



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP**



**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL  
EM HEMOTERAPIA E BIOTECNOLOGIA**

**CAROLA CATALINA NAVARRO HURTADO**

**SEGURANÇA TRANSFUSIONAL: ESTUDO SOBRE O DESCARTE  
SUBJETIVO NO HEMOCENTRO COORDENADOR DE RONDÔNIA  
NOS ANOS DE 2008 A 2012**

**“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações”.**

**RIBEIRÃO PRETO – SP**

**2015**

**CAROLA CATALINA NAVARRO HURTADO**

**SEGURANÇA TRANSFUSIONAL: ESTUDO SOBRE O DESCARTE  
SUBJETIVO NO HEMOCENTRO COORDENADOR DE RONDÔNIA NOS ANOS  
DE 2008 A 2012**

**Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo para a  
obtenção do título de Mestre em  
Ciências. Área de concentração:  
Hemoterapia e Medicina Transfusional.**

**Orientador: Prof. Dr. IVAN DE LUCENA ANGULO**

**RIBEIRÃO PRETO – SP**

**2015**

Ficha Catalográfica

HCFMRP/USP

Hurtado, Carola Catalina Navarro.

Segurança transfusional: estudo sobre o descarte subjetivo no Hemocentro Coordenador de Rondônia nos anos de 2008 a 2012. Carola Catalina Navarro Hurtado / Ribeirão Preto, 2015.

114 f.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Hemoterapia e Medicina Transfusional, em parceria com o Ministério da Saúde, 2014. Orientador(a): Prof. Dr. Ivan de Lucena Angulo.

Descritores: 1. Captação de Doadores; 2. Descarte subjetivo; 3. Descarte por segurança; 4. Doadores inaptos; 5. Doadores falso-inaptos; 6. Segurança transfusional

FOLHA DE APROVAÇÃO  
Carola Catalina Navarro Hurtado

Segurança transfusional: estudo sobre o descarte subjetivo no Hemocentro  
Coordenador de Rondônia nos anos de 2008 a 2012

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Hemoterapia e Medicina Transfusional. Orientador: Prof. Dr. Ivan de Lucena Angulo.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

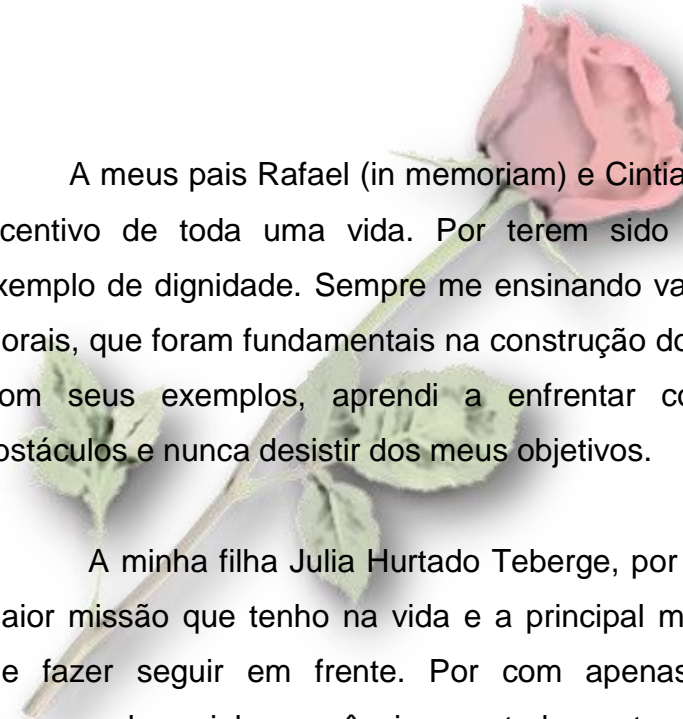
Instituição \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



A meus pais Rafael (in memoriam) e Cintia Hurtado pelo incentivo de toda uma vida. Por terem sido sempre meu exemplo de dignidade. Sempre me ensinando valores éticos e morais, que foram fundamentais na construção do meu caráter. Com seus exemplos, aprendi a enfrentar com garra os obstáculos e nunca desistir dos meus objetivos.

A minha filha Julia Hurtado Teberge, por representar a maior missão que tenho na vida e a principal motivação para me fazer seguir em frente. Por com apenas cinco anos compreender minha ausência em toda parte presencial do curso.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Ivan de Lucena Angulo, pela orientação, dedicação, incentivo e carinho.

Ao Dr. Orlando José de Souza Ramires, pela oportunidade, confiança e total apoio a minha participação do curso e execução deste trabalho.

Ao Ministério da Saúde pelo constante incentivo ao aprendizado e recursos que propiciaram a minha participação do curso.

A Profa. Dra. Eugênia Maria Amorim Ubiali pela coordenação de todas as atividades do curso de mestrado.

A Sra. Elaine Teresinha Faria de Sousa pelo carinho com que nos acolheu e por sua constante presença em todos os nossos encontros do curso.

Aos docentes do curso de Mestrado Profissional em Hemoterapia, pelas importantes informações compartilhadas.

A colega de curso e querida amiga Maria Eny Vargas Queiroz, pela boa vontade, atenção, revisão de texto e sugestões.

A colega de trabalho, chefe do serviço de enfermagem do meu Hemocentro e querida amiga Maria Ivaneide de Souza, que de forma desprendida, me apoiou e incentivou de diversas formas em todas as etapas deste processo, sempre com muita atenção e carinho desde a concepção inicial do projeto.

Aos colegas de trabalho Jolmar Faria Ribeiro e Emília Garcês dos Santos pela ajuda, disponibilidade, atenção e incansável dedicação na montagem do banco de dados.

As enfermeiras Maria Irenir de Sousa e Kátia Junia Ferreira Lima Romano pela ajuda e receptividade durante a coleta de dados.

Ao Dr. Marcos Furtado Mendonça pela elucidação de dados do sistema de informática e o suporte técnico as minhas ausências do serviço, dando-me oportunidade de concluir este trabalho.

Aos representantes dos Hemocentros Coordenadores da Região Norte que contribuíram com seus dados estatísticos, importantes para a fundamentação regional do trabalho.

Ao Reverendo Ewerton Barcelos Tokashiki que com tanta sabedoria, me honra com seus contínuos ensinamentos e com a Epígrafe desta dissertação.

E principalmente a Deus, que guiou meus passos em todas as etapas da minha vida e deste trabalho.

Muito Obrigada!

"A vida sempre é algo frágil. Por isso, precisamos aceitar que tudo o que nos ocorre é uma longa lição de humildade. Existimos para servir e cuidar, mas acima de tudo, viver com dignidade para glória de Deus. Amar o outro não é um acidente, mas um processo intencional, planejado e responsável. A nossa vida somente terá significado se enriquecermos o outro com o amor que transcende as nossas necessidades. É a satisfação em Deus - Aquele que é amor - que tornará a nossa vida segura."

Reverendo Ewerton Barcelos Tokashiki



## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo a avaliação da eficácia do descarte subjetivo (DS) das bolsas de sangue no Hemocentro Coordenador de Rondônia, no período de 2008 a 2012, bem como seu impacto financeiro. Propôs-se identificar os critérios utilizados pelos triadores para a realização do descarte subjetivo; o perfil do doador encaminhado ao DS, à inaptidão sorológica para o DS e para os votos de auto - exclusão confidencial (VAE). Utilizou-se o delineamento da pesquisa *ex post facto*, descritiva, baseando-se em dados retrospectivos, colhidos no banco de dados do Hemocentro Coordenador da FHEMERON; aplicação de um questionário aos profissionais da área de saúde que atuavam como triadores. Os resultados sobre os perfis dos doadores apresentaram-se semelhantes ao da Hemorrede Nacional descritos pelo boletim da ANVISA/2012, tendo como fonte o HEMOPROD da Hemorrede Nacional da Produção do Sangue, mas apresentando as peculiaridades das diferenças encontradas na Região Norte do país. Na análise de conteúdo realizado com os triadores 92,31% declararam que o entendimento que possuem do DS depende da “interpretação pessoal”; enquanto 7,69% afirmaram entender o DS como sendo “critérios pré-estabelecidos pelo setor de enfermagem”. Desta forma o estudo demonstrou a necessidade de se reformular a logística atual, implementando treinamentos e processos de capacitação relacionados à triagem clínica. Com relação à eficácia (10,63%), ficou demonstrado para os procedimentos estudados (DS e VAE) que estes não apresentaram evidências significativas. No aspecto financeiro: o estudo demonstrou que os procedimentos realizados estão gerando ônus desnecessários ao Hemocentro Coordenador de Rondônia.

Palavras-chaves: Captação de Doadores; Descarte subjetivo;  
Descarte por segurança; Doadores inaptos;  
Doadores falso-inaptos; Segurança transfusional.

## ABSTRACT

This study aimed at evaluating the effectiveness of the subjective disposal (SD) of the bags of blood at the Blood Center Coordinator of Rondônia, in the period 2008 to 2012, and its financial impact. It was proposed to identify the criteria used by sorters for the realization of subjective disposal; the donor profile sent to the SD, the serological ineligibility for the SD and for confidential unit exclusion (CUE). We used the research design ex post facto, descriptive, based on retrospective data collected in the database Blood Center Coordinator FHEMERON; a questionnaire to health professionals who worked as sorters. The results on the profiles of donors were similar to the National Hemorrede described by ANVISA Bulletin / 2012, having as source the HEMOPROD the National Blood Production Hemorrede, but showing the peculiarities of the differences found in the northern region of the country. Content analysis performed with the sorters 92.31% stated that the understanding they have of SD depends on the "personal interpretation"; while 7.69% said understanding the SD as "pre-established criteria by the nursing sector." Thus, the study showed the need to reformulate the current logistics, implementing training and training processes related to clinical screening. With regard to efficacy (10,63%) demonstrated for the study procedures (SD, and CUE) that they do not show significant evidence. In the financial aspect: the study showed that the proceedings are generating unnecessary burden to the Blood Center Coordinator of

Keywords: Donor funding; Subjective disposal; Disposal for safety;

Unsuitable donors; False unsuitable donors; Transfusion safety

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ABBS	Associação Brasileira de Banco de Sangue
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AntiHBc	Anticorpo contra o “core” do vírus da Hepatite B
Anti HCV	Anticorpo contra o vírus da Hepatite C
Anti HIV	Anticorpo contra o vírus da Imunodeficiência Humana
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AR	Alto Risco
AT	Agência Transfusional
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CF	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CH	Concentrado de Hemácias
CGSH	Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados
CP	Concentrado de Plaquetas
CS	Casado
CSE	Sistema Confidencial de Auto - exclusão
CUE	Confidential Unit Exclusion
DAHU	Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência
DI	Divorciado
DS	Descarte Subjetivo
EUA	Estados Unidos da América
FHEMERON	Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Rondônia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GESAC	Gerência de Sangue e Componentes
GGSTO	Gerência Geral de Sangue, Outros Tecidos, Células e Órgãos
HBsAg	Antígeno de Superfície do vírus da Hepatite B
HBV	Vírus da Hepatite B
HC	Hemocentro Coordenador
HCV	Vírus da Hepatite C

HEMOACRE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre
HEMOAP	Instituto de Hematologia e Hemoterapia do Amapá
HEMOPA	Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará
HEMORAIMA	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Roraima
HEMOTO	Centro de Hemoterapia e Hematologia de Tocantins
HEMOPROD	Sistema de Informação de Produção Hemoterápica
HEMOVIDA	Sistema de Gerenciamento em Serviços de Hemoterapia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HLA	Antígenos Leucocitários Humanos
HTLV	Vírus Linfotrófico de Células T Humanas
HR	Hemocentro Regional
MS	Ministério da Saúde
NAT	Teste de Ácidos Nucléicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OU	Outros
PLANASHE	Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados
PNIUH	Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRO - SANGUE	Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados
RO	Rondônia
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SD	Subjective Disposal
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados
SL	Solteiro
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VAE	Voto de Auto - exclusão Confidencial
VI	Viúvo

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descritores utilizados na revisão bibliográfica, nos bancos de dados eletrônicos: PubMed e BVS.	38
Quadro 2	Q1 - O que você entende por descarte subjetivo?	43
Quadro 3	Q2 - Quais critérios você usa para realizar um descarte subjetivo?	44
Quadro 4	Q3 - O setor de enfermagem realiza análise do índice mensal de descarte subjetivo?	45
Quadro 5	Q4 - Se realiza análise do índice, qual a periodicidade?	46
Quadro 6	Q5 - Você realiza um comparativo de seus DS com os resultados sorológicos?	47
Quadro 7	Q6 - Identifique cinco características que você observa no doador para realizar o Descarte Subjetivo (DS).	48

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição do total de candidatos à doação ao longo do período de 2003 a 2012 - GESAC/GGSTO, 2013 (Apêndice 8 A).	110
----------	---	-----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	DS - Grupo sanguíneo e fator Rh(D)	49
Tabela 2	Perfil do gênero do doador – DS	50
Tabela 3	Perfil do estado civil dos doadores – DS	50
Tabela 4	Perfil da faixa etária do doador – DS	51
Tabela 5	Perfil do tipo de doação de acordo com o doador – DS	51
Tabela 6	Perfil sorológico do doador encaminhado ao DS	52
Tabela 7	Perfil das unidades hemoterápicas descartadas por DS	52
Tabela 8	Descarte subjetivo por triador	53
Tabela 9	Sorologia positiva por triador –DS	54
Tabela 10	Sorologia positiva por triador –DS	55
Tabela 11	VAE - Grupo sanguíneo ABO/Rh(D)	56
Tabela 12	Perfil do gênero do doador - VAE	57

Tabela 13	Perfil do estado civil dos doadores - VAE	57
Tabela 14	Perfil da faixa etária do doador - VAE	58
Tabela 15	Perfil do tipo de doação de acordo com o doador - VAE	58
Tabela 16	Perfil sorológico do doador encaminhado ao VAE	59
Tabela 17	Perfil das unidades hemoterápicas descartadas por VAE	59
Tabela 18	Voto de auto - exclusão (VAE) por triador	60
Tabela 19	Sorologia positiva por triador	61
Tabela 20	Tabela de estimativa de custos com voto auto - exclusão	62
Tabela 21	Descarte subjetivo (DS) somado aos votos de auto - exclusão (VAE) no período de 2008 a 2012, com sorologia positiva.	63
Tabela 22	Descarte subjetivo (DS) somado aos votos de auto - exclusão (VAE), no período de 2008 a 2012.	63
Tabela 23	Percentual de hemocomponentes descartados do HC na FHEMERON em relação ao total de coletas realizadas no período de 2008 a 2012	64
Tabela 24	Estimativa de custos :descarte subjetivo (DS) somado aos votos de auto - exclusão (VAE) no período de 2008 a 2012	64
Tabela 25	Descartes dos Hemocentros Coordenadores da Região Norte no período de 2012.	79

Tabela 26	Tabela de dados do Hemocentro Coordenador da FHEMERON (APÊNDICE 10)	114
-----------	---	-----

### LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Interpretação das respostas da questão 1.	43
Gráfico 2	Interpretação das respostas da questão 2.	44
Gráfico 3	Interpretação das respostas da questão 3.	45
Gráfico 4	Interpretação das respostas da questão 4.	46
Gráfico 5	Interpretação das respostas da questão 5..	47
Gráfico 6	Interpretação das respostas da questão 6.	48
Gráfico 7	Evolução da taxa de fecundidade total, Brasil e grandes Regiões 1940 / 2000	75



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	20
1.1 SEGURANÇA TRANSFUSIONAL	23
1.1.1 Descarte Subjetivo (DS)	26
1.1.2 Voto de Auto - exclusão (VAE)	28
1.1.3 Triador	30
1.1.4 Doador	31
1.2 HEMORREDE NACIONAL	32
1.3 FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE RONDÔNIA – FHEMERON	33
1.3.1 Hemocentro Coordenador de Porto Velho/RO	34
1.4 OBJETIVO GERAL	35
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
<b>2 METODOLOGIA</b>	37
2.1 UNIVERSO DA PESQUISA	38
2.2 AMOSTRA PROBABILÍSTICA	39
2.3 ANÁLISE DE RISCOS	39
2.4 ENTREVISTAS COM OS TRIADORES	40
2.5 COLETAS DE DADOS	41
<b>3 RESULTADOS</b>	43
3.1 ENTREVISTAS COM TRIADORES	43
3.2 RESULTADOS DOS DADOS COLETADOS NA HC DA FHEMERON	49
3.2.1 Resultados dos dados do Descarte Subjetivo do HC da FHEMERON no período de 2008 a 2012.	49
3.2.2 Resultados dos dados do Voto de Auto - exclusão do HC da FHEMERON no período de 2008 a 2012.	56
3.2.3 Compilação dos resultados obtidos do descarte total das unidades hemoterápicas do HC da FHEMERON no período de 2008 a	

<b>2012.</b>	<b>63</b>
<b>3.2.4 Cálculo do percentual de inaptidão para o descarte realizado no HC da FHEMERON, no período de 2008 a 2012.</b>	<b>65</b>
<b>3.2.5 Cálculo da sensibilidade para o descarte realizado no HC da FHEMERON, no período de 2008 a 2012.</b>	<b>66</b>
<b>3.2.6 Cálculo da especificidade para o descarte realizado no HC da FHEMERON, no período de 2008 a 2012.</b>	<b>67</b>
<b>3.2.7 Cálculo da eficácia para o descarte realizado no HC da FHEMERON, no período de 2008 a 2012.</b>	<b>68</b>
<b>3.2.8 Cálculo dos testes de hipóteses: A) <math>H_1/H_{01}</math>; B) <math>H_2/H_{02}</math>; C) <math>H_3/H_{03}</math>; D) <math>H_4/H_{04}</math>; descarte realizado no HC da FHEMERON, no período de 2008 a 2012.</b>	<b>69</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b>	<b>71</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO 1 PARECER CONSUBSTÂNCIADO - PLATAFORMA BRASIL</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO 2 POPs DO SETOR DE ENFERMAGEM DO HEMOCENTRO COORDENADOR (HC) DA FHEMERON – TRIAGEM CLÍNICA</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO 3 DESENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA HEMORREDE DO ESTADO DE RONDÔNIA</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO 4 PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICES 1 RESPOSTAS/CÁLCULOS DOS TRIADORES AS ENTREVISTAS</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE 2 MODELO DE TABELA UTILIZADA PARA A COLETA DOS DADOS DOS DOADORES DO HC DA FHEMERON.</b>	<b>104</b>

<b>APÊNDICE 3 QUESTIONÁRIO APLICADO NOS TRIADORES DO HEMOCENTRO COORDENADOR DE PORTO VELHO/RO.</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE 4 SÍTIO TESTADOR DO NAT – SIT - NAT, COM PLATAFORMAS IMPLANTADAS E ROTINAS DE TESTES EM FUNCIONAMENTO</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE 5 LEGISLAÇÕES VIGENTES SOBRE A TRIAGEM CLÍNICA</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE 6 FLUXOGRAMA DA TRIAGEM CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA.</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE 7 LEGISLAÇÃO SOBRE COLETA DE SANGUE</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE 8</b>	<b>110</b>
<b>A) TOTAL DE CANDIDATOS À DOAÇÃO INFORMADOS PELOS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA – GESAC/GGSTO/2013</b>	<b>110</b>
<b>B) HEMORREDE NACIONAL - PORCENTAGEM DE DOADORES/ANO, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO NO PERÍODO DE 2008 A 2013</b>	<b>110</b>
<b>C) RONDÔNIA – PORCENTAGEM DE DOADORES/ANO, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO NO PERÍODO DE 2008 A 2013</b>	<b>111</b>
<b>D) PORTO VELHO – PORCENTAGEM DE DOADORES/ANO, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO, PERÍODO DE 2008 A 2013</b>	<b>111</b>
<b>E) GUAJARÁ-MIRIM/RO PORCENTAGEM DE DOADORES/ANO, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO, PERÍODO DE 2008 A 2013</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE 9 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE 10 DADOS DO HEMOCENTRO COORDENADOR DA FHEMERON</b>	<b>114</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na medicina transfusional o ciclo do sangue se inicia pela captação do doador. Os riscos, inerentes à transmissão de agentes infectocontagiosos pela transfusão de sangue e hemoderivados, podem ser consequentes de procedimentos inadequados, erros ou omissões dos profissionais envolvidos neste processo. Desta forma, a triagem clínica, considerada como a primeira etapa, necessita ser desenvolvida de forma cuidadosa e criteriosa por parte dos profissionais de saúde engajados: os *triadores*, respeitando e executando as diretrizes das normas e legislações brasileiras específicas ao contexto - a medicina transfusional<sup>1, 2, 3, 4</sup>.

