensa escrita, mala direta, *outdoor*, internet, dentre outras.

Vale pontuar, ainda, que uma estratégia muito utilizada pelos Assistentes Sociais que atuam na captação dos hemocentros é o *marketing* social. Segundo Pereira et al (2016, p.2.476), o termo marketing social foi cunhado por Kotler e Zaltman para se referir à utilização de técnicas oriundas do *marketing* convencional em prol de questões sociais. Eles destacam que o *marketing* social possui, em sua gênese, a tentativa de maximização do “bem-estar” da sociedade.

O *marketing* social corresponde à utilização de um sistema de aviso/convocação por meio do recrutamento telefônico, envio de correspondência ou internet. Outro recurso utilizado, não somente em hemocentros, mas também em unidades básicas de saúde, é o acolhimento, um tipo de estratégia institucional, considerado uma ferramenta eficaz e que pode trazer bom atendimento aos doadores e favorecer a fidelização, por permitir a potencialização do encontro entre o usuário, o profissional e o serviço. Essas iniciativas necessitam da capacitação e da boa vontade dos profissionais, e estudos têm evidenciado resultados favoráveis quando estratégias dessa natureza têm sido utilizadas na captação de doadores de sangue. (Carlesso *et al*, 2017, p.214)

O caminho percorrido pelos hemocentros para atrair e motivar os doadores na atualidade acaba sendo de fato o do *marketing* social, principalmente pela presença da internet no cotidiano da população. Ele também se encaixa como alternativa mais rentável porque desenvolve propagandas em tempo hábil sem solicitar muitos recursos da gestão administrativa, sendo, portanto, uma ferramenta acessível e de baixo custo. As propagandas são um dos instrumentos responsáveis por conscientizar as pessoas sobre a importância da doação de sangue, funcionando como um mecanismo para a captação de doadores.

A captação de doadores de sangue constitui-se como uma atividade voltada ao desenvolvimento de programas que orientem a população quanto à importância da doação voluntária. Uma das formas para isso é a promoção social de conscientização e sensibilização das pessoas para a doação de sangue como ato de cidadania, solidariedade e preservação da vida humana. (Carlesso *et al*, 2017, p.214)

A captação de doadores tem grande papel na educação da população para a doação de sangue e a função dela é conquistar os doadores, socializar informações, melhorar e humanizar os processos de acolhimento, estratégias fundamentais para conquistar o doador. As campanhas educativas são essenciais nesse processo, e elas são realizadas constantemente pelos Hemocentros.

O atendimento aos candidatos à doação e aos doadores de sangue é a continuação de todo o trabalho educativo desenvolvido pelas equipes de Captação de Doadores. O principal objetivo do planejamento e operacionalização das ações de coleta de sangue é promover condições adequadas para o atendimento ágil, cordial eficaz aos doadores de sangue para que estes superem seus medos e se sintam motivados a serem doadores espontâneos e regulares. (Brasil, 2015, p. 115).

No que se refere às motivações para doar sangue, Lopes et al (2012) abordam uma pesquisa realizada por Bastos (2001) que, em seu estudo, analisou os motivos que levam as pessoas ao ato de doar. Ele constatou que as doações têm três motivações principais. A primeira é gerada pelo dever cristão tendo como motivos o ato de amor ao próximo e de ajudar a quem precisa. A segunda está vinculada ao fator propaganda, que se reflete quando os indivíduos consideram o ato de doar sangue como ação de salvar vidas. E cita que isso ocorre devido ao fato da maioria das propagandas sensibilizarem indivíduos a serem super-heróis. A terceira característica motivacional enfatiza o bem-estar pessoal: os sujeitos relatam ao doar sangue é bom para saúde e melhora a circulação sanguínea.

Compreendemos que campanhas e projetos também são essenciais nesse processo, pois a educação sobre o assunto é uma grande ferramenta para ampliar o conhecimento sobre a doação de sangue. Como é pontuado pelo autor:

[...] a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade, que a “desvela” para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante” (Seminário de Paulo Freire sobre a “Conscientização e a Alfabetização de Adultos”. Roma, 17-19 de abril de 1970. (Brasil, 2015, *apud* Freire, 1980, p.50).

Dentre os projetos que visam a promoção da doação podemos citar alguns e identificar as suas metas e objetivos como, por exemplo:

- Projeto Empresa Solidária – o objetivo principal é aumentar as doações de sangue por meio da integração entre os hemocentros e as empresas, tendo como prioridade o processo de educação a respeito da doação de sangue. A parceria realizada com empresa visa despertar o exercício da cidadania para que dessa forma o funcionário venha cuidar da saúde e,

compreenda a saúde como direito e dever de todos e como responsabilidade pessoal e social. Além de contribuir para a construção de uma cultura sobre a doação de sangue, motiva, incentiva e educa para a participação dos empresários/gestores nesse processo que salva vidas, apontando que é possível seus funcionários doarem sangue sem interferir na produção de bens e serviços da empresa. (Brasil, 2015, p.54).

As ações desse projeto podem ser realizadas por meio de palestras, reuniões, encaminhamento de doadores aos hemocentros com transporte do mesmo, dentre várias outras. Com essa ação o funcionário passa a ter uma maior percepção sobre a doação de sangue e a importância do seu comprometimento.

a doação de sangue pode inspirar empresas a abraçarem a causa, incentivando esse gesto entre seus empregados, familiares, clientes e fornecedores. Tais instituições podem colocar-se como estratégicos parceiros para patrocinar os materiais de comunicação para divulgação da causa ou ainda para captação de recursos voltados à criação e fomento da cultura da doação de sangue, por exemplo. (BrasiL, 2015 p. 52).

Durante a prática de estágio curricular obrigatório no Hemocentro de Alagoas-HEMOAL observamos como são desenvolvidas essas parcerias, bem como comprovamos que, de fato, os assistentes sociais se responsabilizam por conseguir parcerias de várias empresas e instituições e elaboram campanhas educativas e de incentivo à doação voluntária de sangue. Vale ressaltar que a esfera governamental não disponibiliza os recursos necessários para a elaboração destas campanhas. Outro projeto que podemos citar é o doador do futuro:

- Projeto Escola/Doador do Futuro – Projeto direcionado para educação de “jovens acerca da doação de sangue, possui como objetivo colaborar com a formação do doador do futuro.” (BRASIL, 2015, p. 57) O intuito desse projeto é motivar de forma educativa os alunos para que, no futuro, possam se tornar doadores e espalhar seu exemplo, motivando e chamando mais pessoas para a doação de sangue. As ações são realizadas com palestras nas instituições públicas e privadas do ensino fundamental e médio. São realizadas também outras atividades como gincanas, visitas aos hemocentros para que os alunos possam conhecer mais de perto todo processo da doação de sangue e suas dúvidas sejam sanadas, ainda tem também a possibilidade de a instituição agendar uma coleta externa na própria escola, nesse caso o hemocentro se desloca com sua equipe até o grupo de doares. Com essas ações os jovens são motivados a cuidarem melhor da sua saúde, além de ampliar as possibilidades de doação coletiva, pois isso motiva a participação familiar através do próprio aluno.
 - Projeto Arte na Doação – Ao perceber que seria necessário criar estratégias para se aproximar dos alunos, identificou-se que era preciso utilizar uma forma lúdica para se comunicar e foi na arte que se descobriu como prender a atenção das crianças para um assunto tão importante, assim foi criado o projeto “arte na doação” ficando mais fácil de entender o objetivo central do projeto. Ao utilizar o teatro de bonecos, o hemocentro estreita o laço com as escolas e a forma de contato se torna diferenciada, despertando nas crianças e adolescentes o desejo pela doação de sangue.

- Projeto de Qualificação de Agente Comunitários de Saúde para Captação de Doadores - Esse projeto surgiu por meio da relevância do trabalho em conjunto com a sociedade em particular com os agentes de saúde, pois estes profissionais atuam dentro das comunidades e suas intervenções são voltadas para a prevenção e cuidado com a saúde, através de ações coletivas. Os objetivos desse projeto são:

Qualificar os agentes comunitários para que se tornem multiplicadores de informações sobre a doação de sangue entre a comunidade em que atuam; Motivar, cada vez mais, pessoas a tornarem a doação de sangue uma atitude habitual, humanitária e de responsabilidade; incentivar o indivíduo para o cuidado com a sua saúde e com o seu corpo, a fim de contribuir para a saúde coletiva; aumentar o número de doadores de sangue. (Brasil, 2015, p. 64).

Assim, podemos pontuar que as campanhas e projetos são mecanismos essenciais para a captação de novos doadores, e para a desmistificação de mitos. Atualmente, os meios digitais têm se mostrado como uma ferramenta poderosa, pois, por meio de fotos e vídeos, o trabalho realizado nos hemocentros é divulgado.

A doação de sangue não faz parte do cotidiano da maioria da população brasileira e, por isso, a inserção da ideia/ação de doar sangue é um processo lento, que necessita de estratégias educativas de captação – processo em que planejamento, execução e monitoramento e avaliação são etapas imprescindíveis ao seu bom desenvolvimento. Pesquisas têm mostrado que estratégias educativas contribuem para tornar a doação de sangue parte de hábitos e valores da população brasileira. (Brasil 2015, *apud* Rodrigues *et al*, 2011 p.03).

E para além da doação de sangue ainda podemos citar a doação de medula óssea. No momento da captação de sangue é ofertado também o cadastro para se tornar um voluntário de medula óssea, uma vez concordando, o mesmo recebe toda informação necessária referente aos procedimentos e faz seu cadastro. Em seguida é realizada uma pequena amostra de sangue para o exame de compatibilidade e assim seus dados são lançados no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME), que conta com um sistema virtual, que qualquer pessoa pode acessar e o doador pode atualizar o cadastro para manter seus dados atuais, facilitando, assim, o acesso dos usuários ao sistema. Vale ressaltar que também por meio do aplicativo é possível baixar a carteirinha de doador e a declaração da doação de sangue.

O Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) foi criado em 1993, em São Paulo, para reunir informações de pessoas dispostas a doar medula óssea para quem precisa de transplante. Desde 1998, é coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro. Com mais de 5,5 milhões de doadores cadastrados, o REDOME é o terceiro maior banco de doadores de medula óssea do mundo e pertence ao Ministério

da Saúde, sendo o maior banco com financiamento exclusivamente público. Anualmente são incluídos mais de 125 mil novos doadores no cadastro do REDOME. (REDOME, Página oficial, 2024)⁵

Além de campanhas centralizadas, o hemocentro também realiza, em datas comemorativas do ano, ações que possam atrair doadores, não com o objetivo de troca, mas chamando a atenção para essa causa tão importante e necessária. Como exemplo temos o período carnavalesco em que muitas pessoas viajam, aumentam a ingestão de álcool, aumentando assim o índice de acidentes. Nesse período, os estoques de sangue diminuem pois mais pacientes precisam utilizar o sangue em estoque e o número de doações caem. Vale lembrar que antes e após a doação é preciso tomar alguns cuidados durante vinte e quatro horas. Por causa disso muitas pessoas optam por não doar. Quanto as campanhas realizadas nas datas comemorativas podemos citar: Dia das Mães, na quaresma, período junino, natal e virada de ano. E são nesses momentos que as estratégias aumentam para que os estoques sejam garantidos.

Portanto, compreendemos que as estratégias para captação de doadores são diversas, pois ainda se faz necessário campanhas e projetos contínuos para que os hemocentros recebem cada vez mais doadores e para que seja despertado nas pessoas a solidariedade para com o outro. A tarefa do profissional de Serviço Social inserido na captação é árdua, mas se faz necessário para o bem-estar de todos.

Após debatermos sobre as estratégias para promoção da doação de sangue, vamos discutir sobre o levantamento de doadores de sangue realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2022. Os dados desse levantamento são importantes para que se possa compreender o quantitativo desses doadores nos estados brasileiros.

3.1 LEVANTAMENTO DE DOADORES SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ANO DE 2022

Segundo o Ministério da Saúde, dados de 2022, aproximadamente 1,4% da população brasileira doa sangue, o que representa 14 pessoas a cada mil habitantes e um total de 3.159.774 milhões de doações de sangue por ano no Sistema Único de Saúde (SUS). Este levantamento

⁵ Conferir mais informações em: <https://redome.inca.gov.br/institucional/quem-somos>

do Ministério da Saúde também detalha essas doações de sangue distribuídas por todos os estados brasileiros:

- São Paulo, mais de 730 mil doações.
- Minas Gerais, mais de 288 mil doações.
- Paraná, mais de 214 mil doações.
- Rio Grande do Sul, mais de 212 mil doações
- Bahia, mais de 178 mil doações.
- Pernambuco, mais de 160 mil doações.
- Rio de Janeiro, mais de 159 mil doações.
- Goiás, mais de 126 mil doações.
- Santa Catarina, mais de 119 mil doações.
- Ceará, mais de 99 mil doações.
- Pará, mais de 96 mil doações.
- Maranhão mais de 88 mil doações.
- Paraíba, mais de 87 mil doações.
- Mato Grosso, mais de 71 mil doações
- Espírito Santo, mais de 70 mil doações
- Amazonas, mais de 67 mil doações.
- Rio Grande do Norte, mais de 65 mil doações.
- Distrito Federal, 50.481 doações.
- Piauí, mais de 50 mil doações.
- Mato Grosso do Sul, mais de 49 mil doações.
- Alagoas, mais de 45 mil doações.
- Rondônia, mais de 30 mil doações.
- Sergipe, mais de 25 mil doações.
- Tocantins, mais de 22 mil doações.
- Amapá, mais de 14 mil doações.
- Roraima, mais de 13 mil doações.
- Acre, mais de 12 mil doações.

Visto este quantitativo é interessante analisar a estrutura organizacional de cada Estado, abaixo listamos a composição encontrada referente aos Hemocentros do País, com base nestes

dados podemos analisar se os percentuais das doações são determinados pelas quantidades de Hemocentros, pontos de Coleta ou Hemonúcleos.

- A Hemorrede de São Paulo, possui 82 unidades de Coleta compõem a rede Hemocentros, Hemonúcleos, Postos de Coleta, Bancos de Sangue, Clínicas Hemotéricas, Núcleos de Hemoterapia e Hematologias, Hospitais e Bioclinicas.
- Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais – HEMOMINAS, composta por 1 centro de Tecidos Biológicos de MG, 7 Hemocentros, 9 Hemonúcleos, 17 Postos Avançados de Coleta Externa e 6 Unidades de Coleta e Transfusão.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – HEMEPAR, é composto por 1 Hemocentro Coordenador, 9 Hemonúcleos, 4 Hemocentros Regionais, 8 Unidades de Coleta e 1 Agência Transfusional
- Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul – HEMORGS. Composto de 1 Hemocentro Coordenador, 7 Hemocentros Regionais, 3 Hemocentros, 5 Postos de Coleta Externa, e 1 Unidade de Coleta e Transfusão.
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia – HEMOBA, que é composta por uma rede de 24 Unidades Hemotéricas de coleta e processamento de sangue, entre Hemocentros e Bancos de Sangue (Unidades de Coleta e Transfusão - UCT) públicos em todas as regiões do Estado.
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE, é formada por um Hemocentro Coordenador no Recife, 6 Hemocentros Regionais, 2 Núcleos de Hemoterapia e 1 Agência Transfusional. Dispõe ainda de um Hospital de Hematologia, além de desenvolver atividades de Ensino e de Pesquisa, contando com estruturas de apoio administrativo para suporte às suas atividades fins.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia do Rio de Janeiro – HEMORIO, a rede Hemotérica é composta por 1 Hemocentro Coordenador, 3 Hemocentros Regionais, 20 Núcleos de Hemoterapia, 2 Unidades de Transfusão, 2 Unidades de Coleta e 70 Agências Transfusionais. A rede Hematológica é composta de pôr 1 Coordenação, 10 Centros de atendimentos a Coagulopatia e 15 Unidades de Serviço a Hematologia.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia de Goiás – HEMOGO, composta por 1 Hemocentro Coordenador, 4 Hemocentros Regionais, 4 unidades de coleta e transfusão e 13 Agências Transfusionais.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina – HEMOSC, possui 1 Hemocentro Coordenador, 6 Hemocentros Regionais e 6 Unidades de Coleta.

- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE, formada por 1 Hemocentro Coordenador em Fortaleza e 5 Hemocentros Regionais.
- Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – HEMOPA, sua rede é composta por 1 Hemocentro Coordenador, 2 Postos de Coleta e 8 Hemocentros Regionais.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão – HEMOMAR, composta por um Hemocentro e 8 Hemonúcleos.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia da Paraíba – HEMOÍBA, é composta por 1 Hemocentro Coordenador, 1 Hemocentro Regional, 7 Hemonúcleos e 4 agências transfusionais.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso - MT-Hemocentro, possui um Hemocentro Coordenador, a rede é formada por 17 unidades de coleta e transfusão e 31 Agências Transfusionais e 2 postos de coleta.
- Centro Estadual de Hemoterapia e Hematologia Marcos Daniel Santos – HEMOES, composto por 1 Hemocentro Coordenador, 3 Hemocentros Regionais e 1 Unidade de Coleta.
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – HEMOAM, possui um Hemocentro localizado em Manaus. Não foram encontrados dados acerca de outras unidades.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio Grande do Norte – HEMONORTE, composto por um Hemocentro coordenador, 2 Hemocentros regionais, 2 unidades de coleta e transfusão e 9 Agências Transfusionais.
- Fundação Hemocentro de Brasília – FHB, se compõe de 1 Hemocentro coordenador e 13 agências transfusionais. Não foram encontrados dados acerca de outros pontos de coleta.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí – HEMOPI, composta de 01 Hemocentro Coordenador na capital, 03 Núcleos de Hemoterapia, desempenhando atividades de coleta, estocagem e transfusão de sangue e 36 Agências Transfusionais.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso do Sul – HEMOSUL, composto de um Hemocentro Coordenador, 8 Hemocentros Regionais, 3 Unidades de armazenamento e distribuição e uma Unidade de Transfusão Ambulatorial e Sangria Terapêutica para pacientes.

- Centro de Hematologia e Hemoterapia de Alagoas – HEMOAL, composto por 1 Hemocentro coordenador, 1 Hemocentro Regional, 1 Hemonúcleo, 3 unidades de coleta, 2 Hemonúcleos Privados e contratado pelo SUS e 19 Agências Transfusionais.
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia – FHEMERON, a rede é composta por 1 Hemocentro Coordenador, 1 Hemocentro Regional e 5 Unidades de Coleta e Transfusão.
- Centro de Hemoterapia de Sergipe – HEMOSE, Funciona em sede própria, localizado no Centro Administrativo Governador Augusto Franco, Bairro Capucho, ao lado do Hospital de Urgência de Sergipe – Huse. Não foram encontradas informações acerca de outros locais de coleta.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia de Roraima – HEMORAIMA, possui apenas um hemocentro.
- Hemocentro Coordenador de Palmas – HEMOTO, composto por um Hemocentro coordenador, um Hemocentro Regional, três unidades de Coleta e Transfusão e um Núcleo de Hemoterapia
- Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amapá – HEMOAP, possui apenas 1 Hemocentro.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre – HEMOACRE, possui apenas 1 Hemocentro.

Notamos que as estruturas que compõem os Hemocentro de cada Estado são variantes, pelo tamanho de cada Estado, pela estrutura e localização, vale ressaltar que as informações acerca dos Hemocentros foram retiradas dos sites dos próprios Hemocentros e dos sites dos governos de cada Estado, logo podem estar faltando algumas informações. Este fato pode ser constatado ao observar que relativo a alguns Estados constam apenas as informações referentes ao Hemocentro Coordenador, sem demais informações acerca dos Bancos de Sangue, Unidades de Coleta, Hemonúcleos e Agências Transfusionais dificultando a realização de algumas análises.

No entanto podemos observar na tabela abaixo que o quantitativo de doações caminha proporcionalmente com o quantitativo populacional de cada Estado, devemos levar em conta nesses percentuais os doadores regulares, ou seja, aqueles que doam mais de uma vez por ano neste caso os doadores do sexo masculino podem doar a cada 60 dias, totalizando até quatro vezes por ano e as mulheres a cada 90 dias totalizando 3 vezes por ano.

Estados Brasileiros sua população, número de doações, Hemocentos e pontos de coleta de sangue.

Tabela 1- Dados de habitantes verso doações e postos de coleta.

ESTADO	POPULAÇÃO	DOAÇÕES EM 2023	HEMOCENTROS E POSTOS DE COLETA
SÃO PAULO	45.973.194	730.000	82
MINAS GERAIS	21.322.692	288.000	39
PARANÁ	11.824.665	214.000	22
RIO GRANDE DO SUL	11.229.915	212.000	17
BAHIA	14.850.513	178.000	24
PERNANBUCO	9.539.029	160.000	9
RIO DE JANEIRO	17.219.679	159.000	26
GOIÁS	7.350.483	126.000	9
SANTA CATARINA	8.058.441	119.000	13
CEARÁ	9.233.656	99.000	6
PARÁ	8.664.306	96.000	11
MARANHÃO	7.010.960	88.000	9
PARAÍBA	4.145.040	87.000	9
MATO GROSSO	3.836.399	71.000	20
ESPIRITO SANTO	4.102.129	70.000	5
AMAZONAS	4.281.209	67.000	1
RIO GRANDE DO NORTE	3.446.071	65.000	5
DISTRITO FEDERAL	2.982.818	50.481	1
PIAUÍ	3.375.646	50.000	4
MATO GROSSO DO SUL	2.901.895	49.000	9
ALAGOAS	3.220.104	45.000	8
RONDÔNIA	1.746.227	30.000	7
SERGIPE	2.291.077	25.000	1
TOCANTINS	1.577.342	22.000	5
AMAPÁ	802.837	14.000	1
RORAIMA	716.793	13.000	1
ACRE	880.631	12.000	1

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do do IBGE e sites dos hemocentros.

Visto estes quantitativos, um fator que nos chama a atenção é a inaptidão para doar sangue, pois nem todos os candidatos que se pré-dispõem a doar são aptos para realizar a doação e isso sé dá por diversos fatores.

Geralmente essa inaptidão do doador de sangue é identificada durante a triagem clínica ou apenas após os exames sorológicos que são realizados com amostras do sangue colhido durante o processo de coleta. A inaptidão pode ser algo temporário ou permanente, nos casos temporários ela pode ser ocasionada por um simples fator de ausência de tempo necessário relativo às horas dormidas na noite anterior, uma gripe, alguma vacina recente, uso de algumas medicações, tatuagens ou atividade sexual sem prevenção. Portanto,

um estudo realizado em 2017 identificou três causas mais frequentes entre os homens, dentre elas o uso de medicamentos, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), febre/infecção, totalizando 29% dos inaptos e 28% de inaptidão feminina. No ano de 2018 e 2019 o número de inaptidões se deu por conta da Hemoglobina/hematócrito baixo. Em 2020 o número de inaptidão o do sexo feminino se deu por conta de tatuagens, acupuntura e perfuração do lóbulo da orelha. (Winter *et al*, 2022, p.4)

Vale enfatizar que a inaptidão permanente é determinada por fatores patológicos identificados durante a sorologia realizada no processo de coleta, onde o sangue é testado para 5 patologias: AIDS, SIFLIS, HTLV, HEPATITE B e C e doença de Chagas. As amostras dos doadores ficam armazenadas por um período de seis meses nos hemocentros.

Dentre as causas de inaptidão do Instituto de Biologia do Exército, realizado nos anos de 2015 a 2020, nota-se que nesses 5 anos de investigação, a sorologia mais predominante foi sífilis, atingindo 276 casos, seguido da hepatite C com 261, doença de chagas com 83, HIV com 74, HTLV I/II com 45 e hepatite B com 31 casos. No decorrer dos anos 14.732 foram coletadas, no entanto 770 foram descartadas pois positivaram na triagem sorológica, uma vez que as sorologias são apenas um dos critérios de inaptidão a serem analisadas no dia da possível coleta (Winter 2022 *et al*, *apud* Rubim Ba e Medeirosca, 2021, p.5).

Desse modo, podemos compreender que mesmo tendo um número significativo de doadores os hemocentros ainda se deparam com a inaptidão. O trabalho da captação deve se tornar cada vez mais árduo visando garantir a elevação nos estoques de sangue para os que dele precisarem. Os doadores inaptos são encaminhados ou orientados para que cuidem da sua saúde. Dessa forma é possível compreender que o serviço ofertado nos hemocentros vai muito além da doação de sangue, pois se estende aos encaminhamentos de inaptos para que cuidem de sua saúde.

Até aqui conseguimos ter uma visão ampla da atuação e serviços ofertados pelos hemocentros, dito isto se faz necessário aprofundarmos o conhecimento para uma área em específico, mais precisamente o hemocentro em alagoas para compreender a sua trajetória no estado e seus serviços ofertados, e compreender qual o perfil do doador de Alagoas. No próximo capítulo abordaremos acerca de alguns aspectos que contribuíram para atuação do profissional de Serviço Social nos hemocentros assim como também iremos expor as estatísticas do perfil dos doadores alagoanos.

4. HEMOCENTRO DE ALAGOAS (HEMOAL)

Compõem a Hemorrede de Alagoas: 1 Hemocentro coordenador, 1 Hemocentro Regional, 1 Hemonúcleo, 3 unidades de coleta, 2 Hemonúcleos Privados e contratado pelo SUS e 19 Agências Transfusionais são elas:

- Hemocentro Coordenador, localizado na Via Expressa, Cidade de Maceió.
- HEMOAL- Arapiraca.
- Hemonúcleo Público Federal localizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.
- Unidades de Coleta e Transfusão (UTC): dois localizados em Maceió HEMOAL- Trapiche e Hospital Veredas e o terceiro na cidade de Coruripe no Hospital Carvalho Beltrão.
- Hemonúcleos Privados e contratado pelo SUS: HEMOPAC e Santa Casa de Misericórdia de Maceió.
- Agências Transfusionais (AT): Complexo Hospitalar Manoel André – CHAMA, Hospital Veredas – Maceió, Hemocentro Maceió e Arapiraca, Hospital Carvalho Beltrão – Coruripe, Hospital de Emergência do Agreste Dr. Daniel Houly – Arapiraca, Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital Metropolitano de Alagoas – Maceió, Hospital Regional da Mata – União dos Palmares, Hospital Regional do Norte – Porto Calvo, Hospital Santa Rita e Maternidade de Santa Olimpia – Palmeira dos Índios, Hospital Clodolfo Rodrigues – Santana do Ipanema, Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos, Santa Casa de Misericórdia de Penedo, Hospital Regional do Alto Sertão – Delmiro Golveia, Hospital da Mulher – Maceió, Hospital da Criança – Maceió, Hospital do Coração Alagoano Prof. Adib Jatene.

A Hemorrede Pública de Alagoas foi criada por meio da resolução 004, de 19 de fevereiro de 1981, e foi elaborada pelo Conselho de Administração da Fundação Governador Lamenha Filho, integrando as diretrizes do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), até então denominado de Hemocentro de Alagoas – HEMOAL. Sua missão visa: garantir à população alagoana fornecimento de sangue e hemocomponentes em quantidade e com qualidade necessária à demanda transfusional das unidades de saúde públicas de Alagoas. Além disso, tem como finalidades: prestar serviços assistenciais nas áreas de Hematologia e Hemoterapia, realizar o cadastro para doações voluntárias de Medula óssea, assegurar programas de ensino e pesquisa à sociedade acadêmica, garantir à população

o acesso de forma igualitária com qualidade em seus processos; assegurar que os colaboradores sejam qualificados e se comprometam com a missão da Hemorrede Pública de Alagoas; propiciar uma gestão democrática e participativa; ser o centro de referência para a assistência Hematológica e Hemoterápica de Alagoas.