A hemoterapia brasileira, como consequência do surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na década de 1980, levou o Ministério da Saúde a implantar uma nova política e gestão na área da saúde voltada para a hemoterapia nacional, através da criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados – PRO - SANGUE, Portaria nº 07 de 30 de abril de 1980. Este programa foi caracterizado pela adoção de novas tecnologias visando minimizar os riscos transfusionais, especialmente quanto à prevenção da disseminação de agentes infectocontagiosos; objetivando dotar o país de uma estrutura (Hemocentros Estaduais) capaz de garantir sangue em quantidade e qualidade<sup>5</sup>.

Entretanto, de acordo com Wanderley *et al.* (1993), somente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a premissa de que “é dever do Estado prover os meios para um atendimento hematológico e hemoterápicos de acesso universal e de boa qualidade”, que a política nacional do sangue tomou novos rumos<sup>8</sup>.

Com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, o reconhecimento em seu Artigo 199 § 4º e da Lei 8.080/1990 que regulou em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde e apresentou o Sistema Único de Saúde - SUS à saúde, os caminhos da hemoterapia no Brasil adotaram novos rumos, muito mais criteriosos e preocupados com a práxis, sendo uma das principais causas motivadoras pelas novas diretrizes, as consequências do surgimento da AIDS no território nacional<sup>9, 10</sup>.

Decorrente desses movimentos mudou-se politicamente a visão da saúde em âmbito nacional, culminando em 1990 com a criação da Agência Nacional de

Vigilância Sanitária – ANVISA, pelo Ministério da Saúde. Foi a partir da evolução dos trabalhos realizados pela ANVISA que se originaram as principais legislações que regulamentaram e normatizaram a utilização do sangue no território nacional.

A transfusão de hemocomponentes e hemoderivados são procedimentos que não são isentos de riscos, desta forma, a preocupação com a qualidade do sangue doado, a segurança transfusional, tornou-se uma das principais preocupações dos profissionais que atuam nesta área da saúde.

Carrazone *et al.* (2004) definiu segurança transfusional “como o conjunto de medidas quantitativas e qualitativas adotadas que visam um menor risco aos doadores e receptores de sangue, além da garantia de estoques estratégicos de sangue capazes de atender à demanda transfusional”<sup>11</sup>.

A doação de sangue deve ser altruísta, voluntária e não gratificada direta ou indiretamente, entretanto, a busca por doadores espontâneos, benévolos, altruístas e habituais é um desafio constante para os serviços de hemoterapia brasileiros<sup>12, 13</sup>.

A primeira etapa, após a captação do candidato a doação, reporta-se a triagem clínica e a triagem laboratorial que corresponde à participação do candidato a doação em uma entrevista com um profissional capacitado da área de saúde – o triador, que irá lhe aplicar um questionário<sup>4</sup>.

Na fase de análise epidemiológica dos candidatos a doação, o triador procura conscientizá-los sobre a importância da veracidade das suas respostas, assim como sua responsabilidade sobre as mesmas, conforme regulamenta a Portaria/MS nº. 2.712/2013 e a RDC nº 34/2014 da ANVISA/MS. Apresenta e explica-lhe, ainda durante esta etapa de triagem, caso se identifique em alguma situação de risco que não informou ao triador, de que ele pode se utilizar do voto de auto - exclusão confidencial - VAE (confidential unit exclusion – CUE, nos EUA), consistindo este em uma alternativa onde ele pode optar por excluir sua doação da finalidade transfusional, mesmo já tendo sido realizada a coleta da bolsa de sangue<sup>4, 13</sup>.

Segundo Eder (2011, p.330), a opção do voto de auto – exclusão confidencial foi introduzida na década de 1980 como uma forma de reduzir o risco de contaminação através da transfusão do vírus da AIDS. Em seu artigo relata que um dos problemas gerados por este procedimento decorre da dificuldade de se entender de forma clara qual o seu real objetivo, por parte dos candidatos a doação o que

gera sua utilização de forma inadequada, tendo como consequência o desperdício de muitas doações seguras <sup>14</sup>.

Doar sangue também é um ato responsável, porque, na entrevista que antecede a doação o doador já indica a qualidade do sangue, o que poderá ser confirmado posteriormente (2011, p.330) <sup>14</sup>.

O sangue coletado, após análise sorológica, se aprovado é encaminhado para uso dos pacientes que dele necessitam e se reprovado, deve ser descartado. Entretanto, há casos em que o entrevistador baseado em uma *impressão subjetiva* – realiza o *descarte subjetivo* – DS ou também denominado de *descarte por segurança*, tornando o doador um *falso apto*. Devido a *suspeita de risco*, o entrevistador-triador aceita a doação de sangue, mas bloqueia sua utilização, tornando o doador *inapto* sem sua autorização prévia e em nenhum momento da doação, o doador fica ciente de que o sangue que está doando será descartado, independentemente do resultado da sorologia <sup>11</sup>.

Quando da entrevista, junto ao candidato a doação, e durante este procedimento, o triador depara-se com algumas barreiras à utilização do sangue que podem comprometer a segurança transfusional, barreiras estas baseadas em uma impressão subjetiva, pois enquanto não se tem os resultados dos exames sorológicos, ele não tem como confirmar esta “impressão”.

São considerados pelo triador como motivos que o levam a considerar a possibilidade do uso do “descarte subjetivo” as seguintes barreiras: omissões de informações, informações discordantes, constrangimento em fornecer informações consideradas íntimas, aspectos pessoais apresentando falta de higiene (unhas e cabelos sujos, barba por fazer, olhos avermelhados, nariz com coriza, roupas sujas e amassadas), comportamento expressando nervosismo (demonstrando inquietação, não ficando sentado direito, olhos revirando pela sala sem focalizar o triador, dispersão de ideias) <sup>11, 47</sup>.

O triador ao observar estes detalhes no candidato à doação contra indica a doação e origina o *falso apto*, anotando na ficha do doador que a bolsa deve ser descartada; contudo, o doador é encaminhado para a coleta, seu sangue é colhido originando uma bolsa de sangue total, são colhidas as amostras para a realização de todos os testes sorológicos; mas esta bolsa terá como destino o descarte.

Este processo é interno aos hemocentros, não está descrito nas legislações vigentes, é realizado como mais uma medida de segurança e o doador não é informado; motivo pelo qual ele pode vir a retornar para futuras doações.

O descarte da bolsa de sangue total seja por descarte subjetivo, seja por voto de auto - exclusão quando corroborado por constatação de uma sorologia reagente ou inconclusiva, caracteriza uma medida de segurança transfusional eficaz; porém, quando o contrário se comprova, automaticamente questiona-se dos custos, do desperdício financeiro com insumos, materiais e equipamentos de alto custo para a instituição sem enfatizar neste momento que o sangue humano não tem preço, mas tem uma premente necessidade de utilização.

Diante do exposto, questionou-se se o descarte de bolsas de sangue total através de votos de auto - exclusão confidencial e descarte subjetivo, por sua subjetividade e forma como são adotados no Hemocentro Coordenador de Rondônia, poderiam estar gerando um agravo financeiro que poderia ser evitado.

## 1.1 SEGURANÇA TRANSFUSIONAL

Segundo Frossard (2003), a Hemoterapia é uma especialidade regida por rigorosos regulamentos técnicos, porém, sua evolução foi fortemente influenciada pela lógica do lucro em detrimento da qualidade dos serviços prestados para a população <sup>16</sup>.

Da década de 1930 até 1950, basicamente nenhuma legislação foi publicada sobre hemoterapia. Em 27 de março de 1950 foi sancionada a Lei Federal nº 1.075, pelo Presidente Eurico Gaspar Dutra, considerada a primeira lei sobre hemoterapia em território nacional, porém os serviços de hemoterapia público e privados somente começaram a seguir as regulamentações a partir da Lei nº 10.025 promulgada em 2001 <sup>17, 18, 21</sup>.

As principais normativas que surgem no cenário da medicina transfusional, como produtos de uma interligação de forças políticas, sociais econômicas, até a atualidade foram <sup>19</sup>:

- Lei Federal nº 7.649 de 25 de janeiro de 1988, que estabeleceu a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, estipulando assim, os critérios que iriam permitir a rastreabilidade dos doadores <sup>20</sup>;
- Resolução nº 9 CIPLAN de 13 de outubro de 1987, que determinou as normas relativas ao controle de qualidade das doenças infecciosas transmitidas pelo sangue, devido ao aumento dos registros de incidências da AIDS <sup>21</sup>;
- Portaria nº 721 MS/GM de 9 de agosto de 1989 que aprovou de forma sistemática, pela primeira vez, as normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados <sup>22</sup>;
- Portaria nº 1.376 de 19 de novembro de 1993 que alterou e atualizou a Portaria nº 721 MS/GM/1989, com relação às normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados <sup>23</sup>;
- Portaria MS nº 2.009, de 4 de outubro de 1996 que complementou os termos da Portaria GS/MS nº 1.376/93, com relação às normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados <sup>23, 24</sup>;
- Portaria nº 127 de 08 de dezembro de 1995 do SNVS/MS, que instituiu o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas – PNIUH. Esta portaria apresentou em seu conteúdo o objetivo para a execução das inspeções para avaliar a qualidade dos processos nas Unidades Hemoterápicas existentes no País; identificando os diferentes tipos de unidades hemoterápicas com seus respectivos graus de complexidade, tornando-se um dos mecanismos fundamentais para a garantia de qualidade dos seus produtos <sup>25</sup>;
- Resolução da ANVISA - RDC nº 343, de 13 de dezembro de 2002, que aprovou o Regulamento Técnico para a obtenção, testagem, processamento e Controle de Qualidade de Sangue e Hemocomponentes para uso humano <sup>26</sup>;



- Portaria nº 112/GM em 29 de janeiro de 2004, que publicou a implantação, no âmbito da Hemorrede Nacional, da realização dos testes de amplificação e detecção de ácidos nucléicos (NAT), para HIV e HCV <sup>64</sup>;
- Resolução – RDC nº 153, de 14 de junho de 2004, que determinou as atualizações do regulamento técnico para os procedimentos hemoterápicos, relacionados: a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea <sup>28</sup>;
- Portaria nº 1.737, de 19 de agosto de 2004, que estabeleceu as diretrizes do fornecimento do sangue e hemocomponentes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o respectivo ressarcimento de seus custos operacionais, em atendimento a rede pública e privada <sup>27</sup>;
- Resolução - RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010, que determinou o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais <sup>3</sup>;
- Portaria/MS nº 1.353, de 13 de junho de 2011, que aprovou o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos <sup>30</sup>;
- RDC nº 51, de 7 de novembro de 2013, alterou a redação do art. 89 da RDC nº 57/2010, colocando como obrigatório em todo o território nacional a utilização de testes laboratoriais de triagem de alta sensibilidade, para avaliação epidemiológica do doador de sangue, independente de resultados em doações anteriores <sup>31</sup>;
- Resolução RDC nº 34 de 11 de junho de 2014, que aprovou o novo o Regulamento Sanitário em substituição a RDC nº 57/2010, estabelecendo os requisitos para as boas práticas, nos serviços de hemoterapia, que desenvolvam atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue e para serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais; incluindo captação de doadores, coleta, processamento, testagem, controle de qualidade e proteção ao doador e ao

receptor, armazenamento, distribuição, transporte e transfusão em todo o território nacional <sup>13</sup>;

A segurança transfusional apoia-se não somente nos aspectos normativos da manipulação do sangue humano, mas nos procedimentos aos quais estão inseridos os profissionais que realizam os processos, os doadores que solidariamente realizam a doação e o receptor-paciente que se beneficia do produto final. Muitos outros aspectos podem ser arrolados no estudo da segurança transfusional, porém nesta pesquisa direcionamos nosso foco ao descarte subjetivo (DS) e ao voto de auto - exclusão confidencial (VAE).

### **1.1.1 Descarte Subjetivo (DS)**

O descarte subjetivo (DS) ou descarte por segurança surge a partir da década de 1980 como uma das consequências do advento da AIDS no mundo. Nesta época desconhecia-se como a AIDS era contraída e qual era o seu tempo de janela imunológica <sup>35</sup>.

Observa-se que nas normativas publicadas até a atualidade, quando se referem à seleção do doador ou doação de sangue, o voto de auto - exclusão é um tópico constante e citado em todas; porém em nenhuma delas encontra-se qualquer referência relacionada ao descarte subjetivo ou descarte por segurança, confirmando assim que este é um procedimento interno e de deliberação da unidade de serviço hemoterápico.

Langhi *et al.* (1998), desenvolveu um estudo com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico de um grupo de doadores considerados de *alto risco* (AR) para positividade sorológica – HIV positivo. Entre os aspectos estudados, considerou a utilização de um critério subjetivo de exclusão do candidato, além do questionário padrão, para ser utilizado durante a triagem, e da possibilidade de torná-lo reprodutível em outros serviços. Considerou como critérios subjetivos: respostas duvidosas; dúvida quanto ao comportamento sexual; não esclarecimento quanto à caracterização de AR; dúvida quanto ao comportamento sexual do parceiro; comportamento duvidoso durante a entrevista; interesse em exames; suspeita de uso de drogas; suspeita de transfusão de sangue. Concluiu neste estudo que os

doadores identificados como AR, apresentavam significância estatística entre os doadores com sorologia positiva, concluindo assim que o uso do critério subjetivo apresentava eficácia, sendo o motivo “respostas duvidosas” o de maior índice de positividade, 80,5% <sup>37</sup>.

Ferreira (2009) definiu por descarte subjetivo “a decisão de autorizar a doação, mas solicitar o descarte da bolsa doada por considerar que as informações fornecidas pelo doador durante a entrevista não foram confiáveis; o doador desconhece a decisão do triador” <sup>38</sup>.

Gonzaga (2007) defende que existem diferentes fatores que podem intervir na segurança transfusional; minimizar os riscos inerentes corresponde a uma parte do conjunto de responsabilidades dos serviços de hemoterapia: “A seleção apropriada de doadores, o uso de testes de seleção sensíveis e aplicação de um sistema de garantia de qualidade imperativo, são essenciais para manter a segurança da fonte do sangue”; acrescenta que a triagem clínica e epidemiológica realizadas por profissionais competentes e comprometidos com a ética tornando desnecessário o descarte subjetivo <sup>35</sup>.

Gonzaga; Almeida e Anjos (2008) consideram o descarte subjetivo “um artifício que fere os princípios éticos do ser humano”, apoiando seus argumentos no fato de que o DS promove a formação de grupos vulneráveis, pela falta de veracidade e utilização de preconceitos; conseqüentemente, tolhendo a autonomia do doador <sup>39</sup>.

O uso do descarte subjetivo gera dois grandes conflitos, ambos de caráter ético e psicossocial. De um lado encontra-se o triador, profissional de nível superior habilitado e capacitado que se vê diante a realidade da responsabilidade de liberar um candidato à doação para a coleta, quando por “impressão subjetiva”, não confia na segurança do sangue que será doado, pois considera que as informações fornecidas pelo doador não são confiáveis. Do outro lado está o doador que por não ser informado sobre o descarte subjetivo, retorna outras vezes para doar e, compromete tanto a si próprio se expondo a riscos que são pertinentes em qualquer doação, quanto aos profissionais que atuam na coleta, com riscos de uma possível contaminação <sup>35, 39</sup>.

### 1.1.2 Voto de Auto - exclusão (VAE)

O voto de auto - exclusão - VAE (confidential unit exclusion – CUE, EUA) é considerado como uma estratégia que permite ao doador, de forma confidencial, manifestar suas dúvidas quanto à qualidade de sua doação, solicitando a exclusão da unidade doada e desta forma, contribuindo para a segurança transfusional <sup>40</sup>.

O VAE surge nos EUA durante a década de 1980, mas somente no período de 1986 é que ele se tornou obrigatório sendo que, seis anos após sua implantação em 1992, ele foi suspenso, pois se verificou que embora a positividade para DTT (doença transmissível por transfusão) seja alta, apresentam sensibilidade e especificidade baixas já que o período da janela imunológica é muito curto <sup>40</sup>.

Na literatura internacional, atualmente a manutenção do VAE/CUE está sendo questionada, devido à introdução dos testes de amplificação e detecção de ácidos nucleicos - HIV e HCV (método qualitativo) – NAT; que permitiu a diminuição do período de janela imunológica e em conjunto com os testes sorológicos, acrescenta um nível extra de segurança transfusional e qualidade uma vez que as técnicas se complementam <sup>42</sup>.

No Brasil, o VAE foi introduzido nos Serviços de Hemoterapia em 2002 com a publicação da RDC nº 343; porém, tornando-se obrigatório, somente a partir da RDC nº 153 de 2004. A partir da RDC nº 57 de 2010, o voto de auto - exclusão tornou-se opcional, sendo a decisão de utilizá-lo uma prerrogativa de cada serviço <sup>3, 26, 28</sup>.

Em 2010 a ANVISA registrou o Kit do NAT HIV/HCV brasileiro, desenvolvido por Bio-Manguinhos/FIOCRUZ. A introdução da técnica do NAT em território nacional necessitou do desenvolvimento de equipamentos altamente especializados e de um plano gestor para a validação do processo. Desde junho de 2013, as 14 plataformas iniciais: Santa Catarina – Hemosc; Pernambuco – Hemope; Rio de Janeiro – Hemorio; São Paulo – Fundação Pró-Sangue - FPS; Brasília – Fund. Hemocentro de Brasília -FHB; Minas Gerais – Hemominas; São Paulo – Hemocentro da Unicamp; São Paulo – Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto -Fundherp; Paraná – Hemepar; Pará – Hemopa; Manaus – Hemoam; Fortaleza – Hemoce; Campo Grande – Hemosul; Salvador – Hemoba estão funcionando de

acordo com o cronograma de implantação gradativa iniciado em 2011. O NAT tornou-se obrigatório em todo território nacional, a partir da RDC nº 51 de 07 de novembro de 2013. Cada polo responde por vários serviços de coleta, pois 100% das bolsas liberadas para transfusão tem que obrigatoriamente ter suas amostras testadas pela tecnologia NAT. O Nat é utilizado em conjunto com as técnicas laboratoriais sorológicas (APÊNDICE 4) <sup>31, 43</sup>.

Kasraiani & Tavasoli (2010) em um estudo sobre comparar as características demográficas e os resultados dos testes para HIV, Hepatite B e Hepatite C entre os doadores da Shiraz Blood Transfusion Organization, sul do Irã, no período de março de 2006 a março de 2008, concluíram que a utilização do sistema confidencial de auto - exclusão (CSE)<sup>1\*</sup> demonstrava a ocorrência de maior prevalência em exames com resultados positivos entre os doadores que optaram por se utilizar do CSE quando comparados com prevalência em exames com resultados positivos entre doadores que optaram por não se utilizar do CSE. Desta forma concluíram que o CSE é uma ferramenta útil para melhorar a segurança do sangue <sup>44</sup>.

O voto de auto - exclusão (VAE)<sup>\*1</sup> é mais uma das medidas preventivas utilizadas pela hemorrede nacional em prol da segurança e qualidade transfusional.

Almeida-Neto *et al.*(2011), pesquisou as implicações na mudança da política do uso do CUE (VAE), entre doadores de sangue em São Paulo através do estudo das características demográficas e da prevalência sorológica entre estes doadores, no período de junho de 2007 a julho de 2009 <sup>45</sup>.

Quando cruzado os dados com os resultados da triagem sorológica, verificaram no descarte de bolsa, que somente 3,6% de unidades descartadas eram devido ao uso do CUE contra 96,4% das outras unidades descartadas com resultados positivos. Desta forma, concluíram que o CUE apresentava modesta utilidade para a segurança transfusional; assim sendo, deliberaram a favor da interrupção da utilização do CUE <sup>45</sup>.

Diversas e diferentes são as opiniões dos pesquisadores com relação à manutenção do VAE a partir da implantação do NAT. Cabe a cada serviço fazer a opção de manter ou interromper o VAE em sua unidade. Na RDC nº 34 de junho de

---

\*1 **Voto de auto - exclusão – VAE** é reconhecido na literatura pelas seguintes nomenclaturas: no Brasil – VAE - voto de auto - exclusão; Estados Unidos das Américas (EUA) – confidential unit exclusion – CUE, e no sul do Irã de confidential system for self exclusion – CSE.

2014, em seu art. 29 expressa: “O serviço de hemoterapia pode oferecer ao doador a oportunidade de se auto excluir, de forma confidencial ”<sup>14, 40, 41</sup>.

### 1.1.3 Triador

Na terapia transfusional a segurança e a qualidade no manuseio do sangue e hemocomponentes devem ser priorizados em todo o processo, desde a captação dos doadores até sua administração no receptor, e esta excelência de qualidade também está diretamente relacionada à capacitação dos profissionais envolvidos.

A Triagem Clínica corresponde a uma das etapas de seleção do candidato a doação de sangue. Compreende todo um processo que tem como objetivo a seleção de doadores em condições adequadas de saúde, de forma a minimizar os riscos relacionados à possibilidade de transmissão de doenças infecto contagiosas transmitidas através da transfusão e, assim, proteger tanto os doadores, quanto os pacientes.<sup>32, 46,47</sup>

Na entrevista clínica é fundamental o papel que exerce o profissional “triador”. Este deve ser treinado e capacitado, apresentar habilidade e sensibilidade para analisar as informações que o doador lhe fornece, além de possuir conhecimentos técnicos atualizados. Deve manter uma postura ética que se expressa, principalmente, no respeito pelo candidato, na ausência de preconceitos e no sigilo profissional (APÊNDICE 5)<sup>47</sup>.

Segundo Queiroz (2013), capacitação corresponde a um conjunto de ações pedagógicas vinculadas ao planejamento institucional visando o desenvolvimento integral dos profissionais enquanto sujeitos no processo de trabalho e na carreira, para melhor desempenharem suas atividades. Ou seja, permite o aprofundamento da formação inicial do profissional, atualizando-o sobre inovações conceituais, metodológicas e tecnológicas relacionadas às atividades que exercem. Como também é um instrumento de conscientização a fim de tornar o profissional mais responsável no exercício de sua função e comprometido com o resultado final, pois dentro de um contexto fragmentado de produção é fácil perder a visão do processo global e não dar a devida atenção aos erros considerados erroneamente pequenos

O algoritmo que descreve a evolução da recepção do doador ao momento em que ele recebe os resultados dos exames realizados nas amostras coletadas durante a doação está descrito no fluxograma apresentado no Apêndice 6.

#### 1.1.4 Doador

Doador é pessoa que solidariamente e altruisticamente aceita doar seu sangue para beneficiar um terceiro que pode ser um parente próximo, um amigo ou mesmo um desconhecido. Ele, voluntariamente comparece para realizar sua doação, motivada por um processo de captação pontual ou por um processo de captação contínuo, neste caso, esta motivação transforma-se num comportamento culturalmente absorvido por uma população, como o que ocorre na França que a população tem por hábito comparecer aos Serviços de Hemoterapia para doar no dia do seu aniversário. As motivações pontuais decorrem, normalmente, da necessidade de socorrer uma pessoa próxima que está necessitando de uma transfusão, ele espontaneamente aceita participar do processo e doa. Este tipo de doador é classificado como **doador de reposição**, pois ele estará doando para repor a unidade transfundida em seu familiar ou amigo. Outra motivação do tipo pontual, estará relacionada aos grandes acidentes, fenômenos da natureza, problemas políticos como atos terroristas ou guerras, campanhas específicas direcionadas para um determinado evento, como por exemplo, o dia do doador; que através de um processo de captação divulgado pela mídia leva o doador a se sentir mobilizado e a decidir doar, ou seja, ele foi conscientizado da necessidade de contribuir para o bem estar da população ou de alguém, que não necessariamente é uma pessoa próxima ou mesmo conhecida. Quando ela comparece ao Serviço de Hemoterapia pela primeira vez, ele recebe a denominação de **doador de 1ª vez**<sup>4, 46, 49</sup>.

Nos Serviços de Hemoterapia se encontra toda uma equipe treinada e capacitada para lhe prestar todas as informações pertinentes ao ato de doar e a segurança transfusional; tanto direcionada ao próprio doador como para os pacientes-receptores dos hemocomponentes, incluindo-se também o próprio profissional responsável pelo desenvolvimento dos processos que serão originados por esta doação. Neste processo de conscientização da importância do sangue para

salvar vidas, este doador pode ser motivado a retornar e quando ele retorna eventualmente ele será denominado de **doador esporádico**, mas quando ele retorna em um prazo contínuo ao longo do ano, ele passa a ser considerado um **doador fidelizado**, pois se for homem ele comparece até 4 vezes ao ano e se for mulher ela poderá retornar até 3 vezes ao ano <sup>4, 46, 49</sup>.

Encontra-se entre os tipos diferentes de motivação para doar, aquela surgida pelo prazer incondicional que algumas pessoas têm em contribuir para ajudar o próximo. Este tipo de pessoa, que se prontifica a doar mesmo sem ter participado de uma campanha ou para ajudar alguém conhecido, recebe a denominação de **doador espontâneo** (APÊNDICE 7) <sup>4, 46, 49</sup>.

## 1.2 HEMORREDE NACIONAL

A Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – CGSH/DAHU/SAS/MS *“propõe orientações para a adoção de medidas gerenciais relacionadas aos estoques de sangue e seus derivados; ações preventivas na ocorrência de grandes eventos e ações corretivas em situações adversas”*<sup>50</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS é necessário, que pelo menos 3% da população nacional doe sangue para que a demanda possa ser atendida, respeitando as diferenças e complexidades regionais <sup>50</sup>.

A Hemorrede Nacional é coordenada pelo Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados – SINASAN em parceria com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS <sup>46</sup>.

Esta parceria associada ao Sistema Nacional de Informação da Produção Hemoterápica – HEMOPROD fornece, anualmente, desde sua criação pela ANVISA através de informações que possibilitam o monitoramento, aprimoramento e desenvolvimento dos mecanismos regulatórios para os serviços de hemoterapia <sup>51</sup>.

O HEMOPROD, desde sua implantação, passou por diversas dificuldades operacionais e gerenciais para captação das informações; o que ocasionou a perda de credibilidade dos dados informados no período de 2003 a 2009 <sup>52</sup>.



Embora o Ministério da Saúde esteja disponibilizando todo o apoio a Hemorrede Nacional através da CGSH/DAHU/SAS, devido as grandes distâncias que separam todo o território brasileiro, além da complexa diversidade geográfica, inúmeros, ainda são os problemas encontrados para que as instalações informatizadas estejam funcionando de acordo com o desejado e programado, desde 2001. Desta forma o HEMOPROD ainda enfrenta grandes problemas operacionais<sup>52</sup>.

A evidência desse problema verifica-se ao se analisar a evolução da distribuição do números de candidatos à doação informados pelos Serviços de Hemoterapia: em 2003 – 2.773.604; 2004 – 1.972.102; 2005 – 1.397.030; 2006 – 1.135.213; 2007 – 1.047.919; 2008 - 707.464; 2009 – 560.054; quando comparados aos dados de 2010 a 2012: 2010 – 3.970.792; 2011 – 4.094.233 e 2012 – 3.391.221 (APÊNDICE 8 A).<sup>52</sup>

De acordo com a Hemorrede Nacional de 2008 a 2013, o percentual de doadores por ano em relação á população estimada no período foi, respectivamente: 2010 – 2,08%; 2011 – 2,13%; 2012 – 1,75% e 2013 – 1,80%, sendo que em 2008 e 2009 este percentual não foi calculado (APÊNDICE 8 B)

### 1.3 FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO ESTADO DE RONDÔNIA – FHEMERON

A FHEMERON tem em seu Plano Diretor (2011) fixado por missão assegurar a oferta de sangue e hemocomponentes, com garantia de qualidade e prestar atendimento ambulatorial aos pacientes portadores de doenças benignas do sangue, além de garantir o acesso aos medicamentos estratégicos imprescindíveis a estes, de forma a cumprir as diretrizes do Sistema Nacional de Sangue (SINASAN)<sup>53</sup>.

Em consonância com a Secretaria Estadual de Saúde e com a finalidade de estimular o ordenamento territorial no processo de regionalização e estruturar a rede hemoterápica dos serviços públicos para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS estabeleceu a divisão da Hemorrede em 07 (sete) Polos Regionais instituídos nos municípios de Porto Velho, Guajará-Mirim, Ariquemes, Ji-Paraná, Cacoal, Vilhena e Rolim de Moura.

A Hemorrede Estadual está composta por 01 Hemocentro Coordenador (HC), 01 Hemocentro Regional (HR), 05 Unidades de Coleta e Transfusão (UCT) e 31 Agências Transfusionais (AT) – sendo que 03 estão instaladas no município de Porto Velho (ANEXO 3).

De acordo com a Hemorrede de Rondônia de 2008 a 2013, o percentual de doadores por ano em relação à população estimada no período foi, respectivamente: 2008 – 2,09%; 2009 – 2,12%; 2010 – 2,02%; 2011 – 2,18%; 2012 – 1,90% e 2013 – 1,99% (APÊNDICE 8 C).

### **1.3.1 Hemocentro Coordenador de Porto Velho/RO**

Localizado na capital do Estado de Rondônia – Porto Velho situa-se no Polo Regional 01, abrangendo os municípios de Candeias do Jamary, Itapoã D'Oeste e o Distrito de Extrema.

Atua prestando assistência e apoio legal e hematológico à rede de serviços de saúde. Colabora, com seus serviços, nas áreas que se propõem ao ensino e pesquisa; assim como fornece o apoio necessário à Secretaria de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, além de ser, estrategicamente responsável pela formação de recursos humanos, prestar controle de qualidade de hemocomponentes, suporte técnico e integração das instituições hemoterápicas públicas e filantrópicas. Considerado como polo de alta complexidade em conformidade com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados – SINASAN, no Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE e em sintonia com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

De acordo com a Hemorrede de Porto Velho/RO de 2008 a 2013, o percentual de doadores por ano em relação à população estimada no período foi, respectivamente: 2008 – 3,65%; 2009 – 3,63%; 2010 – 3,28%; 2010 – 3,28%; 2011 – 3,26%; 2012 – 2,80% e 2013 – 2,88% (APÊNDICE 8 D).

De acordo com a Hemorrede de GUAJARÁ-MIRIM/RO de 2008 a 2013, o percentual de doadores por ano em relação à população estimada no período foi, respectivamente: 2008 – 3,80%; 2009 – 3,71%; 2010 – 2,05%; 2011 – 3,13%; 2012 – 3,18; 2013 – 2,88% (APÊNDICE 8 E).

A unidade de coleta e transfusão (UCT) de Guajará-Mirim /RO foi “considerado um dos municípios de baixo grau de complexidade na área de saúde, essencialmente no que se refere ao fator sangue”. Executa os serviços de captação, triagem clínica, coleta e exames imunohematológicos.

Procedia no período do estudo o fracionamento das bolsas coletadas pelo processo mecânico de sedimentação espontânea; testes imunohematológicos nas amostras dos doadores de sangue; porém, a triagem epidemiológica/laboratorial dos marcadores para as doenças infectocontagiosas são enviadas para realização no Hemocentro Coordenador de Porto Velho/RO – FHEMERON.

No período de 2010 e 2011, devido a problemas operacionais, as bolsas coletadas na UCT de Guajará-Mirim foram processadas no HC da FHEMERON.

No processo de coleta observa-se que os doadores podem ser classificados em aptos ou inaptos. Os critérios que classificam o doador a ser inapto dependem de fatores relacionados ao processo da triagem clínica epidemiológica. Quando ele esta inapto temporário ou definitivo, antes da coleta, não impacta financeiramente a unidade coletora considerando-se a segurança transfusional e a qualidade do produto; porém, quando o critério relaciona-se ao descarte, e este ocorre após a coleta, nestes casos se encontram o descarte subjetivo, o descarte por voto de auto - exclusão, o descarte por sorologia positiva e o descarte por motivos adversos que levam a interrupção do processo de coleta ou a perda da unidade coletada durante o processo de fracionamento gerado por problemas operacionais relacionados: ao profissional que manipula a bolsa; ao equipamento utilizado na manipulação da bolsa, e ao próprio material do qual foi fabricado a bolsa. Em todos esses descartes, encontram-se implícitos prejuízos financeiros para as unidades de coleta.

#### 1.4 OBJEIVO GERAL

Avaliar a eficácia do descarte subjetivo no Hemocentro Coordenador de Rondônia nos anos de 2008 a 2012, bem como seu impacto financeiro relacionado aos custos das bolsas de sangue total, coletadas e descartadas.

## 1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar os critérios utilizados pelos triadores envolvidos na triagem clínica-epidemiológica para optarem pelo descarte subjetivo;
2. Descrever o perfil sorológico das bolsas de sangue descartadas pelo descarte subjetivo;
3. Descrever o perfil sorológico das bolsas de sangue descartadas pelo voto de auto - exclusão;
4. Comparar os resultados da sorologia das bolsas de sangue descartadas pelo descarte subjetivo com os resultados da sorologia das bolsas de sangue descartadas pelo voto de auto - exclusão;
5. Demonstrar a efetividade dos métodos de descarte de bolsas de sangue pelo descarte subjetivo;
6. Demonstrar a efetividade dos métodos de descarte de bolsas de sangue por voto de auto - exclusão;
7. Analisar se há impacto financeiro no descarte subjetivo de bolsas de sangue no estoque regulador do Hemocentro Coordenador de Rondônia;
8. Analisar se há impacto financeiro no descarte de bolsas de sangue por voto de auto - exclusão no estoque regulador do Hemocentro Coordenador de Rondônia.

Esta dissertação se propõe a contribuir com a *práxis* das triagens clínicas, fornecendo mais alguns dados que possam ser utilizados como ferramenta a ajudar elucidar estes dois tipos de descartes, demonstrando sua real eficácia e agravos financeiros para o Hemocentro Coordenador de Rondônia.

## 2 METODOLOGIA

A metodologia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa reportou-se ao delineamento da pesquisa *ex post facto*, descritiva, baseando-se em dados colhidos do banco de dados do Hemocentro Coordenador de Rondônia e na aplicação de um questionário aos profissionais da área de saúde que atuam como triadores neste hemocentro <sup>54</sup>.

O arcabouço teórico foi fundamentado através de uma revisão bibliográfica de cunho científico como publicações em livros, artigos científicos pesquisados em sites como PubMed e BVS sobre a temática e legislações pertinentes ao período do estudo – de 2008 a 2012; e a atualidade, além de considerar os POPs do Hemocentro Coordenador de Rondônia que abrangeram o período supra citado.