O Hemoal é uma instituição que basicamente presta serviços à sociedade alagoana na área de Hematologia e Hemoterapia, destacando-se o atendimento ao doador de sangue, doador voluntário de medula óssea e doador de aférese⁶. Ele é Referência Estadual para o atendimento hematológico aos pacientes com Hemoglobinopatia, Coagulopatia, Mucopolissacaridose, Doença de Pompe e Doença de Gaucher.

Além de conceder diagnóstico a pacientes com Leucemia e dar suporte hemoterápico aos pacientes com patologias onco-hematológicas, destacam-se também os atendimentos: odontológico preventivo e curativo, assistência psicológica, fisioterapia, assistência social trabalhando a inclusão social e orientando sobre os direitos dos pacientes que possuem algumas patologias, e assistência de enfermagem treinada para os procedimentos especiais sob a supervisão de enfermeiros. Vale salientar o diagnóstico laboratorial que possui laboratórios de alto nível nas áreas de hematologia, hemostasia, imunogenética, imuno-hematologia e imunopatologia com controle de qualidade em seus processos, sendo referência no Estado no teste de agregação plaquetária.

O Hemoal possui uma Unidade Móvel que realiza coletas de sangue externas em todo estado de Alagoas, deixando o serviço mais próximo da sociedade. Possui também 11 Unidades Hemoterápicas que formam a Hemorrede Pública do Estado sob a coordenação do HEMOAL.

Atualmente, a Hemorrede de Alagoas conta com servidores em diversos setores e funções. Sua equipe é formada por diversos profissionais de diversas áreas, como: Biomédico, Biólogo, Bioquímico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Psicólogo, Médico, Técnico em Enfermagem, Técnico em Laboratório, Assistente Administrativo, Administrador, Assistente Social, Auxiliar de Serviços Diversos, Enfermeiro, Odontólogo, Nutricionista, dentre outros.

Os setores citados acima se interligam por meio do funcionamento dos meios de compartilhamento do conhecimento em cada área, a rede conta com o serviço de *hemotour*, que consiste em uma visita técnica pelos setores do HEMOAL onde o profissional do Serviço Social

⁶ A aférese é a separação dos componentes do sangue por centrifugação, por meio de um equipamento automatizado. O sangue do doador é captado e a máquina separa apenas as plaquetas. O sangue retorna ao organismo do doador pelo mesmo acesso venoso. Confira mais informações sobre o terno em: <https://www.hemocentro.df.gov.br/doacaodeplaquetas/#:~:text=A%20af%C3%A9rese%20%C3%A9%20a%20separa%C3%A7%C3%A3o,doador%20pelo%20mesmo%20acesso%20venoso.>

informa a respeito de cada área e de cada setor, indicando o responsável pelo mesmo, e explicando a importância daquele determinado setor para a instituição.

O Serviço Social é uma categoria presente no HEMOAL desde a sua fundação. O Setor de Serviço Social atuava inicialmente com seis profissionais, principalmente na captação de doadores que, em 1982, foi ampliada para intensificar as coletas. Na mesma década, em 1984, o HEMOAL estabeleceu uma parceria com a Secretaria de Educação afim de conscientizar a população sobre a importância da doação de sangue e de medula óssea. Este projeto resultou na inserção do estudo sobre o sangue nos cursos de 1º e 2º grau nas disciplinas de biologia, ciências e programas de saúde (Pinheiro *et al*, 1998).

Com a expansão da captação de doadores, em 1989, os assistentes sociais do HEMOAL começaram a atuar na área hematológica dando outra dimensão ao trabalho profissional devido às demandas específicas de tais usuários. Na década seguinte, o trabalho socioeducativo do Serviço Social se estendeu para outras instituições, sendo direcionadas às pessoas hemofílicas e com todos os tipos de anemia. No mesmo ano foi promovido um curso de captação de doadores de sangue.

Em 1996, os profissionais dessa área acompanharam a implantação direta do atendimento aos doadores com sorologia positiva, para doença de Chagas, HbsAg (Hepatite B), HCV (Hepatite C) e VDRL (Sífilis), antes encaminhados para o Hospital José Carneiro e Hospital Universitário. Nesse período foi estabelecido um convênio com a UFAL, implantando o estágio curricular obrigatório e iniciou-se um processo de interiorização, objetivando o tratamento igualitário para toda a população. Em 1997 deu-se início ao projeto “Doador do Futuro” que se expandiu com palestras educativas em todo o interior do Estado.

Em 2000, o HEMOAL aderiu ao programa de Qualidade do Serviço Público, na prestação de serviços ambulatoriais para atendimento de pacientes com doenças hematológicas, inclusive com encaminhamento desses pacientes ao SUS (Sistema Único de Saúde) e firmando parceria com Prefeituras Municipais, sendo a entrevista o principal instrumento para sua viabilização.

A prática do Serviço Social é realizada de forma educativa, objetivando a socialização das informações e importância da doação de sangue e medula óssea. Na área hematológica as ações mais presentes no cotidiano profissional são: orientações com relação a direitos dos usuários ao passe livre, informações sobre a previdência social, encaminhamento de pacientes para outras unidades de saúde, intermediação com os programas do governo, orientação sobre

Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e viabilização do acesso a medicamentos excepcionais (FARMEX), além de viabilizar o direito do usuário, especialmente do interior, à Casa de Apoio.

Atualmente, o HEMOAL conta com uma equipe composta por seis Assistentes Sociais na captação de doadores de sangue e medula óssea, que realizam trabalhos educativos, socializando informações e orientando os usuários acerca da doação.

Dito isto é necessário compreender como funciona a equipe que atua no hemocentro de Alagoas, como se dá a atuação nesse espaço, quais as suas demandas e como se processa a articulação dos Assistentes Sociais com os demais profissionais.

4.1 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HEMOCENTRO DE ALAGOAS (HEMOAL).

Antes do Serviço Social fazer parte do processo de doação de sangue nos Hemocentros, o sistema de captação de doadores era realizado por trabalhadores que tinham em suas atribuições múltiplas funções, ou seja, qualquer profissional exercia a tarefa de captação. Muitas vezes o profissional ficava envolvido com muitas demandas e não conseguia executar a função com mais clareza e objetividade, por isso no momento da captação deixava de considerar todos os fatores que envolviam a vida dos doadores. Tendo por objetivo atender às demandas da captação de doadores voluntários de sangue nos Hemocentros, que o profissional de Serviço Social passou a fazer parte da equipe do HEMOAL. É tendo como parâmetro a regulamentação da profissão, que define as atribuições do profissional de Serviço Social, que os assistentes sociais se responsabilizam por esclarecer todas as informações necessárias a respeito da doação de sangue.

Os profissionais do serviço social atendem pessoas que se dirigem diariamente aos hemocentros com intuito de realizar doações, alguns de forma voluntária, outros para algum parente, realizando uma doação de reposição e, neste momento, o profissional do Serviço Social busca captar este doador, evidenciando todos os benefícios deste ato, e quão importante é o ato de doar sangue.

A tarefa mais importante do Serviço Social consiste em sensibilizar a população por meio das estratégias, elaborando planejamentos estratégicos que possam chamar a atenção dos doadores. Diversos canais de comunicação são utilizados para auxiliar nessa tarefa como: Jornais, *Instagram*, Aplicativos de mensagens, campanhas mensais, entre outros. É por meio

destas ações que os assistentes sociais buscam enfatizar que a Lei do sangue diz que os doadores devem realizar suas doações de forma voluntária, e não remunerada.

Deste modo, podemos concluir que o Serviço Social busca, por meio da captação, conscientizar e sensibilizar toda a população, para que o doador que comparece na primeira vez possa retornar outras vezes e se tornar um doador regular, ajudando a manter o estoque seguro, salvando vidas e contribuindo para o bem-estar da população.

Após entendermos que o Assistente Social atua como porta de entrada da captação de doadores, exercendo o primeiro contato, buscando despertar nos doadores o compromisso social, para que ele não somente retorne, mas disseminem as informações e desperte o desejo de doar sangue em outras pessoas. No próximo item iremos discutir sobre o perfil desses doadores, analisando o quantitativo de doadores por meio de pesquisas, dados e tabelas que ilustram essas informações.

4.2 PERFIL DOS DOADORES DE SANGUE NO ESTADO DE ALAGOAS ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2023

No ano de 2008 foi implantado no HEMOAL um sistema digital de cadastros e armazenamento de dados referentes aos doadores. Segundo os dados repassados pelo Hemocentro de Alagoas, referente as unidades de Coleta da cidade de Maceió-Al, nos últimos 16 anos foram atendidos, em média, entre de 14.000 a 25.000 candidatos à doação de sangue. A partir destes dados temos a possibilidade de analisar um se há perfil do doador alagoano, dentre outros aspectos relativos ao doador no estado de Alagoas.

Partindo da análise dos dados referentes ao quantitativo de atendimentos realizados anualmente pelo HEMOAL, podemos avaliar qual o impacto desses resultados no nosso estado e avaliar o que poderia melhorar para se obter um maior percentual de doadores. Segundo o IBGE no estado de Alagoas no ano de 2022 o total da sua população foi de 3.127.683 habitantes se compararmos com o percentual de doações mesmo realizando os cortes relativos aos pré-requisitos para doação ainda assim o quantitativo em comparação com a quantidade de doações em comparação com a quantidade de habitantes é relativamente baixo ainda sob o aspecto da doação ser um ato altruísta, voluntário. Há outros fatores que sim poderiam incentivar a população a doar sangue regularmente.

Na tabela abaixo podemos observar o total de atendimentos realizados anualmente dos anos de 2008 até 2023.

Atendimentos HEMOAL, unidades de Maceió no período 2008 até 2023.

Tabela 2- Atendimentos HEMOAL 2008 a 2023.

ANO	TOTAL DE ATENDIMENTOS
2008	15.364
2009	14.159
2010	15.494
2011	15.046
2012	16.179
2013	16.962
2014	17.723
2015	16.334
2016	18.483
2017	18.180
2018	18.459
2019	19.066
2020	21.214
2021	21.804
2022	24.055
2023	25.060

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Podemos visualizar na tabela acima o quantitativo de doadores e o relevante aumento no quantitativo anual de atendimentos de cada ano, no gráfico abaixo podemos observar esse crescimento significativo.

Gráfico total de atendimentos HEMOAL 2008 até 2023.

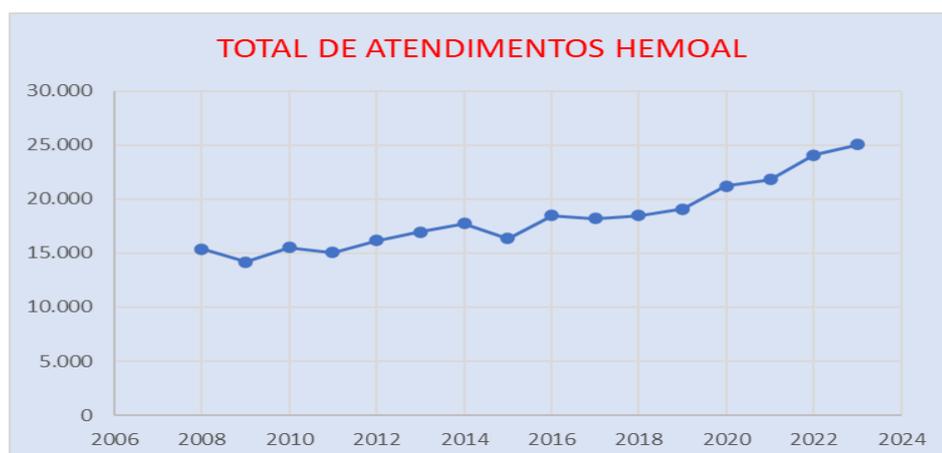


Figura 1- Gráfico referente aos atendimentos das Unidades de Coleta de Maceió no período de 2008 a 2023. Fonte: Elaborado pelas autoras, dados do sistema HEMOVIDA.

Notamos um aumento de doadores a partir de 2022, período que se inaugura uma nova sede do HEMOAL, localizada na Via Expressa, em Maceió-Al. Onde no final do ano de 2022 houve cerca de quatro mil doações a mais que, no ano anterior da inauguração da unidade.

No que se refere à doação de sangue total no período de 2008 até 2023, a análise dos dados obteve os seguintes resultados:

Tabela doações aptas e inaptas e seu fracionamento de gênero.

Tabela 3- Total de atendimentos HEMOAL unidades de Maceió, seus quantitativos aptos e inaptos e seu fracionamento por gênero.

ANO	DOAÇÕES DE SANGUE TOTAL	DOAÇÕES FEMININAS	DOAÇÕES MASCULINAS	TOTAL DOAÇÕES INAPTAS	INAPTAS FEMININAS	INAPTAS MASCULINAS
2008	11.473	3.105	8.368	3.711	1.460	2.226
2009	10.808	2.875	7.933	3.198	1.318	1.879
2010	11.385	2.970	8.415	3.918	1.413	2.505
2011	10.443	2.654	7.788	4.374	1.627	2.747
2012	10.838	2.848	7.990	5.107	2.044	3.063
2013	11.652	2.987	8.520	5.291	2.116	3.175
2014	12.111	3.353	8.757	5.475	2.115	3.359
2015	11.712	3.408	8.157	4.598	1.908	2.690
2016	12.675	3.820	8.855	5.653	2.261	3.392
2017	12.584	3.979	8.605	5.505	2.474	3.031
2018	13.318	4.378	8.740	5.115	2.250	2.865
2019	13.319	4.666	8.653	5.412	2.352	3.060
2020	15.420	5.416	10.004	5.542	2.332	3.210
2021	15.899	5.505	10.394	5.644	2.544	3.100
2022	17.833	6.203	11.630	6.040	2.563	3.477
2023	17.624	5.899	11.724	7.201	3.620	3.579

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Partindo desses dados podemos analisar o seguinte cenário exposto no gráfico a seguir:

Gráfico doações aptas e inaptas e seu fracionamento de gênero.

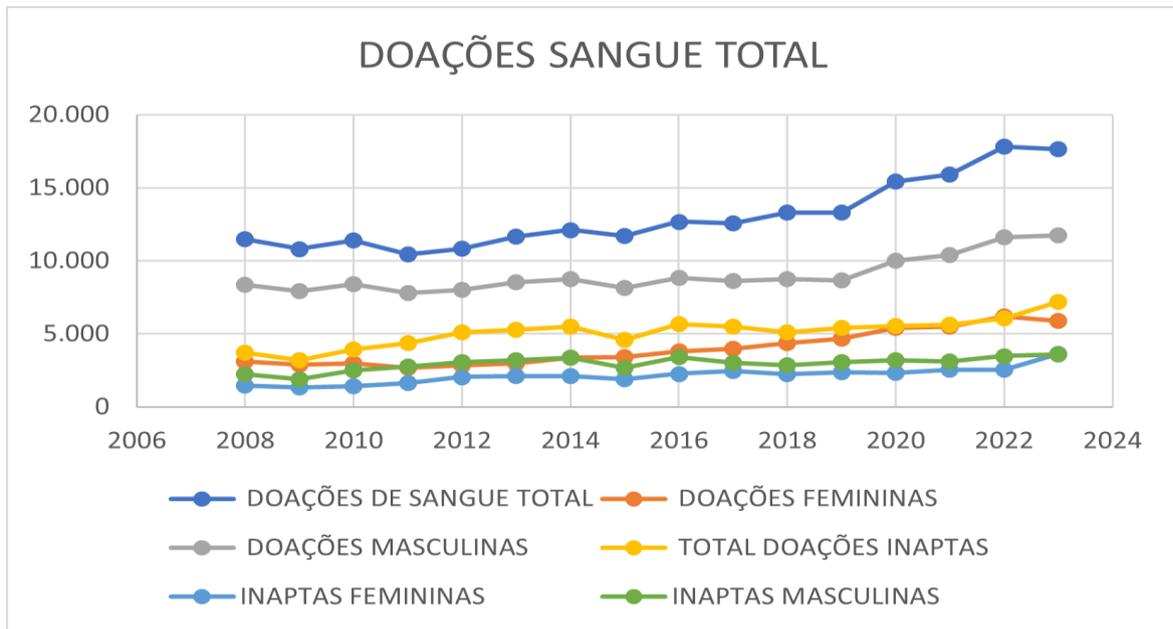


Figura 2 -Gráfico doações de sangue total bem-sucedidas e inaptas e suas divisões por gênero, HEMOAL, Unidades de Coleta de Maceió. Fonte: Elaborado pelas autoras, dados do sistema HEMOVIDA Hemovida.

Como podemos visualizar, há uma predominância significativa das doações masculinas, onde no último ano de 2023, um total de 11.724 doadores homens foram atendidos pelo HEMOAL e no mesmo período apenas 5.899 mulheres realizaram uma doação. Neste cenário destaca-se o quantitativo de doadores inaptos que variam de 3.000 a 7.000 por ano. Analisando o cenário do último ano de 2023, o HEMOAL atendeu um total de 25.060 de usuários candidatos a uma doação voluntária de sangue. Deste total, 6.523, ou seja 29,19% foram considerados inaptos. Esse dado é muito relevante para refletirmos quais fatores sociais são determinantes para esse resultado. Partimos da premissa de que para realizar uma doação o candidato deve estar saudável, fato que se torna ainda mais relevante quando refletimos acerca dos exames realizados antes das doações, todos os candidatos a doação realizam aferição de pressão arterial, verificação de hematócritos e realizam exames de colesterol, AIDS, SIFLIS, HIV, HTLV e doença de chagas.

Partindo destes resultados podemos refletir acerca dos problemas e dificuldades que estão por trás destes resultados. Percebemos o quanto a problemática da insegurança alimentar, em que as péssimas condições de vida e os baixos salários contribuem com o fato de que, uma boa parte da população busque por alimentos com preços acessíveis, mas é válido ressaltar que esses alimentos apresentam baixo índice de vitaminas e isso pode gerar na população um déficit na saúde e isso interfere nesses resultados que são feitos antes da doação de sangue, assim como

também a falta de atividades física devido a rotina longa do dia a dia, e ainda podemos citar que a falta de educação sexual também interfere nesse processo resultados, bem como a falta de saneamento básico, que está atrelada as doenças geradas em ambientes insalubres, como doença de chagas, dengue, zinca, entre outras. Nos resta questionar, portanto, quem é este público inapto? A que classe social ele pertence?

Podemos analisar agora na tabela abaixo, no que se refere às doações bem-sucedidas, a doação de sangue por faixa etária e visualizar qual faixa etária tem mais sucesso em realizar as doações. O sistema Hemovida separa as faixas etárias da seguinte maneira de 16 á 18 anos classificado como doadores menores de idade, de 18 á 29 anos doadores jovens, de 29 á 65 anos doadores adultos e maiores de 65 anos doadores idosos. Fato que impossibilita a análise mais detalhada dentro das camadas definidas pelo Sistema Hemovida.

Doadores aptos por faixa etária de 2008 até 2023

Tabela 4-Divisão de doadores de sangue aptos por faixa etária, HEMOAL, Unidades de Coleta de Maceió no período de 2008 a 2023.

ANO	APTOS MENOR DE 18 ANOS	APTOS DE 18 ATÉ 29 ANOS	APTOS DE 29 ATÉ 65 ANOS	APTOS MAIOR DE 65 ANOS
2008	0	0	10.925	728
2009	0	0	10.344	599
2010	0	0	10.961	600
2011	0	16	10.184	439
2012	0	147	10.539	116
2013	0	412	10.931	308
2014	0	926	11.060	243
2015	0	1.243	10.240	229
2016	0	2.152	10.507	129
2017	0	2.388	10.141	133
2018	0	3.024	10.199	95
2019	0	3.485	10.039	75
2020	0	4.292	11.295	59
2021	0	5.097	11.004	41
2022	36	5.692	12.221	44
2023	81	6.086	11.623	37

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Neste panorama nos chama a atenção a baixa procura dos doadores jovens, da faixa etária dos 18 aos 29 anos, um público que em sua maioria tem acesso e informação e que seria uma faixa etária, que em seu percentual seria plenamente mais “saudável” o que nos faz refletir quais fatores sociais são determinantes para que esse público não doe sangue habitualmente. Bem como a sua inserção na doação que só temos registros a partir do ano de 2011. Outro ponto que vale analisar é a diminuição das doações do público idoso que vem diminuindo, fator

associado aos aumentos de casos de hipertensão, diabetes e outras patologias que vem atingindo a saúde da população idosa nos últimos anos.

A seguir podemos analisar o quantitativo das inaptidões por faixa etária neste mesmo período:

Doadores inaptos por faixa etária de 2008 até 2023

Tabela 5 Doadores de sangue total inaptos HEMOAL unidades de Maceió, no período de 2008 até 2023.

ANO	INAPTOS MENOR DE 18 ANOS	INAPTOS DE 18 ATÉ 29 ANOS	INAPTOS DE 29 ATÉ 65 ANOS	INAPTOS MAIOR DE 65 ANOS
2008	0	0	3.372	253
2009	0	0	2.962	338
2010	0	0	3.674	259
2011	0	18	4.096	293
2012	0	116	4.763	274
2013	0	327	4.759	224
2014	0	586	4.698	210
2015	0	640	3.453	129
2016	0	1.232	4.310	129
2017	0	1.316	4.123	79
2018	0	1.453	3.625	63
2019	0	1.714	3.694	59
2020	0	1.780	3.753	35
2021	0	1.930	3.706	26
2022	18	2.146	3.860	38
2023	63	2.801	4.801	20

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Veremos, abaixo, a relação entre doadores aptos e inaptos, agora por faixa etária:

Gráfico doadores aptos e inaptos HEMOAL 2008 até 2023.

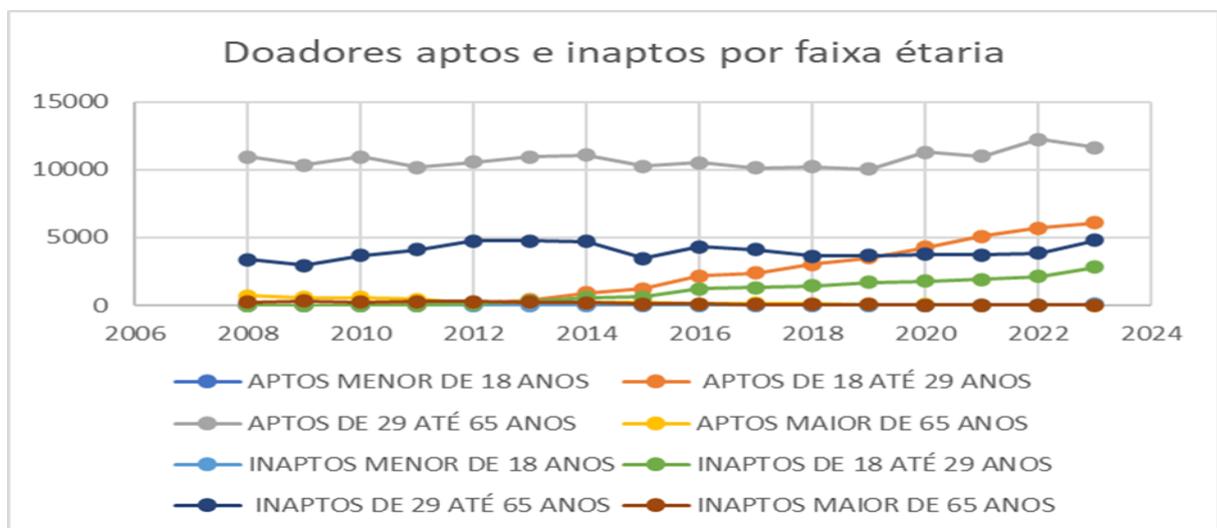


Figura 3- Gráfico doadores de sangue aptos e inaptos HEMOAL, Unidades de Coleta de Maceió no período de 2008 a 2023. Fonte: Elaborado pelas autoras, dados do sistema HEMOVIDA Hemovida.

É notável que neste panorama a maioria dos doadores está na faixa etária de 29 aos 65 anos. O que nos faz refletir acerca da saúde da população pertencente a essa faixa etária, bem como todos os fatores determinantes para esse resultado. Outro ponto relevante para a análise é, de fato, a baixa procura de doadores do sexo feminino. Nessa análise, poderemos indagar: por que as mulheres são minorias, o quanto o papel de mãe, cuidadora do lar, impacta para esse resultado, bem como o quantitativo de doações inaptas femininas é pequeno e ainda assim como os níveis de inaptidões das mulheres também são relevantes. No ano de 2023, 9.530 mulheres foram atendidas pelo HEMOAL. Destas apenas 5.904 foram consideradas aptas a realizar a doação, ou seja, apenas 61% destas mulheres conseguiram realizar a doação. Fator que nos leva a refletir como está a saúde das mulheres alagoanas.

Agora analisaremos os dados relativos à doação de plaquetas. O procedimento de coleta de plaquetas por aférese consiste na retirada do sangue total do doador, separação dos componentes por meio de centrifugação, retenção de parte das plaquetas e retorno dos demais componentes do sangue para o doador. Todo o processo dura cerca de 90 minutos. Segundo os dados do HEMOAL.

Doações por aférese HEMOAL no período de 2008 até 2023.

Tabela 6 - Doações por aférese no período de 2008 até 2023.

ANO	DOAÇÃO DE PLAQUETAS	HOMENS DOADORES	MULHERES DOADORAS	DOAÇÕES INAPTAS	DOADORAS INAPTAS	DOADORES INAPTOS
2008	180	150	30	25	7	18
2009	135	116	19	18	4	14
2010	176	151	25	15	4	11
2011	196	182	14	33	6	27
2012	188	169	19	46	6	40
2013	145	139	6	19	0	19
2014	118	117	1	19	0	19
2015	147	143	4	24	1	23
2016	137	137	0	18	17	1
2017	78	78	0	13	0	13
2018	200	193	7	26	5	21
2019	280	265	15	55	9	46
2020	226	224	2	26	4	22
2021	242	242	0	18	0	18
2022	160	159	1	22	0	22
2023	203	198	5	32	26	6

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Gráfico doações de plaquetas de 2008 até 2023 HEMOAL unidades de Maceió.

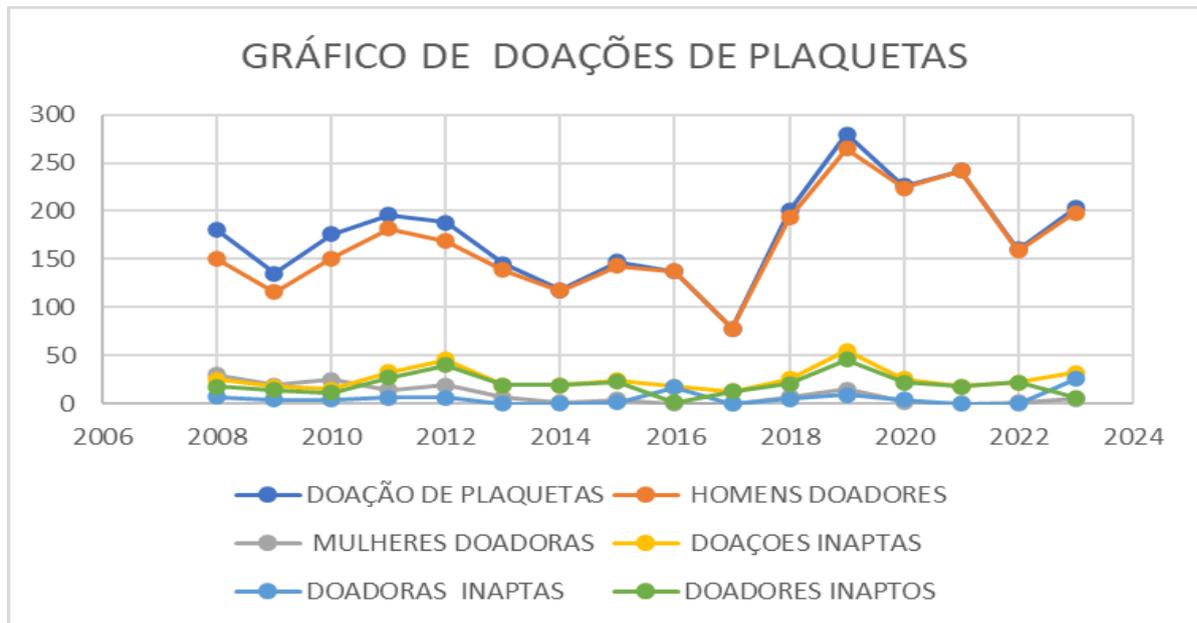


Figura 4- Gráfico doações de plaquetas aptas, iaptas e suas divisões por gênero, HEMOAL, Unidades de Coleta de Maceió no período de 2008 a 2023. Fonte: Elaborado pelas autoras, dados do sistema HEMOVIDA.

Observamos que no que se refere à doação de plaquetas, também temos uma predominância de doadores masculinos. Os dados revelam que, por ano, ocorrem de 100 a 280 doações de plaquetas.

Com base na análise dos dados podemos concluir que diversos fatores sociais e socioeconômicos interferem no quantitativo de doações. Podemos iniciar pontuando a predominância do quantitativo expressivo de doadores do sexo masculino, fato que atribuímos a ainda existente divisão sexual do trabalho, onde cabe à mulher, na maioria dos casos, os cuidados com os filhos, o que, por diversas vezes, impede uma mãe de realizar uma doação, já que não há possibilidade de doação acompanhada de crianças. Outro fator que nos chama a atenção é o quantitativo de doadores inaptos, fator, muitas vezes, associado à insegurança alimentar ou à falta de saneamento básico, ou seja, falta de políticas públicas, pois se a população não tem acesso ao básico para manutenção da saúde e bem-estar logo, não estará saudável para realizar uma doação de sangue.

Concluimos que, por mais que tenhamos excelentes captadores fatores sociais e políticos de uma certa forma influenciam nos percentuais das doações, uma vez que os números de inaptidões são bastante relevantes bem como temos uma grande parcela da população que não doa sangue.

Podemos atribuir uma notável parcela desses quantitativos as pessoas que não têm acesso a informação, as que vivem em vulnerabilidade social e que não tem acesso à saúde de qualidade, uma alimentação adequada que lhe conceda uma segurança alimentar e nutricional, uma boa educação e que lhe forneça as devidas orientações sexuais. Uma moradia salubre que disponha de saneamento básico longe de agentes transmissores de patologias como o inseto barbeiro. Todos esses fatores dependem de políticas públicas e influenciam diretamente na inaptidão de doadores, uma vez que são muitos casos de inaptidão cor contaminação do Vírus da AIDS, HTLV, Sífilis, Hepatite, Doença de Chagas, Anemia, Diabetes, Hipertensão dentre outras patologias adquiridas em decorrência muitas vezes por conta de acesso a políticas públicas e uma boa qualidade de vida.

Portanto, é notável que os fatores políticos e sociais interferem bastante nestes quantitativos que foram expostos. Retornando à indagação acerca do perfil do doador alagoano que fizemos anteriormente, após análise dos dados, temos o seguinte resultado: a maioria dos doadores de sangue e plaquetas no Estado de Alagoas é composta por homens na faixa etária de 29 a 65 anos de idade.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ora apresentada nos possibilitou compreender que a trajetória da saúde percorreu um longo caminho e foi após diversas lutas dos movimentos sociais e avanços legais que os trabalhadores brasileiros tiveram com o acesso universal à política de saúde. É válido ressaltar que antes da Constituição Federal de 1988 só tinha acesso à saúde as pessoas que estavam trabalhando e que contribuía. A participação popular de usuários na 8ª Conferência Nacional de Saúde contribuiu de forma decisiva para a regulamentação da política de saúde como direito garantido na Constituição Federal de 1988.

Momentos históricos importantes marcaram a trajetória da saúde pública até chegarmos à criação do Sistema Único de Saúde. A Lei Eloy Chaves, de 1923, criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Nessa época, havia um processo acelerado de industrialização e grande massa de trabalhadores estava submetida a extensas jornadas de trabalho, que colocavam em risco a vida do trabalhador, por isso as CAP'S, mesmo sendo financiadas pelas empresas e pelos empregados, seria uma forma de seguro para o trabalhador em caso de acidentes

Em 1932, as CAP's, foram unificadas aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP'S), e com essa modificação o atendimento foi ampliado para ~~acessar~~trabalhadores de profissões distintas e não apenas às empresas, passando o financiamento a ser feito por empregados, empregadores e governo. Dessa forma, o acesso à saúde era realizado por meio de contribuição prévia desses três contribuintes. Em 1966 ocorreu uma nova modificação: os Institutos de Aposentadoria e Pensões unificaram-se ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e isso contribuiu para que a Previdência Social fosse identificada com um perfil assistencialista e seus objetivos estavam centrados em aposentadorias, pensões e auxílios.

Em 1977, através da Lei nº 6.439, ocorreu a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), que instituiu o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). Nesse cenário, as funções que antes eram exercidas pelos INP's, passam a ser de responsabilidade dos INAMPS E SINPAS. Mas é válido destacar que no início da década de 1970 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária que teve como proposta modificações no nível federal e municipal, visando ampliasse o acesso da população à saúde e assim vários outros movimentos se uniram a este em busca de um único objetivo: o acesso universal e gratuito à política de saúde.

Podemos destacar, ainda, que em 1986 ocorreu mais um dos inúmeros eventos importantes para história da política de saúde – a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta teve um diferencial, pois antes as conferências eram restritas, realizada apenas com participação de senadores e autoridades. A 8ª Conferência contou com a participação de usuários, figuras importantes para a luta pelo acesso à saúde podemos ainda ressaltar que essa Conferência foi um marco importante na definição do SUS, pois o debate ocorreu acerca de três temas principais: A saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e O financiamento Setorial.

O Serviço Social adentra ao campo da saúde por meio da necessidade do trabalho que envolve vários profissionais, mediante a identificação de uma grande demanda e da necessidade em responder de forma precisa às demandas apresentadas pelos que buscam o acesso à saúde. A intervenção dos assistentes sociais se dava por meio do trabalho desenvolvido com as comunidades, onde era realizado um trabalho educativo, com temas diversos, dentre eles saneamento que apontava para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, buscando contribuir para o controle de doenças infantis e disseminar informação importantes sobre essa temática para que a população tivesse uma autonomia com o cuidado na saúde.

No que se refere à relação do Serviço Social com a área da saúde, foi possível compreender a importância desse profissional, pois podemos visualizar as inúmeras contribuições que o mesmo trouxe para a área, a exemplo do compromisso na qualidade dos serviços ofertados para população e a articulação com o movimento dos trabalhadores, dois princípios importantes enfatizados no Código de Ética Atual. Mesmo não tendo uma formação específica nessa área sozinha, os assistentes sociais foram reconhecidos como profissionais através da Resolução nº 218/97, do Conselho Nacional de Saúde.

A inserção do profissional de Serviço Social especificamente nos hemocentros apresentou um passo importante para os usuários e para a história da hemoterapia, pois, até meados do século XX, a doação de sangue era remunerada. A troca estava envolvida nesse processo e isso não passava segurança, pois as doenças transmissíveis pela transfusão sanguínea geraram medo e as pessoas passaram a relacionar isso à remuneração. Assim, com todo esse cenário na década de 1980, surgiu a política pública de sangue, e a Constituição Federal 1988, em seu artigo 199, § 4º, proibiu a venda de sangue, órgãos e tecidos. Com isso os hemocentros passaram a atuar levando mais segurança para quem doa e para quem recebe o sangue doado, e a 8ª Conferência Nacional de Saúde também contribuiu com o fortalecimento da hemoterapia. Hoje temos a Lei 10.205, de 21 de março de 2001 (Lei Betinho). A ampliação dos serviços e a segurança transfusional foi fortalecida com a criação da coordenação de sangue do Ministério de saúde e a política Nacional de sangue, isso tudo contribuiu de forma positiva para aumentar a segurança da doação de sangue.

A atuação do Assistente Social nos Hemocentros de Alagoas é essencial para captar doadores e realizar as estratégias da captação, transformando o meio em que atua e fazendo da captação algo diferenciado, pois estamos falando sobre o primeiro contato do doador com a doação. O Assistente Social é o profissional responsável por sanar as dúvidas dos doadores e desmistificar os mitos, passando segurança, pois zela pela segurança do doador e do receptor, visando o bem-estar de todos.

Dito isto conseguimos alcançar nosso objetivo de compreender também o perfil do doador alagoano. Identificamos, após a análise dos dados, que a maioria dos doadores é do sexo masculino, com idade entre 29 e 65 anos e entendemos que a reduzida participação do sexo feminino nas doações está relacionada ao que é direcionada para mesma, a jornada dupla, o cuidado com o lar e os filhos.

Diante do exposto conseguimos finalizar compreendendo que cada acontecimento contribuiu para o desenrolar da história da saúde assim como da hemoterapia. Compreendemos a importância do Serviço Social e sua contribuição para a efetivação dos serviços. Através de suas estratégias e sua formação conseguimos, hoje, ter acesso a um atendimento de forma humanizada que visa compreender o usuário como um todo e pertencente a uma classe, que busca diariamente por melhores condições de vida em prol do bem-estar social.

7- REFERÊNCIAS

Agência de Notícias do Acre, <https://agencia.ac.gov.br/hemoacre-realiza-campanha-de-doacao-de-sangue-em-sena-madureira/#:~:text=Caso%20resida%20em%20Rio%20Branco,na%20Avenida%20Get%C3%BAlio%20Vargas%2C%202787>. Acesso em 04 de setembro de 2024.

ANVISA (ed.). Lei do sangue dá novo impulso às ações da Anvisa. **Boletim Informativo: Lei Betinho reforça ações de controle e oferta de sangue**, Brasília (DF), v. 7, p. 1-8, maio 2001. Mensal. ISSN: 1518-6377.

BANCO DE DADOS DO HEMOAL, de 2008 a 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Manual de Orientações para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretária de Atenção A Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, 2015. 151 p.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2006. p. 1-24.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro, **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**, 2006, 22 p. disponível em: <file:///C:/Users/dilea/Downloads/enviar%20para%20di.pdf>

BOUSQUET, H. D. M.; ALELUIA, I. R. S.; DA LUZ, L. A. Fatores decisivos e estratégias para captação de doadores em hemocentros: revisão da literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 17, n. 1, p. 80, 2018

CARLESSO, Leticia; SANTOS, Cristiane Ferreira dos; GUIMARÃES, Rosane de Fátima da Silva; SILVA, Suzel Lima da; VIERO, Viviani; VIEIRA, Silvani Vargas; GIRARDON-

PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Estratégias implementadas em hemocentros para aumento da doação de sangue. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], p. 213-220, 6 jun. 2017. Fundação Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p213>.

CFESS – **Conselho Federal de Serviço Social**, disponível em:

<https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes#:~:text=No%20Brasil%2C%20as%20primeiras%20escolas,com%20a%20Lei%20n%C2%BA%203252>. Acesso em 19 de fevereiro de 2024.

Constituição Federal de 1988, disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>. Acesso em 19 de fevereiro de 2024.

Conselho Nacional de Saúde, 8ª Conferência Nacional de Saúde: **quando o SUS ganhou forma**, acesso em 18 de fevereiro de 2024, disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

Diretório Brasil de Arquivos, **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social** (Brasil), acesso em 18 de fevereiro de 2024, Disponível em:

[https://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-brasil-1974-1993#:~:text=institucional%20...%20%C2%BB-%20Instituto%20Nacional%20de%20Assist%C3%Aancia%20M%C3%A9dica%20da%20Previd%C3%Aancia%20Social%20\(INAMPS,voltado%20para%20a%20especializa%C3%A7%C3%A3o%20e](https://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-brasil-1974-1993#:~:text=institucional%20...%20%C2%BB-%20Instituto%20Nacional%20de%20Assist%C3%Aancia%20M%C3%A9dica%20da%20Previd%C3%Aancia%20Social%20(INAMPS,voltado%20para%20a%20especializa%C3%A7%C3%A3o%20e)

Fundação Hemocentro de Brasília, **Doação de plaquetas (aférese)** disponível em :

<https://www.hemocentro.df.gov.br/doacaodeplaquetas/#:~:text=A%20af%C3%A9rese%20%C3%A9%20a%20separa%C3%A7%C3%A3o,doador%20pelo%20mesmo%20acesso%20venoso>. Acesso em 17 de junho de 2024.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS, <https://www.hemominas.mg.gov.br/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

FAGÚNDES, Paulo Roney Ávila; SILVA, Vera Lucia da. **PAÍSES CENTRAIS E PERIFÉRICOS NA PÓS-MODERNIDADE? A NECESSÁRIA RELAÇÃO ENTRE**

OCIDENTE E ORIENTE PARA A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL. OÑATI, ESPANHA, v. 2, n.3, p. 204-219, 2016.

GOV.BR, 2021, Ministério da Saúde, Melhor em Casa, Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/melhor-em-casa#:~:text=O%20atendimento%20%C3%A9%20realizado%20por,compor%20as%20equip es%20de%20apoio>. Acesso em 6 de março de 2024.

Governo do Estado do Ceará, <https://www.hemoce.ce.gov.br/servicos/rede-de-atendimento/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

Governo do Maranhão, <https://www.saude.ma.gov.br/doe-sangue/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

Governo do Estado do RN,

<http://www.hemonorte.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=1820&ACT=&PAGE=0&PARM=&LBL=Institui%E7%E3o> Acesso em 04 de setembro de 2024.

Governo da Paraíba, <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/institucional/hemocentros> Acesso em 04 de setembro de 2024

Governo do Estado do Piauí,

<https://www.saude.pi.gov.br/paginas/hemopi#:~:text=O%20Piau%C3%AD%20conta%20com%20uma,e%20todo%20ciclo%20do%20sangue>. Acesso em 04 de setembro de 2024.

Governo de São Paulo, <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage-old2/acesso-rapido/grupo-de-sangue-componentes-e-derivados-hemorrede/locais-para-doacao-de-sangue-no-estado> , Acesso em 05 de setembro de 2024.

Governo do Tocantins, <https://www.to.gov.br/saude/rede-de-hemocentros/1ghkn8okvsl4> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOAP, <https://saude.portal.ap.gov.br/conteudo/rede-de-atendimento/hemoap#:~:text=Endere%C3%A7o%3A%20Av.,%2C%20S%2FN%2C%20Centro.&text=O%20Instituto%20de%20Hematologia%20e,da%20Lei%20n%C2%BA%2000338%2F97>. Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOAM, https://www.hemoam.am.gov.br/?secao=doacao_de_sangue#anc_6 Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOBA,

<http://www.hemoba.ba.gov.br/hemorrede#:~:text=A%20Hemoba%20%C3%A9%20composta%20por,coleta%20e%20processamento%20de%20sangue>. Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOES, <https://hemoes.es.gov.br/enderecos-dos-hemocentros> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOGO,

<https://www.hemocentro.org.br/principal.asp?edoc=conteudo&secaoid=420&subsecaoid=414&lstrod=0> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOSE, <http://www.hemose.se.gov.br/index.php/institucional/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOPA, <https://www.hemopa.pa.gov.br/site/Enderecos.html> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOPE, <https://www.hemope.pe.gov.br/contato-end-fones> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOSUL, <https://www.hemosul.ms.gov.br/horarios-e-enderecos/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

IBGE POPULAÇÃO DE ALAGOAS 2022: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama> Acesso em 29 de julho de 2024.

IBGE POPULAÇÃO ESTADOS BRASILEIROS 2024,

https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/estimativa_dou_2024.pdf Acesso em 05 de setembro de 2024.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em 6 de março de 2024.

LOPES, Elaine Cristina da Silva; GUEDES, Carolina Cristina Pereira; AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa. Estratégias para a captação de doadores de sangue difundidas na literatura: estratégias para atraer a los donantes de sangre generalizado en la literatura. **Revista Acred**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 104-121, 2012.

MALHEIROS, Glícia Campanharo; OLIVEIRA, Ana Amélia Silva Teixeira de; PINHEIRO, Camila Biangaman; MONTEIRO, Kamila Nogueira de Oliveira; ABREU, Annelise Maria de Oliveira Wilken de. Fatores associados à motivação da doação sanguínea: factors associated with the motivation of blood donation. **Revista Científica da Fmc**, Campos dos Goytacazes - RJ v. 9, n. 1, p. 8-12, 2014.

MILAGRES, Stela Vidigal; VELLOSO, Isabela Cancio. Produção de verdades sobre a doação de sangue: uma análise na perspectiva de foucault. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 47, n. 137, p. 158-169, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202313711>.

Mapa da Hemorrede do Rio de Janeiro,

https://www.hemorio.rj.gov.br/html/Hemorrede_mapa.htm , Acesso em 04 de setembro de 2024.

PEREIRA, Jefferson Rodrigues; SOUSA, Caissa Veloso e; MATOS, Eliane Bragança de; REZENDE, Leonardo Benedito Oliveira; BUENO, Natália Xavier; DIAS, Álvaro Machado. Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 8, p. 2475-2484, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.24062015>.

Portal do Governo do Estado de Rondônia,

<https://rondonia.ro.gov.br/fhemeron/institucional/enderecos-da-hemorrede/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea (**REDOME**) disponível em:

<https://redome.inca.gov.br/institucional/quem-somos/>. Acesso em 18 de junho de 2024

ROMERO, Luiz Carlos. **O Sistema Único de Saúde – Um capítulo à parte**, 2013, 17 p. disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal,

<https://www.saude.df.gov.br/funda%C3%A7%C3%A3o-hemocentro-do-distrito-federal>

Acesso em 04 de setembro de 2024.

SEFAZ/MT <https://www5.sefaz.mt.gov.br/-/hemocentro-e-referencia-estadual-em-hematologia-e->



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

DILEAN MAYRA DE LIMA FREITAS
LIDIANE OLIVEIRA DA SILVA

**A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HEMOCENTROS DE ALAGOAS E
O PERFIL DO DOADOR**

MACEIÓ-AL

2024

DILEAN MAYRA DE LIMA FREITAS

LIDIANE OLIVEIRA DA SILVA

**A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HEMOCENTROS DE ALAGOAS E
O PERFIL DO DOADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Orientador(a): Edivânia Francisca de Melo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas /UFAL



Documento assinado digitalmente
DILEAN MAYRA DE LIMA FREITAS
Data: 10/09/2024 10:06:21-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DISCENTE: Dilean Mayara de Lima Freitas



Documento assinado digitalmente
LIDIANE OLIVEIRA DA SILVA
Data: 10/09/2024 09:47:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

DISCENTE: Lidiane Oliveira da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 30.08.2024

Título: **A ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HEMOCENTROS DE
ALAGOAS E O PERFIL DO DOADOR**

BANCA EXAMINADORA:



Documento assinado digitalmente
EDIVÂNIA FRANCISCA DE MELO
Data: 03/09/2024 21:39:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dra. Edivânia Francisca de Melo (ORIENTADORA)



Documento assinado digitalmente
ARUA SILVA DE LIMA
Data: 06/09/2024 11:17:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Aruã Silva de Lima



Documento assinado digitalmente
RAYARA RAYSSA LOPES DE ANDRADE
Data: 11/09/2024 14:57:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assistente Social Rayara Rayssa Lopes de Andrade

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que durante toda nossa trajetória nos deu forças e sabedoria para vencer cada obstáculo e chegar até o final da graduação.

À Universidade Federal de Alagoas, juntamente com todo corpo docente, que contribuiu para nossa formação profissional de forma positiva e pelas diversas experiências que vivenciamos durante o curso.

À nossa orientadora que nos deu todo suporte necessário para elaboração deste trabalho, assim como também, durante a graduação com sua forma encantadora de atuar como profissional e conseguir enxergar o melhor lado de cada discente, compreendo suas particularidades. Foi um privilégio aprender com a mesma.

Ao Hemocentro de Alagoas, juntamente com sua equipe, que, em parceria com a Universidade Federal de Alagoas, nos deu a oportunidade de realizar nosso estágio curricular obrigatório. Agradecemos, em especial, à nossa supervisora de campo, que nos ensinou todas suas atribuições naquele lugar e nos mostrou a importância da atuação do profissional no mesmo. E foi isso que nos despertou para discutir sobre esse tema.

À nossa família, que nos deu todo apoio desde o ingresso na Universidade, durante a nossa trajetória no curso, até essa reta final, e foi nossa base para continuar a jornada acadêmica, sempre acreditando no nosso sucesso.

Aos nossos amigos que conhecemos durante a graduação e os de fora da universidade, que sempre caminharam conosco e nos apoiaram em cada passo.

Somos gratos a todos vocês!

“Captar é uma arte que busca cativar o verdadeiro artista, o doador de sangue, que partilha uma das mais preciosas fontes de vida – O Sangue.”

Rosemary Almeida de Oliveira Teixeira

RESUMO

O debate sobre a doação de sangue é uma temática de muita importância para a sociedade atual, pois ele está intimamente ligado ao ato de salvar vidas. As primeiras instituições hemoterápicas surgiram, no Brasil, na década de 1940. Desde essa década muitas mudanças ocorreram, porém, mesmo com todo o avanço dos meios de comunicação, o aprimoramento dos métodos transfusionais, com toda modernização dos equipamentos utilizados, ainda se nota a falta de esclarecimento por uma grande parcela da população no que se refere às informações sobre a doação de sangue e acerca dos profissionais envolvidos no processo de doação. Essa falta de informação contribuiu para o baixo quantitativo de doadores. Atualmente, apenas 1,4% da população brasileira é doadora de sangue. Destacamos, ainda, o fato de que, na atualidade, muito se fala acerca da importância da promoção da doação voluntária de sangue, porém, notamos o escasso debate acerca da importância da atuação do profissional Assistente Social neste cenário. Este foi o ponto de partida crucial para iniciarmos este trabalho; nele, discutimos, dentre outros temas, a atuação do assistente social na Política de Doação de Sangue, pois identificamos que ele é um profissional fundamental nos hemocentros. Outro ator insubstituível na Doação de Sangue é o doador de sangue. Ao estudar o perfil do doador podemos observar muitos fatores, em seus números quantitativos e mapear qual idade e gênero tem mais sucesso ao doar, por exemplo. E a partir daí buscamos analisar os motivos para estes resultados. O objetivo desta pesquisa é destacar a atuação do Assistente Social nos hemocentros e analisar o perfil preponderante do doador no Estado de Alagoas.

Palavras-chave: Doação de sangue, Assistente Social, Hemocentros.

ABSTRACT

The debate about blood donation is a very important topic for today's society, as it is closely linked to the act of saving lives. The first blood therapy institutions emerged in Brazil in the 1940s. Since that decade, many changes have occurred, however, even with all the advances in the means of communication, the improvement of transfusion methods, with all the modernization of the equipment used, the lack of clarification by a large portion of the population regarding information about blood donation and about the professionals involved in the donation process. This lack of information contributed to the low number of donors. Currently, only 1.4% of the Brazilian population is a blood donor. We also highlight the fact that, nowadays, there is a lot of talk about the importance of promoting voluntary blood donation, however, we note that there is little debate about the importance of the role of professional Social Workers in this scenario. This was the crucial starting point for us to begin this work; In it, we discuss, among other topics, the role of the social worker in the Blood Donation Policy, as we identified that he is a fundamental professional in blood centers. Another irreplaceable actor in Blood Donation is the blood donor. When studying the donor's profile we can observe many factors, in their quantitative numbers and map which age and gender is most successful when donating, for example. And from there we seek to analyze the reasons for these results. The objective of this research is to highlight the role of Social Workers in blood centers and analyze the preponderant profile of donors in the State of Alagoas.

Keywords: Blood donation, Social Worker, Blood Centers

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
CF	Constituição Federal
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensão
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
MESP	Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMP	Instituto Nacional de Assistência Médica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CDS	Captação de Doadores
OMS	Organização Mundial da Saúde
REDOME	Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea
HEMOBA	Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
HEMOAL	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Alagoas
HEMOSE	Centro de Hemoterapia de Sergipe
HEMOÍBA	Centro de Hematologia e Hemoterapia da Paraíba
HEMOMAR	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão
HEMONORTE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio Grande do Norte
HEMOPI	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HEMOCE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
FHB	Fundação Hemocentro de Brasília
HEMOGO	Centro de Hemoterapia e Hematologia de Goiás
HEMOSUL	Centro de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso do Sul
HEMOAM	Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas
HEMORAIMA	Centro de Hemoterapia e Hematologia de Roraima
HEMOPA	Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará
HEMOACRE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre
HEMOAP	Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amapá
HEMOTO	Hemocentro Coordenador de Palmas

FHEMERON	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia
HEMORIO	Centro de Hemoterapia e Hematologia do Rio de Janeiro
HEMOES	Centro Estadual de Hemoterapia e Hematologia Marcos Daniel Santos
HEMOMINAS	Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais
UNICAMP	Centro de Hematologia e Hemoterapia Hemocentro de Campinas
HEMEPAR	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná
HEMOSC	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina
HEMORGS	Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
TED	Tratamento Fora do Domicílio
FARMEX	Farmácia de Medicamentos Excepcionais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 - TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	11
2 - DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL E SUA REGULAMENTAÇÃO.....	21
2.1 - A inserção do serviço social na área da saúde	27
3- ESTRATÉGIAS PARA DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL, FATORES MOTIVACIONAIS.....	37
3.1- Levantamento de Doadores Segundo o Ministério da Saúde no Ano de 2022.....	43
4- HEMOCENTRO DE ALAGOAS (HEMOAL).....	50
4.1 A Atuação do Assistente Social no Hemocentro de Alagoas (Hemoal).....	53
4.2- Perfil dos Doadores de Sangue no Estado de Alagoas entre os anos de 2008 e 2023	54
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
6- REFERÊNCIAS	65

INTRODUÇÃO

No presente trabalho de conclusão de curso iremos tratar sobre a atuação dos Assistentes Sociais nos Hemocentros de Alagoas e o perfil do Doador de Sangue. Abordaremos a trajetória do profissional nessa área de atuação, assim como suas atribuições e os desafios enfrentados por ele. Discutiremos, ainda, sobre o perfil dos doadores para entender quem são aqueles que retornam com maior frequência para doar sangue, compreendendo quais fatores contribuem para isso.

Nossa motivação para a presente obra foi o pouco material encontrado durante uma pesquisa sobre o tema que realizamos para elaboração de um trabalho acadêmico, o que nos despertou o interesse em contribuir e elaborar um trabalho de exposição que discutisse sobre o tema apresentado aqui.