A revisão da bibliografia foi considerada como primeira etapa do trabalho e foi desenvolvida em dois sites de bancos de dados eletrônicos de reconhecido saber científico, o Portal PubMed e da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. O motivo dessa escolha decorreu pelo fato de que os outros sites pesquisados no início dessa pesquisa estavam inseridos na rede ou do PubMed ou da BVS, sendo que se observou que o PubMed centraliza a quase totalidade das publicações. Desta forma, optou-se por centralizá-las nestes dois sites eletrônicos. Outro aspecto relevante observado durante esta pesquisa foi o de que a quase totalidade das publicações são em inglês e, alguns poucos, em português.

A Biblioteca Virtual em Saúde – BVS engloba em seus arquivos publicações de 31 países, sendo eles: África do Sul; Angola; Argentina; Belize; Bolívia; Brasil; Cabo Verde; Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Equador; Espanha; Guatemala; Guiana; Guiné-Bissau; Honduras; México; Moçambique; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; Porto Rico; Portugal; República Dominicana; São Tomé e Príncipe; Timor Leste; Trinidad e Tobago; Uruguai e Venezuela. Suas publicações abrangem as redes LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochran e SciELO.

Os descritores utilizados, tanto em português quanto na língua inglesa apresentam-se expostos no “Quadro 1”.

<b>DESCRITORES EM PORTUGUÊS</b>	<b>DESCRITORES EM INGLÊS</b>
Captação de Doadores	Donor funding
Descarte subjetivo	Subjective disposal
Descarte por segurança	Disposal for safety
Doadores inaptos	Unsuitable donors
Doadores falso-inaptos	False unsuitable donors
Segurança transfusional	Transfusion safety
Voto de Auto - exclusão – VAE	Confidential unit exclusion – CUE;

Quadro 1 Descritores utilizados na revisão bibliográfica, nos bancos de dados eletrônicos: PubMed e BVS.

A análise dos resultados foi desenvolvida de forma quali-quantitativa utilizando-se técnicas qualitativas e estatísticas, baseadas em análise de conteúdo (questionário dos triadores), escalas de percentil, média, desvio padrão e impacto de prevalência epidemiológica <sup>55</sup>.

Após os procedimentos de coleta de dados, foram analisados os descartes subjetivos e descartes por voto de auto - exclusão, sua correspondência com os resultados da triagem laboratorial e suas implicações financeiras; bem como a observância dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) do setor de Enfermagem do Hemocentro Coordenador de Rondônia, nº 02.006.05 – Revisado em 08/08/2013 e nº PV. 04.002. R00 de 28/02/2014 (ANEXO 2).

As implicações financeiras foram computadas de acordo com a tabela otimizada para ressarcimento dos créditos utilizados para a liberação dos produtos hemoterápicos do HC da FHEMERON, ano de 2014 (ANEXO 4).

## 2.1 UNIVERSO DA PESQUISA

Considerou-se como universo da pesquisa 100% das doações de bolsas de sangue do Hemocentro Coordenador de Rondônia nos anos de 2008 a 2012.

Os dados foram coletados a partir dos documentos HEMOPROD e HEMOVIDA do Hemocentro Coordenador de Rondônia nos anos de 2008 a 2012.

## 2.2 AMOSTRA PROBABILÍSTICA

As amostras utilizadas como referência para a pesquisa foram representadas por 100% dos doadores que realizaram sua doação de sangue no Hemocentro Coordenador de Rondônia, Estado de Rondônia, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, e que optaram pelo voto de auto-exclusão ou foram descartados subjetivamente pelo profissional durante a triagem clínica.

## 2.3 ANÁLISE DE RISCOS

Visando minimizar os riscos de uma possível quebra de sigilo que poderia vir a comprometer o anonimato dos dados dos doadores que compareceram no Hemocentro Coordenador de Rondônia no período desta pesquisa, retrospectiva aos períodos de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, a própria pesquisadora responsável, a Sra. CAROLA CATALINA NAVARRO HURTADO, realizou a coleta e manipulação dos dados.

Durante todo o processo de investigação, os nomes dos doadores de sangue que optaram pelo voto de auto - exclusão ou que sofreram o descarte subjetivo, não foram citados, utilizando-se códigos alfanuméricos, garantindo-lhes assim, o anonimato e o respeito a sua integridade física e psicológica. Outro aspecto relevante na coleta de dados foi o de que em nenhum momento ocorreu contato com os doadores. Desta forma, o acesso a estas informações, que são restritas aos profissionais que trabalham na área, tiveram seu caráter sigiloso, preservados.

## 2.4. ENTREVISTAS COM OS TRIADORES.

Os triadores foram convidados a participar de uma entrevista, por contato pessoal, para a pesquisa de mestrado da Sra. Carola Catalina Navarro Hurtado, com o tema-título SEGURANÇA TRANSFUSIONAL: ESTUDO SOBRE O DESCARTE SUBJETIVO NO HEMOCENTRO COORDENADOR DE RONDÔNIA NOS ANOS DE 2008 A 2012.

No ato do contato, foi também esclarecido ao triador que a entrevista era composta de um questionário com seis perguntas, tendo como tema o descarte subjetivo; e que estas entrevistas seriam realizadas individualmente, com a duração de 30 minutos; que o entrevistador seria a própria pesquisadora a Sra. Carola Catalina Navarro Hurtado, e que seriam realizadas no próprio Hemocentro Coordenador de Rondônia, em uma das salas de reunião, individualizada e com adequação a respeitar a privacidade do triador.

Antes de iniciar a entrevista-questionário, a entrevistadora explicava o objetivo de seu trabalho e perguntava ao triador se ele tinha alguma dúvida do por que ele foi convidado a participar da entrevista, dando-lhe a oportunidade de se recusar a prosseguir com a entrevista. Após todos os esclarecimentos, ele concordando a continuar com a entrevista, lhe foi solicitado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 9), e após sua assinatura lhe foi entregue o questionário (APÊNDICE 3).

Entre o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012 fizeram parte do grupo de triadores do Hemocentro Coordenador de Rondônia, 23 triadores. Contudo, devido às dificuldades de contato principalmente pelo fato de não fazerem mais parte do quadro funcional do Hemocentro Coordenador; somente 13 dos 23 triadores participaram da entrevista. Os triadores que receberam a codificação de T14 até T23, não participaram da entrevista porque não foram localizados e/ou não pertencem mais ao quadro funcional do HC da FHEMERON.

Com os resultados das entrevistas, foi realizada a análise de conteúdo das respostas apresentadas visando identificar os critérios utilizados pelos triadores envolvidos na triagem clínica-epidemiológica para optarem pelo descarte subjetivo de um determinado doador; tendo como observância os critérios do Manual de



Triagem Clínica de doadores de sangue do Ministério da Saúde, curso TELELAB de 2001, adaptado pela pesquisadora às legislações vigentes.

## 2.5 COLETAS DE DADOS

Visando contemplar os objetivos propostos, segundo a metodologia escolhida, foram avaliadas quatro hipóteses nesta pesquisa identificadas como hipóteses da pesquisa ( $H_n$ ), com suas respectivas hipóteses nulas ( $H_{0n}$ ):

a)  $H_1$  – Se o descarte das bolsas de sangue pelo método do voto de auto – exclusão garantem a especificidade e sensibilidade para a segurança transfusional então as bolsas descartadas deverão apresentar sorologia reagente (resultados positivos nos exames sorológicos ou inconclusivos);

a.1)  $H_{01}$  – Se o descarte das bolsas de sangue pelo método do voto de auto – exclusão não garantem a especificidade e sensibilidade para a segurança transfusional então as bolsas descartadas deverão apresentar sorologia não reagente (resultados negativos nos exames sorológicos).

b)  $H_2$  – Se o descarte das bolsas de sangue pelo método do descarte subjetivo garante a especificidade e sensibilidade para a segurança transfusional então as bolsas descartadas deverão apresentar sorologia reagente (resultados positivos nos exames sorológicos ou inconclusivos);

b.1)  $H_{02}$  – Se o descarte das bolsas de sangue pelo método do descarte subjetivo não garantem a especificidade e sensibilidade para a segurança transfusional então as bolsas descartadas deverão apresentar sorologia não reagente (resultados negativos nos exames sorológicos).

c)  $H_3$  – Se o descarte das bolsas de sangue pelos métodos do voto de auto – exclusão e do descarte subjetivo garantem a especificidade e sensibilidade para a segurança transfusional então as bolsas descartadas pelo método do descarte subjetivo deverão conter as bolsas descartadas pelo voto de auto – exclusão e os

resultados nos exames sorológicos deverão apresentar sorologia reagente (resultados positivos nos exames sorológicos ou inconclusivos);

c.1) **H<sub>03</sub>** – Se o descarte das bolsas de sangue pelos métodos do voto de auto – exclusão e do descarte subjetivo não garantem a especificidade e sensibilidade para a segurança transfusional então as bolsas descartadas pelo método do descarte subjetivo não deverão conter em sua listagem as bolsas descartadas pelo voto de auto – exclusão e os resultados nos exames sorológicos deverão apresentar sorologia não reagente (resultados negativos nos exames sorológicos).

d) **H<sub>4</sub>**– Se o descarte das bolsas de sangue pelos métodos do voto de auto – exclusão e do descarte subjetivo garantem a especificidade e sensibilidade para a segurança transfusional então as bolsas descartadas por estes procedimentos não geram um agravo financeiro ao Hemocentro Coordenador de Rondônia;

d.1) **H<sub>04</sub>** – Se o descarte das bolsas de sangue pelos métodos do voto de auto – exclusão e do descarte subjetivo não garantem a especificidade e sensibilidade para a segurança transfusional então as bolsas descartadas por estes procedimento geram um agravo financeiro ao Hemocentro Coordenador de Rondônia.

A coleta dos dados gerais do Hemocentro Coordenador de Rondônia, ocorrido durante a triagem clínica no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, incluindo os descartes por votos de auto –exclusão foram pesquisados no HEMOPROD e HEMOVIDA, mas os dados sobre os descartes subjetivos foram coletados exclusivamente no HEMOVIDA. Com estes dados foram preenchidas as “*planilhas de dados*” elaboradas pela pesquisadora (APÊNDICE 2).

Os resultados encontrados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos, de acordo com a melhor forma de expressá-los.

Os triadores que receberam a codificação de T14 até T23, não participaram da entrevista-questionário, porque não foram localizados e/ou não pertencem mais ao quadro funcional do HC da FHEMERON.

Nos dados coletados nos registros das doações do HC da FHEMERON, foram considerados todos os triadores de T1 até T23, relacionados aos descartes subjetivos.

### 3 RESULTADOS

A apresentação dos resultados, para efeito de organização do material pesquisado foi subdividido em períodos de acordo com o ano de descarte.

#### 3.1 ENTREVISTAS COM TRIADORES

Quadro 2 – Q1 – O que você entende por descarte subjetivo?

Questão x Triador	Q1- RESPOSTAS:
T1	Interpretação do triador no contato com o doador
T2	Descarte de hemocomponente visando à qualidade do produto final.
T3	Critério utilizado para proteção e segurança do receptor.
T4	Descarte de bolsa através de um julgamento para proteger o receptor.
T5	Uma forma de proteção ao receptor do hemocomponente de uma possível contaminação.
T6	Descarte de um produto que não é confiável
T7	Descarte de sangue a partir da não confiabilidade na triagem clínica
T8	Descarte de uma bolsa de sangue a partir da falta de confiança das respostas feitas na entrevista do candidato a doação.
T9	Descarte de uma bolsa de sangue a partir da avaliação pessoal do triador.
T10	Descarte de hemocomponentes a partir de critérios pré-estabelecidos pelo setor de enfermagem.
T11	Avaliação pessoal sobre o comportamento e respostas do candidato a doação no momento da entrevista.
T12	Detecção por parte do enfermeiro que está ocorrendo omissão de informação por parte do doador.
T13	Descarte de sangue duvidoso de um doador que por vergonha, não fala a verdade durante a entrevista.

#### DESCARTE SUBJETIVO

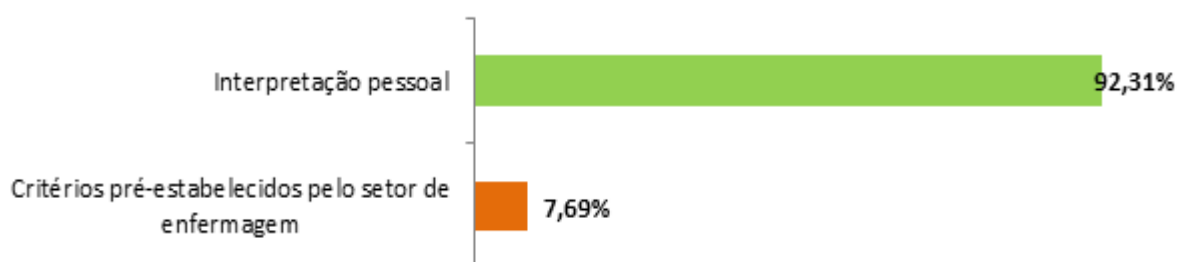


Gráfico 1 Interpretação das respostas da questão 1.

Quadro 3 – Q2 – Quais critérios você usa pra realizar um descarte subjetivo?

TRIADOR	Q2- RESPOSTAS
T1	Análise da realidade das respostas do questionário. Verifica se o interesse do candidato se dá pelos exames sorológicos. Análise comportamental e visual do doador
T2	Analisa a verdade expressa frente o questionário utilizado na triagem. Análise do comportamento e análise visual.
T3	Observacional durante entrevista (contradição). Análise visual e comportamental do candidato.
T4	Falta de confiança na entrevista do doador. Analisa o comportamento e o visual do doador.
T5	Confiabilidade nas respostas através de uma experiência adquirida. Executa análise visual e comportamental.
T6	Falta de confiança nas respostas, observa contradição, informação de terceiros. Análise comportamental é visual, observa a expressão corporal, prefere interligar a maiores informações.
T7	Doador de primeira vez que apresenta interesse em exames e nervosismo demasiado. Análise de características visuais e comportamentais.
T8	Realiza uma entrevista minuciosa, repetindo perguntas, de forma diferente para analisar as respostas que levaram a dúvidas. Realiza análise visual e comportamental (comportamento de risco).
T9	Histórico de inaptidão mais postura de comportamento de risco e triagem anterior. A postura do doador, correlacionadas as perguntas sobre sexualidade. Divergências de informações sobre perguntas do mesmo tipo.
T10	Verifica se o foco de interesse está mais voltado aos resultados sorológicos, principalmente HIV, independente de ser fidelizado ou não. Observa o comportamento do candidato.
T11	Checagem múltipla das respostas feitas pelo candidato em cima das perguntas que geraram dúvidas. Análise visual comportamental do candidato.
T12	Quando o doador demonstra trejeitos e palavras homossexuais. Quando suspeita que ele seja homossexual. Quando recebe informações de terceiros sobre o doador. Quando percebe omissões de informações, quando o doador, já na sala de coleta, relaxa e fala para a flebotomista que enganou a enfermeira.
T13	Dúvidas do doador na resposta, doador inseguro que se contradiz, trejeitos e vestimenta.

## CRITÉRIOS DO DS

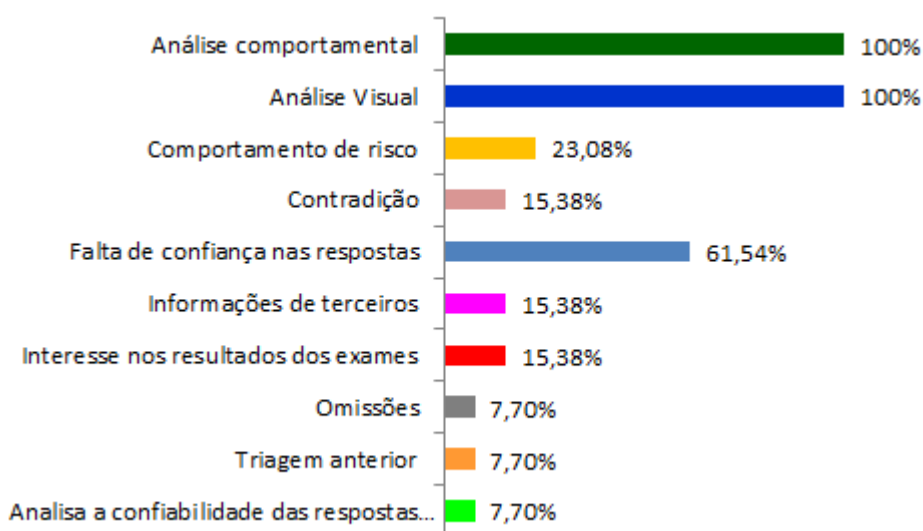


Gráfico 2 Interpretação das respostas da questão 2.

Quadro 4 – Q3- O setor de enfermagem realiza análise do índice mensal de descarte subjetivo?

TRIADOR	Q3- RESPOSTAS
T1	Não analisa
T2	Não sabe
T3	Não realiza
T4	Não sabe
T5	Não realiza
T6	Não realiza
T7	Não realiza
T8	Acredita que não
T9	Não sabe
T10	Não realiza
T11	Não tem certeza
T12	Não sabe
T13	Não sabe

### ANÁLISE DO ÍNDICE DE DS

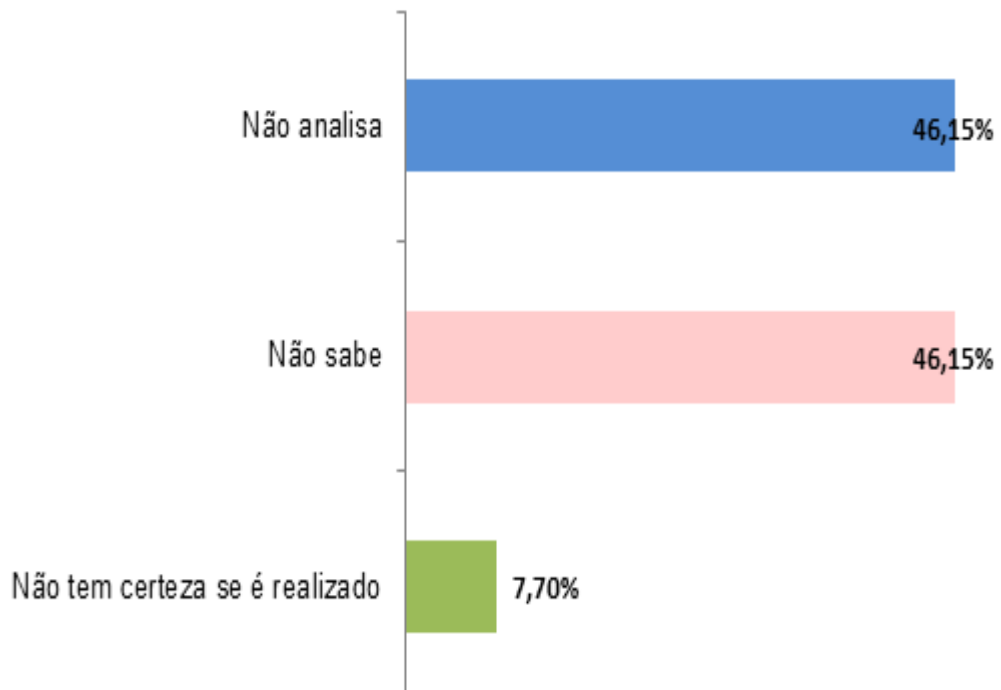


Gráfico 3 Interpretação das respostas da questão 3.