Os Hemocentros atuam em prol da saúde da sociedade e realizam várias estratégias para captação de novos doadores para ampliação dos estoques de sangue que serão destinados aos pacientes com doenças hematológicas. Para melhor compreensão podem ser conhecidas como doenças do sangue as doenças que inibem produção com eficácia das células sanguíneas, dentre estas podemos citar a anemia, doença falciforme, dentre outras.

Para adentrar a esse assunto iremos iniciar lembrando um pouco como se deu a trajetória da saúde até os dias atuais, entendendo as diversas lutas que ocorreram em prol do acesso gratuito à política de saúde que temos hoje. Pois é válido ressaltar que o acesso universal a essa política veio por meio de lutas que contribuíram para a criação de leis que foram instituídas e entraram em vigor.

Abordaremos também sobre a relação do Serviço Social com a saúde, para que possamos compreender as demandas que os assistentes sociais recebem nesse campo de atuação e os desafios que surgem no dia a dia, buscando compreender por que o profissional de Serviço Social dos hemocentros foi destinado para a captação de doadores de sangue.

Trataremos, ainda, sobre as estratégias para doação de sangue no Brasil, fatores motivacionais e o levantamento de doadores realizado em 2022 pelo Ministério da Saúde.

Assim, buscaremos tratar de uma forma clara o tema referido, para que seja exposto a atuação dos profissionais de Serviço Social em meio às demandas ofertadas nos hemocentros de Alagoas.

1. TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Quando falamos sobre a trajetória da saúde é preciso entender que com o processo da industrialização muitas necessidades dos trabalhadores foram identificadas, e estas precisavam ser supridas para que eles conseguissem desenvolver suas atividades. Foi desse debate que surgiu a Medicina Social na Alemanha, França e Inglaterra. Por meio de ações do Estado, a classe trabalhadora conquistou alguns direitos sociais, pois o Estado assumia a função de “manutenção da ordem social capitalista e de mediações das relações entre classes sociais.” (Bravo, 2006, p. 2)

Bravo (2006) aponta que, no Brasil, o Estado só passou a intervir diretamente na área da saúde no século XX. No século XVIII, a assistência médica tinha como base a filantropia e a prática liberal. Foi somente no Século XIX que ocorreram algumas transformações na conjuntura econômica e política, fazendo com que, no campo da saúde, surgisse a vigilância do exercício profissional. Diante desse cenário de reivindicações, o movimento operário nasce tendo por objetivo a busca pela efetivação dessa política. A autora ainda chama a atenção para o emergente trabalho assalariado, pois, com o surgimento deste a saúde passa a ser vista como “questão social” no século XX. (Bravo e Paula, *apud* Braga, 2006, p.2)

No quesito saúde pública foram garantidas as condições sanitárias mínimas para as pessoas que estavam inseridas no meio urbano e rural, iniciando com algumas estratégias:

Ênfase nas campanhas sanitárias; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais; Criação dos serviços de combates a endemias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate as endemias da formação de técnicos em saúde pública. (Braga e Paula *Apud* Braga 2006, p. 04).

Desse modo, para que possamos compreender a trajetória da saúde precisamos retornar às origens do Sistema Único de Saúde – SUS. Podemos iniciar pontuando que antes dele surgir os serviços de saúde eram ofertados de maneira precária, pois quem os financiavam eram os trabalhadores. Diante dessas circunstâncias os trabalhadores buscaram reivindicar seus direitos, eles enfrentavam longas jornadas de trabalho, em espaços insalubres e com salários baixos, colocando em risco a manutenção da sua saúde. Em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves, entrou em vigor o sistema previdenciário, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Estas, inicialmente, eram destinadas aos empregados das empresas ferroviárias.

Quem financiavam as CAP's eram as próprias empresas empregadoras, empregados e a União (Estado). Mas é válido pontuar que apenas as grandes empresas tinham capacidade de mantê-las. Em relação aos benefícios, vale ressaltar que eles eram baseados em proporção de contribuição e variavam entre “assistência médica-curativa e medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral.” (Bravo 2006, p.03)

Os benefícios das CAP's estavam baseados em assistência médica e farmacêutica. Porém esse sistema não era suficiente para atender às reivindicações dos trabalhadores e da população brasileira. Foi em 1932, no Governo Vargas, que ocorreu a unificação e absorção das CAP's, as quais foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's). A partir de então, o Estado começou a atuar diretamente sobre às questões que envolviam a saúde dos brasileiros, ampliando as categorias de trabalhadores que tinham acesso à política de saúde.

Mediante os fatos apresentados chegamos à compreensão de que, até 1932, o acesso à saúde era organizado como benefício, em que o trabalhador somente tinha acesso por meio de uma contribuição prévia. Mas, como pontua Romero (2023, p. 3-4):

Sob a égide do novo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, as ações de saúde pública passaram para a alçada do recém-criado Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (MESP), sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública. Essa nova conformação institucional da gestão da saúde, definida já no período do primeiro governo de Getúlio Vargas, teve repercussões que se fizeram sentir até a reforma sanitária dos anos 80. Ao criar dois formatos diferenciados para as instituições e as ações de saúde, instituiu duas formas distintas de políticas para o setor: uma corporativa e outra universalista.

Diante desse novo cenário o acesso à saúde passa a trilhar novos caminhos e ganha uma nova configuração com serviços novos a serem ofertados. Romero (2013, p.4) aponta que a política de saúde se torna centralizada, pois “uma grande parte passa a ser executada pelo

governo federal”. Houve, portanto, uma expansão dos serviços de saúde, garantindo um maior acesso dos trabalhadores ao mesmo.

Segundo Romero (2013, p.4), em 1953, no governo Vargas, ocorreu a criação do Ministério da Saúde e, em 1954, a “lei federal estabeleceu normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Esta lei (Lei nº 2.313, de 1954) declarava, em seu art. 1º, ser dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.”

O autor evidencia que, em 1966, os Institutos de Aposentadorias e Pensões “unificaram-se ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo este órgão gestor da Previdência Social”. “Desse modo a previdência social passa a ser identificada com um novo perfil, o assistencialista, tendo como objetivos centrais aposentadorias, pensões e auxílios.” (Romero, 2013, p.5).

Em 1977, por meio da lei nº 6.439, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), instituindo o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). Com isso parte das funções exercidas pelos INPS passam a ser executados pelo INAMPS e SINPAS.

A instituição do Sinpas e a criação do Inamps reconheceram, de fato, a importância que a assistência médica previdenciária passou a assumir, em função do volume de recursos destinado a ela, e como instrumento de barganha e de legitimidade política (COHN, 2001). A destinação de parcela significativa desses recursos para a compra de serviços de assistência médica à iniciativa privada favoreceu esse setor empresarial, que se capitalizou sem correr os riscos das leis do mercado, na medida em que esse passou a ser garantido pelo Estado. (COHN *apud* Romero, 2013, p. 6)

Romero (2013) aponta que o Movimento da Reforma Sanitária, que teve início na década de 1970, é um fato importante que precisa ser considerado na discussão sobre a política de saúde. A proposta desse movimento estava pautada em modificações tanto no nível federal como no municipal, ofertando a implantação de um modelo unificado que tivesse uma única direção. O movimento foi liderado por “um grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor, que teve um papel destacado na oposição ao regime militar e na área da saúde” (Gerschman *apud* Romero, 2013, p. 7). Ainda é válido ressaltar que quem também contribuiu com esse movimento foram os crescentes movimentos populares em saúde, que tinham suas origens em bairros pobres, tendo como pauta principal as reivindicações por “melhores condições de saneamento, assistência médica e transportes.” (Romero, 2013, p. 7).

O autor esclarece que, em 1976, algumas reivindicações do Movimento Sanitário começaram a ser implantadas em alguns municípios por prefeitos progressistas. Desse modo, foi permitido que:

em Montes Claros, Niterói, Campinas e Londrina, fossem implementadas experiências exitosas de sistemas municipais de saúde, com base no modelo de extensão de cobertura por meio de serviços básicos de saúde. Para tanto, desenvolveram ações baseadas no trabalho de agentes comunitários de saúde; implantaram programas próprios de controle de doenças transmissíveis; testaram a integração docente assistencial, na busca de integrar os hospitais de ensino a seus sistemas municipalizados de atenção à saúde; institucionalizaram meios para a participação comunitária no planejamento e gestão de serviços e criaram espaços para a discussão e difusão de suas experiências. (Romero, 2013, p.8)

Em março de 1986, em Brasília, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, caracterizada como a primeira conferência que contou com a participação de usuários, pois antes desse período os encontros eram realizados com senadores e autoridades, porém não se tinha uma dimensão precisa do que era discutido no evento. A participação da população foi de suma importância pois possibilitou o avanço dos debates acerca da saúde. Esta passou a ser

entendida como resultante de condições de vida e de trabalho, e o entendimento de que a saúde é um direito humano, a ser garantido pelo Estado. Firmou-se, também, o consenso da necessidade de unificar os sistemas de saúde, com condução única em cada esfera de governo – no caso federal, a coordenação deveria caber ao Ministério da Saúde – com participação da comunidade na sua gestão e fiscalização. (Conferência Nacional de Saúde *apud* Romero, 2013, p. 9).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986, foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial (Conselho Nacional de Saúde, 2019)¹

Um fato importante que se faz necessário destacar ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. “O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial.” (Bravo, 2006, p.09). Deste modo, podemos compreender que os temas discutidos em espaços abertos para lutas e reivindicações com participação da população foi importante para definição da política de saúde.

¹ Conselho Nacional de Saúde, 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma, acesso em 18 de fevereiro de 2024, disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

Assim, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o movimento sanitário também teve um papel importante, pois, por meio da sua pressão e das reivindicações da população, o texto constitucional sofreu alterações, prejudicando os empresários do setor hospitalar. Os aspectos aprovados na Constituição foram:

O direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com as discriminações existentes, entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviço de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada, e de atendimento integral, com participação da comunidade; proibição da comercialização de sangue e de seus derivados. (Teixeira *Apud* Braga 2006, p. 10-11).

Braga (2006) afirma que a politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas, pois o objetivo estava pautado no aprofundamento da consciência sanitária com principal intuito de deixar evidente a necessidade da inclusão das demandas, garantindo apoio político para as modificações necessárias, pois para efetivar as mudanças propostas na política era preciso a aprovação e apoio do poder governamental. Deste modo, podemos compreender a importância da 8ª Conferência para a luta por melhores condições de saúde.

Vale ressaltar que uma melhor compreensão da política de sangue precisamos entender a ordem cronológica da construção da política de saúde no Brasil e da implantação do Sistema Único de Saúde, pontuando as modificações que ocorreram na década de 1980 e que culminaram na promulgação da Constituição de 1988. Este evento inaugura um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado.

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Art. 6º, Constituição Federal de 1988).

A Saúde, atualmente, é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988. No entanto, vale lembrar que antes da promulgação dessa Constituição só tinha acesso à saúde aquelas pessoas que contribuíssem. Dessa forma, a saúde funcionava como um benefício previdenciário. Contamos, hoje, com um cenário diferente, em que a política de saúde pode ser acessada por todos que dela precisar, pois é um direito social, como pontua o artigo 196 da CF 1988: o Estado é responsável por garantir o acesso universal por meio das políticas sociais, tendo como objetivo reduzir o risco de doença.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal de 1988).

Temos ainda na Constituição de 1988 os artigos 197 e 198, que defendem que é incumbência do poder público regulamentar, fiscalizar e executar a efetivação do acesso à saúde, formando um sistema único com o atendimento de forma integral, em que a comunidade pode participar, pois, quem melhor compreende e avalia o acesso senão os que dela usufruem?

Antes da Constituição de 1988 o acesso à saúde era organizado de modo privado como já foi pontuado anteriormente. Realmente era preciso realizar uma reforma nesse sistema. Foi a preocupação com essa problemática que fez surgir o movimento de Reforma Sanitária, que teve início no final da década de 1970. O sistema vigente na década de 1970 não atendia a toda população, pois se tratava de um modelo privatista, e a demanda só aumentava com o passar do tempo. O índice de pessoas que não conseguiam ter acesso à saúde era alarmante, então era notável a necessidade de um novo sistema. Com a Constituição Federal de 1988 foi criada a Seguridade Social e o seu orçamento.

Bravo (2006) aborda que as questões sociais no campo da saúde precisavam ser enfrentadas com maior alcance, ou seja, necessitavam ser enxergadas como questão política e, assim, o Estado interveio criando estratégias para alcançar os assalariados, pois o cenário era de uma urbanização acelerada e a massa de trabalhadores foi ampliada, porém tudo isso gerou a precarização do trabalho e de suas condições no que se refere à higiene, saúde e habitação. Identificamos, nesse processo, que as expressões da questão social se evidenciavam, pois as altas jornadas de trabalho geravam um maior desgaste físico ao trabalhador que pouco se alimentava para enfrentar dias de trabalho árduo, e a má remuneração não era o bastante para adquirir alimentação necessária e medicações. Tendo como incentivo a insatisfação com as péssimas condições de vida da maior parte da população brasileira, as lutas começaram a crescer e ganhar espaços, as reivindicações culminaram em várias conquistas como a lei que trataremos a seguir, que foi muito importante para a trajetória da saúde: a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A lei Orgânica da saúde (Lei 8.080/90) foi responsável pela regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei trata sobre a “promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências”. Assim, no decorrer de seus artigos encontramos colocações de grande importância. Nas disposições gerais, em seu

artigo 2º, ressalta que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Assim como a moradia, educação, assistência social, dentre outros direitos sociais, a saúde é garantida para toda a sociedade, e desse ponto de vista podemos analisar, como cita o Art. 3º, os direitos fundamentais.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Lei 8.080/90).

Das disposições preliminares teremos o Art. 4º, que trata sobre a administração dos serviços e suas instâncias de atuação, sejam elas, municipais, estaduais e federais, como podemos verificar a seguir:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. (Lei 8.080/90).

O que nos chama a atenção é o § 2º desse artigo 4º, pois afirma que a iniciativa privada pode participar desse sistema, porém de forma complementar, ou seja, ocorre um repasse do governo para essas instituições e elas disponibilizam os serviços para os usuários.

Já o artigo 5º define os objetivos do Sistema Único de Saúde, dentre eles podemos encontrar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e inclui ainda ações de assistência que demonstram o caráter preventivo, pois compreendemos que o cuidado com a saúde do usuário vai além do imediatismo, requer a implementação de ações que possam identificar todo histórico daquele usuário, e sugere que somente depois disso ações podem ser indicadas e efetivadas.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (Lei 8.080/90).

Outro Artigo que podemos pontuar aqui é o artigo 7º, que trata sobre os serviços que estão pautados na Lei 8.080/90. Dentre estes, podemos citar a universalidade de acesso, a integralidade, a igualdade da assistência à saúde, assim como os demais serviços citados abaixo.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade;

O artigo 19, na alínea I, pontua algo muito importante: a garantia do atendimento e internação domiciliar. Assim, o usuário que não tem qualquer possibilidade de ir a alguma unidade de saúde tem seu acesso garantido, pois a equipe se desloca até o mesmo. Este é um ponto importante a ser mencionado tendo em vista que o acesso deve ser igualitário e superar todos os desafios, alcançando aqueles que apresentam alguma impossibilidade de deslocamento. Podemos citar, por exemplo, a equipe do Programa Melhor em Casa, em que o “atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social.” (GOV.BR, 2021).²

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. (Lei 8.080/90).

O artigo 21º assegura o acesso à saúde com gratuidade, garantindo a ampliação do acesso a essa política para todas as pessoas que necessitam de atendimento de saúde.

² GOV.BR, 2021, Ministério da Saúde, Melhor em Casa, Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/melhor-em-casa#:~:text=O%20atendimento%20%C3%A9%20realizado%20por,compor%20as%20equipes%20de%20apoio>

No que se refere aos serviços de saúde ofertados de forma privada à população brasileira, vale destacar o trabalho de fiscalização que deve ser realizado pelo Estado. Segundo o artigo 22º: “Na prestação de serviços privados de assistência à saúde serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.” (Lei 8.080/90).

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e b) ações e pesquisas de planejamento familiar; III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e IV - demais casos previstos em legislação específica. (Lei 8.080/90).

Sobre a participação complementar teremos ainda o artigo 24º, que trata sobre a cobertura assistencial à população, pois quando esta torna-se insuficiente no SUS, a iniciativa privada deve ser chamada para prestar o serviço que o usuário necessita. Desse modo:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. (Lei 8.080/90).

Assim, na medida que o sistema público apresentar algum transbordo nos atendimentos a iniciativa privada entra em contrapartida para efetivação desse atendimento com o objetivo de prestar um atendimento com eficácia, reduzindo as filas de espera, pois a saúde pública é algo urgente e requer total atenção para manter o bem estar da população, como veremos no Artigo 25º: “Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Lei 8.080/90).

E o SUS estabelece os critérios e valores da remuneração dos serviços como aponta o artigo 26º que assegura que “Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.” (Lei 8.080/90).

Assim podemos compreender a importância da Lei 8.080/90 para a trajetória da saúde. Ela afirma o acesso à saúde, garantindo a proteção e a recuperação da saúde, para que a prestação dos seus serviços aconteça de forma organizada e eficiente, facilitando o acesso para todos os usuários que precisem da política de saúde. Mas os avanços e as reivindicações continuaram com a Reforma Sanitária que defendia que a saúde deveria ser garantida como um direito de todos.

Vale lembrar que antes da implementação do SUS o acesso aos serviços de saúde era realizado por meio privado, e somente tinha acesso aqueles trabalhadores que contribuíam. A Constituição Federal de 1988 foi um avanço muito importante, pois a saúde em conjunto com a Assistência Social e a Previdência Social compõe a Seguridade Social. Assim o acesso à saúde fica assegurado como direito de todos e dever do Estado, e os serviços ofertados devem ser de forma integralizada formando um único sistema.

Atualmente, por meio da Constituição Federal de 1988 e da lei 8.080/90, o acesso à saúde é universal e gratuito. Essas conquistas tiveram uma significativa contribuição do movimento de Reforma Sanitária. Para que alcançássemos as conquistas atuais foram travadas grandes lutas, pois ainda haviam lados distintos: um defendia a privatização dos serviços, instituições que visavam o lucro acima de tudo, que era a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das indústrias farmacêuticas; do outro lado tínhamos a Plenária Nacional da Saúde, que entrou na luta pelas ideias defendidas pelos idealizadores da Reforma Sanitária, que tinham por objetivo “a universalidade das ações e a descentralização com controle social. Compreendiam que a saúde deve ser garantida como um direito de todos e dever do Estado.”(Teixeira; Bravo *apud* Bravo e Matos, 2006, p.7).

Bravo e Matos (2006) pontuam que em 1990 dois projetos estavam em disputa na área da saúde, de um lado o projeto privatista que solicita ao assistente social demandas relacionadas à “seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.” Do outro lado, havia o Projeto da reforma sanitária que tinham demandas destinadas ao assistente social como: busca pelo acesso à saúde nas unidades e oferta de serviços nas mesmas, um atendimento acessível de forma humanizada, estratégias para as intervenções mediante a realidade apresentada, uma maior atenção nas formas de abordagens grupais, incentivo à participação da sociedade e o acesso de maneira prática e clara às informações sobre os direitos. (Bravo; *apud* Matos, 2006, p. 10).

Precisamos pontuar que mesmo com tantos avanços ao longo do tempo, a política de saúde ainda sofre ameaças, podemos citar a privatização dos serviços que são colocadas em pauta por governos de direita que visam o lucro acima de tudo, tornando serviços básicos que antes eram ofertados de forma gratuita, em serviços pagos. O Brasil é caracterizado como país dependente pois, os “países centrais são os poderosos política e economicamente. Por sua vez, os países periféricos são vistos como dependentes. Na verdade, os países centrais são os mais ricos e os países periféricos são os mais pobres.” (Fagúndes e Silva, 2016, p.207). Assim compreendemos que para acompanhar crescimento acelerado do mercado, estratégias são elaboradas sem levar em consideração o bem-estar da população, mas sim o que o mercado exige, ou seja, a alta competitividade faz com que a política de saúde seja enxergada por governos de direita como meio de barganha para o alto lucro, mascarando essa ideia por traz de uma falsa propaganda de aumentar os serviços e o alcance de mais pessoas, pelo contrário conseguimos identificar que isso poderia gerar uma grande exclusão e um acesso precário a política de saúde, pois nem todos conseguiriam financiar.

No próximo capítulo iremos debater sobre a doação de sangue e a sua regulamentação, como ocorreu o seu desenvolvimento e as leis que regem o andamento desse serviço ofertado para a população que realiza as doações e para os pacientes que recebem as doações. Nesse sentido, faz-se necessário entender como os hemocentros surgiram, como atuam, e como os assistentes sociais podem auxiliar para a garantir o direito de vários usuários a iniciar ou manter seus tratamentos de forma gratuita e com qualidade. Nos hemocentros, sua atuação está voltada para realizar atividades em torno da educação sobre a doação de Sangue, levando informações para o usuário, despertando-o para ser um doador de sangue.

2. DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL, SUA REGULAMENTAÇÃO E A INTERVENÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

A doação de sangue é um ato voluntário, altruísta, seguro e regulamentado, mas nem sempre foi assim. Vamos entender um pouco sobre este processo no Brasil. Até a década de 1970 a doação de sangue era desenvolvida por meio da remuneração aos doadores, apenas a partir da década de 1980 foi promulgada a primeira Lei Federal de incentivo à doação de sangue, a Lei 1.075/50.

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. 2º Será dispensado do ponto, no dia da doação de sangue, o funcionário público civil de autarquia ou militar, que comprovar sua contribuição para tais Bancos. Art. 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, 2015, p. 7).

Com a promulgação da Lei 1. 075/50 no Brasil, a doação passa a ser recompensada pelo benefício e não pela remuneração como era feito anteriormente, despertando o sentimento de doação voluntária na sociedade. Na década de 1980 se desenvolve no país a política pública do sangue, em decorrência da propagação da AIDS e das demais doenças transmissíveis via transfusão sanguínea. A partir desses fatos são implantados os hemocentros, que estão voltados para doações de sangue voluntárias e sem remuneração.

Temos como marco histórico para a hemoterapia a 8ª Conferência Nacional de Saúde que contribuiu de forma muito positiva possibilitando que diversas propostas fossem incorporadas na Constituição Federal de 1988, que, em seu Art. 199, § 4º, proíbe a comercialização do sangue. Vale ressaltar que tanto a 8ª Conferência quanto o artigo 199, parágrafo 4º da Constituição de 1988 favoreceram o fortalecimento dos hemocentros que, por meio destas leis, passam a ter subsídios para fornecer um sangue seguro e de qualidade para toda a população brasileira.

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, vedada a compra, venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional, seja por pessoas físicas ou jurídicas, em caráter eventual ou permanente, que estejam em desacordo com o ordenamento institucional estabelecido nesta Lei. (Brasil, 2015, p.8).

Segundo Teixeira (2015, p.9), todo esse processo histórico contribuiu para a institucionalização de uma Política Nacional de sangue e criação da Coordenação de Sangue do Ministério da Saúde. Além disso, a constituição dessa base legal foi essencial para a promulgação, da Lei nº 10.205/2001 a Lei do Sangue ou Lei Betinho, que regulamenta o Art. 199, § 4º, da Constituição Federal de 1988, no que se refere à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades.

A Lei leva o nome de Betinho em homenagem ao sociólogo Herbert de Souza, criador da Ação da Cidadania Contra a Miséria e Pela Vida, que morreu em decorrência do vírus da

AIDS. Betinho e seus irmãos Henfil, e Chico Mário, eram hemofílicos e necessitavam de transfusões com frequência. Os três irmãos faleceram em decorrência do vírus da AIDS adquirido durante uma transfusão sanguínea.

Segundo a ANVISA promulgação da Lei do Sangue aguardou aprovação por nove anos, ela amparou e fortaleceu as ações, a maioria delas a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. E destaca que outro ponto importante a oficialização do Sistema Nacional de Sangue (Sinasan) e sua organização em níveis federal, estadual e municipal. O sistema é responsável pela implementação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

O Sinasan é composto por organismos operacionais de todos os processos relacionados ao sangue, da coleta ao processamento, e tem o apoio de órgãos das vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, laboratórios de referência para controle e garantia de qualidade do sangue, componentes e hemoderivados, bem como outros órgãos e entidades que envolvam ações pertinentes à política de sangue. (ANVISA, 2001, p. 4).

Pode-se observar que a hemoterapia aperfeiçoou seus métodos ao longo dos anos a fim de disponibilizar um sangue seguro e de qualidade para a população. Todo esse processo foi possível, segundo Teixeira (2015, p.9), graças às legislações, normatizações técnicas e avanços tecnológicos. A normativa que proibiu a remuneração dos doadores, tornando a doação um ato voluntário culminou na criação de uma nova demanda nos hemocentros, a captação de doadores. Por mais que se pareça uma missão fácil, trata-se, na verdade, de uma atribuição que requer muitas técnicas, sensibilidade, conhecimentos acerca dos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos.

No que se refere à captação de doadores na década de 1980, vale lembrar que ela era feita por qualquer profissional técnico da unidade de hemoterapia. Este processo de captação era realizado pontualmente para atender às demandas momentâneas, geralmente com os familiares dos pacientes no ambiente hospitalar. Foi apenas a partir da década de 1990 que se passa a discutir a captação como método efetivo estratégico para promover a doação de sangue. Neste período, teve início a elaboração de campanhas, materiais educativos, projetos nacionais dentre outros mecanismos voltados para a captação como método educativo. Como pontua Teixeira (2015, p. 10): “Voltou-se o olhar para o caminho da educação, e não mais do imediatismo de ações para salvar as oscilações dos estoques de sangue, com constantes apelos à população e abordagens aos familiares de pacientes.”

Essa nova visão relativa à captação tornou indispensável uma capacitação técnica dos profissionais responsáveis pela captação de doadores de sangue, pois é determinante que o profissional tenha conhecimentos técnicos de todo o processo de doação, transfusão e distribuição do sangue, derivados e componentes. O profissional responsável pela captação tem que ser capacitado para realizar estudos epidemiológicos, para realizar campanhas educativas sobre qualidade de vida e hábitos saudáveis. Conforme estas determinações para a captação de sangue ocorreram, na década de 1990, no Brasil, diversas oficinas de trabalho direcionadas aos captadores.

Nesse processo de “busca” do perfil desse captador, os assistentes sociais começaram a penetrar e a desenvolver suas ações no universo da hemoterapia. Apesar de não ser uma função específica da categoria de assistentes sociais, aos poucos passaram a ser o profissional mais envolvido com a captação, por contemplar na sua formação acadêmica esse olhar e conhecimento. O projeto ético-político do Serviço Social apreende as ações profissionais em consonância com a perspectiva da transformação social, com a defesa intransigente dos direitos humanos e a ampliação e consolidação da cidadania (Brasil, 2015 *apud* CRESS, 2024, p.11)

Portanto, em virtude desta carência de um profissional que, em sua formação, desenvolva habilidades necessárias que atendam a todas as especificações para a captação de doadores, o assistente social se insere neste campo de atuação e, em decorrência dos fatos mencionados, torna-se o profissional responsável pela captação. Ele nota a necessidade de existir um setor de captação e com isso há uma reestruturação dos espaços físicos dos hemocentros e a organização das equipes. Podemos notar que os assistentes sociais, ao se inserirem nessa atividade, promovem uma mudança muito importante para o processo de doação.

Conforme Teixeira (2015, p.12), “Captar, conquistar, sensibilizar e fidelizar doadores é transformar sentimentos, visão de mundo, valores – é transformar pessoas”. Ou seja, a captação precisa ser algo educativo que desperte o desejo de doar e que a experiência da doação seja positiva para que aquele doador retorne regularmente. É fundamental que o atendimento ao doador seja humanizado e ele saia do hemocentro motivado a retornar.

No início da década de 1980 a doação de sangue era conhecida por meio da remuneração, as pessoas que procuravam os hemocentros tinham por finalidade a troca de benefícios. Com a Primeira Lei (Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950) da doação de sangue ficou mais fácil compreender o benefício da troca, de modo que o funcionário público passa a ter direito à folga por meio de comprovação da doação. Mas isso ainda não era o suficiente,

pois os mitos foram surgindo, assim como os preconceitos também quando se tratava da doação, e no final o que restava eram os interesses pessoais de cada indivíduo.

Vale ressaltar que em 1980 foi levantada uma inquietação a nível mundial em relação à segurança transfusional, devido ao aparecimento da AIDS, e pela propagação das doenças transmissíveis por meio da transfusão de sangue. As autoridades sanitárias voltaram, então, a atenção para as doações de sangue, pois estava em evidência os riscos de contaminação que colocava em perigo doador e receptor. Então se fazia necessário o fim da remuneração, para que a doação ocorresse de forma consciente e não pela gratificação.

Segundo Teixeira (2015), a contestação ao sistema de saúde, em decorrência da crescente contaminação sanguínea, faz surgir no Brasil a hemoterapia como uma questão de política pública, que envolve toda a sociedade, pois as doenças transfusionais estavam sendo relacionadas ao tipo de doação remunerada, pois era uma forma fácil e prática para adquirir dinheiro e a responsabilidade social era deixada de lado. Ao passo que as notícias a respeito da AIDS se espalhavam, também aumentava o medo da doação, e a visão perante os serviços ofertados não era boa, a doação era vista como algo duvidoso, e isso motivava o surgimento de alguns movimentos sociais que buscavam lutar pelas reformas sanitárias e uma reformulação na política de saúde, para que a doação de sangue se tornasse segura e passasse uma confiança para a população.

Mediante toda situação exposta e as reivindicações realizadas, surge, na década de 80, a política pública de sangue. Foram implantados os hemocentros, adotando uma nova abordagem. Surge a doação de forma voluntária, sem qualquer forma de remuneração, despertando nas pessoas a solidariedade e a ação que beneficia a outros. A criação da hemorrede nacional que passou a ser responsável por assegurar a universalização do atendimento para quem precisa receber sangue ou para quem doa, bem como a regulamentação da realização de testes para doenças transmissíveis, como HIV 1 e 2, HTLV 1 e 2, Hepatite B e C, Sífilis e Doença de Chagas, que garantem a segurança do sangue e seus derivados protegendo a saúde dos receptores.

Teixeira (2015) afirma que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, da qual participaram vários representantes de seguimentos distintos, contribuiu de forma positiva para a hemoterapia, pois a temática estava baseada na visão de uma saúde com acesso universal e de forma igualitária. Essa Conferência contribuiu para algumas formulações

elaboradas na Constituição Federal de 1988, trazendo, assim, a proibição da comercialização do sangue:

Art. 199, § 4º- 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 *apud* Teixeira, 2015, p. 08).

O que traz a regulamentação para o § 4º, do art. 199, da Constituição Federal de 1988 é a Lei 10.205, de 21 de março de 2001 (Lei Betinho). A partir dessa lei, ações foram desenvolvidas para melhorar a segurança transfusional, como a criação de uma Coordenação de Sangue do Ministério da Saúde e a formulação da Política Nacional de Sangue. Deste modo, foram traçadas as estratégias e colocadas em pauta a aplicação das devidas atribuições dos profissionais que atuam nessa área. Os avanços foram notáveis com o passar do tempo, a segurança e a qualidade tornaram-se essenciais para o processo de efetivação dos serviços.

Muitos avanços foram identificados com mais rapidez, o principal estava no ato da doação, agora de modo voluntário, sem qualquer remuneração, efetivação da legislação, técnicas normatizadas, capacitações e uma gestão comprometida, tudo em busca da garantia dos estoques e fornecimento de sangue aos que dele precisarem, conseguindo, assim, uma segurança na doação e captando doadores comprometidos que retornariam após o período de cada doação realizada. Com isso Teixeira aponta um novo desafio, agora a missão estava pautada na estruturação da Captação de Doadores de Sangue, concedida também como “recrutamento de doadores”. (Teixeira, 2015, p. 09)

Mas, Teixeira (2015) ressalta que a tarefa da captação não era algo tão fácil, era preciso recorrer às técnicas que pudessem levar um conhecimento empírico acerca da prática da doação, para que desse modo as pessoas fossem influenciadas a participar de forma a atender à responsabilidade social para com o outro, honrando seu compromisso de viver em coletividade. O autor explica ainda que a Captação tem o propósito de conquistar, tornando um costume corriqueiro, e com isso atravessa gerações, como acontece em outros lugares.

Vale lembrar que, inicialmente, a captação de doadores era visualizada como tipo de atividade a ser desenvolvida por qualquer técnico inserido na hemoterapia. Nesse período, não se tinha uma visão mais ampla das ações como projetos e programas. As atividades eram trabalhadas na área hospitalar e eram voltadas apenas para as famílias que dessem entrada naquele ambiente e fossem atendidas naquele local. Não se tinha ainda salas ou setores que trabalhassem especificamente com a hemoterapia. Foi apenas a partir da realização de

encontros, seminários, oficinas, com o objetivo de fortalecer as doações de sangue no Brasil na década de 1990 que cresceu as discussões sobre a captação. Estratégias foram traçadas como a realização de macro campanhas, utilização de panfletos e materiais informativos, projetos educativos, entre outros, visando a socialização da temática para as pessoas. Vigoravam, agora, as estratégias educacionais e a divulgação de informação que despertasse nas pessoas o compromisso social. A captação passa, portanto, a ser visualizada como algo essencial para a hemoterapia.

A implementação de meios para redução no descarte de bolsas foi de grande importância como os marcadores sorológicos para doenças transmissíveis e que diagnosticava a falta de vitaminas necessárias para realizar a doação de sangue, pois os hemocentros não se preocupavam apenas com a saúde dos receptores, mas também com a saúde dos doadores.

Assim, identificamos que a doação de sangue vai muito além de uma simples doação, ela está inserida em um ato altruísta que revela o comprometimento do cidadão com a sociedade, sendo a captação de sangue uma tarefa que deve ser desenvolvida não apenas pelos assistentes sociais, mas pelos profissionais das mais diversas áreas, o que pode ajudar no fortalecimento das ações programadas.

Veremos, a seguir, a relação do Serviço Social com a área da saúde, como foi a inserção dos assistentes sociais nessa área e por que, até hoje, eles são considerados profissionais da saúde, sendo, inclusive, um dos principais atores na política de Doação de Sangue.

2.1 A inserção do serviço social na área da saúde

Após compreendermos como se deu a trajetória da saúde com suas lutas e reivindicações para que todos pudessem ter acesso à mesma de forma gratuita e analisarmos o processo de regulamentação da Política de Sangue no Brasil, iremos discutir sobre a inserção do Serviço social na área da saúde.

O Serviço Social, desde os primórdios³, apresentou alguns pontos relacionados à saúde como, por exemplo, a formação profissional apresentava-se com algumas disciplinas nessa

³ No Brasil, as primeiras escolas de Serviço Social surgiram no final da década de 1930, quando se desencadeou no país o processo de industrialização e urbanização. Nas décadas de 1940 e 1950, houve um reconhecimento da importância da profissão, que foi regulamentada em 1957 com a Lei nº 3252. (CFESS – Conselho Federal de Serviço Social).

área. Podemos compreender que, no Brasil, o capitalismo gerou necessidades particulares, que abriram espaços para atuação profissional. Assim, obtivemos uma certa ampliação do espaço sócio-ocupacional, ou seja, o setor da saúde passou a incluir os assistentes sociais.

Bravo e Matos (2006, p.03) ressaltam que a área da saúde passa a absorver a área do Serviço Social. O novo conceito de saúde tinha o foco nos “aspectos biopsicossociais, assim foi identificado a necessidade de outros profissionais para atuar no determinado setor e entre estes o assistente social”. Os autores pontuam que essa necessidade da inclusão de novos profissionais ocorreu por meio da alta demanda em decorrência das condições de saúde da população. Um dos pontos importantes também destacado pelos autores foi

a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (Bravo; Matos, 2006, p.03):

Bravo e Matos (2006) abordam que o Assistente Social desempenhava uma ação de cunho educativo, ele intervia no modo de vida, ou seja, em hábitos de higiene e saúde, atuando em programas voltados para a saúde. Os autores ainda chamam a atenção para algo importante para a compreensão desta trajetória, a “consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social.” (Bravo e Matos, 2006, p. 3). Porém, é válido ressaltar que essa assistência não era universal por isso foi compreendida como excludente. Nos hospitais, o profissional de Serviço Social atua como mediador na relação entre a instituição e a população, com o objetivo de “viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.” (Bravo; Matos, 2006, p. 3).

Os autores mencionam que os profissionais de Serviço Social mantiveram sua ação em hospitais e ambulatórios, pois era de grande importância a atuação nesses espaços, em decorrência da ampliação dos serviços de saúde. Bravo e Matos (2006) chamam a atenção para algo importante a ser mencionado, o fato de que por meio da articulação desses profissionais, foi viabilizada a participação da população nas instituições, assim como em programas de saúde.

Segundo os autores, a atuação do assistente social na área da saúde deve ser pautada na busca criativa e contínua sobre os conhecimentos e novas maneiras para articulação dos

princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.” (Bravo; Matos, 2006, p. 17). São dois projetos que se tornam essenciais para encontrar as respostas adequadas diante das demandas apresentadas pelos usuários que buscam atendimento. Deste modo, podemos compreender que a ação articulada do Serviço Social com outras áreas é importante porque pode contribuir para a defesa e aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele foi criado para que fossem ofertados bons serviços na área da saúde e o direito à saúde fosse efetivado.

Bravo e Matos (2006) abordam que o código de ética apresenta ferramentas para a atuação dos Assistentes Sociais na saúde. “Destacamos aqui entre os onze princípios fundamentais:

1-“Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”; 2-“Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”; 3-“Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores”; 4 - “Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Ou seja, pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, ao nosso ver, é: 5- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; 6- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; 7-Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas; 8- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (Bravo; Matos, 2006, p. 3)

O Profissional de Serviço Social enfrenta diversos obstáculos em nossa atualidade e na saúde não se faz diferente, o mesmo se depara com diversas situações e deve compreender que cada usuário possui um caso distinto, pois não se deve agir no imediatismo, mas compreender que por trás do que levou o usuário até ele tem toda uma história que deve ser compreendida, para então entrar com a determinada intervenção, seguindo sempre os valores éticos da profissão e atuando na efetivação das políticas públicas.

Quando tratamos sobre o trabalho que o assistente social desenvolve na área da saúde, somos levados a realizar uma releitura, que se inicia pelos primeiros passos que sucederam até

a conquista do direito à saúde. Compreendemos que muitos fatos foram importantes para a concretização da política de saúde, e esses contribuíram para sua efetivação, dentre esses podemos apontar o movimento da reforma sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do SUS.

Sodré (2010, p.454) aponta que o assistente social contribuiu nas lutas sociais para efetivação da política de saúde, abrindo o debate sobre o campo de atuação, buscando desempenhar um trabalho humanizado, “um SUS menos biomédico nas suas diversas redes de serviços e especialidades.” Ou seja, o serviço social, por meio de suas ferramentas, busca garantir que o serviço ofertado seja além do imediatismo.

O Sistema Único de Saúde representa o resultado das lutas sociais, de grandes reivindicações por aqueles que buscavam um sistema justo e igualitário que atendesse a todos a quem dele precisar, sem qualquer distinção. Nesse cenário de lutas, os assistentes sociais se destacaram por desempenhar um papel importante, pois sua formação estava pautada no projeto de sociedade que definiu a história da profissão, como pontua Sodré (2010).

O autor faz uma análise histórica retornando aos primórdios do capitalismo, mais precisamente no período da industrialização. Ele explica que, com a chegada dela, a modernidade veio junto, pois identificou-se um crescimento acelerado nos grandes centros. É válido ressaltar que também tiveram os pontos negativos, pois a cidade ficou com uma superlotação e com isso foram instituídos meios de controle da força de trabalho. Os trabalhadores foram submetidos a longas jornadas de trabalho com uma baixa remuneração, e ainda tinham que viver em ambiente insalubres.

Mediante essa modernização e seus malefícios, o Serviço Social direcionou sua intervenção para suprir algumas demandas reivindicadas pela classe trabalhadora. Na área da saúde, os serviços eram caracterizados de forma descentralizada, só tinha acesso quem contribuísse financeiramente para isso. Diante disso a construção de um sistema unificado se fez necessário. Sodré (2010 p.455) pontua que ocorreu a criação do campo da saúde pública, e deixa claro o significado do termo “saúde pública”: ele “refere-se à formação de uma política estatal, portanto “pública” no seu sentido de ser atrelada ao Estado.”

O Serviço Social, em sua trajetória histórica, traz momentos históricos que são importantes para a profissão, como pontua Sodré (2010, p.456), que chama a atenção para a “inserção maciça dos assistentes sociais nos grandes hospitais, o trabalho muitas vezes

higienista de retirada das populações de rua com o discurso do sanitarismo organizado por meio de normas de higiene e cuidado com o corpo”.

A entrada do Serviço Social na área da saúde pública apresenta-se, por diversos fatores, de grande relevância para a profissão. Sodré (2010) aborda em sua obra que esse momento foi construído

Através dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. (Sodré, 2010, p. 456).

Por causa da necessidade de desenvolver ações como essas citadas anteriormente, tornou-se essencial a introdução desse profissional no campo da saúde, pois, como aponta o autor, “grande parte da população vivia em condições de miséria e não demonstrava conhecimentos básicos sobre o próprio corpo em decorrência da taxa de baixa escolaridade.” (Sodré, 2010, p. 456).

O Serviço Social compreendia a área da saúde como um campo de possível intervenção. O Assistente Social priorizava um atendimento amplo que buscava suprir várias demandas dos trabalhadores, um novo desafio para o serviço social.

Sodré (2010) chama a atenção em sua obra para o surgimento do “livro preto” nos hospitais públicos, uma ferramenta utilizada pelos profissionais de serviço social para registrar todas as ocorrências realizadas por meio de um relato claro, que pudesse auxiliar o próximo profissional que assumisse o plantão. Mas o autor pontua ainda algo importante nesse meio, o modo como os hospitais trabalhavam: eles atuavam semelhantes a uma fábrica e realizavam atendimentos para um número grande de pessoas, com isso o Serviço Social passa a atuar de forma mecanizada, pois era a única forma, nesse momento, possível de atuar, dada a existência de uma grande demanda para esse setor.

A especialidade técnica na saúde pública criou equipes que não interagem. São profissionais compartimentalizados, como se a vida fosse a junção de conhecimentos sobre pedaços do corpo humano. O “fordismo modernizador” proporcionou ao campo da saúde uma formação maciça de profissionais que tratam a vida como partes contidas em um todo. A estrutura administrativa centralizada do grande hospital, proporcionou a criação de um modelo de saúde-fábrica. Uma produção sem originalidade, centrada em um discurso de defesa do Estado protetor que nunca conhecemos através do fordismo na saúde pública. (Sodré, 2010, p. 457).

O autor faz uma colocação sobre a saúde-fábrica. Ele aponta que por meio desta deu-se o início à “terceirização dos serviços de saúde, como por exemplo os planos de saúde e os serviços especializados que geravam um alto custo para os hospitais públicos, onde funcionavam.” (Sodré, 2010, p. 457). Podemos citar alguns serviços ofertados nos hospitais, como:

o surgimento de serviços de hemodiálise, quimioterapia ou radioterapia, fornecidos por equipes que detêm o controle sobre as máquinas. Exatamente o mesmo formato capitalista do início da sociedade burguesa: um grupo de médicos detêm as máquinas de radioterapia e por eles serem os donos das máquinas, fornecem (dentro de um serviço público) seus trabalhos altamente especializados, cobrando o quanto querem pelo serviço e sendo pagos pelo Estado. Este modelo de Estado-empresa reflete não só o campo da saúde, mas o único formato de Estado de bem-estar social que o país conheceu, reforçando teses dos estudos marxistas em que o Estado sempre foi a representação de uma classe. (Sodré, 2010, p. 457-458).

Outro momento que foi de grande relevância para a trajetória da política de saúde foi a criação das equipes de agentes comunitários, e a seleção destes tinham um critério específico: era preciso ser morador local. Esses agentes carregavam consigo a missão de adentrar aos lares dos usuários e entender como funcionava a saúde daquela determinada família, observando os hábitos que eles tinham, para que chegassem à conclusão do que buscavam, o estilo de vida e se esse modo apresentava qualidade. Por meio desse mecanismo foi proporcionado aos assistentes sociais algumas reflexões. Como, cita Sodré (2010, p.463):

1) Frente aos determinantes sociais que conhecemos sobre a saúde, o que seria um estilo de vida saudável? Iremos pontuar a miséria e a pobreza como critério de avaliação ou encontraremos estilos saudáveis mesmo dentro das condições de pobreza da população? 2) O que essa inversão proposta pelo campo da saúde coletiva nos coloca como demanda? Que modos de reprodução da vida estão sendo pautados?

Sodré (2010) cita que no início de 2000 ocorreu uma contratação grande de agentes comunitários. Ele pontua ainda que por bastante tempo o trabalho dos agentes estava pautado em adentrar os lares para captar informações que fossem relevantes para repassar às equipes de saúde. Com esse cenário crescendo, os profissionais de Serviço Social identificam uma “perda de espaço”. Em decorrência disto a visita domiciliar, que faz parte da profissão do assistente social, passa a ser visualizada como ferramenta ideal para “o modelo flexível de saúde.” Na verdade,

Há uma ambiguidade no discurso da humanização. Se por um lado promove menos máquinas, menos produção em série, menos fordismo na saúde, por outro traz uma prática extremamente alienante, tanto do ponto de vista do profissional da saúde, quanto para seu usuário. No campo hospitalar, hoje, os usuários caracterizam-se por pessoas doentes. Não existem pessoas saudáveis em busca de atendimento hospitalar. Neste sentido, qualquer um desses demandantes estão ali à espera de qualquer profissional que lhe dê o mínimo de atenção, de escuta ou mesmo uma informação. Assim compreende-se melhor a frase acima citada, ouvida de um profissional de saúde. Em situação extremamente vulnerável, qualquer discurso profissional que contenha mínimas informações pode ser entendido como “humano” ao usuário. (Sodré, 2010, p. 465).

Podemos compreender que o papel central do profissional que está inserido na saúde deve ir além de um simples atendimento corriqueiro, pois, muitas pessoas que chegam às unidades de saúde já estão com muitos de seus direitos violados e precisam de um profissional capacitado para ouvi-lo (que desenvolva um escuta ativa) e que facilite o acesso às suas demandas mais urgentes, pois o acesso à saúde é um direito garantido por meio da Constituição Federal de 1988 e com isso o atendimento deve ser ofertado da melhor forma possível. É partindo, então, dessa perspectiva que passamos a compreender a inserção dos assistentes sociais no campo da saúde, pois o autor reflete que:

O assistente social tem sido cada vez mais convocado a atuar na gestão dessa força de trabalho no campo da saúde, algo que nos desafia a pensar sobre essas relações de forma mais aprofundada. Ao profissional que se resume a dar plantões e encaminhamentos, as políticas de saúde lhe reservam lugares extenuantes de trabalho, equipes despreparadas, ambientes insalubres, condições inferiores de administrar seu processo de trabalho no atendimento aos usuários. O modelo flexível da saúde requer um assistente social para além do arquétipo “plantão-encaminhamento”. Um caminho de mão dupla que abre janelas para longos debates. (Sodré, 2010, p. 466).

O Assistente Social, como alerta Sodré (2010), deve atuar de maneira articulada para auxiliar o usuário em suas demandas, e, muitas vezes, ainda são destinadas tarefas que fogem da sua área. Podemos identificar que, atualmente, em alguns espaços, o Serviço Social atua como “coração”, ou seja, se torna o centro para solução de todas as demandas. E como completa o autor:

O assistente social despreparado continua a repetir que “apaga incêndios” ou que somente resolve problemas nos hospitais. Mas quem não resolve problemas em hospitais? A instituição hospitalar colocou-se na modernidade como uma máquina de resolver problemas de saúde. Todos no campo hospitalar atuam com a finalidade de desenvolver estratégias para fazer viver, ampliar a sobrevivência, retirar a população que lhe demanda de uma condição de sofrimento, que na maior parte das vezes trata-se de um sofrimento físico ou psicológico. A maneira como se deu (e ainda acontece) a implantação da

política de saúde traz aspectos importantes para analisar a forma fabril de fazer a ação de Estado. O assistente social é solicitado, durante todo o seu tempo de trabalho, a atender demandas complexas, de forma desmedida pode ser considerada a sua intensidade. Por vezes, o atendimento a uma só pessoa pode ocupar dias de trabalho devido a sua complexidade. E mesmo com demandas grandes e intensas de atendimento direto à população, é também convocado a ocupar cargos que dialogam com a gestão. (Sodré, 2010, p. 466/467).

Dito isto, podemos então visualizar as demandas que são colocadas para o profissional de Serviço Social na área da saúde.

Os Assistentes Sociais têm sua formação na área das ciências humanas, mas Teixeira (2015) aponta que não é especificamente na área da saúde. Esses profissionais não se limitaram, fizeram valer a sua formação e seu comprometimento e foram mais além, se inseriram na área da saúde pública e assim foram “reconhecidos como profissionais da área por meio da Resolução nº 218/97, do Conselho Nacional de Saúde.” (Teixeira, 2015, p.11) trazendo, assim, um fato para o contexto social, em que a saúde não mais seria caracterizada somente como ausência de doença, mas resultado do sentido de viver de forma plena.

Vale ressaltar aqui, ainda, que os assistentes sociais também desenvolvem ações profissionais nos hemocentros, sendo a captação de doadores de sangue uma de suas tarefas mais importantes. Mesmo com a utilização dos recursos para captação como vídeos, *folders*, manual de qualificação e grandes investimentos em tecnologia, as doações de forma espontânea continuavam baixas. Foi identificado que para se tornar um captador seria necessária uma formação técnica, daí a necessidade de se traçar um perfil profissional do captador, que deveria possuir:

conhecimento teórico para formulação de estratégias pautadas nas relações humanas, nas relações sociais, com base num processo reflexivo partilhado, coletivo, criativo, consciente, numa visão global da realidade na busca de uma ação transformadora. Um profissional educador, estrategista. Nesse processo de “busca” do perfil desse captador, os assistentes sociais começaram a penetrar e a desenvolver suas ações no universo da hemoterapia. (Teixeira, 2015, p.11)

Mesmo não sendo uma função específica da categoria de assistentes sociais, com o passar do tempo esses profissionais tornaram-se

mais envolvido com a captação, por contemplar na sua formação acadêmica esse olhar e conhecimento. O projeto ético-político do Serviço Social apreende as ações profissionais em consonância com a perspectiva da transformação social, com a defesa intransigente dos direitos humanos e a ampliação e consolidação da cidadania (CRESS, *apud* Teixeira, 2015, p. 11).

Agora, com a atuação dos assistentes sociais ganhando visibilidade, foi identificada a necessidade de espaços para desenvolver as atividades e os trabalhos com as equipes, tendo em vista que são várias etapas do processo entre a captação e a doação. Conforme aponta a Política Nacional de Sangue:

Componentes e Hemoderivados, os captadores foram traçando as suas linhas de trabalho partindo do conhecimento da realidade em que atuam (social e institucional), enfrentando suas dificuldades (estruturais, recursos humanos, gestão, capacitação) em busca da transformação de atitudes e comportamentos, na conquista de doadores saudáveis e permanentes. O trabalho educativo na captação de doadores na realidade brasileira é algo fundamental, mesmo que os frutos sejam colhidos em médio e longo prazos. (Teixeira, 2015, p.12)

Teixeira aponta que “Captar é uma arte que busca cativar o verdadeiro artista, o doador de sangue, que partilha uma das mais preciosas fontes da vida – o sangue.” (Teixeira, 2015, p.12). Faz-se necessário, no momento da captação, ser um profissional acolhedor para que aquele atendimento possa transmitir confiança, de modo que todas as dúvidas relacionadas ao processo sejam sanadas e aquela experiência se torne algo especial de modo que aquele doador possa retornar e assim trazer mais pessoas e sair daquele local com sentimento de missão cumprida e com comprometimento de retornar para uma nova doação. Mas é válido ressaltar a importância da realização das análises da efetividade das estratégias adotadas na captação, pois como aponta Teixeira:

Não se faz gestão sem o monitoramento de dados e indicadores. O conhecimento precisa ser permanente, além do que, o captador precisa reinventar-se, inovar, ser criativo e crítico de suas práticas. E socializar, valorizar todos esses esforços por meio de publicações científicas sobre suas práticas. (Teixeira, 2015, p.17)

De fato, os desafios da hemoterapia para a captação são diversos, mas podemos identificar os caminhos para sua efetivação com a formação de uma equipe multiprofissional que tenha boas contribuições. Como afirma Teixeira, os demais profissionais

poderão somar-se ao importante trabalho historicamente desenvolvido pelos assistentes sociais. Torna-se bastante relevante a inserção de outras categorias (sociólogos, psicólogos, antropólogos, pedagogos, comunicadores). A soma de talentos na equipe de captadores fortalecerá as ações, em que cada profissional na sua área específica, com uma visão global do seu universo de trabalho, poderá contribuir com informações e conhecimento, pensando e atuando de forma integrada e interativa. (Teixeira, 2015, p.18)

Nos hemocentros, ao profissional de Serviço Social, são designadas atividades relacionadas à captação de doadores de sangue. Cabe a ele, por meio de diversas estratégias,

sensibilizar a população sobre a importância da doação de sangue. É sua atribuição esclarecer os procedimentos da doação de sangue, desmistificando a doação, bem como cativando o doador. Para isso são utilizadas muitas ferramentas.

As ferramentas utilizadas pelos serviços de hemoterapia são muitas, desde campanhas em escolas, ambientes de trabalho, clubes de serviço e outros locais, até o uso de ferramentas de mídia escrita e falada. Importante salientar que a inclusão desse tema nas escolas de crianças e jovens pode constituir-se em atividade coadjuvante, que poderá trazer bons frutos no futuro. Estratégias individuais também fazem parte da captação de doadores, por meio de convites e convocações de doadores específicos, contato com familiares de pacientes transfundidos, e com pacientes que serão submetidos a cirurgias e procedimentos com alta demanda de hemocomponentes (cirurgias cardíacas, transplantes, entre outros). (Brasil, 2015, p.25).

O Assistente Social é o profissional que irá transmitir as orientações preliminares acerca da doação de sangue, é por meio dele que o possível doador tem a oportunidade de esclarecer todas as suas dúvidas, sendo informado de todo o processo de coleta, dos testes realizados, dos procedimentos de convocação de nova amostra. O possível doador também é devidamente orientado a ser sincero durante a triagem clínica, a garantir a veracidade das informações repassadas por ele para a segurança dos pacientes que irão receber o sangue. Essa orientação deve ser realizada de forma acessível, ou seja, precisa ter uma linguagem de fácil compreensão.