Quadro 5 – Q4- Se realiza análise do índice, qual a periodicidade?

TRIADOR	Q4 RESPOSTAS
T1	Não há periodicidades, pois não analisa.
T2	Não sabe
T3	Não realiza
T4	Não sabe
T5	Não realiza
T6	Não realiza
T7	Não realiza
T8	Nunca ouviu falar que seja realizado
T9	Não sabe
T10	Não realiza
T11	Não sabe
T12	Não sabe se realiza
T13	Não sabe se ocorre. Acredita que realiza

### ANÁLISE DO ÍNDICE DE DS -PERIODICIDADE

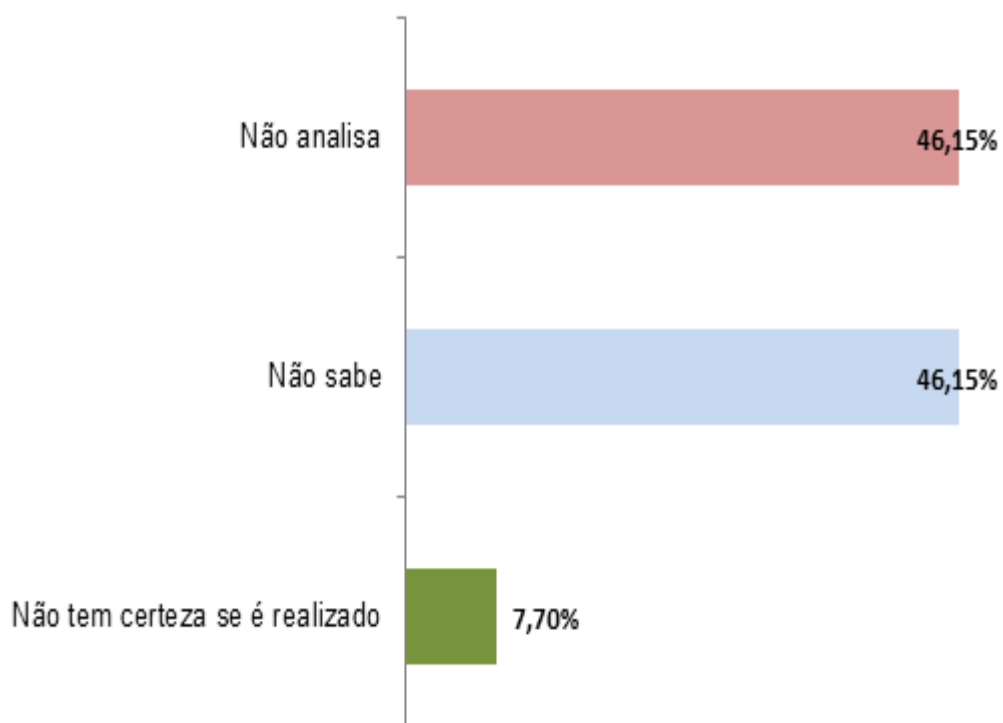


Gráfico 4 Interpretação das respostas da questão 4.

Quadro 6 – Q5 – Você realiza um comparativo de seus DS com os resultados sorológicos?

Questão x Triador	Q5 RESPOSTAS
T1	Não realiza, porém existe um questionamento interno sobre o assunto.
T2	Não realiza.
T3	Não realiza, porém às vezes compara os seus DS com os Votos de auto - exclusão (VAE)
T4	Não realiza por falta de orientação para tal procedimento
T5	Não realiza porque não tem acesso as informações necessárias
T6	Não realiza. Não despertou para a importância desse indicador
T7	Sempre. Porém sem normativa do serviço, verificava espontaneamente por medo (devido ao seu tempo de triagem ser considerado rápido demais). Considera o tema relevante e irá buscar ferramenta na instituição para verificar todos os dados referentes ao DS.
T8	Não, nunca pensou a respeito.
T9	Não realiza
T10	Houve solicitação por diversas vezes, porém não foi atendida.
T11	Não realiza
T12	Não
T13	Não realiza

### Comparativo dos DS x Resultados Sorológicos

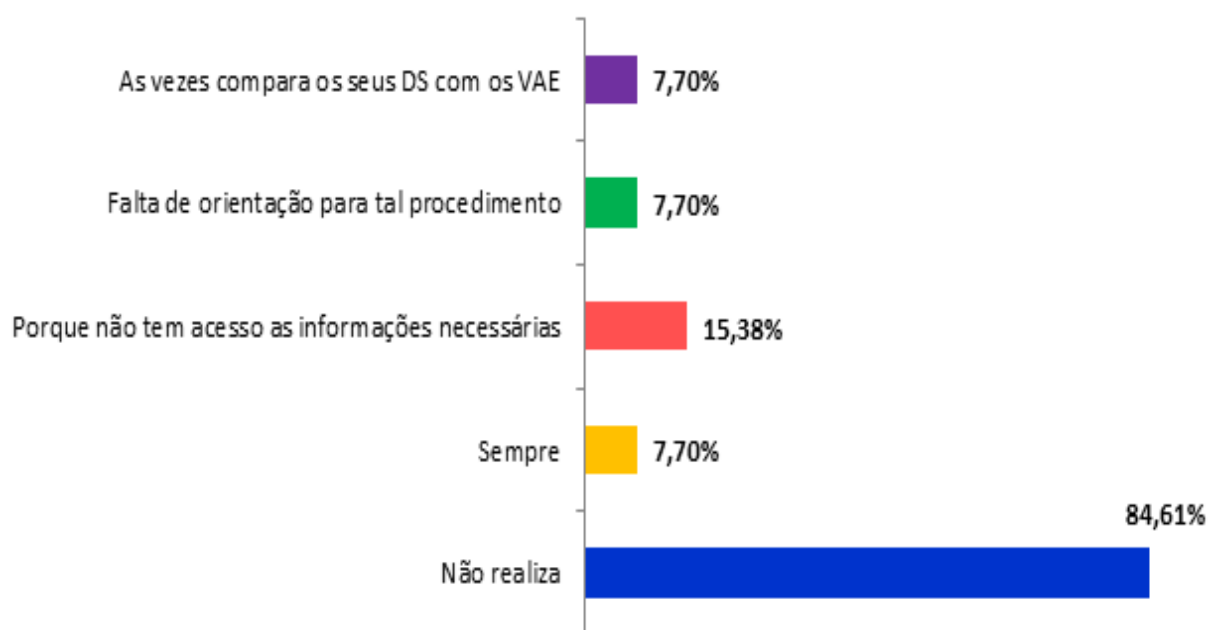


Gráfico 5 Interpretação das respostas da questão 5.

Quadro 7- Q6 – Identifique cinco características que você observa no doador para realizar o Descarte Subjetivo (DS).

Questão x Triador	Q6 RESPOSTAS
T1	Análise visual do doador; contradição; trejeitos; vestimenta; mentira; interesse do doador nos resultados dos exames.
T2	Análise visual; trejeitos; mentiras; comportamento; informações de terceiros
T3	Mentira; trejeitos contradição; análise visual; comportamento; informação de terceiros.
T4	Comportamento; insegurança do doador; análise visual; contradição; mentira.
T5	Comportamento; insegurança ; análise visual; trejeitos.
T6	Contradição; informações de terceiros; comportamento; trejeitos; expressão corporal.
T7	Nervosismo, mentira, contradição, análise visual, análise comportamental, interesse do doador nos exames sorológicos.
T8	Avalia o grau de promiscuidade, análise visual e comportamental, informações de terceiros.
T9	Comportamento de risco, trejeitos, contradição, mentira, análise visual.
T10	Análise comportamental e visual,; trejeitos; informação de terceiros; interesse do doador nos resultados sorológicos.
T11	Contradição; análise de comportamento; análise visual; mentira; informações de terceiros.
T12	Nervosismo; incomodo; trejeitos; soltar a língua na sala de coleta; informação de terceiros.
T13	Esconder com as roupas manchas; informações de terceiros; dúvidas; nervosismo; trejeitos.

### CRITÉRIOS PARA DS

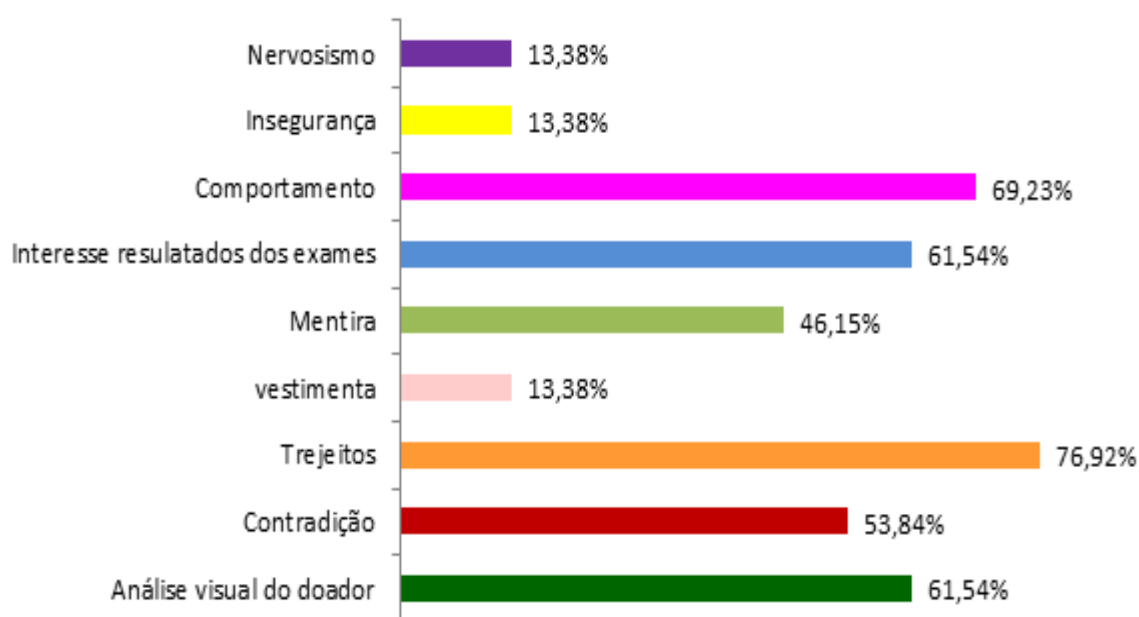


Gráfico 6 Interpretação das respostas da questão 6



### 3.2 RESULTADOS DOS DADOS COLETADOS NO HEMOCENTRO COORDENADOR DA FHEMERON

#### 3.2.1 Resultados dos dados do Descarte Subjetivo (DS) no HC da FHEMERON no período de 2008 a 2012.

O número de doadores que compareceram no período de 2008 a 2012 para doar e que tiveram sua doação encaminhada para o DS foi de 1974 sujeitos. Durante este período foram observados diferentes tipos de não conformidades. Em cada categoria de cada tabela, considerou-se o valor de “n”, para o desenvolvimento dos cálculos, o quantitativo total de informações da categoria estudada. O cálculo do valor de “n” para o total das bolsas encaminhadas ao descarte foi de n=1984.

Tabela 1 DS - GRUPO SANGUÍNEO E FATOR Rh(D)

CATEGORIAS	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f \%$	$\mu$	$\sigma$	$\sigma^2$
O+	110	170	221	284	220	1005	50,91%	201	4,10	16,82
O(-)	11	11	27	28	20	97	4,91%	19,4	0,52	0,27
A+	62	69	131	175	115	552	27,96%	110,4	3,97	15,74
A(-)	6	12	12	10	15	55	2,78%	11	2,1	4,41
B+	18	30	38	61	46	193	9,77%	38,6	2,34	5,45
B(-)	1	2	1	7	3	14	0,71%	2,8	1,38	1,90
AB+	6	13	10	11	8	48	2,43%	9,6	0,79	0,63
AB(-)	1	1	1	1	2	6	0,30%	1,2	0,4	0,16
$\sum f$ de cada período	215	308	441	577	429	1970	99,79%			
$\sum$ Não Conformidade						4	0,20%			
$\sum f$ Total						1974	100%			

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda:  $\mu$  – Média;  $\sigma$  – Desvio Padrão;  $\sigma^2$  – Variância. Nota: A diferença no valor do “n” durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para 4(0,20%) doadores não constavam a informação sobre a classificação sanguínea.

Tabela 2 PERFIL DO GÊNERO DO DOADOR – DS

PERÍODO /GÊNERO	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f \%$	$\mu$	$\sigma$	$\sigma^2$
M	171	231	344	474	353	1573	79,69%	314,6	5,93	35,17
F	44	77	97	104	76	398	20,16%	79,6	2,35	5,52
$\sum f$ de cada período	215	308	441	578	429	1971	99,85%			
$\sum$ Não Conformidades						3	0,15%			
$\sum f$ Total						1974	100%			

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: M – masculino; F – feminino;  $\mu$  – Média;  $\sigma$  – Desvio Padrão;  $\sigma^2$  – Variância. Nota: A diferença no valor do “n” durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para 3 (0,15%) doadores não constavam a informação de gênero.

Tabela 3 PERFIL DO ESTADO CIVIL DOS DOADORES – DS

ESTADO CIVIL	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f \%$	$\mu$	$\sigma$	$\sigma^2$
SL	147	221	341	441	303	1453	73,60%	290,60	4,40	19,40
CS	58	73	70	114	104	419	21,23%	83,8	2,34	5,48
DV	2	6	12	14	8	42	2,13%	8,4	1,49	2,22
VI	0	4	1	0	2	7	0,36%	1,4	1,08	1,16
OU	8	4	4	9	12	37	1,87%	7,4	1,15	1,32
$\sum f$ de cada período	215	308	428	578	429	1958	99,19%			
$\sum$ Não Conformidades						16	0,81%			
$\sum f$ Total						1974	100%			

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: SL- solteiro; CS – casado; DV – divorciado; VI – viúvo; OU – outros;  $\mu$  – Média;  $\sigma$  – Desvio Padrão;  $\sigma^2$  – Variância. Nota: A diferença no valor do “n” durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para 16(0,81%) doadores não constavam a informação do estado civil.

Tabela 4 PERFIL DA FAIXA ETÁRIA DO DOADOR – DS

FAIXA ETÁRIA	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f \%$
16 f 18	0	0	0	5	4	9	0,46%
18 f 29	111	180	264	289	206	1050	53,19%
29 f 40	73	96	132	202	133	636	32,21%
40 f 51	27	31	33	66	71	228	11,55%
51 f 62	4	1	12	16	15	48	2,43%
62 f 73	0	0	0	0	0	0	0%
$\sum f$ de cada período	215	308	441	578	429	1971	99,85%
$\sum$ Não Conformidades						3	0,15%
$\sum f$ Total						1974	100%
$\mu$						30,32	
$\sigma$						8,52	
$\sigma^2$						72,59	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda:  $\mu$  – Média;  $\sigma$  – Desvio Padrão;  $\sigma^2$  – Variância. Nota: A diferença no valor do “n” durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para 3(0,15%) doadores não constavam a informação da faixa etária. A tabela foi dividida em intervalos considerando os critérios de idades, de acordo com a idade mínima e máxima, das legislações atuantes no período de 2008 a 2012.

Tabela 5 PERFIL DO TIPO DE DOAÇÃO DE ACORDO COM O DOADOR – DS

TIPO DE DOAÇÃO N= 1972	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f \%$
DOADOR DE 1ª VEZ	45	71	99	142	98	455	23,05%
COMPARECIMENTO $\geq 2$	1226	1824	2392	3166	2539	11.147	
$\sum f$ de cada período por retorno	1271	1895	2491	3308	2637	11602	
$\sum f$ de doadores no período com comparecimento $\geq 2$						1519	76,95%
$\sum f$ de doadores no período que compareceram para doar						1972	99,89%
$\sum$ Não Conformidades						2	0,11%
$\sum f$ Total						1974	100%
$\mu$						5,88	
$\sigma$						251,03	
$\sigma^2$						63013,81	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda:  $\mu$  – Média;  $\sigma$  – Desvio Padrão;  $\sigma^2$ . Nota: A média e o desvio padrão foram calculados considerando o número de doadores, com informação de comparecimento e não pelo total de vezes que compareceram. Observou-se, que não constava a informação sobre o número de vezes de comparecimento nos dados de 2 (0,11%) doadores.

Tabela 6 PERFIL SOROLÓGICO DO DOADOR ENCAMINHADO AO DS

CATEGORIAS	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f \%$	$\mu$	$\sigma$	$\sigma^2$
Anti-HBc	12	14	31	30	35	122	6,18%	24,4	8,87	78,73
HbsAg	2	1	2	3	2	10	0,51%	2	2,66	7,11
HCV	0	2	1	2	3	8	0,41%	1,6	2,42	5,85
HIV	0	3	2	2	2	9	0,46%	1,8	2,55	6,48
HTLV I/II	2	2	0	0	1	5	0,25%	1	2	4
SÍFILIS	0	2	2	5	3	12	0,61%	2,4	2,89	8,38
CHAGAS	1	0	0	2	2	5	0,25%	1	2	4
MALARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sorologia Positiva (SP)	17	24	38	44	48	171	8,66%	34,2	10,49	110,08
Sorologia Negativa (SN)	199	284	405	534	381	1803	91,34%	360,60	33,97	1154,56
$\sum f$ de doadores	216	308	443	578	429	1974	100%%			

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014).