A Captação de Doadores é a primeira atividade da hemoterapia – desenvolvida no Brasil por profissionais de serviço social, pedagogia, enfermagem, psicologia e comunicação social –, setor, em sua maioria, coordenado por assistentes sociais. O trabalho da CDS é de permanente conquista do doador e, por isso, faz-se necessário em todos os serviços de hemoterapia. (Brasil *apud* Sandrin et al, 2015, p. 52).

Na hemoterapia, o processo de captação é a primeira etapa do ciclo do sangue. Segundo Sandrin et al (2015, p.51), são as estratégias educativas que proporcionam resultados mais efetivos para a doação de sangue, podendo apresentar efeitos em curto, médio e longo prazos. No caso dos hemocentros, cabe ao assistente social desenvolver este trabalho educativo em empresas, escolas, universidades, cursos, igrejas, shoppings, salas de espera, dentre outros locais promovendo a socialização de informações sobre a doação de sangue.

O doador de sangue pode ser classificado em doador de 1ª vez (doa pela primeira vez no serviço), de repetição (doa duas ou mais vezes em 12 meses) e esporádico (doa novamente após intervalo superior a 12 meses). Os serviços de hemoterapia procuram por doadores regulares porque se acredita que doadores que doam a intervalos de tempo já conhecem o processo, são testados periodicamente e podem fornecer um produto mais seguro. (Brasil, 2015, p. 25).

É evidente que para que este doador retorne aos hemocentros, o processo de doação precisa ser totalmente humanizado, e o doador precisa se sentir confortável e consciente da importância da sua ação; toda a equipe multidisciplinar deve estar capacitada e alinhada, para proporcionar ao doador uma experiência positiva. O doador precisa ser bem acolhido durante o processo de doação, que deve acontecer de forma confortável e segura. Portanto, é válido ressaltar que diversas estratégias devem ser traçadas para que se alcance o objetivo traçado. Tendo isso como pressuposto, analisaremos, no capítulo a seguir, algumas estratégias utilizadas para a captação de doadores e os fatores motivacionais que contribuem para fidelizar o processo da doação de sangue, para que possamos entender quais os caminhos trilhados para atrair mais doadores de sangue e assim fidelizar o seu retorno aos hemocentros.

3. ESTRATÉGIAS PARA DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL, FATORES MOTIVACIONAIS

Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 1,4% da população brasileira é doadora de sangue. Esse percentual é relevante, mas não é o ideal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) determina que o ideal seria que 3% da população fosse doadora. Esses dados nos fazem refletir o porquê deste percentual, e qual motivo leva a população brasileira, em sua maioria, a ser não doadora.

De acordo com a Fundação PRÓSANGUE (2007), as estatísticas são alarmantes: a cada dois segundos, alguém precisa de transfusão sanguínea no Brasil sendo que, uma em cada cinco pessoas necessita de transfusão durante o período de internação hospitalar. O Ministério da Saúde (2007) complementa dizendo que no Brasil, apenas 2% da população é doadora - parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que para ¹. Os critérios exigidos para doação de sangue segundo o Ministério a Saúde são: Ter idade entre 16 e 69 anos, (menores de 18 anos devem apresentar consentimento formal do responsável legal); Pessoas com idade entre 60 e 69 anos só poderão doar sangue se já o tiverem feito antes dos 60 anos. Apresentar documento de identificação com foto emitido por órgão oficial (Carteira de Identidade, Carteira Nacional de Habilitação, Carteira de Trabalho, Passaporte, Registro Nacional de Estrangeiro, Certificado de Reservista e Carteira Profissional emitida por classe). manter estoques e demandas regulares seria necessária ter 3% a 5% da população como doadora. (Souza *et al*, 2008, p.8)

Diversos fatores sociais e motivacionais levam o indivíduo a se tornar um doador, e para além disto temos o fato de que mesmo ele possuindo o desejo de se tornar um doador, precisa

estar apto para realizar uma doação, ou seja, precisa estar saudável e atender aos pré-requisitos para ser um doador⁴.

No que se refere à motivação para atos voluntários como, por exemplo, a doação sanguínea, apesar da existência do aspecto subjetivo que envolve o sujeito neles, é possível identificar um padrão geral no comportamento destes indivíduos, sendo que seus atos são condicionados, em primeira instância, pela possibilidade de se engajar na solução de problemas de terceiros, agindo em busca de benefícios pessoais indiretos. Em complemento, a ação voluntária se justifica, em nível individual, por possibilitar um desligamento temporário do indivíduo de tensões geradas em outras esferas de sua vida pessoal e social. (Pereira *et al*, 2016, p.2)

Esse ponto de vista nos faz refletir que talvez o segredo para se obter um melhor percentual de doadores seja a quebra de mitos acerca do processo de doação. Os hemocentros trabalham constantemente para difundir as informações necessárias para este fim.

Uns dos maiores desafios postos no cotidiano dos captadores é, de fato, tornar a pessoa que vai doar sangue pela primeira vez (doador de primeira vez) um doador regular. Durante o período de realização do estágio curricular obrigatório no Hemocentro de Alagoas foi observado que a maioria dos doadores que compareceram ao hemocentro eram doadores de primeira vez e estavam presentes momentaneamente em decorrência de algum parente ou amigo estar necessitando de uma doação.

O Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue menciona que o marketing é uma ferramenta muito utilizada pelos assistentes sociais nos hemocentros. Os profissionais entram em contato com as agências de comunicação afim de mobilizar candidatos à doação.

A pesquisa de *marketing* é o método formal e sistemático de coleta, análise e disseminação de informações. Quando aplicadas aos serviços de hemoterapia, tais informações podem ser relativas aos doadores, concorrentes e outros aspectos do ambiente. (Brasil, 2015, p. 74).

O marketing como ferramenta para a captação de doadores traz resultados positivos. Para atender a estas demandas o assistente social busca parcerias com empresas de comunicação para divulgar campanhas, projetos, e sensibilizar e incentivar os doadores a comparecerem e realizarem uma doação. O marketing também é utilizado nas mídias digitais, já que na atualidade ele é um meio utilizado para se alcançar uma quantidade relevante de pessoas pelas

São aceitos documentos digitais com foto. Pesar no mínimo 50 kg. Ter dormido pelo menos 6 horas nas últimas 24 horas. Estar alimentado. Evitar alimentos gordurosos nas 3 horas que antecedem a doação de sangue. Caso seja após o almoço, aguardar 2 horas. Confira mais informações em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/sangue>

redes sociais. Portanto, o assistente social, para desenvolver suas atividades de captação, aciona as ferramentas do marketing como a imprensa de rádio, imprensa escrita, mala direta, *outdoor*, internet, dentre outras.

Vale pontuar, ainda, que uma estratégia muito utilizada pelos Assistentes Sociais que atuam na captação dos hemocentros é o *marketing* social. Segundo Pereira et al (2016, p.2.476), o termo marketing social foi cunhado por Kotler e Zaltman para se referir à utilização de técnicas oriundas do *marketing* convencional em prol de questões sociais. Eles destacam que o *marketing* social possui, em sua gênese, a tentativa de maximização do “bem-estar” da sociedade.

O *marketing* social corresponde à utilização de um sistema de aviso/convocação por meio do recrutamento telefônico, envio de correspondência ou internet. Outro recurso utilizado, não somente em hemocentros, mas também em unidades básicas de saúde, é o acolhimento, um tipo de estratégia institucional, considerado uma ferramenta eficaz e que pode trazer bom atendimento aos doadores e favorecer a fidelização, por permitir a potencialização do encontro entre o usuário, o profissional e o serviço. Essas iniciativas necessitam da capacitação e da boa vontade dos profissionais, e estudos têm evidenciado resultados favoráveis quando estratégias dessa natureza têm sido utilizadas na captação de doadores de sangue. (Carlesso *et al*, 2017, p.214)

O caminho percorrido pelos hemocentros para atrair e motivar os doadores na atualidade acaba sendo de fato o do *marketing* social, principalmente pela presença da internet no cotidiano da população. Ele também se encaixa como alternativa mais rentável porque desenvolve propagandas em tempo hábil sem solicitar muitos recursos da gestão administrativa, sendo, portanto, uma ferramenta acessível e de baixo custo. As propagandas são um dos instrumentos responsáveis por conscientizar as pessoas sobre a importância da doação de sangue, funcionando como um mecanismo para a captação de doadores.

A captação de doadores de sangue constitui-se como uma atividade voltada ao desenvolvimento de programas que orientem a população quanto à importância da doação voluntária. Uma das formas para isso é a promoção social de conscientização e sensibilização das pessoas para a doação de sangue como ato de cidadania, solidariedade e preservação da vida humana. (Carlesso *et al*, 2017, p.214)

A captação de doadores tem grande papel na educação da população para a doação de sangue e a função dela é conquistar os doadores, socializar informações, melhorar e humanizar os processos de acolhimento, estratégias fundamentais para conquistar o doador. As campanhas educativas são essenciais nesse processo, e elas são realizadas constantemente pelos Hemocentros.

O atendimento aos candidatos à doação e aos doadores de sangue é a continuação de todo o trabalho educativo desenvolvido pelas equipes de Captação de Doadores. O principal objetivo do planejamento e operacionalização das ações de coleta de sangue é promover condições adequadas para o atendimento ágil, cordial eficaz aos doadores de sangue para que estes superem seus medos e se sintam motivados a serem doadores espontâneos e regulares. (Brasil, 2015, p. 115).

No que se refere às motivações para doar sangue, Lopes et al (2012) abordam uma pesquisa realizada por Bastos (2001) que, em seu estudo, analisou os motivos que levam as pessoas ao ato de doar. Ele constatou que as doações têm três motivações principais. A primeira é gerada pelo dever cristão tendo como motivos o ato de amor ao próximo e de ajudar a quem precisa. A segunda está vinculada ao fator propaganda, que se reflete quando os indivíduos consideram o ato de doar sangue como ação de salvar vidas. E cita que isso ocorre devido ao fato da maioria das propagandas sensibilizarem indivíduos a serem super-heróis. A terceira característica motivacional enfatiza o bem-estar pessoal: os sujeitos relatam ao doar sangue é bom para saúde e melhora a circulação sanguínea.

Compreendemos que campanhas e projetos também são essenciais nesse processo, pois a educação sobre o assunto é uma grande ferramenta para ampliar o conhecimento sobre a doação de sangue. Como é pontuado pelo autor:

[...] a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade, que a “desvela” para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante” (Seminário de Paulo Freire sobre a “Conscientização e a Alfabetização de Adultos”. Roma, 17-19 de abril de 1970. (Brasil, 2015, *apud* Freire, 1980, p.50).

Dentre os projetos que visam a promoção da doação podemos citar alguns e identificar as suas metas e objetivos como, por exemplo:

- Projeto Empresa Solidária – o objetivo principal é aumentar as doações de sangue por meio da integração entre os hemocentros e as empresas, tendo como prioridade o processo de educação a respeito da doação de sangue. A parceria realizada com empresa visa despertar o exercício da cidadania para que dessa forma o funcionário venha cuidar da saúde e,

compreenda a saúde como direito e dever de todos e como responsabilidade pessoal e social. Além de contribuir para a construção de uma cultura sobre a doação de sangue, motiva, incentiva e educa para a participação dos empresários/gestores nesse processo que salva vidas, apontando que é possível seus funcionários doarem sangue sem interferir na produção de bens e serviços da empresa. (Brasil, 2015, p.54).

As ações desse projeto podem ser realizadas por meio de palestras, reuniões, encaminhamento de doadores aos hemocentros com transporte do mesmo, dentre várias outras. Com essa ação o funcionário passa a ter uma maior percepção sobre a doação de sangue e a importância do seu comprometimento.

a doação de sangue pode inspirar empresas a abraçarem a causa, incentivando esse gesto entre seus empregados, familiares, clientes e fornecedores. Tais instituições podem colocar-se como estratégicos parceiros para patrocinar os materiais de comunicação para divulgação da causa ou ainda para captação de recursos voltados à criação e fomento da cultura da doação de sangue, por exemplo. (BrasiL, 2015 p. 52).

Durante a prática de estágio curricular obrigatório no Hemocentro de Alagoas-HEMOAL observamos como são desenvolvidas essas parcerias, bem como comprovamos que, de fato, os assistentes sociais se responsabilizam por conseguir parcerias de várias empresas e instituições e elaboram campanhas educativas e de incentivo à doação voluntária de sangue. Vale ressaltar que a esfera governamental não disponibiliza os recursos necessários para a elaboração destas campanhas. Outro projeto que podemos citar é o doador do futuro:

- Projeto Escola/Doador do Futuro – Projeto direcionado para educação de “jovens acerca da doação de sangue, possui como objetivo colaborar com a formação do doador do futuro.” (BRASIL, 2015, p. 57) O intuito desse projeto é motivar de forma educativa os alunos para que, no futuro, possam se tornar doadores e espalhar seu exemplo, motivando e chamando mais pessoas para a doação de sangue. As ações são realizadas com palestras nas instituições públicas e privadas do ensino fundamental e médio. São realizadas também outras atividades como gincanas, visitas aos hemocentros para que os alunos possam conhecer mais de perto todo processo da doação de sangue e suas dúvidas sejam sanadas, ainda tem também a possibilidade de a instituição agendar uma coleta externa na própria escola, nesse caso o hemocentro se desloca com sua equipe até o grupo de doares. Com essas ações os jovens são motivados a cuidarem melhor da sua saúde, além de ampliar as possibilidades de doação coletiva, pois isso motiva a participação familiar através do próprio aluno.
 - Projeto Arte na Doação – Ao perceber que seria necessário criar estratégias para se aproximar dos alunos, identificou-se que era preciso utilizar uma forma lúdica para se comunicar e foi na arte que se descobriu como prender a atenção das crianças para um assunto tão importante, assim foi criado o projeto “arte na doação” ficando mais fácil de entender o objetivo central do projeto. Ao utilizar o teatro de bonecos, o hemocentro estreita o laço com as escolas e a forma de contato se torna diferenciada, despertando nas crianças e adolescentes o desejo pela doação de sangue.

- Projeto de Qualificação de Agente Comunitários de Saúde para Captação de Doadores - Esse projeto surgiu por meio da relevância do trabalho em conjunto com a sociedade em particular com os agentes de saúde, pois estes profissionais atuam dentro das comunidades e suas intervenções são voltadas para a prevenção e cuidado com a saúde, através de ações coletivas. Os objetivos desse projeto são:

Qualificar os agentes comunitários para que se tornem multiplicadores de informações sobre a doação de sangue entre a comunidade em que atuam; Motivar, cada vez mais, pessoas a tornarem a doação de sangue uma atitude habitual, humanitária e de responsabilidade; incentivar o indivíduo para o cuidado com a sua saúde e com o seu corpo, a fim de contribuir para a saúde coletiva; aumentar o número de doadores de sangue. (Brasil, 2015, p. 64).

Assim, podemos pontuar que as campanhas e projetos são mecanismos essenciais para a captação de novos doadores, e para a desmistificação de mitos. Atualmente, os meios digitais têm se mostrado como uma ferramenta poderosa, pois, por meio de fotos e vídeos, o trabalho realizado nos hemocentros é divulgado.

A doação de sangue não faz parte do cotidiano da maioria da população brasileira e, por isso, a inserção da ideia/ação de doar sangue é um processo lento, que necessita de estratégias educativas de captação – processo em que planejamento, execução e monitoramento e avaliação são etapas imprescindíveis ao seu bom desenvolvimento. Pesquisas têm mostrado que estratégias educativas contribuem para tornar a doação de sangue parte de hábitos e valores da população brasileira. (Brasil 2015, *apud* Rodrigues *et al*, 2011 p.03).

E para além da doação de sangue ainda podemos citar a doação de medula óssea. No momento da captação de sangue é ofertado também o cadastro para se tornar um voluntário de medula óssea, uma vez concordando, o mesmo recebe toda informação necessária referente aos procedimentos e faz seu cadastro. Em seguida é realizada uma pequena amostra de sangue para o exame de compatibilidade e assim seus dados são lançados no Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME), que conta com um sistema virtual, que qualquer pessoa pode acessar e o doador pode atualizar o cadastro para manter seus dados atuais, facilitando, assim, o acesso dos usuários ao sistema. Vale ressaltar que também por meio do aplicativo é possível baixar a carteirinha de doador e a declaração da doação de sangue.

O Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) foi criado em 1993, em São Paulo, para reunir informações de pessoas dispostas a doar medula óssea para quem precisa de transplante. Desde 1998, é coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro. Com mais de 5,5 milhões de doadores cadastrados, o REDOME é o terceiro maior banco de doadores de medula óssea do mundo e pertence ao Ministério

da Saúde, sendo o maior banco com financiamento exclusivamente público. Anualmente são incluídos mais de 125 mil novos doadores no cadastro do REDOME. (REDOME, Página oficial, 2024)⁵

Além de campanhas centralizadas, o hemocentro também realiza, em datas comemorativas do ano, ações que possam atrair doadores, não com o objetivo de troca, mas chamando a atenção para essa causa tão importante e necessária. Como exemplo temos o período carnavalesco em que muitas pessoas viajam, aumentam a ingestão de álcool, aumentando assim o índice de acidentes. Nesse período, os estoques de sangue diminuem pois mais pacientes precisam utilizar o sangue em estoque e o número de doações caem. Vale lembrar que antes e após a doação é preciso tomar alguns cuidados durante vinte e quatro horas. Por causa disso muitas pessoas optam por não doar. Quanto as campanhas realizadas nas datas comemorativas podemos citar: Dia das Mães, na quaresma, período junino, natal e virada de ano. E são nesses momentos que as estratégias aumentam para que os estoques sejam garantidos.

Portanto, compreendemos que as estratégias para captação de doadores são diversas, pois ainda se faz necessário campanhas e projetos contínuos para que os hemocentros recebem cada vez mais doadores e para que seja despertado nas pessoas a solidariedade para com o outro. A tarefa do profissional de Serviço Social inserido na captação é árdua, mas se faz necessário para o bem-estar de todos.

Após debatermos sobre as estratégias para promoção da doação de sangue, vamos discutir sobre o levantamento de doadores de sangue realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2022. Os dados desse levantamento são importantes para que se possa compreender o quantitativo desses doadores nos estados brasileiros.

3.1 LEVANTAMENTO DE DOADORES SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE NO ANO DE 2022

Segundo o Ministério da Saúde, dados de 2022, aproximadamente 1,4% da população brasileira doa sangue, o que representa 14 pessoas a cada mil habitantes e um total de 3.159.774 milhões de doações de sangue por ano no Sistema Único de Saúde (SUS). Este levantamento

⁵ Conferir mais informações em: <https://redome.inca.gov.br/institucional/quem-somos>

do Ministério da Saúde também detalha essas doações de sangue distribuídas por todos os estados brasileiros:

- São Paulo, mais de 730 mil doações.
- Minas Gerais, mais de 288 mil doações.
- Paraná, mais de 214 mil doações.
- Rio Grande do Sul, mais de 212 mil doações
- Bahia, mais de 178 mil doações.
- Pernambuco, mais de 160 mil doações.
- Rio de Janeiro, mais de 159 mil doações.
- Goiás, mais de 126 mil doações.
- Santa Catarina, mais de 119 mil doações.
- Ceará, mais de 99 mil doações.
- Pará, mais de 96 mil doações.
- Maranhão mais de 88 mil doações.
- Paraíba, mais de 87 mil doações.
- Mato Grosso, mais de 71 mil doações
- Espírito Santo, mais de 70 mil doações
- Amazonas, mais de 67 mil doações.
- Rio Grande do Norte, mais de 65 mil doações.
- Distrito Federal, 50.481 doações.
- Piauí, mais de 50 mil doações.
- Mato Grosso do Sul, mais de 49 mil doações.
- Alagoas, mais de 45 mil doações.
- Rondônia, mais de 30 mil doações.
- Sergipe, mais de 25 mil doações.
- Tocantins, mais de 22 mil doações.
- Amapá, mais de 14 mil doações.
- Roraima, mais de 13 mil doações.
- Acre, mais de 12 mil doações.

Visto este quantitativo é interessante analisar a estrutura organizacional de cada Estado, abaixo listamos a composição encontrada referente aos Hemocentros do País, com base nestes

dados podemos analisar se os percentuais das doações são determinados pelas quantidades de Hemocentros, pontos de Coleta ou Hemonúcleos.

- A Hemorrede de São Paulo, possui 82 unidades de Coleta compõem a rede Hemocentros, Hemonúcleos, Postos de Coleta, Bancos de Sangue, Clínicas Hemotéricas, Núcleos de Hemoterapia e Hematologias, Hospitais e Bioclinicas.
- Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais – HEMOMINAS, composta por 1 centro de Tecidos Biológicos de MG, 7 Hemocentros, 9 Hemonúcleos, 17 Postos Avançados de Coleta Externa e 6 Unidades de Coleta e Transfusão.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná – HEMEPAR, é composto por 1 Hemocentro Coordenador, 9 Hemonúcleos, 4 Hemocentros Regionais, 8 Unidades de Coleta e 1 Agência Transfusional
- Hemocentro do Estado do Rio Grande do Sul – HEMORGS. Composto de 1 Hemocentro Coordenador, 7 Hemocentros Regionais, 3 Hemocentros, 5 Postos de Coleta Externa, e 1 Unidade de Coleta e Transfusão.
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia – HEMOBA, que é composta por uma rede de 24 Unidades Hemotéricas de coleta e processamento de sangue, entre Hemocentros e Bancos de Sangue (Unidades de Coleta e Transfusão - UCT) públicos em todas as regiões do Estado.
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE, é formada por um Hemocentro Coordenador no Recife, 6 Hemocentros Regionais, 2 Núcleos de Hemoterapia e 1 Agência Transfusional. Dispõe ainda de um Hospital de Hematologia, além de desenvolver atividades de Ensino e de Pesquisa, contando com estruturas de apoio administrativo para suporte às suas atividades fins.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia do Rio de Janeiro – HEMORIO, a rede Hemotérica é composta por 1 Hemocentro Coordenador, 3 Hemocentros Regionais, 20 Núcleos de Hemoterapia, 2 Unidades de Transfusão, 2 Unidades de Coleta e 70 Agências Transfusionais. A rede Hematológica é composta de pôr 1 Coordenação, 10 Centros de atendimentos a Coagulopatia e 15 Unidades de Serviço a Hematologia.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia de Goiás – HEMOGO, composta por 1 Hemocentro Coordenador, 4 Hemocentros Regionais, 4 unidades de coleta e transfusão e 13 Agências Transfusionais.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina – HEMOSC, possui 1 Hemocentro Coordenador, 6 Hemocentros Regionais e 6 Unidades de Coleta.

- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – HEMOCE, formada por 1 Hemocentro Coordenador em Fortaleza e 5 Hemocentros Regionais.
- Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará – HEMOPA, sua rede é composta por 1 Hemocentro Coordenador, 2 Postos de Coleta e 8 Hemocentros Regionais.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão – HEMOMAR, composta por um Hemocentro e 8 Hemonúcleos.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia da Paraíba – HEMOÍBA, é composta por 1 Hemocentro Coordenador, 1 Hemocentro Regional, 7 Hemonúcleos e 4 agências transfusionais.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso - MT-Hemocentro, possui um Hemocentro Coordenador, a rede é formada por 17 unidades de coleta e transfusão e 31 Agências Transfusionais e 2 postos de coleta.
- Centro Estadual de Hemoterapia e Hematologia Marcos Daniel Santos – HEMOES, composto por 1 Hemocentro Coordenador, 3 Hemocentros Regionais e 1 Unidade de Coleta.
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas – HEMOAM, possui um Hemocentro localizado em Manaus. Não foram encontrados dados acerca de outras unidades.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Rio Grande do Norte – HEMONORTE, composto por um Hemocentro coordenador, 2 Hemocentros regionais, 2 unidades de coleta e transfusão e 9 Agências Transfusionais.
- Fundação Hemocentro de Brasília – FHB, se compõe de 1 Hemocentro coordenador e 13 agências transfusionais. Não foram encontrados dados acerca de outros pontos de coleta.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí – HEMOPI, composta de 01 Hemocentro Coordenador na capital, 03 Núcleos de Hemoterapia, desempenhando atividades de coleta, estocagem e transfusão de sangue e 36 Agências Transfusionais.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso do Sul – HEMOSUL, composto de um Hemocentro Coordenador, 8 Hemocentros Regionais, 3 Unidades de armazenamento e distribuição e uma Unidade de Transfusão Ambulatorial e Sangria Terapêutica para pacientes.

- Centro de Hematologia e Hemoterapia de Alagoas – HEMOAL, composto por 1 Hemocentro coordenador, 1 Hemocentro Regional, 1 Hemonúcleo, 3 unidades de coleta, 2 Hemonúcleos Privados e contratado pelo SUS e 19 Agências Transfusionais.
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Rondônia – FHEMERON, a rede é composta por 1 Hemocentro Coordenador, 1 Hemocentro Regional e 5 Unidades de Coleta e Transfusão.
- Centro de Hemoterapia de Sergipe – HEMOSE, Funciona em sede própria, localizado no Centro Administrativo Governador Augusto Franco, Bairro Capucho, ao lado do Hospital de Urgência de Sergipe – Huse. Não foram encontradas informações acerca de outros locais de coleta.
- Centro de Hemoterapia e Hematologia de Roraima – HEMORAIMA, possui apenas um hemocentro.
- Hemocentro Coordenador de Palmas – HEMOTO, composto por um Hemocentro coordenador, um Hemocentro Regional, três unidades de Coleta e Transfusão e um Núcleo de Hemoterapia
- Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Amapá – HEMOAP, possui apenas 1 Hemocentro.
- Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre – HEMOACRE, possui apenas 1 Hemocentro.

Notamos que as estruturas que compõem os Hemocentro de cada Estado são variantes, pelo tamanho de cada Estado, pela estrutura e localização, vale ressaltar que as informações acerca dos Hemocentros foram retiradas dos sites dos próprios Hemocentros e dos sites dos governos de cada Estado, logo podem estar faltando algumas informações. Este fato pode ser constatado ao observar que relativo a alguns Estados constam apenas as informações referentes ao Hemocentro Coordenador, sem demais informações acerca dos Bancos de Sangue, Unidades de Coleta, Hemonúcleos e Agências Transfusionais dificultando a realização de algumas análises.

No entanto podemos observar na tabela abaixo que o quantitativo de doações caminha proporcionalmente com o quantitativo populacional de cada Estado, devemos levar em conta nesses percentuais os doadores regulares, ou seja, aqueles que doam mais de uma vez por ano neste caso os doadores do sexo masculino podem doar a cada 60 dias, totalizando até quatro vezes por ano e as mulheres a cada 90 dias totalizando 3 vezes por ano.

Estados Brasileiros sua população, número de doações, Hemocentos e pontos de coleta de sangue.

Tabela 1- Dados de habitantes verso doações e postos de coleta.

ESTADO	POPULAÇÃO	DOAÇÕES EM 2023	HEMOCENTROS E POSTOS DE COLETA
SÃO PAULO	45.973.194	730.000	82
MINAS GERAIS	21.322.692	288.000	39
PARANÁ	11.824.665	214.000	22
RIO GRANDE DO SUL	11.229.915	212.000	17
BAHIA	14.850.513	178.000	24
PERNANBUCO	9.539.029	160.000	9
RIO DE JANEIRO	17.219.679	159.000	26
GOIÁS	7.350.483	126.000	9
SANTA CATARINA	8.058.441	119.000	13
CEARÁ	9.233.656	99.000	6
PARÁ	8.664.306	96.000	11
MARANHÃO	7.010.960	88.000	9
PARAÍBA	4.145.040	87.000	9
MATO GROSSO	3.836.399	71.000	20
ESPIRITO SANTO	4.102.129	70.000	5
AMAZONAS	4.281.209	67.000	1
RIO GRANDE DO NORTE	3.446.071	65.000	5
DISTRITO FEDERAL	2.982.818	50.481	1
PIAUÍ	3.375.646	50.000	4
MATO GROSSO DO SUL	2.901.895	49.000	9
ALAGOAS	3.220.104	45.000	8
RONDÔNIA	1.746.227	30.000	7
SERGIPE	2.291.077	25.000	1
TOCANTINS	1.577.342	22.000	5
AMAPÁ	802.837	14.000	1
RORAIMA	716.793	13.000	1
ACRE	880.631	12.000	1

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do do IBGE e sites dos hemocentros.

Visto estes quantitativos, um fator que nos chama a atenção é a inaptidão para doar sangue, pois nem todos os candidatos que se pré-dispõem a doar são aptos para realizar a doação e isso se dá por diversos fatores.

Geralmente essa inaptidão do doador de sangue é identificada durante a triagem clínica ou apenas após os exames sorológicos que são realizados com amostras do sangue colhido durante o processo de coleta. A inaptidão pode ser algo temporário ou permanente, nos casos temporários ela pode ser ocasionada por um simples fator de ausência de tempo necessário relativo às horas dormidas na noite anterior, uma gripe, alguma vacina recente, uso de algumas medicações, tatuagens ou atividade sexual sem prevenção. Portanto,

um estudo realizado em 2017 identificou três causas mais frequentes entre os homens, dentre elas o uso de medicamentos, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), febre/infecção, totalizando 29% dos inaptos e 28% de inaptidão feminina. No ano de 2018 e 2019 o número de inaptidões se deu por conta da Hemoglobina/hematócrito baixo. Em 2020 o número de inaptidão o do sexo feminino se deu por conta de tatuagens, acupuntura e perfuração do lóbulo da orelha. (Winter *et al*, 2022, p.4)

Vale enfatizar que a inaptidão permanente é determinada por fatores patológicos identificados durante a sorologia realizada no processo de coleta, onde o sangue é testado para 5 patologias: AIDS, SIFLIS, HTLV, HEPATITE B e C e doença de Chagas. As amostras dos doadores ficam armazenadas por um período de seis meses nos hemocentros.

Dentre as causas de inaptidão do Instituto de Biologia do Exército, realizado nos anos de 2015 a 2020, nota-se que nesses 5 anos de investigação, a sorologia mais predominante foi sífilis, atingindo 276 casos, seguido da hepatite C com 261, doença de chagas com 83, HIV com 74, HTLV I/II com 45 e hepatite B com 31 casos. No decorrer dos anos 14.732 foram coletadas, no entanto 770 foram descartadas pois positivaram na triagem sorológica, uma vez que as sorologias são apenas um dos critérios de inaptidão a serem analisadas no dia da possível coleta (Winter 2022 *et al*, *apud* Rubim Ba e Medeirosca, 2021, p.5).

Desse modo, podemos compreender que mesmo tendo um número significativo de doadores os hemocentros ainda se deparam com a inaptidão. O trabalho da captação deve se tornar cada vez mais árduo visando garantir a elevação nos estoques de sangue para os que dele precisarem. Os doadores inaptos são encaminhados ou orientados para que cuidem da sua saúde. Dessa forma é possível compreender que o serviço ofertado nos hemocentros vai muito além da doação de sangue, pois se estende aos encaminhamentos de inaptos para que cuidem de sua saúde.

Até aqui conseguimos ter uma visão ampla da atuação e serviços ofertados pelos hemocentros, dito isto se faz necessário aprofundarmos o conhecimento para uma área em específico, mais precisamente o hemocentro em alagoas para compreender a sua trajetória no estado e seus serviços ofertados, e compreender qual o perfil do doador de Alagoas. No próximo capítulo abordaremos acerca de alguns aspectos que contribuíram para atuação do profissional de Serviço Social nos hemocentros assim como também iremos expor as estatísticas do perfil dos doadores alagoanos.

4. HEMOCENTRO DE ALAGOAS (HEMOAL)

Compõem a Hemorrede de Alagoas: 1 Hemocentro coordenador, 1 Hemocentro Regional, 1 Hemonúcleo, 3 unidades de coleta, 2 Hemonúcleos Privados e contratado pelo SUS e 19 Agências Transfusionais são elas:

- Hemocentro Coordenador, localizado na Via Expressa, Cidade de Maceió.
- HEMOAL- Arapiraca.
- Hemonúcleo Público Federal localizado no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.
- Unidades de Coleta e Transfusão (UTC): dois localizados em Maceió HEMOAL- Trapiche e Hospital Veredas e o terceiro na cidade de Coruripe no Hospital Carvalho Beltrão.
- Hemonúcleos Privados e contratado pelo SUS: HEMOPAC e Santa Casa de Misericórdia de Maceió.
- Agências Transfusionais (AT): Complexo Hospitalar Manoel André – CHAMA, Hospital Veredas – Maceió, Hemocentro Maceió e Arapiraca, Hospital Carvalho Beltrão – Coruripe, Hospital de Emergência do Agreste Dr. Daniel Houly – Arapiraca, Hospital Geral do Estado – HGE, Hospital Metropolitano de Alagoas – Maceió, Hospital Regional da Mata – União dos Palmares, Hospital Regional do Norte – Porto Calvo, Hospital Santa Rita e Maternidade de Santa Olimpia – Palmeira dos Índios, Hospital Clodolfo Rodrigues – Santana do Ipanema, Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos, Santa Casa de Misericórdia de Penedo, Hospital Regional do Alto Sertão – Delmiro Golveia, Hospital da Mulher – Maceió, Hospital da Criança – Maceió, Hospital do Coração Alagoano Prof. Adib Jatene.

A Hemorrede Pública de Alagoas foi criada por meio da resolução 004, de 19 de fevereiro de 1981, e foi elaborada pelo Conselho de Administração da Fundação Governador Lamenha Filho, integrando as diretrizes do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), até então denominado de Hemocentro de Alagoas – HEMOAL. Sua missão visa: garantir à população alagoana fornecimento de sangue e hemocomponentes em quantidade e com qualidade necessária à demanda transfusional das unidades de saúde públicas de Alagoas. Além disso, tem como finalidades: prestar serviços assistenciais nas áreas de Hematologia e Hemoterapia, realizar o cadastro para doações voluntárias de Medula óssea, assegurar programas de ensino e pesquisa à sociedade acadêmica, garantir à população

o acesso de forma igualitária com qualidade em seus processos; assegurar que os colaboradores sejam qualificados e se comprometam com a missão da Hemorrede Pública de Alagoas; propiciar uma gestão democrática e participativa; ser o centro de referência para a assistência Hematológica e Hemoterápica de Alagoas.

O Hemoal é uma instituição que basicamente presta serviços à sociedade alagoana na área de Hematologia e Hemoterapia, destacando-se o atendimento ao doador de sangue, doador voluntário de medula óssea e doador de aférese⁶. Ele é Referência Estadual para o atendimento hematológico aos pacientes com Hemoglobinopatia, Coagulopatia, Mucopolissacaridose, Doença de Pompe e Doença de Gaucher.

Além de conceder diagnóstico a pacientes com Leucemia e dar suporte hemoterápico aos pacientes com patologias onco-hematológicas, destacam-se também os atendimentos: odontológico preventivo e curativo, assistência psicológica, fisioterapia, assistência social trabalhando a inclusão social e orientando sobre os direitos dos pacientes que possuem algumas patologias, e assistência de enfermagem treinada para os procedimentos especiais sob a supervisão de enfermeiros. Vale salientar o diagnóstico laboratorial que possui laboratórios de alto nível nas áreas de hematologia, hemostasia, imunogenética, imuno-hematologia e imunopatologia com controle de qualidade em seus processos, sendo referência no Estado no teste de agregação plaquetária.

O Hemoal possui uma Unidade Móvel que realiza coletas de sangue externas em todo estado de Alagoas, deixando o serviço mais próximo da sociedade. Possui também 11 Unidades Hemoterápicas que formam a Hemorrede Pública do Estado sob a coordenação do HEMOAL.

Atualmente, a Hemorrede de Alagoas conta com servidores em diversos setores e funções. Sua equipe é formada por diversos profissionais de diversas áreas, como: Biomédico, Biólogo, Bioquímico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Psicólogo, Médico, Técnico em Enfermagem, Técnico em Laboratório, Assistente Administrativo, Administrador, Assistente Social, Auxiliar de Serviços Diversos, Enfermeiro, Odontólogo, Nutricionista, dentre outros.

Os setores citados acima se interligam por meio do funcionamento dos meios de compartilhamento do conhecimento em cada área, a rede conta com o serviço de *hemotour*, que consiste em uma visita técnica pelos setores do HEMOAL onde o profissional do Serviço Social

⁶ A aférese é a separação dos componentes do sangue por centrifugação, por meio de um equipamento automatizado. O sangue do doador é captado e a máquina separa apenas as plaquetas. O sangue retorna ao organismo do doador pelo mesmo acesso venoso. Confira mais informações sobre o terno em: <https://www.hemocentro.df.gov.br/doacaodeplaquetas/#:~:text=A%20af%C3%A9rese%20%C3%A9%20a%20separa%C3%A7%C3%A3o,doador%20pelo%20mesmo%20acesso%20venoso.>

informa a respeito de cada área e de cada setor, indicando o responsável pelo mesmo, e explicando a importância daquele determinado setor para a instituição.

O Serviço Social é uma categoria presente no HEMOAL desde a sua fundação. O Setor de Serviço Social atuava inicialmente com seis profissionais, principalmente na captação de doadores que, em 1982, foi ampliada para intensificar as coletas. Na mesma década, em 1984, o HEMOAL estabeleceu uma parceria com a Secretaria de Educação afim de conscientizar a população sobre a importância da doação de sangue e de medula óssea. Este projeto resultou na inserção do estudo sobre o sangue nos cursos de 1º e 2º grau nas disciplinas de biologia, ciências e programas de saúde (Pinheiro *et al*, 1998).

Com a expansão da captação de doadores, em 1989, os assistentes sociais do HEMOAL começaram a atuar na área hematológica dando outra dimensão ao trabalho profissional devido às demandas específicas de tais usuários. Na década seguinte, o trabalho socioeducativo do Serviço Social se estendeu para outras instituições, sendo direcionadas às pessoas hemofílicas e com todos os tipos de anemia. No mesmo ano foi promovido um curso de captação de doadores de sangue.

Em 1996, os profissionais dessa área acompanharam a implantação direta do atendimento aos doadores com sorologia positiva, para doença de Chagas, HbsAg (Hepatite B), HCV (Hepatite C) e VDRL (Sífilis), antes encaminhados para o Hospital José Carneiro e Hospital Universitário. Nesse período foi estabelecido um convênio com a UFAL, implantando o estágio curricular obrigatório e iniciou-se um processo de interiorização, objetivando o tratamento igualitário para toda a população. Em 1997 deu-se início ao projeto “Doador do Futuro” que se expandiu com palestras educativas em todo o interior do Estado.

Em 2000, o HEMOAL aderiu ao programa de Qualidade do Serviço Público, na prestação de serviços ambulatoriais para atendimento de pacientes com doenças hematológicas, inclusive com encaminhamento desses pacientes ao SUS (Sistema Único de Saúde) e firmando parceria com Prefeituras Municipais, sendo a entrevista o principal instrumento para sua viabilização.

A prática do Serviço Social é realizada de forma educativa, objetivando a socialização das informações e importância da doação de sangue e medula óssea. Na área hematológica as ações mais presentes no cotidiano profissional são: orientações com relação a direitos dos usuários ao passe livre, informações sobre a previdência social, encaminhamento de pacientes para outras unidades de saúde, intermediação com os programas do governo, orientação sobre

Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e viabilização do acesso a medicamentos excepcionais (FARMEX), além de viabilizar o direito do usuário, especialmente do interior, à Casa de Apoio.

Atualmente, o HEMOAL conta com uma equipe composta por seis Assistentes Sociais na captação de doadores de sangue e medula óssea, que realizam trabalhos educativos, socializando informações e orientando os usuários acerca da doação.

Dito isto é necessário compreender como funciona a equipe que atua no hemocentro de Alagoas, como se dá a atuação nesse espaço, quais as suas demandas e como se processa a articulação dos Assistentes Sociais com os demais profissionais.

4.1 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HEMOCENTRO DE ALAGOAS (HEMOAL).

Antes do Serviço Social fazer parte do processo de doação de sangue nos Hemocentros, o sistema de captação de doadores era realizado por trabalhadores que tinham em suas atribuições múltiplas funções, ou seja, qualquer profissional exercia a tarefa de captação. Muitas vezes o profissional ficava envolvido com muitas demandas e não conseguia executar a função com mais clareza e objetividade, por isso no momento da captação deixava de considerar todos os fatores que envolviam a vida dos doadores. Tendo por objetivo atender às demandas da captação de doadores voluntários de sangue nos Hemocentros, que o profissional de Serviço Social passou a fazer parte da equipe do HEMOAL. É tendo como parâmetro a regulamentação da profissão, que define as atribuições do profissional de Serviço Social, que os assistentes sociais se responsabilizam por esclarecer todas as informações necessárias a respeito da doação de sangue.

Os profissionais do serviço social atendem pessoas que se dirigem diariamente aos hemocentros com intuito de realizar doações, alguns de forma voluntária, outros para algum parente, realizando uma doação de reposição e, neste momento, o profissional do Serviço Social busca captar este doador, evidenciando todos os benefícios deste ato, e quão importante é o ato de doar sangue.

A tarefa mais importante do Serviço Social consiste em sensibilizar a população por meio das estratégias, elaborando planejamentos estratégicos que possam chamar a atenção dos doadores. Diversos canais de comunicação são utilizados para auxiliar nessa tarefa como: Jornais, *Instagram*, Aplicativos de mensagens, campanhas mensais, entre outros. É por meio

destas ações que os assistentes sociais buscam enfatizar que a Lei do sangue diz que os doadores devem realizar suas doações de forma voluntária, e não remunerada.

Deste modo, podemos concluir que o Serviço Social busca, por meio da captação, conscientizar e sensibilizar toda a população, para que o doador que comparece na primeira vez possa retornar outras vezes e se tornar um doador regular, ajudando a manter o estoque seguro, salvando vidas e contribuindo para o bem-estar da população.

Após entendermos que o Assistente Social atua como porta de entrada da captação de doadores, exercendo o primeiro contato, buscando despertar nos doadores o compromisso social, para que ele não somente retorne, mas disseminem as informações e desperte o desejo de doar sangue em outras pessoas. No próximo item iremos discutir sobre o perfil desses doadores, analisando o quantitativo de doadores por meio de pesquisas, dados e tabelas que ilustram essas informações.

4.2 PERFIL DOS DOADORES DE SANGUE NO ESTADO DE ALAGOAS ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2023

No ano de 2008 foi implantado no HEMOAL um sistema digital de cadastros e armazenamento de dados referentes aos doadores. Segundo os dados repassados pelo Hemocentro de Alagoas, referente as unidades de Coleta da cidade de Maceió-Al, nos últimos 16 anos foram atendidos, em média, entre de 14.000 a 25.000 candidatos à doação de sangue. A partir destes dados temos a possibilidade de analisar um se há perfil do doador alagoano, dentre outros aspectos relativos ao doador no estado de Alagoas.

Partindo da análise dos dados referentes ao quantitativo de atendimentos realizados anualmente pelo HEMOAL, podemos avaliar qual o impacto desses resultados no nosso estado e avaliar o que poderia melhorar para se obter um maior percentual de doadores. Segundo o IBGE no estado de Alagoas no ano de 2022 o total da sua população foi de 3.127.683 habitantes se compararmos com o percentual de doações mesmo realizando os cortes relativos aos pré-requisitos para doação ainda assim o quantitativo em comparação com a quantidade de doações em comparação com a quantidade de habitantes é relativamente baixo ainda sob o aspecto da doação ser um ato altruísta, voluntário. Há outros fatores que sim poderiam incentivar a população a doar sangue regularmente.

Na tabela abaixo podemos observar o total de atendimentos realizados anualmente dos anos de 2008 até 2023.

Atendimentos HEMOAL, unidades de Maceió no período 2008 até 2023.

Tabela 2- Atendimentos HEMOAL 2008 a 2023.

ANO	TOTAL DE ATENDIMENTOS
2008	15.364
2009	14.159
2010	15.494
2011	15.046
2012	16.179
2013	16.962
2014	17.723
2015	16.334
2016	18.483
2017	18.180
2018	18.459
2019	19.066
2020	21.214
2021	21.804
2022	24.055
2023	25.060

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Podemos visualizar na tabela acima o quantitativo de doadores e o relevante aumento no quantitativo anual de atendimentos de cada ano, no gráfico abaixo podemos observar esse crescimento significativo.

Gráfico total de atendimentos HEMOAL 2008 até 2023.

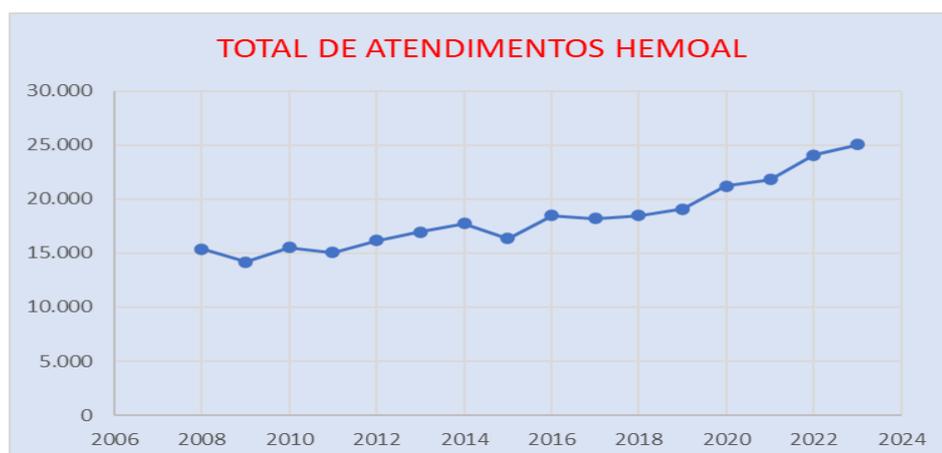


Figura 1- Gráfico referente aos atendimentos das Unidades de Coleta de Maceió no período de 2008 a 2023. Fonte: Elaborado pelas autoras, dados do sistema HEMOVIDA.

Notamos um aumento de doadores a partir de 2022, período que se inaugura uma nova sede do HEMOAL, localizada na Via Expressa, em Maceió-Al. Onde no final do ano de 2022 houve cerca de quatro mil doações a mais que, no ano anterior da inauguração da unidade.

No que se refere à doação de sangue total no período de 2008 até 2023, a análise dos dados obteve os seguintes resultados:

Tabela doações aptas e inaptas e seu fracionamento de gênero.

Tabela 3- Total de atendimentos HEMOAL unidades de Maceió, seus quantitativos aptos e inaptos e seu fracionamento por gênero.

ANO	DOAÇÕES DE SANGUE TOTAL	DOAÇÕES FEMININAS	DOAÇÕES MASCULINAS	TOTAL DOAÇÕES INAPTAS	INAPTAS FEMININAS	INAPTAS MASCULINAS
2008	11.473	3.105	8.368	3.711	1.460	2.226
2009	10.808	2.875	7.933	3.198	1.318	1.879
2010	11.385	2.970	8.415	3.918	1.413	2.505
2011	10.443	2.654	7.788	4.374	1.627	2.747
2012	10.838	2.848	7.990	5.107	2.044	3.063
2013	11.652	2.987	8.520	5.291	2.116	3.175
2014	12.111	3.353	8.757	5.475	2.115	3.359
2015	11.712	3.408	8.157	4.598	1.908	2.690
2016	12.675	3.820	8.855	5.653	2.261	3.392
2017	12.584	3.979	8.605	5.505	2.474	3.031
2018	13.318	4.378	8.740	5.115	2.250	2.865
2019	13.319	4.666	8.653	5.412	2.352	3.060
2020	15.420	5.416	10.004	5.542	2.332	3.210
2021	15.899	5.505	10.394	5.644	2.544	3.100
2022	17.833	6.203	11.630	6.040	2.563	3.477
2023	17.624	5.899	11.724	7.201	3.620	3.579

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Partindo desses dados podemos analisar o seguinte cenário exposto no gráfico a seguir:

Gráfico doações aptas e inaptas e seu fracionamento de gênero.

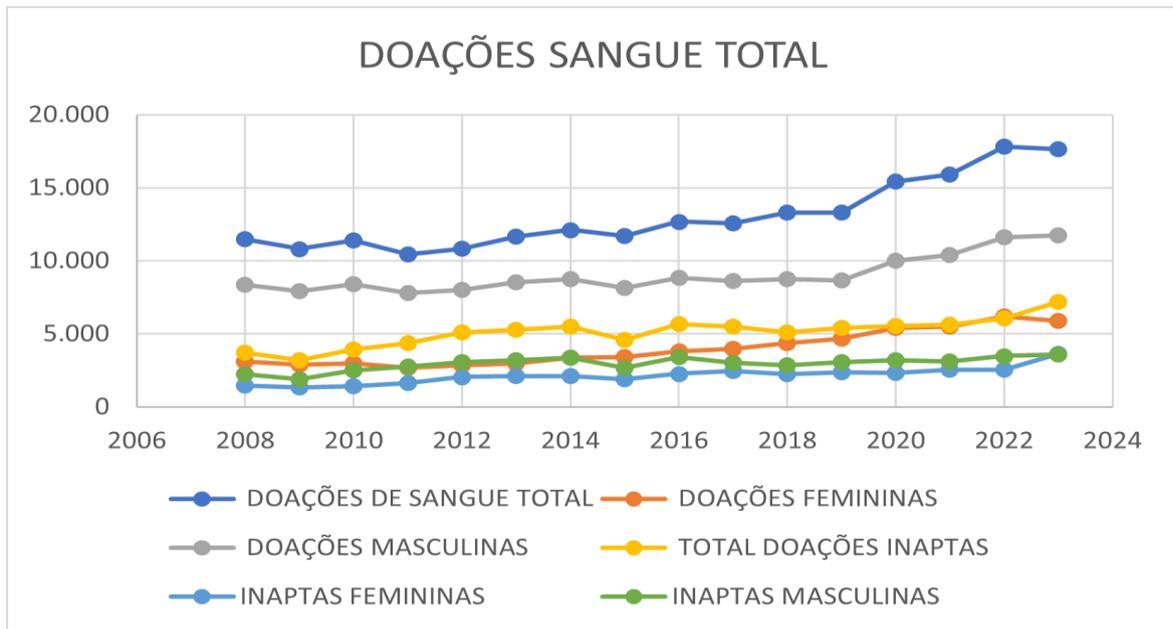


Figura 2 -Gráfico doações de sangue total bem-sucedidas e inaptas e suas divisões por gênero, HEMOAL, Unidades de Coleta de Maceió. Fonte: Elaborado pelas autoras, dados do sistema HEMOVIDA Hemovida.

Como podemos visualizar, há uma predominância significativa das doações masculinas, onde no último ano de 2023, um total de 11.724 doadores homens foram atendidos pelo HEMOAL e no mesmo período apenas 5.899 mulheres realizaram uma doação. Neste cenário destaca-se o quantitativo de doadores inaptos que variam de 3.000 a 7.000 por ano. Analisando o cenário do último ano de 2023, o HEMOAL atendeu um total de 25.060 de usuários candidatos a uma doação voluntária de sangue. Deste total, 6.523, ou seja 29,19% foram considerados inaptos. Esse dado é muito relevante para refletirmos quais fatores sociais são determinantes para esse resultado. Partimos da premissa de que para realizar uma doação o candidato deve estar saudável, fato que se torna ainda mais relevante quando refletimos acerca dos exames realizados antes das doações, todos os candidatos a doação realizam aferição de pressão arterial, verificação de hematócritos e realizam exames de colesterol, AIDS, SIFLIS, HIV, HTLV e doença de chagas.

Partindo destes resultados podemos refletir acerca dos problemas e dificuldades que estão por trás destes resultados. Percebemos o quanto a problemática da insegurança alimentar, em que as péssimas condições de vida e os baixos salários contribuem com o fato de que, uma boa parte da população busque por alimentos com preços acessíveis, mas é válido ressaltar que esses alimentos apresentam baixo índice de vitaminas e isso pode gerar na população um déficit na saúde e isso interfere nesses resultados que são feitos antes da doação de sangue, assim como

também a falta de atividades física devido a rotina longa do dia a dia, e ainda podemos citar que a falta de educação sexual também interfere nesse processo resultados, bem como a falta de saneamento básico, que está atrelada as doenças geradas em ambientes insalubres, como doença de chagas, dengue, zinca, entre outras. Nos resta questionar, portanto, quem é este público inapto? A que classe social ele pertence?

Podemos analisar agora na tabela abaixo, no que se refere às doações bem-sucedidas, a doação de sangue por faixa etária e visualizar qual faixa etária tem mais sucesso em realizar as doações. O sistema Hemovida separa as faixas etárias da seguinte maneira de 16 á 18 anos classificado como doadores menores de idade, de 18 á 29 anos doadores jovens, de 29 á 65 anos doadores adultos e maiores de 65 anos doadores idosos. Fato que impossibilita a análise mais detalhada dentro das camadas definidas pelo Sistema Hemovida.

Doadores aptos por faixa etária de 2008 até 2023

Tabela 4-Divisão de doadores de sangue aptos por faixa etária, HEMOAL, Unidades de Coleta de Maceió no período de 2008 a 2023.

ANO	APTOS MENOR DE 18 ANOS	APTOS DE 18 ATÉ 29 ANOS	APTOS DE 29 ATÉ 65 ANOS	APTOS MAIOR DE 65 ANOS
2008	0	0	10.925	728
2009	0	0	10.344	599
2010	0	0	10.961	600
2011	0	16	10.184	439
2012	0	147	10.539	116
2013	0	412	10.931	308
2014	0	926	11.060	243
2015	0	1.243	10.240	229
2016	0	2.152	10.507	129
2017	0	2.388	10.141	133
2018	0	3.024	10.199	95
2019	0	3.485	10.039	75
2020	0	4.292	11.295	59
2021	0	5.097	11.004	41
2022	36	5.692	12.221	44
2023	81	6.086	11.623	37

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Neste panorama nos chama a atenção a baixa procura dos doadores jovens, da faixa etária dos 18 aos 29 anos, um público que em sua maioria tem acesso e informação e que seria uma faixa etária, que em seu percentual seria plenamente mais “saudável” o que nos faz refletir quais fatores sociais são determinantes para que esse público não doe sangue habitualmente. Bem como a sua inserção na doação que só temos registros a partir do ano de 2011. Outro ponto que vale analisar é a diminuição das doações do público idoso que vem diminuindo, fator

associado aos aumentos de casos de hipertensão, diabetes e outras patologias que vem atingindo a saúde da população idosa nos últimos anos.