Tabela 7 PERFIL DAS UNIDADES HEMOTERÁPICAS DESCARTADAS POR DS

TIPOS DE BOLSA	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f \%$
ST	178	302	441	569	411	1901	95,81%
CH	6	3	0	3	8	20	1,01%
PFC	28	2	1	1	7	39	1,97%
CP	9	4	1	5	5	24	1,21%
$\sum f$ de bolsas em cada período	221	311	443	578	431	1984	100,00%
$\sum$ Não Conformidades						0	0%
$\mu$						496	
$\sigma$						36,43	
$\sigma^2$						1327,39	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: As unidades hemoterápicas foram identificadas como: ST- sangue total; CH – concentrado de hemácias; PFC – plasma fresco congelado; CP – concentrado de plaquetas. Nota: Não houve não conformidade no registro dos tipos de bolsas.

Tabela 8 DESCARTE SUBJETIVO POR TRIADOR

TRIADORES	2008	2009	2010	2011	2012	$\Sigma f$	$\Sigma f \%$
T1				34	90	124	6,25%
T2					15	15	0,76%
T3			15	51	46	112	5,65%
T5			33	71	46	150	7,56%
T6	16	8	14	19	2	59	2,97%
T7	5	27	6	7		45	2,27%
T8			41	39		80	4,03%
T9			41	77	76	194	9,78%
T10	95	86	84	98	79	442	22,28%
T12	24	45	50	34	38	191	9,63%
T13			4	5	8	17	0,86%
T14	3	2				5	0,25%
T15	1	5	1			7	0,35%
T16	31	26				57	2,87%
T17			6	55	1	62	3,13%
T18	22	3				25	1,26%
T19		73	107			180	9,07%
T20		2	19	46	27	94	4,74%
T21	19	30				49	2,47%
T22		1				1	0,05%
T23			17	42		59	2,98%
$\Sigma f$ do DS em cada período	216	308	438	578	428	1968	99,19%
$\Sigma$ Não Conformidades						6	0,30%
$\Sigma f$ Total						1974	100%
$\mu$						93,72	
$\sigma$						110,18	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: T1 a T23 foram os códigos utilizados para identificar os triadores, respeitando o anonimato. Dos triadores que trabalham no HC da FHEMERON, somente 21 triadores encaminharam doadores para DS no período de 2008 a 2012. Nota: Observou-se não - conformidades nos dados de 6 (0,30%) doadores. A média e o desvio padrão foram calculados considerando como "n" o número de doadores que participaram do DS (n=1974).

Tabela 9 SOROLOGIA POSITIVA POR TRIADOR –DS

TRIADORES	2008	2009	2010	2011	2012	$\Sigma f$	$\Sigma f \%$
<b>T0*</b>			2			2	0,10%
T1				2	7	9	0,45%
T2					0	0	0%
T3			2	6	8	16	0,81
T5			2	5	5	12	0,61%
T6	0	2	1	2	1	6	0,30%
T7	0	0	0	0		0	0,00%
T8			2	3		5	0,25%
T9			4	3	5	12	0,61%
T10	4	5	7	3	8	27	1,37%
T12	2	4	2	3	3	14	0,71%
T13			0	1	0	1	0,05%
T14	1	0				1	0,05%
T15	0	0	0			0	0,00%
T16	4	3				7	0,35%
T17			0	6	0	6	0,61%
T18	1	0				1	0,00
T19		7	12			19	0,96%
T20		0	3	4	1	8	0,41%
T21	2	2				4	0,20%
T22		0	1			1	0,05%
T23			0	4		4	0,20%
$\Sigma$ Sorologia Positiva (SP)	14	23	38	42	38	155	100,00%
$\Sigma f$ do DS em cada período						1968	99,19%
$\Sigma$ Não Conformidades						6	0,30%
$\Sigma f$ Total						1974	100%

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: T0\* - Consta o registro da sorologia positiva para o doador, mas não consta a identificação do triador. Nota: Ao longo do período estudado 6 (0,30%) doadores estavam com as informações incompletas.

Tabela 10 TABELA DE ESTIMATIVA DE CUSTOS COM DESCARTE SUBJETIVO NO PERÍODO DE 2008 A 2012.

ESTIMATIVA DE CUSTOS R\$	$\Sigma f$	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL GERAL
DS –SOROLOGIA POSITIVA	155	5694,13	9363,7	15493,74	17110,57	15479,95	63.142,09
DS – SOROLOGIA NEGATIVA	1829	83600,74	120058,80	165908,69	222275,65	160481,39	752325,27
DESCARTE SUBJETIVO $\Sigma f$	1984	221	311	443	578	431	
DESCARTE SUBJETIVO $\Sigma R\$$		88071,68	128199,31	180586,97	238570,76	175961,34	815.467,36

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014)

#### OBSERVAÇÕES: DESCARTE SUBJETIVO

Em todos os anos durante o período de 2008 a 2012, quando se coletaram os dados, os quantitativos referentes aos “n” encontrados para cada categoria estudada, apresentaram variações nos somatórios dos valores encontrados, decorrentes de:

- Doadores com mais de uma unidade hemoterapica proveniente do fracionamento da bolsa de sangue total coletada, foram considerados uma única vez para efeito dos cálculos;
- Doadores com informações incompletas, foram considerados para os cálculos somente nas categorias em que apresentavam informações completas;
- Em alguns registros não se encontraram a identificação dos triadores.

Nas tabelas os espaços sinalizados com a cor azul sem colocação de número, indicam que naquele espaço, daquela categoria, não existe informação pertinente.

A cor verde sinaliza a presença da informação em uma situação adversa, na “Tabela 9” de sorologia positiva, consta o registro da sorologia positiva para o doador, mas não consta a identificação do triador.

Na relação geral do Descarte Subjetivo, estão constando os dados do DS realizado durante a Entrevista Clínica; o DS realizado no setor de Distribuição; do DS realizado durante a Coleta Externa e, também, os DS que estão em concomitância com os VAEs do período pesquisado, abrangendo desta forma, todos os serviços e setores do HC da FHEMERON.

### 3.2.2 Resultados dos dados do Voto de Auto - exclusão Confidencial (VAE) do HC da FHEMERON no período de 2008 a 2012.

O número de doadores que compareceram no período de 2008 a 2012 para doar e que tiveram sua doação encaminhada para o VAE foi de 565 sujeitos. Durante este período foram observados diferentes tipos de não conformidades.

Tabela 11 VAE - GRUPO SANGUÍNEO ABO/Rh(D)

GRUPO SANGUÍNEO/FATOR Rh	2008	2009	2010	2011	2012	$\Sigma f$	$\Sigma f\%$	$\mu$
O+	11	79	67	65	76	298	52,74%	59,6
O(-)	0	7	8	7	2	24	4,255	4,8
A+	9	53	35	28	32	157	27,79%	31,4
A(-)	1	6	5	3	2	17	3%	3,4
B+	0	13	10	12	16	51	9,03%	10,2
B(-)	3	0	0	1	2	6	1,06%	1,2
AB+	0	2	1	2	0	5	0,88%	1
AB(-)	0	0	2	0	1	3	0,53%	0,6
$\Sigma f$ de cada período	24	160	128	118	131	561	99,29%	112.2
$\Sigma$ Não Conformidade						4	0,71%	
$\Sigma f$ Total						565	100%	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Nota: A diferença no valor do "n" durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para 4 (0,71%) doadores não constavam a classificação sanguínea.



Tabela 12 PERFIL DO GÊNERO DO DOADOR - VAE

GÊNERO	2008	2009	2010	2011	2012	$\Sigma f$	$\Sigma f\%$	$\mu$
M	18	120	93	88	96	415	73,45%	83
F	6	43	35	30	35	149	26,37%	29,8
$\Sigma f$ de cada período	24	163	128	118	131	564	99,82%	112,8
$\Sigma$ Não Conformidade						1	0,18%	
$\Sigma f$ Total						565	100%	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: M – masculino; F – feminino. Nota: A diferença no valor do “n” durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para 1 (0,18%) doador não constava a informação de gênero.

Tabela 13 PERFIL DO ESTADO CIVIL DOS DOADORES - VAE

ESTADO CIVIL	2008	2009	2010	2011	2012	$\Sigma f$	$\Sigma f\%$	$\mu$
SL	17	115	92	86	81	391	69,21%	78,2
CS	7	44	34	30	46	161	28,50%	32,2
DV	0	0	1	1	2	4	0,71%	0,8
VI	0	1	0	0	0	1	0,18%	0,2
OU	0	2	1	1	2	6	1,06%	1,2
$\Sigma f$ de cada período	24	162	128	118	131	563	99,64%	112,6
$\Sigma$ Não Conformidade						2	0,36%	
$\Sigma f$ Total						565	100%	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: SL- solteiro; CS – casado; DV – divorciado; VI – viúvo; OU – outros. Nota: A diferença no valor do “n” durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para 2 (0,36%) doadores não constavam a informação do estado civil.

Tabela 14 PERFIL DA FAIXA ETÁRIA DO DOADOR - VAE

FAIXA ETÁRIA	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f\%$
16 + 18	0	0	0	0	2	2	0,35%
18 + 29	12	91	72	57	58	290	51,33%
29 + 40	8	42	36	41	39	166	29,38%
40 + 51	4	24	17	14	23	82	14,51%
51 + 62	0	6	3	6	9	24	4,25%
62 + 73	0	0	0	0	0	0	0%
$\sum f$ de cada período	24	163	128	118	131	564	99,82%
$\sum$ Não Conformidade						1	0,18%
$\sum f$ Total						565	
$\mu$						31,26	
$\sigma$						9,64	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). A diferença no valor do "n" durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para 1 (0,18%) doadores não constavam a informação da faixa etária.

Tabela 15 PERFIL DO TIPO DE DOAÇÃO DE ACORDO COM O DOADOR - VAE

TIPO DE DOAÇÃO	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f\%$
DOADOR DE 1ª VEZ	3	40	38	88	32	201	33,57%
COMPARECIMENTO $\geq 2$	119	888	708	30	645	2390	64,25%
$\sum f$ de cada período	122	928	746	118	677	2591	
$\sum$ Não Conformidade						1	0,18%
$\sum f$ Total						565	100%
$\mu$						4,59	
$\sigma$						193,74	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Nota: A média e o desvio padrão foram calculados considerando o número de doadores, e não pelo total de vezes que compareceram. A diferença no valor do "n" durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para 1 (0,18%) doador não constava a informação sobre o comparecimento.

Tabela 16 PERFIL SOROLÓGICO DO DOADOR ENCAMINHADO AO VAE

SOROLOGIA	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f\%$
Anti-HBc		6	11	5	6	28	4,95%
HbsAg		0	0	1	0	1	0,18%
HCV		1	2	1	0	4	0,70%
HIV		3	0	1	0	4	0,70%
HTLV I/II		0	0	0	0	0	0,00%
SIFILIS		0	2	0	0	2	0,35%
CHAGAS		0	0	0	0	0	0,00%
MALARIA		0	0	0	0	0	0%
$\sum$ Sorologia Positiva		10	15	8	6	39	6,90
Sorologia Negativa		119	96	104	125	444	78,58%
$\sum f$ de cada período		164	111	112	131	483	85,49%
$\sum$ Não Conformidade						82	14,51%
$\sum f$ Total						565	100%
$\mu$						4,87	
$\sigma$						1,11	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Nota: Os registros dos VAE no período de 2008 apresentam diversas não conformidades relacionadas à sorologia do doador. A coluna assinalada de amarelo não pode ser considerada na coleta de dados, pois as informações estavam incompletas. A diferença no valor do "n" durante o período de 2008 a 2012 ocorreu porque para **82 (14,51%)** estavam não conformes, nos registros dos doadores não constavam a informação sobre os resultados da sorologia.

Tabela 17 PERFIL DAS UNIDADES HEMOTERÁPICAS DESCARTADAS POR VAE

TIPOS DE BOLSA.	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f\%$
ST	24	164	128	118	131	565	100,00%
CH	0	0	0	0	0	0	0,00%
PFC	0	0	0	0	0	0	0,00%
CP	0	0	0	0	0	0	0,00%
$\sum f$ de cada período	24	164	128	118	131	565	100%
$\sum$ Não Conformidade						0	0%
$\mu$						1	
$\sigma$						23,74	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: As unidades hemoterápicas foram identificadas como: ST- sangue total; CH – concentrado de hemácias; PFC – plasma fresco congelado; CP – concentrado de plaquetas.

Tabela 18 VOTO DE AUTO - EXCLUSÃO POR TRIADOR

TRIADORES	2008	2009	2010	2011	2012	$\sum f$	$\sum f\%$
T1				9	19	28	4,96
T2					23	23	4,07
T3			11	13	11	35	6,20
T5			4	8	14	26	4,60
T6		27	18	3	1	49	8,67
T7		17	6			23	4,07
T8			13	13		26	4,60
T9			4	8	6	18	3,18
T10		16	7	6	11	40	7,08
T12		33	12	22	23	90	15,93
T13			7	4	9	20	3,54
T15		1				1	0,18
T16		4				4	0,70
T17				13		13	2,30
T18		4				4	0,70
T19		10	15			25	4,43
T20			12	6	7	25	4,43
T21		15				15	2,65
T22		4				4	0,70
T23			2	6		8	1,42
$\sum f$ de cada período		131	111	111	124	477	84,43
$\sum$ Não Conformidade						88	15,57%
$\sum f$ Total						565	100%
$\mu$						23,85	
$\sigma$						3,55	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: T1 a T23 foram os códigos utilizados para identificar os triadores, respeitando o anonimato. Nota: Dos 23 triadores atuantes no período estudado, somente 20 estiveram envolvidos na triagem clínica dos doadores que optaram pelo VAE. Durante o período de 2008 a 2012 foram observados que **88 (15,57%)** dos doadores que optaram pelo VAE, não tiveram no seu registro identificado os triadores que os entrevistaram.

Tabela 19 SOROLOGIA POSITIVA POR TRIADOR

TRIADORES	2008	2009	2010	2011	2012	$\Sigma f$	$\Sigma f\%$
T1				0	1	1	0,18%
T2					1	1	0,18%
T3			0	3	1	4	0,71%
T5			1	1	1	3	0,53%
T6		2	2	0	0	4	0,71%
T7		3	0			3	0,53%
T8			3	0		3	0,53%
T9			0	0	0	0	0%
T10		0	0	0	0	0	0%
T12		2	2	1	0	5	0,88%
T13			0	0	1	1	0,18%
T14				0		0	0%
T15		0				0	0%
T16		1				1	0,18%
T18		0				0	0%
T19		1	3			4	0,71%
T20			4	1	1	6	1,06%
T21		1				1	0,18%
T22		0				0	0%
T23			0	2		2	0,35%
$\Sigma$ Sorologia Positiva		10	15	8	6	39	6,90%
$\Sigma$ Sorologia Negativa						444	78,58%
$\Sigma f$ de cada período		164	111	112	131	483	85,49%
$\Sigma$ Não Conformidade						82	14,51%
$\Sigma f$ Total						565	100%
$\mu$						1,95	
$\sigma$						0,35	

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Legenda: T1 a T23 foram os códigos utilizados para identificar os triadores, respeitando o anonimato. Dos 23 triadores atuantes no período estudado, somente 20 estiveram envolvidos na triagem clínica dos doadores que optaram pelo VAE. Durante o período de 2008 a 2012 foram observados que **82 (15,57%)** dos doadores que optaram pelo VAE, não tiveram no seu registro a anotação dos resultados sorológicos.

Tabela 20 TABELA DE ESTIMATIVA DE CUSTOS COM VOTO AUTO - EXCLUSÃO

ESTIMATIVA DE CUSTOS – VAE	$\Sigma f$	$\Sigma \%$	2008 R\$	2009 R\$	2010 R\$	2011 R\$	2012 R\$	TOTAL R\$
SOROLOGIA POSITIVA	39	6,9%		4.077,30	6.115,95	3.261,84	2.446,38	15.901,47
SOROLOGIA NEGATIVA	444	78,59%		48.519,87	39142,08	42.403,92	50.966,25	181.032,12
<b><math>\Sigma f</math> da estimativa de custo por período R\$ (n = 483)</b>								<b>196.933,59</b>
<b>Estimativa de custo das não conformidades R\$ (n=82)</b>								<b>33.433,86</b>
<b>Estimativa de custo total R\$ (n=565)</b>								<b>230.367,45</b>
<b>Estimativa de custo total R\$ subtraído os 40 VAE que já foram computados no DS (n=525)</b>								<b>214.058,25</b>

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Nota: A estimativa de custo foi calculada observando o número total de bolsas descartadas (n=565), os 40 VAE que foram computados concomitantemente ao DS e as não conformidades observadas nos registros dos doadores, no período de 2008 a 2012.

### OBSERVAÇÕES: VOTOS DE AUTO - EXCLUSÃO

Em todos os anos durante o período de 2008 a 2012, quando se coletaram os dados, os quantitativos referentes aos “n” encontrados para cada categoria estudada, apresentaram variações nos valores encontrados nos somatórios, decorrentes de:

- Doadores com informações incompletas, foram considerados para os cálculos somente nas categorias em que apresentavam informações completas;
- Em alguns registros faltaram a “sorologia” e a identificação dos triadores; em outros era informado às sorologias e não foi identificado o triador.

Nas tabelas, os espaços sinalizados com a cor azul sem a colocação de números indicaram que naquele espaço, daquela categoria, não existiu informação pertinente a ser preenchida.

Nas tabelas, os espaços sinalizados de amarelo indicam que a informação estava incompleta ou era duvidosa, e por este motivo não pôde ser considerada para efeito de “dados” a serem computados nos cálculos.

Encontram-se 40 doadores com VAE que estão em concomitância com os dados computados nos DS do período pesquisado, abrangendo todos os serviços e setores do HC da FHEMERON. Todos estes VAEs estão relacionados a unidades de ST (sangue total).

### 3.2.3 Compilação dos resultados obtidos do descarte total das unidades hemoterápicas do HC da FHEMERON no período de 2008 a 2012.

Tabela 21 DESCARTE SUBJETIVO (DS) SOMADO AOS VOTOS DE AUTOEXCLUSÃO (VAE) NO PERÍODO DE 2008 A 2012, COM SOROLOGIA POSITIVA.