A seguir podemos analisar o quantitativo das inaptidões por faixa etária neste mesmo período:

Doadores inaptos por faixa etária de 2008 até 2023

Tabela 5 Doadores de sangue total inaptos HEMOAL unidades de Maceió, no período de 2008 até 2023.

ANO	INAPTOS MENOR DE 18 ANOS	INAPTOS DE 18 ATÉ 29 ANOS	INAPTOS DE 29 ATÉ 65 ANOS	INAPTOS MAIOR DE 65 ANOS
2008	0	0	3.372	253
2009	0	0	2.962	338
2010	0	0	3.674	259
2011	0	18	4.096	293
2012	0	116	4.763	274
2013	0	327	4.759	224
2014	0	586	4.698	210
2015	0	640	3.453	129
2016	0	1.232	4.310	129
2017	0	1.316	4.123	79
2018	0	1.453	3.625	63
2019	0	1.714	3.694	59
2020	0	1.780	3.753	35
2021	0	1.930	3.706	26
2022	18	2.146	3.860	38
2023	63	2.801	4.801	20

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Veremos, abaixo, a relação entre doadores aptos e inaptos, agora por faixa etária:

Gráfico doadores aptos e inaptos HEMOAL 2008 até 2023.

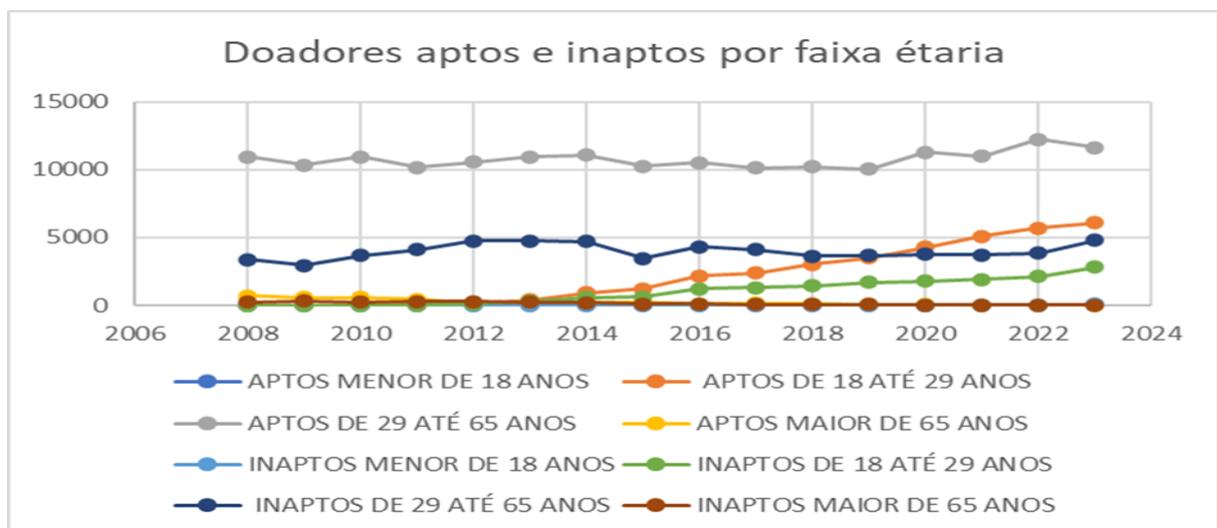


Figura 3- Gráfico doadores de sangue aptos e inaptos HEMOAL, Unidades de Coleta de Maceió no período de 2008 a 2023. Fonte: Elaborado pelas autoras, dados do sistema HEMOVIDA Hemovida.

É notável que neste panorama a maioria dos doadores está na faixa etária de 29 aos 65 anos. O que nos faz refletir acerca da saúde da população pertencente a essa faixa etária, bem como todos os fatores determinantes para esse resultado. Outro ponto relevante para a análise é, de fato, a baixa procura de doadores do sexo feminino. Nessa análise, poderemos indagar: por que as mulheres são minorias, o quanto o papel de mãe, cuidadora do lar, impacta para esse resultado, bem como o quantitativo de doações inaptas femininas é pequeno e ainda assim como os níveis de inaptidões das mulheres também são relevantes. No ano de 2023, 9.530 mulheres foram atendidas pelo HEMOAL. Destas apenas 5.904 foram consideradas aptas a realizar a doação, ou seja, apenas 61% destas mulheres conseguiram realizar a doação. Fator que nos leva a refletir como está a saúde das mulheres alagoanas.

Agora analisaremos os dados relativos à doação de plaquetas. O procedimento de coleta de plaquetas por aférese consiste na retirada do sangue total do doador, separação dos componentes por meio de centrifugação, retenção de parte das plaquetas e retorno dos demais componentes do sangue para o doador. Todo o processo dura cerca de 90 minutos. Segundo os dados do HEMOAL.

Doações por aférese HEMOAL no período de 2008 até 2023.

Tabela 6 - Doações por aférese no período de 2008 até 2023.

ANO	DOAÇÃO DE PLAQUETAS	HOMENS DOADORES	MULHERES DOADORAS	DOAÇÕES INAPTAS	DOADORAS INAPTAS	DOADORES INAPTOS
2008	180	150	30	25	7	18
2009	135	116	19	18	4	14
2010	176	151	25	15	4	11
2011	196	182	14	33	6	27
2012	188	169	19	46	6	40
2013	145	139	6	19	0	19
2014	118	117	1	19	0	19
2015	147	143	4	24	1	23
2016	137	137	0	18	17	1
2017	78	78	0	13	0	13
2018	200	193	7	26	5	21
2019	280	265	15	55	9	46
2020	226	224	2	26	4	22
2021	242	242	0	18	0	18
2022	160	159	1	22	0	22
2023	203	198	5	32	26	6

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras dados do Sistema HEMOVIDA.

Gráfico doações de plaquetas de 2008 até 2023 HEMOAL unidades de Maceió.

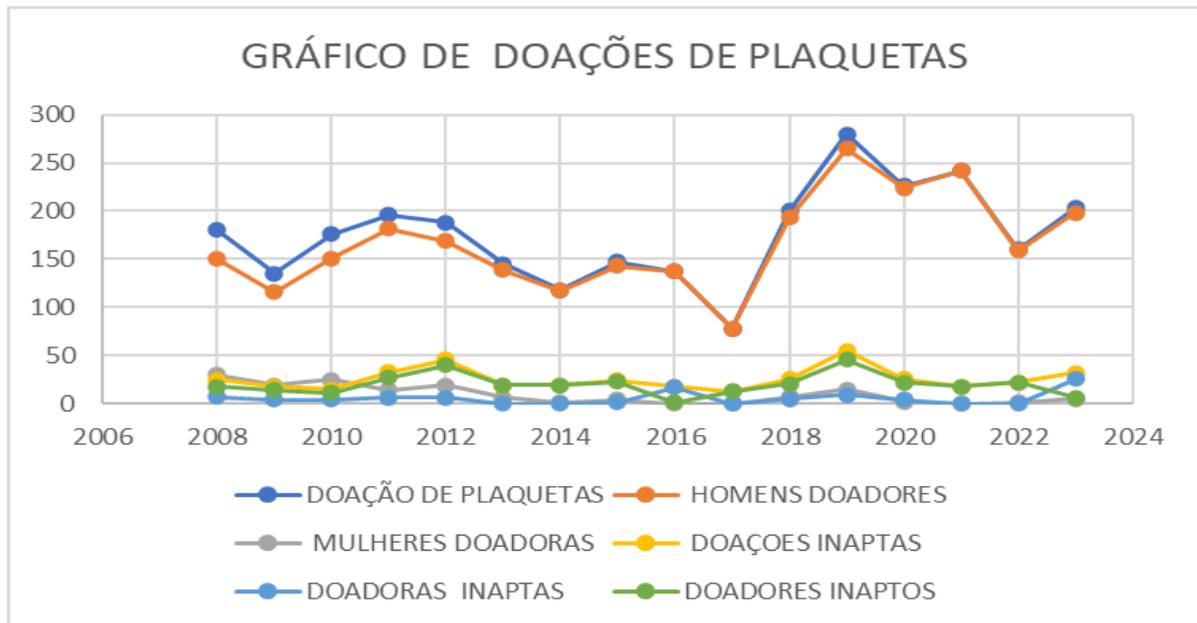


Figura 4- Gráfico doações de plaquetas aptas, iaptas e suas divisões por gênero, HEMOAL, Unidades de Coleta de Maceió no período de 2008 a 2023. Fonte: Elaborado pelas autoras, dados do sistema HEMOVIDA.

Observamos que no que se refere à doação de plaquetas, também temos uma predominância de doadores masculinos. Os dados revelam que, por ano, ocorrem de 100 a 280 doações de plaquetas.

Com base na análise dos dados podemos concluir que diversos fatores sociais e socioeconômicos interferem no quantitativo de doações. Podemos iniciar pontuando a predominância do quantitativo expressivo de doadores do sexo masculino, fato que atribuímos a ainda existente divisão sexual do trabalho, onde cabe à mulher, na maioria dos casos, os cuidados com os filhos, o que, por diversas vezes, impede uma mãe de realizar uma doação, já que não há possibilidade de doação acompanhada de crianças. Outro fator que nos chama a atenção é o quantitativo de doadores inaptos, fator, muitas vezes, associado à insegurança alimentar ou à falta de saneamento básico, ou seja, falta de políticas públicas, pois se a população não tem acesso ao básico para manutenção da saúde e bem-estar logo, não estará saudável para realizar uma doação de sangue.

Concluimos que, por mais que tenhamos excelentes captadores fatores sociais e políticos de uma certa forma influenciam nos percentuais das doações, uma vez que os números de inaptidões são bastante relevantes bem como temos uma grande parcela da população que não doa sangue.

Podemos atribuir uma notável parcela desses quantitativos as pessoas que não têm acesso a informação, as que vivem em vulnerabilidade social e que não tem acesso à saúde de qualidade, uma alimentação adequada que lhe conceda uma segurança alimentar e nutricional, uma boa educação e que lhe forneça as devidas orientações sexuais. Uma moradia salubre que disponha de saneamento básico longe de agentes transmissores de patologias como o inseto barbeiro. Todos esses fatores dependem de políticas públicas e influenciam diretamente na inaptidão de doadores, uma vez que são muitos casos de inaptidão por contaminação do Vírus da AIDS, HTLV, Sífilis, Hepatite, Doença de Chagas, Anemia, Diabetes, Hipertensão dentre outras patologias adquiridas em decorrência muitas vezes por conta de acesso a políticas públicas e uma boa qualidade de vida.

Portanto, é notável que os fatores políticos e sociais interferem bastante nestes quantitativos que foram expostos. Retornando à indagação acerca do perfil do doador alagoano que fizemos anteriormente, após análise dos dados, temos o seguinte resultado: a maioria dos doadores de sangue e plaquetas no Estado de Alagoas é composta por homens na faixa etária de 29 a 65 anos de idade.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ora apresentada nos possibilitou compreender que a trajetória da saúde percorreu um longo caminho e foi após diversas lutas dos movimentos sociais e avanços legais que os trabalhadores brasileiros tiveram com o acesso universal à política de saúde. É válido ressaltar que antes da Constituição Federal de 1988 só tinha acesso à saúde as pessoas que estavam trabalhando e que contribuía. A participação popular de usuários na 8ª Conferência Nacional de Saúde contribuiu de forma decisiva para a regulamentação da política de saúde como direito garantido na Constituição Federal de 1988.

Momentos históricos importantes marcaram a trajetória da saúde pública até chegarmos à criação do Sistema Único de Saúde. A Lei Eloy Chaves, de 1923, criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Nessa época, havia um processo acelerado de industrialização e grande massa de trabalhadores estava submetida a extensas jornadas de trabalho, que colocavam em risco a vida do trabalhador, por isso as CAP'S, mesmo sendo financiadas pelas empresas e pelos empregados, seria uma forma de seguro para o trabalhador em caso de acidentes

Em 1932, as CAP's, foram unificadas aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP'S), e com essa modificação o atendimento foi ampliado para ~~acessar~~trabalhadores de profissões distintas e não apenas às empresas, passando o financiamento a ser feito por empregados, empregadores e governo. Dessa forma, o acesso à saúde era realizado por meio de contribuição prévia desses três contribuintes. Em 1966 ocorreu uma nova modificação: os Institutos de Aposentadoria e Pensões unificaram-se ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e isso contribuiu para que a Previdência Social fosse identificada com um perfil assistencialista e seus objetivos estavam centrados em aposentadorias, pensões e auxílios.

Em 1977, através da Lei nº 6.439, ocorreu a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), que instituiu o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS). Nesse cenário, as funções que antes eram exercidas pelos INP's, passam a ser de responsabilidade dos INAMPS E SINPAS. Mas é válido destacar que no início da década de 1970 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária que teve como proposta modificações no nível federal e municipal, visando ampliar o acesso da população à saúde e assim vários outros movimentos se uniram a este em busca de um único objetivo: o acesso universal e gratuito à política de saúde.

Podemos destacar, ainda, que em 1986 ocorreu mais um dos inúmeros eventos importantes para história da política de saúde – a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta teve um diferencial, pois antes as conferências eram restritas, realizada apenas com participação de senadores e autoridades. A 8ª Conferência contou com a participação de usuários, figuras importantes para a luta pelo acesso à saúde podemos ainda ressaltar que essa Conferência foi um marco importante na definição do SUS, pois o debate ocorreu acerca de três temas principais: A saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e O financiamento Setorial.

O Serviço Social adentra ao campo da saúde por meio da necessidade do trabalho que envolve vários profissionais, mediante a identificação de uma grande demanda e da necessidade em responder de forma precisa às demandas apresentadas pelos que buscam o acesso à saúde. A intervenção dos assistentes sociais se dava por meio do trabalho desenvolvido com as comunidades, onde era realizado um trabalho educativo, com temas diversos, dentre eles saneamento que apontava para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, buscando contribuir para o controle de doenças infantis e disseminar informação importantes sobre essa temática para que a população tivesse uma autonomia com o cuidado na saúde.

No que se refere à relação do Serviço Social com a área da saúde, foi possível compreender a importância desse profissional, pois podemos visualizar as inúmeras contribuições que o mesmo trouxe para a área, a exemplo do compromisso na qualidade dos serviços ofertados para população e a articulação com o movimento dos trabalhadores, dois princípios importantes enfatizados no Código de Ética Atual. Mesmo não tendo uma formação específica nessa área sozinha, os assistentes sociais foram reconhecidos como profissionais através da Resolução nº 218/97, do Conselho Nacional de Saúde.

A inserção do profissional de Serviço Social especificamente nos hemocentros apresentou um passo importante para os usuários e para a história da hemoterapia, pois, até meados do século XX, a doação de sangue era remunerada. A troca estava envolvida nesse processo e isso não passava segurança, pois as doenças transmissíveis pela transfusão sanguínea geraram medo e as pessoas passaram a relacionar isso à remuneração. Assim, com todo esse cenário na década de 1980, surgiu a política pública de sangue, e a Constituição Federal 1988, em seu artigo 199, § 4º, proibiu a venda de sangue, órgãos e tecidos. Com isso os hemocentros passaram a atuar levando mais segurança para quem doa e para quem recebe o sangue doado, e a 8ª Conferência Nacional de Saúde também contribuiu com o fortalecimento da hemoterapia. Hoje temos a Lei 10.205, de 21 de março de 2001 (Lei Betinho). A ampliação dos serviços e a segurança transfusional foi fortalecida com a criação da coordenação de sangue do Ministério de saúde e a política Nacional de sangue, isso tudo contribuiu de forma positiva para aumentar a segurança da doação de sangue.

A atuação do Assistente Social nos Hemocentros de Alagoas é essencial para captar doadores e realizar as estratégias da captação, transformando o meio em que atua e fazendo da captação algo diferenciado, pois estamos falando sobre o primeiro contato do doador com a doação. O Assistente Social é o profissional responsável por sanar as dúvidas dos doadores e desmistificar os mitos, passando segurança, pois zela pela segurança do doador e do receptor, visando o bem-estar de todos.

Dito isto conseguimos alcançar nosso objetivo de compreender também o perfil do doador alagoano. Identificamos, após a análise dos dados, que a maioria dos doadores é do sexo masculino, com idade entre 29 e 65 anos e entendemos que a reduzida participação do sexo feminino nas doações está relacionada ao que é direcionada para mesma, a jornada dupla, o cuidado com o lar e os filhos.

Diante do exposto conseguimos finalizar compreendendo que cada acontecimento contribuiu para o desenrolar da história da saúde assim como da hemoterapia. Compreendemos a importância do Serviço Social e sua contribuição para a efetivação dos serviços. Através de suas estratégias e sua formação conseguimos, hoje, ter acesso a um atendimento de forma humanizada que visa compreender o usuário como um todo e pertencente a uma classe, que busca diariamente por melhores condições de vida em prol do bem-estar social.

7- REFERÊNCIAS

Agência de Notícias do Acre, <https://agencia.ac.gov.br/hemoacre-realiza-campanha-de-doacao-de-sangue-em-sena-madureira/#:~:text=Caso%20resida%20em%20Rio%20Branco,na%20Avenida%20Get%C3%BAlio%20Vargas%2C%202787>. Acesso em 04 de setembro de 2024.

ANVISA (ed.). Lei do sangue dá novo impulso às ações da Anvisa. **Boletim Informativo: Lei Betinho reforça ações de controle e oferta de sangue**, Brasília (DF), v. 7, p. 1-8, maio 2001. Mensal. ISSN: 1518-6377.

BANCO DE DADOS DO HEMOAL, de 2008 a 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Manual de Orientações para a Promoção da Doação Voluntária de Sangue**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretária de Atenção A Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, 2015. 151 p.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2006. p. 1-24.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro, **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**, 2006, 22 p. disponível em: <file:///C:/Users/dilea/Downloads/enviar%20para%20di.pdf>

BOUSQUET, H. D. M.; ALELUIA, I. R. S.; DA LUZ, L. A. Fatores decisivos e estratégias para captação de doadores em hemocentros: revisão da literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 17, n. 1, p. 80, 2018

CARLESSO, Leticia; SANTOS, Cristiane Ferreira dos; GUIMARÃES, Rosane de Fátima da Silva; SILVA, Suzel Lima da; VIERO, Viviani; VIEIRA, Silvani Vargas; GIRARDON-

PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Estratégias implementadas em hemocentros para aumento da doação de sangue. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], p. 213-220, 6 jun. 2017. Fundação Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p213>.

CFESS – **Conselho Federal de Serviço Social**, disponível em:

<https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes#:~:text=No%20Brasil%2C%20as%20primeiras%20escolas,com%20a%20Lei%20n%C2%BA%203252>. Acesso em 19 de fevereiro de 2024.

Constituição Federal de 1988, disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>. Acesso em 19 de fevereiro de 2024.

Conselho Nacional de Saúde, 8ª Conferência Nacional de Saúde: **quando o SUS ganhou forma**, acesso em 18 de fevereiro de 2024, disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>

Diretório Brasil de Arquivos, **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social** (Brasil), acesso em 18 de fevereiro de 2024, Disponível em:

[https://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-brasil-1974-1993#:~:text=institucional%20...%20%C2%BB-%20Instituto%20Nacional%20de%20Assist%C3%Aancia%20M%C3%A9dica%20da%20Previd%C3%Aancia%20Social%20\(INAMPS,voltado%20para%20a%20especializa%C3%A7%C3%A3o%20e](https://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-brasil-1974-1993#:~:text=institucional%20...%20%C2%BB-%20Instituto%20Nacional%20de%20Assist%C3%Aancia%20M%C3%A9dica%20da%20Previd%C3%Aancia%20Social%20(INAMPS,voltado%20para%20a%20especializa%C3%A7%C3%A3o%20e)

Fundação Hemocentro de Brasília, **Doação de plaquetas (aférese)** disponível em :

<https://www.hemocentro.df.gov.br/doacaodeplaquetas/#:~:text=A%20af%C3%A9rese%20%C3%A9%20a%20separa%C3%A7%C3%A3o,doador%20pelo%20mesmo%20acesso%20venoso>. Acesso em 17 de junho de 2024.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS, <https://www.hemominas.mg.gov.br/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

FAGÚNDES, Paulo Roney Ávila; SILVA, Vera Lucia da. **PAÍSES CENTRAIS E PERIFÉRICOS NA PÓS-MODERNIDADE? A NECESSÁRIA RELAÇÃO ENTRE**

OCIDENTE E ORIENTE PARA A SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL. OÑATI, ESPANHA, v. 2, n.3, p. 204-219, 2016.

GOV.BR, 2021, Ministério da Saúde, Melhor em Casa, Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/melhor-em-casa#:~:text=O%20atendimento%20%C3%A9%20realizado%20por,compor%20as%20equip es%20de%20apoio>. Acesso em 6 de março de 2024.

Governo do Estado do Ceará, <https://www.hemoce.ce.gov.br/servicos/rede-de-atendimento/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

Governo do Maranhão, <https://www.saude.ma.gov.br/doe-sangue/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

Governo do Estado do RN,

<http://www.hemonorte.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=1820&ACT=&PAGE=0&PARM=&LBL=Institui%E7%E3o> Acesso em 04 de setembro de 2024.

Governo da Paraíba, <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/institucional/hemocentros> Acesso em 04 de setembro de 2024

Governo do Estado do Piauí,

<https://www.saude.pi.gov.br/paginas/hemopi#:~:text=O%20Piau%C3%AD%20conta%20com%20uma,e%20todo%20ciclo%20do%20sangue>. Acesso em 04 de setembro de 2024.

Governo de São Paulo, <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage-old2/acesso-rapido/grupo-de-sangue-componentes-e-derivados-hemorrede/locais-para-doacao-de-sangue-no-estado> , Acesso em 05 de setembro de 2024.

Governo do Tocantins, <https://www.to.gov.br/saude/rede-de-hemocentros/1ghkn8okvsl4> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOAP, <https://saude.portal.ap.gov.br/conteudo/rede-de-atendimento/hemoap#:~:text=Endere%C3%A7o%3A%20Av.,%2C%20S%2FN%2C%20Centro.&text=O%20Instituto%20de%20Hematologia%20e,da%20Lei%20n%C2%BA%2000338%2F97>. Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOAM, https://www.hemoam.am.gov.br/?secao=doacao_de_sangue#anc_6 Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOBA,

<http://www.hemoba.ba.gov.br/hemorrede#:~:text=A%20Hemoba%20%C3%A9%20composta%20por,coleta%20e%20processamento%20de%20sangue>. Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOES, <https://hemoes.es.gov.br/enderecos-dos-hemocentros> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOGO,

<https://www.hemocentro.org.br/principal.asp?edoc=conteudo&secaoid=420&subsecaoid=414&lstrod=0> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOSE, <http://www.hemose.se.gov.br/index.php/institucional/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOPA, <https://www.hemopa.pa.gov.br/site/Enderecos.html> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOPE, <https://www.hemope.pe.gov.br/contato-end-fones> Acesso em 04 de setembro de 2024.

HEMOSUL, <https://www.hemosul.ms.gov.br/horarios-e-enderecos/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

IBGE POPULAÇÃO DE ALAGOAS 2022: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama> Acesso em 29 de julho de 2024.

IBGE POPULAÇÃO ESTADOS BRASILEIROS 2024,

https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/estimativa_dou_2024.pdf Acesso em 05 de setembro de 2024.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em 6 de março de 2024.

LOPES, Elaine Cristina da Silva; GUEDES, Carolina Cristina Pereira; AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa. Estratégias para a captação de doadores de sangue difundidas na literatura: estratégias para atraer a los donantes de sangre generalizado en la literatura. **Revista Acred**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 104-121, 2012.

MALHEIROS, Glícia Campanharo; OLIVEIRA, Ana Amélia Silva Teixeira de; PINHEIRO, Camila Biangaman; MONTEIRO, Kamila Nogueira de Oliveira; ABREU, Annelise Maria de Oliveira Wilken de. Fatores associados à motivação da doação sanguínea: factors associated with the motivation of blood donation. **Revista Científica da Fmc**, Campos dos Goytacazes - RJ v. 9, n. 1, p. 8-12, 2014.

MILAGRES, Stela Vidigal; VELLOSO, Isabela Cancio. Produção de verdades sobre a doação de sangue: uma análise na perspectiva de foucault. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 47, n. 137, p. 158-169, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202313711>.

Mapa da Hemorrede do Rio de Janeiro,

https://www.hemorio.rj.gov.br/html/Hemorrede_mapa.htm , Acesso em 04 de setembro de 2024.

PEREIRA, Jefferson Rodrigues; SOUSA, Caissa Veloso e; MATOS, Eliane Bragança de; REZENDE, Leonardo Benedito Oliveira; BUENO, Natália Xavier; DIAS, Álvaro Machado. Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 8, p. 2475-2484, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.24062015>.

Portal do Governo do Estado de Rondônia,

<https://rondonia.ro.gov.br/fhemeron/institucional/enderecos-da-hemorrede/> Acesso em 04 de setembro de 2024.

Registro Brasileiro de Doadores de Medula Óssea (**REDOME**) disponível em:

<https://redome.inca.gov.br/institucional/quem-somos/>. Acesso em 18 de junho de 2024

ROMERO, Luiz Carlos. **O Sistema Único de Saúde – Um capítulo à parte**, 2013, 17 p. disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-v-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-os-cidadaos-na-carta-cidada/seguridade-social-o-sistema-unico-de-saude-um-capitulo-a-parte>.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal,

<https://www.saude.df.gov.br/funda%C3%A7%C3%A3o-hemocentro-do-distrito-federal>

Acesso em 04 de setembro de 2024.

SEFAZ/MT <https://www5.sefaz.mt.gov.br/-/hemocentro-e-referencia-estadual-em-hematologia-e->

[hemoterapia#:~:text=Mato%20Grosso%20j%C3%A1%20conta%20com,efetuadas%20no%20interior%20do%20Estado](#). Acesso em 04 de setembro de 2024.

SESAU RORAIMA, [https://saude.rr.gov.br/index.php/component/k2/itemlist/category/8-hemocentro-roraima#:~:text=Hemocentro%20Roraima%20\(4\)](https://saude.rr.gov.br/index.php/component/k2/itemlist/category/8-hemocentro-roraima#:~:text=Hemocentro%20Roraima%20(4)) Acesso em 04 de setembro de 2024.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**, 2010, 23 p. disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RzTqSGSgYj69MbtN9tzk9tP/?format=pdf>. Acesso em 5 de março de 2024.

SOUZA, Anaslina Bastos de; GOMES, Emiliana Bezerra; LEANDRO, Márcia Lisandra de Sá. FATORES CONTRIBUINTES PARA A ADESÃO À DOAÇÃO DE SANGUE E MEDULA ÓSSEA: factors contributing to join the donation of blood and bone marrow. **Cad. Cult. Ciênc**, Crato- CE, v. 2, n. 1, p. 7-14, 2008

Sociólogo Herbert de Souza, criador da campanha contra a fome, lutou por 14 anos contra a Aids Betinho, 61, morre em casa e "em paz", FOLHA DE SÃO PAULO, 10 de agosto de 1997. Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc100812.htm#:~:text=Acredita%2Dse%20que%20Betinho%20tenha.a%20transfus%C3%B5es%20de%20sangue%20frequentemente>. Acesso em 03 de setembro de 2024.