DESCARTES SOROLOGIA POSITIVA	2008	2009	2010	2011	2012	$\Sigma f$	$\Sigma f \%$
DESCARTE SUBJETIVO $\Sigma f$	17	24	38	44	48	171	6,82%
VAE –TOTAL $\Sigma f$		10	15	8	6	39	1,55%
$\Sigma (DS + VAE)$	17	34	53	52	54	210	8,37%
$\Sigma f$ dos doadores com bolsas descartadas com sorologia negativa						2217	88,36
$\Sigma f$ dos doadores com bolsas descartadas						2.509	100%
$\Sigma f$ dos doadores com bolsas descartadas apresentando não conformidades na categoria sorologia						82	3,27%

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Nota: No período de 2008 o VAE que esta sinalizada com a cor amarela caracterizou a ausência de informação ou informação duvidosa. Os VAE que foram computados concomitantes ao DS ( $n = 40$ ), apresentavam sorologia negativa. Observaram-se no período que 82 (3,27%) doadores não tinham registro dos resultados da sorologia, todos relacionados aos VAE, tendo sido considerado como fator de cálculo nesta tabela  $n = 2.509$  doadores.

Tabela 22 DESCARTE SUBJETIVO (DS) SOMADO AOS VOTOS DE AUTO - EXCLUSÃO (VAE), NO PERÍODO DE 2008 A 2012.

DESCARTES	2008	2009	2010	2011	2012	$\Sigma f$	$\Sigma f \%$
$\Sigma f$ do Descarte Subjetivo retirando as 40 unidades consideradas no VAE	221	303	434	568	418	1944	77,48%
$\Sigma f$ Descarte Subjetivo Total.	221	311	443	578	431	1984	79,08%
$\Sigma f$ VAE –TOTAL	24	164	128	118	131	565	22,52%
$\Sigma (DS + VAE)$	245	467	562	686	549	2.509	100%

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Nota: Das unidades computadas para cada período, isoladamente de DS, foram subtraídos as unidades referentes aos VAEs concomitantes do período; totalizando ao final, 40 de unidades hemoterápicas de ST (sangue Total).

Tabela 23 PERCENTUAL DE HEMOCOMPONENTES DESCARTADOS DO HC NA FHEMERON EM RELAÇÃO AO TOTAL DE COLETAS REALIZADAS NO PERÍODO DE 2008 A 2012.

HC NA FHEMERON – HEMOVIDA/HEMOPROD	2008	2009	2010	2011	2012	∑f	∑f %
DESCARTE SUBJETIVO ∑f	221	303	434	568	418	1.944	2,70%
VAE –TOTAL ∑f	24	164	128	118	131	565	0,79%
∑ (DS + VAE)	245	467	562	686	549	2.509	3,49%
∑ COLETAS NO HC DA FHEMERON	14.449	14.576	14797	14947	13.150	71.913	100%
∑ coleta no HC da FHEMERON subtraindo as unidades descarta por DS E VAE						69.404	96,51%

Fonte: HEMOVIDA/HC DA HEMOPROD/FHEMERON (2014). Nota: O somatório representativo do total de coletas realizadas no HC da FHEMERON correspondeu ao total de coletas de doadores aptos somado ao total de bolsas coletadas e descartadas por DS + VAE.

Tabela 24 ESTIMATIVA DE CUSTOS :DESCARTE SUBJETIVO (DS) SOMADO AOS VOTOS DE AUTO - EXCLUSÃO (VAE) NO PERÍODO DE 2008 A 2012.

ESTIMATIVAS DE CUSTOS	2008 R\$	2009 R\$	2010 R\$	2011 R\$	2012 R\$	TOTAL GERAL
DESCARTE SUBJETIVO ∑R\$	88.071,68	124.937,47	176.917,40	234.493,46	170.660,85	795.050,86
VAE -∑ R\$	9.785,52	66.867,72	52.189,44	48.112,14	53.412,63	230.367,45
∑ (DS + VAE)	97.857,2	191805,19	229.106,84	282.605,60	224.073,48	1.025.448,31

Fonte: HEMOVIDA/HC DA FHEMERON (2014). Nota: Dos valores computados para cada período, isoladamente de DS, foram subtraídos os valores referentes aos VAES concomitantes do período; totalizando ao final, 40 de unidades hemoterápicas de ST (sangue Total).



### 3.2.4 Cálculo do percentual de inaptidão sorológica para o descarte realizado no HC da FHEMERON, por DS e VAE no período de 2008 a 2012.

Fórmula utilizada para os cálculos:

$$\frac{\sum \text{N}^\circ \text{ de candidatos inaptos}}{\sum \text{N}^\circ \text{ de candidatos atendidos}} \times 100 =$$

A) DESCARTE SUBJETIVO (DS), DADOS OBTIDOS NOS REGISTROS DO HEMOVIDA/HC DA FHEMERON.

$\sum \text{N}^\circ$  de candidatos inaptos = DS com sorologia positiva = 171

$\sum \text{N}^\circ$  de doadores encaminhados para o DS do período de 2008 a 2012 (n= 1974)

$$(171/1974) \times 100 = 8,66\% \text{ índice de inaptidão sorológica.}$$

B) VOTOS DE AUTOEXCLUSÃO, DADOS OBTIDOS NOS REGISTROS DO HEMOVIDA/HC DA FHEMERON.

$\sum \text{N}^\circ$  de candidatos inaptos = VAE com sorologia positiva = 39

$\sum \text{N}^\circ$  de candidatos atendidos = VAE do período = 565

$$(39/565) \times 100 = 6,90\% \text{ índice de inaptidão sorológica.}$$

C) DESCARTE TOTAL (DS+VAE) DO PERÍODO ESTUDADO, DADOS OBTIDOS NOS REGISTROS DO HEMOVIDA/HC DA FHEMERON.

$\sum \text{N}^\circ$  de candidatos inaptos = (DS+VAE) com sorologia positiva = 210

$\sum \text{N}^\circ$  de candidatos atendidos = (DS+VAE) do período = 2.509

$$(210/2.509) \times 100 = 8,36\% \text{ índice de inaptidão sorológica.}$$

### 3.2.5 Cálculo da sensibilidade para o descarte realizado no HC da FHEMERON, no período de 2008 a 2012.

Fórmula utilizada para os cálculos:

$$\frac{\sum \text{SP confirmada}}{\sum (\text{SP} + \text{SN})} =$$

Legenda :- Sorologia positiva – SP; Sorologia Negativa – SN.

A sensibilidade de um processo ou procedimento refere-se a sua precisão em realizá-lo; o quanto ele é sensível para mensurá-lo ou para sua aferição.

O parâmetro ideal é sempre a busca de se alcançar 100%; contudo, se aceita trabalhar com  $p \leq 0,05$ , que nos dá o parâmetro mínimo para aceitação de 95%.

A) DESCARTE SUBJETIVO (DS), DADOS OBTIDOS NOS REGISTROS DO HEMOVIDA/HC DA FHEMERON.

$$\sum \text{SP confirmada} = 171$$

$$\sum (\text{SP} + \text{SN}) = 1974$$

$$\text{Sensibilidade} = 171/1974 = \mathbf{0,086}$$

$$\text{Sensibilidade} \times 100 = \mathbf{8,6\%}$$

B) VOTOS DE AUTO - EXCLUSÃO (VAE), DADOS OBTIDOS NOS REGISTROS DO HEMOVIDA/FHEMERON.

$$\sum \text{SP confirmada} = 39$$

$$\sum (\text{SP} + \text{SN}) = 565$$

$$\text{Sensibilidade} = 39/565 = \mathbf{0,069}$$

$$\text{Sensibilidade} \times 100 = \mathbf{6,9\%}$$

C) DESCARTE TOTAL (DS+VAE) DO PERÍODO ESTUDADO, DADOS OBTIDOS NOS REGISTROS DO HEMOVIDA/HC DA FHEMERON.

$$\sum \text{SP confirmada} = 210$$

$$\sum (\text{SP} + \text{SN}) = 2.509$$

$$\text{Sensibilidade} = 210/2.509 = \mathbf{0,0836}$$

$$\text{Sensibilidade} \times 100 = \mathbf{8,36\%}$$

**3.2.6 Cálculo da especificidade para o descarte realizado no HC da FHEMERON, no período de 2008 a 2012.**

Fórmula utilizada para os cálculos:

$$\frac{\sum \text{SN confirmada}}{\sum (\text{SP} + \text{SN})} =$$

Legenda: Sorologia positiva – SP; Sorologia Negativa – SN.

A especificidade de um processo ou procedimento refere-se a sua capacidade de discriminação; o quanto ele possui de especificidade para diferenciar os critérios que visa identificar.

O parâmetro ideal é sempre a busca de se alcançar 100%; contudo, se aceita trabalhar com  $p \leq 0,05$ , que nos dá o parâmetro mínimo para aceitação de 95%.

A) DESCARTE SUBJETIVO (DS), DADOS OBTIDOS NOS REGISTROS DO HEMOVIDA/HC DA FHEMERON.

$$\sum \text{SN confirmada} = 1803$$

$$\sum (\text{SP} + \text{SN}) = 1974$$

$$\text{Especificidade} = 1803/1974 = \mathbf{0,91}$$

**Especificidade % = 91%**

B) VOTOS DE AUTO - EXCLUSÃO (VAE), DADOS OBTIDOS NOS REGISTROS DO HEMOVIDA/HC DA FHEMERON.

$\sum$  SN confirmada = 444

$\sum$  (SP + SN) = 483

**Especificidade = 444/483 = 0,92**

**Especificidade % = 92%**

C) DESCARTE TOTAL (DS+VAE) DO PERÍODO ESTUDADO, DADOS OBTIDOS NOS REGISTROS DO HEMOVIDA/HC DA FHEMERON.

$\sum$  SN confirmada = 2247

$\sum$  (SP + SN) = 2.509

**Especificidade = 2247/2.509 = 0,89**

**Especificidade % = 89%**

**3.2.7 Cálculo da eficácia para o descarte realizado no HC da FHEMERON, no período de 2008 a 2012.**

IC95% para  $p \leq 0,05$

$\sum$  DS com SP confirmada + VAE com SP confirmada = 210

$\sum$  do Descarte realizado (DS + VAE) = 2.509

$$\text{Eficácia} = \frac{210}{2.509} \times 100 = 0,106 \times 100 = 8,36\%$$

Legenda: IC = Intervalo de Confiança

**3.2.8 Cálculo dos testes de hipóteses: A)  $H_1/H_{01}$ ; B)  $H_2/H_{02}$ ; C)  $H_3/H_{03}$ ; D)  $H_4/H_{04}$ ; descarte realizado no HC da FHEMERON, no período de 2008 a 2012.**

a)  $H_1$ : Se VAE é apresenta especificidade e sensibilidade então sorologia positiva.

$H_{01}$  : Se VAE não apresenta especificidade e sensibilidade então sorologia negativa.

Considerou-se  $H_{01}$  aceita utilizando-se como parâmetro a evidência da especificidade encontrada que foi de 91%, abaixo dos critérios mínimos desejados (95% a 97%); com sorologia positiva em 6,90% e sorologia negativa em 78,58%; e evidência de não conformidade em 14,51%.

As evidências encontradas rejeitaram  $H_1$ .

b)  $H_2$  – Se DS apresenta especificidade e sensibilidade então sorologia positiva.

$H_{02}$  : Se DS não apresenta especificidade e sensibilidade então sorologia negativa

Considerou-se  $H_{02}$  aceita utilizando-se como parâmetro a evidência da especificidade encontrada que foi de 91%, abaixo dos critérios mínimos desejados (95% a 97%); com sorologia positiva em 8,66% e sorologia negativa em 91,34%.

As evidências encontradas rejeitaram  $H_2$ .

c)  $H_3$  – Se VAE + DS apresenta especificidade e sensibilidade então sorologia positiva.

$H_{03}$ : Se VAE + DS não apresenta especificidade e sensibilidade então sorologia negativa.

Considerou-se  $H_{03}$  aceita utilizando-se como parâmetro a evidência da especificidade encontrada que foi de 89%, abaixo dos critérios mínimos desejados

(95% a 97%); com sorologia positiva em 8,37% e sorologia negativa em 88,36%; e evidência de não conformidade em 3,27%; considerando o total 2.509 doadores que sofreram a ação do descarte de suas bolsas coletadas.

As evidências encontradas rejeitaram ***H<sub>3</sub>***.

**d) *H<sub>4</sub>*** – Se VAE + DS apresenta especificidade e sensibilidade então não geram agravos financeiros ao Hemocentro Coordenador de Rondônia.

***H<sub>04</sub>***: Se VAE + DS não apresenta especificidade e sensibilidade então geram agravos financeiros ao Hemocentro Coordenador de Rondônia.

Considerou-se ***H<sub>04</sub>*** aceita utilizando-se como parâmetro a evidência da especificidade encontrada que foi de 89%, abaixo dos critérios mínimos desejados (95% a 97%); com sorologia positiva em 8,37% e sorologia negativa em 88,36%; e evidência de não conformidade em 3,27%; considerando o total 2.509 doadores que sofreram a ação do descarte de suas bolsas coletadas. Com estes resultados observou-se que os descartes ocorridos no período de 2008 a 2012 no Hemocentro Coordenador de Rondônia – FHEMERON pode ser considerado um agravo financeiro estimado em R\$ **1.025.448,31**.

As evidências encontradas rejeitaram ***H<sub>4</sub>***.

## 4 DISCUSSÃO

A qualidade e a quantidade de sangue doado ainda é hoje uma grande preocupação para os órgãos e instituições de saúde, tanto no Brasil quanto nos demais países. Segundo Gonzaga (2007), a motivação para doar abrange diversos parâmetros. Encontram-se entre os candidatos a doação de sangue pessoas que entendem o “ato de doar” como um ato de amor; outras doam porque um parente, um amigo ou mesmo uma pessoa conhecida da mídia ou por ação da participação da mídia frente a um desastre ou acidente se disponibilizam a compartilhar seu sangue indo a um hemocentro doá-lo; existem ainda pessoas que se direcionam para um hemocentro com o objetivo de doar visando obter exames sorológicos, tipagem sanguínea, algum tipo de alimentação e um atestado isentando-o do trabalho <sup>6, 35</sup>.

Rejeitar um candidato à doação de sangue pelo descarte subjetivo envolve aspectos éticos, profissionais e financeiros, além dos aspectos laboratoriais, pois neste momento o que predomina é a decisão de um triador e que poderá ou não ser confirmado pelos resultados sorológicos (triagem laboratorial) <sup>39</sup>.

Diante da lacuna teórica na base de dados científica sobre o descarte subjetivo, em especial contemplando a região Norte e suas peculiaridades; a inexistência de publicações relacionadas a esta temática na Hemorrede Estadual; as expectativas duvidosas que se apresentam nas publicações sobre o voto de auto - exclusão confidencial, e sua manutenção junto aos procedimentos de seleção de candidatos a doação; e todos os questionamentos levantados após a implantação do NAT dificultam a ação dos triadores e nos leva a discutir a aplicabilidade e eficiência do método <sup>14, 57</sup>.

Segundo Wendel (2014 p. 3) a utilização da plataforma NAT para avaliação das amostras dos doadores, embora tenha reduzido o risco de contaminação por transfusão; não consegue, contudo, controlar a possibilidade do risco residual da janela imunológica para HIV, HCV e principalmente para o HBV <sup>57</sup>.

Visando identificar os critérios utilizados pelos triadores para realizarem o descarte subjetivo das bolsas de sangue doadas, foi realizada uma entrevista, com treze dos vinte e três triadores que trabalharam no HC da FHEMERON durante o

período de 2008 a 2012. Os resultados encontrados, ao final da análise de conteúdo realizada, encontram-se discutidos a seguir.

Analisando as respostas dos 13 triadores entrevistados, verificou-se que 92,31% declararam que o entendimento que possuem do DS depende da “interpretação pessoal”; enquanto 7,69% afirmaram entender o DS como sendo “critérios pré-estabelecidos pelo setor de enfermagem”. Contudo, os POPs da Equipe de Enfermagem do Hemocentro Coordenador de Rondônia, que abrangeram o período da pesquisa, POP nº 0.2.006.05 – Triagem Clínica, revisado em 08/08/2013 e o POP PV.04.002R00 Triagem – Enfermagem, de 28/02/2014, não faz menção à temática estudada. O que evidencia a “interpretação pessoal”, como sendo a normativa que direciona os triadores a optar pelo DS para um determinado doador. O *subjetivismo*, como o seu próprio nome indica, limita a validade da verdade ao sujeito que conhece e julga. Este pode ser tanto o sujeito individual ou o indivíduo humano como o sujeito geral ou o gênero humano. No primeiro caso encontra-se um subjetivismo individual, e no segundo o subjetivismo geral. Entendendo o subjetivismo como individual, teremos que um juízo é válido unicamente para o sujeito individual que o formula; o que implica em dizer que pode ou não também ser verdadeiro para o outro, o objeto julgado (doador). Para o subjetivismo geral há verdades supra individuais; mas não são verdades universalmente válidas. O *relativismo* está intrinsecamente próximo ao *subjetivismo*; segundo ele não há também qualquer verdade absoluta, qualquer verdade universalmente válida; toda verdade é relativa, apenas tem uma validade limitada. O subjetivismo lida com os contextos internos do sujeito, enquanto que o relativismo situa-se nos contextos externos. Com esta compreensão, observou-se que o que leva o triador a encaminhar o doador ao DS são seus critérios pessoais que ele interpretou e abstraiu das legislações vigentes para normatização da triagem clínica, mas que foram estruturadas de acordo com o seu sistema de crenças e valores pessoais que se organizaram a partir de suas peculiaridades culturais, intrinsecamente formadas pela sua história de vida. Esta situação se confirma quando ao observarmos os resultados dos cálculos realizados para o descarte das unidades hemoterápicas (DS + VAE). Encontramos os índices de eficácia projetados em 8,36% e o de sensibilidade em 8,3% (respectivamente, p.69 e 68), indicando que os procedimentos realizados para a realização dos descartes (DS e VAE), encontram-se falhos <sup>56</sup>.



Nas entrevistas realizadas, 100% dos triadores elegeram a “análise visual” e “a análise comportamental” como critérios para avaliação do DS. Seguidos de 61,54% que atribuiu o DS a “falta de confiança nas respostas”, 46,15% “a mentira”, 23,08% para “comportamento de risco”, 15,38% “interesse nos resultados dos exames”, 15,38% “informações de terceiros”, 15,38% “contradições”, 13,38% “a insegurança”, 13,38% “ao nervosismo”, 7,70% “omissões”, 7,70% a “triagem anterior” e 7,70% “analisa a confiabilidade das respostas do doador através da experiência adquirida”.

Segundo Maciel Jr. & Melo (2006, p.71), a *subjetividade* é prioritariamente, um composto de sensações; porém o doador para o triador é um sujeito concreto que expressa estas sensações através do seu comportamento. Entendendo – se como comportamento ao conjunto de procedimentos ou reações do indivíduo ao ambiente que o cerca em determinadas circunstâncias, o meio; observar os aspectos físicos do doador para se analisar seu comportamento como: os olhos, a pele, as faces, as unhas, os cabelos, a fala, o hálito, a forma de andar, as roupas; enfim, as suas condições de higiene e saúde, pode ser a forma de se estabelecer um conjunto de critérios, concretos que podem e devem ser utilizados para viabilizar o DS de forma operacional e padronizada entre os triadores. Neste estudo o que nos chamou a atenção foi o fato de 100% dos triadores utilizarem como critérios para os DS suas interpretações pessoais, suas experiências de vida, imbuídas de seus sistemas de crenças e valores pessoais perpetuados ao longo de sua vida profissional. A Hemoterapia é um conhecimento científico, onde as etapas de seu desenvolvimento; como a triagem clínica, deve ser desenvolvida de acordo com os critérios, pré-determinados por esta ciência. Ela não deve ser interpretada como um conhecimento pessoal, como está sendo demonstrado com relação ao DS. As legislações, anteriores e atuais colocam que devem ser considerados inaptos, dentre outros aspectos, por um ano, os doadores que nos 12 meses precedentes a doação tenham sido expostos, dentre outros critérios, a relações sexuais com um ou mais parceiros ocasionais ou desconhecidos, sem uso dos preservativos ou homens que tiveram relações sexuais com outros homens e ou as parceiras sexuais destes; contudo a discriminação do homossexualismo é considerado como ato de preconceito e como tal inaceitável pela sociedade. As origens desses critérios estão baseadas nos problemas advindos das janelas imunológicas, dos recursos

existentes para diagnosticar as doenças infectocontagiosas (principalmente a AIDS) e visando a segurança transfusional <sup>4, 13, 28, 30, 36</sup>.

Outro aspecto relevante nas respostas dos triadores referiu-se a situação de que 84,61% “*não realizam qualquer comparativo de seu DS com os resultados sorológicos*”; enquanto 15,38% indicam que “*não o fazem por não terem acesso às informações necessárias*”; 7,70% informaram “*não ter orientação para este procedimento*”; 7,70% informou que “*às vezes compara o seu DS com os VAE*” e 7,70% “*informou que sempre compara*”. Neste item, observa-se que a equipe dos triadores necessita ser retreinada, visando à capacitação, atualizando-os sobre as atuais exigências das legislações normalizadoras dos Serviços de Hemoterapia.

Para atender os demais objetivos da pesquisa, foi traçado um paralelo entre o perfil dos doadores estudados nas situações de descarte por DS e por VAE com os dados gerais do HC da FHEMERON e os resultados obtidos junto aos da Hemorrede Nacional e, em alguns aspectos, ao da Hemorrede dos Hemocentros Coordenadores da Região Norte.

Visando o bom entendimento nestas comparações realizadas, tornou-se importante ressaltar que nossa amostra (DS + VAE) foi composta de 2.509 (3,6%) doações realizadas no período de 2008 a 2012 no HC da FHEMERON. Durante este período de 2008 a 2012 compareceram para doar 87.259 doadores no HC da FHEMERON, desses 17.855 foram considerados inaptos na triagem. Considerados aptos neste primeiro momento 69.404 doadores encaminhados à sala de coleta (dados obtidos no HC da FHEMERON em 2014 – APÊNDICE 10). A Hemorrede Nacional compreende 3.629.879 (1,9%) doações gerais em todo o território brasileiro (2012).

Os doadores estudados apresentaram predominância de 50,96% para o grupo “O” positivo no DS e de 52,74% no VAE, apresentando um índice pouco acima do índice da Hemorrede Nacional (HN) que corresponde a 42,98%, porém corroborando as informações do HEMOPROD de 2012 de que a predominância das doações em âmbito nacional é do grupo “O” positivo.

Comparando-se estes dados verifica-se que na região abrangida pelos serviços do HC da FHEMERON, quanto à predominância dos grupos sanguíneos, os resultados encontrados apresentam-se em consonância aos apresentados na Hemorrede Nacional.

Comparando as características de gênero observou-se que o gênero masculino predomina em todos os contextos: 79,69% para o DS e 73,45% no VAE, 66,23% no HC da FHEMERON e sendo de 63,66% na HN; enquanto que o gênero feminino apresentou: 20,16% para o DS; 26,37% no VAE; 33,77% no HC da FHEMERON e 36,34% na HN.

No perfil da faixa etária observa-se que para o DS a predominância das doações ficou acima dos 18 anos e abaixo dos 40 anos, respectivamente, 53,19% (18 + 29) e 32,21% (29 + 40); nos VAE a predominância das doações ficara, também, acima dos 18 anos e abaixo dos 40 anos, respectivamente 51,33% (18 + 29) e 29,38% (acima de 29 anos); com relação aos doadores presentes neste período no HC da FHEMERON 59,59% (18 + 29 anos) e 40,41% (acima de 29 anos); na HN o índice nacional foi de 39,98% (18 a 29) e 60,02% (acima de 29) respectivamente. Associando as características de gênero ao perfil da faixa etária encontrados no HC da FHEMERON, observa-se que estes, concentram-se no *período reprodutivo da mulher*, que de acordo com Guynton e Hall (1996, p. 925) se estende dos 13 aos 46 anos. Quando confrontamos esta observação com os dados publicados pelo IBGE, verifica-se que o índice de natalidade na Região Norte é o maior de todo o Brasil (Gráfico 7). Questiona-se se este entendimento pode ser a explicação para a predominância masculina entre os doadores?<sup>58, 59</sup>.

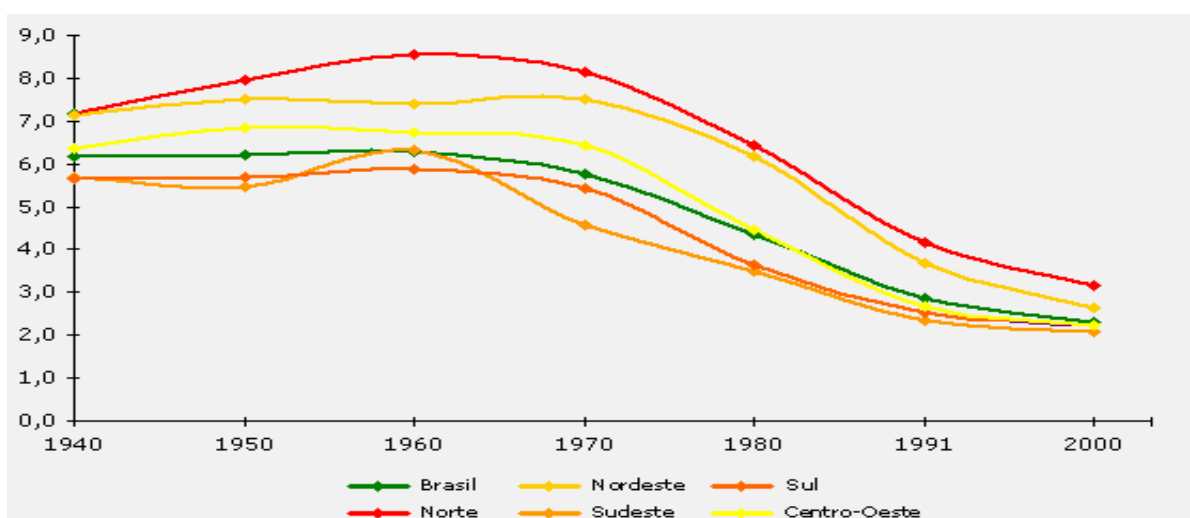


Gráfico 7 – Evolução da taxa de fecundidade total, Brasil e grandes Regiões 1940/2000. Fonte: Censo Demográfico 2000, Fecundidade e Mortalidade Infantil, resultados preliminares da Amostra, IBGE/2002. (2014)<sup>59</sup>.

Brener *et al.*(2013), também encontraram em seu trabalho predominância do gênero masculino com 76,52% em relação ao sexo feminino com 23,48%; 58,1%

entre indivíduos que não apresentavam união estável; contudo, não se qualificavam como solteiros entre doadores do Hemocentro de Belo Horizonte <sup>60</sup>.

Lima et al. (2010) desenvolveram um estudo retrospectivo no Hemocentro Regional de Uberaba (HRU), durante o período de 14 anos de 1995 a 2008 visando avaliar a prevalência e fatores associados à soropositividade para o HTLV-1/2. Avaliaram os dados dos 147.489 doadores que compareceram ao HRU neste período e identificaram independentemente da questão de soropositividade para o HTLV, que 71,8% dos doadores eram do sexo masculino, 28,2% do sexo feminino e 52% desses doadores tinham idade igual ou superior a 30 anos e 48% apresentavam – se na faixa etária entre 18 a 29 anos. Com relação ao estado civil, 47,5% eram casados, 39,8% eram solteiros e 12,7% pertenciam à categoria de “outros”. Estabelecendo uma analogia entre os resultados encontrados por Lima et al. e os dados de nosso estudo; considerando o caráter aleatório em que um possível doador ser considerado inapto e ser excluído por descarte subjetivo ou se auto excluir através da utilização do voto de auto – exclusão, em nosso trabalho com relação as categorias: sexo, idade e estado civil, observou-se em nossa amostra estudada os seguintes resultados: entre os doadores encaminhados ao DS 79,69% eram do sexo masculino e 20,16% eram do sexo feminino; entre os doadores que optaram pelo VAE, 73,45% eram do sexo masculino e 26,37% eram do sexo feminino; com relação a faixa etária, entre os doadores encaminhados para o DS 53,19% encontravam-se inseridos entre os 18 a 29 anos excludentes e 46,19% com idade igual ou superior a 29 anos; entre os doadores que optaram pelo VAE 51,33% encontravam-se entre os 18 a 29 anos excludentes e 48,14% com idade igual ou superior a 29 anos. Quanto ao estado civil, dos doadores encaminhados para DS 21,23% eram casados, 73,60% eram solteiros e 4,36% estavam na categoria “outros” (“divorciados” + “viúvos” + “outros”); e quanto aos doadores que optaram pelo VAE, 28,50% eram casados, 69,21% solteiros e 1,95% na categoria de “outros” (“divorciados” + “viúvos” + “outros”). Observou-se concordância entre os trabalhos com relação a predominância para os doadores do sexo masculino sobre o feminino; quanto a faixa etária nossos resultados apontam para predominância de doadores abaixo dos 29 anos enquanto que o estudo de Lima et al. apresentou predominância para faixa etária igual ou superior a 30 anos. Com relação ao estado civil nossa predominância apresentou - se para solteiros tanto para os doadores do DS quanto para os doadores do VAE comparados com os resultados encontrados para os

casados e a categoria de outros, diferentemente dos resultados observados por Lima *et al.*<sup>61</sup>

Segundo a periodicidade de comparecimento dos doadores, em nosso trabalho, observou-se no descarte subjetivo 23,05% corresponde ao comparecimento como doador de 1<sup>a</sup> vez e este quantitativo é 24,49 vezes inferior ao quantitativo de comparecimento relacionado à  $\geq 2$  com  $n = 11.147$  (76,84%). Com relação ao VAE o comparecimento como doador de 1<sup>a</sup> vez correspondeu a 33,57% e este quantitativo é 11,89 vezes inferior ao quantitativo de comparecimento relacionado à  $\geq 2$  com  $n = 2.390$  (64,25%). Estes resultados representam um grande desperdício de unidades hemoterápicas que poderiam ter sido utilizadas; um grande desperdício financeiro com a equipe e material para as coletas das doações e, principalmente uma grande falta de respeito com o doador. Os doadores que são encaminhados ao DS não tomam ciência que a sua doação será descartada; mas o VAE é uma opção do doador. Por que ele continua a voltar se optou para descartar sua doação?

Gonzaga (2007) questiona os valores éticos e morais do DS por entender que ele fere os direitos à autonomia do doador e desrespeita sua integridade física e psicológica enquanto cidadão. Não se coloca contra a necessidade de se buscar o aprimoramento da segurança transfusional, porém discorda da falta de clareza ao se omitir do doador a situação do DS.<sup>35</sup>

Kasraiani & Travasoli (2010, p.321), em seu estudo analítico transversal sobre a positividade de HIV, hepatite B e hepatite C em pacientes atendidos em um sistema de auto - exclusão confidencial (CSE); entre outras conclusões, observaram que o “CSE pode ser um método potencialmente útil para melhorar a segurança do sangue”. As taxas de positividade encontradas entre doadores que optaram pelo CSE (3,12% em 2006 e 3,04% em 2007 com valor de  $p < 0,05$ ) foram significativamente maiores dos que as dos doadores que não optaram pelo CSE no mesmo período, respectivamente: 0,58% e 0,57%. Em nossos estudos a soropositividade geral encontrada, considerando-se todos os testes sorológicos realizados nas amostras dos doadores, foi de: DS = 8,66%; VAE = 6,90% e no HC da FHEMERON = 4,7%. Para HIV; HBV e HCV foram: DS = 0,46% HIV, 0,51% HBV e 0,41% HCV; VAE = 0,70% HIV, 0,18% HBV e 0,70% HCV; e no HC da FHEMERON = 0,47% HIV, 0,23% HBV e 0,36% HCV.<sup>44</sup>

Segundo a Hemorrede Nacional, os perfis de inaptidão sorológica para as doenças infectocontagiosas, em doadores para o período de 2012 foram:

Anti- HBc - 1,47%; HbsAg – 0,16%; HCV – 0,27%; HIV – 0,36%; HTLV I/II – 0,17%; Sífilis – 0,67%; Chagas- 0,26%; Malária – 0,06%. Comparando-o ao perfil de inaptidão entre os doadores com sorologia positiva no DS do HC da FHEMERON, observou-se: Anti – HBc - 6,18%; HbsAg – 0,51%; HCV – 0,41%; HIV – 0,46%; HTLV I/II – 0,25%; Sífilis – 0,61%; Chagas- 0,25%; Malária – 0%. Desta forma demonstra-se que Anti – HBc apresenta-se bem mais elevado; contudo, para os demais marcadores observa-se o mesmo nível percentual de positividade. Com relação ao VAE foram encontradas as mesmas correspondências que se observou no DS: Anti- HBc - 4,95%; HbsAg – 0,18%; HCV – 0,70%; HIV – 0,70%; HTLV I/II – 0%; Sífilis – 0,35%; Chagas- 0%; Malária – 0%.<sup>52</sup>

Em Caxias do Sul, Rodriguez e colaboradores (2008, p.34), encontraram resultados semelhantes ao encontrado nesta pesquisa e na HN: Anti- HBc -1,67%; HbsAg – 0,18%; HCV – 0,12%; HIV – 0,05%; HTLV I/II – 0,02%; Chagas- 0,06%.<sup>62</sup>

Nestes dados pode-se observar que a presença do Anti-HBc apresenta um índice percentual de positividade bem maior que as demais doenças infecto contagiosas.

O índice percentual de inaptidão sorológica em 2012 da HN foi de 3,43%, em nossos estudos referendando o descarte realizado (DS + VAE), no período de 2008 a 2012, foi de 8,37 %; e no HC da FHEMERON (geral) foi de 4,7%.<sup>52</sup>

Castro (2009), em um estudo sobre o papel do VAE, escreveu que com o aperfeiçoamento das técnicas utilizadas para o diagnóstico das doenças infecto contagiosas em doadores de sangue, aumentando sua sensibilidade e a especificidade nos procedimentos, o papel do voto de auto - exclusão (VAE) perdeu seu sentido; tornou-se inconsistente, pois no seu entender, deve-se evitar o descarte desnecessário de hemocomponentes e racionalizar melhor os custos da atividade hemoterápica nacional<sup>40</sup>.

Quando comparamos os descartes do HC da FHEMERON (período de 2008 a 2012), com Descarte Subjetivo e do Voto de Auto - exclusão confidencial com os outros Hemocentros Coordenadores da Região Norte, no período de 2012, encontram-se os resultados apresentados na Tabela 25.

Tabela 25 Descartes dos Hemocentros Coordenadores da Região Norte no período de 2012.

<b>HEMOCENTROS COORDENADORES REGIÃO NORTE</b>	<b>DS</b>	<b>VAE</b>
<b>HC DA FHEMERON</b>	<b>2,70%</b>	<b>0,79%</b>
<b>HC DO HEMOAM</b>	<b>1,27%</b>	<b>1,32%</b>
<b>HC DO HEMORAIMA</b>	<b>0%;</b>	<b>1,42%;</b>
<b>HC DO HEMOACRE</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,2%;</b>
<b>HC DO HEMOPA</b>	<b>0,86%</b>	<b>0,50%;</b>
<b>HC DO HEMOTO</b>	<b>0,1%</b>	<b>2,8%</b>
<b>HC DO HEMOAP</b>	<b>2,4%</b>	<b>0,97%</b>

Fonte: Hemocentros Coordenadores (HC) da Região Norte, 2014.

Observamos ao comparar os índices entre o HC da FHEMERON e os Hemocentros Coordenadores da Região Norte que o índice para o descarte subjetivo do HC da FHEMERON (2,70%) corresponde 27 vezes o do HC do HEMOTO (0,1%); a 9 vezes o do HC do HEMOACRE (0,3%); a 3,13 vezes ao índice do HC do HEMOPA (0,86%); 1,12 vezes do HC do HEMOAP (2,4%) com relação ao HC do HEMOAM (1,27%), apresentou uma relação de 2,13 vezes maior; o HC do HEMORAIMA não possui a prática do descarte subjetivo. Com relação ao VAE, o resultado observado no HC da FHEMERON (0,79%) ficou próximo aos índices encontrados no HC do HEMOAP (0,97%), HC do HEMOPA (0,50%); representou quase quatro vezes (3,95) o índice do HC do HEMOACRE (0,2%); ficou abaixo (3,55 vezes) do índice do HC do HEMOTO (2,8%) e quase 50% abaixo dos demais índices: HC do HEMORAIMA – 1,42%; HC do HEMOAM – 1,32%.

Ao se comparar os resultados encontrados, através de uma tabela atualizada de valores do HC da FHEMERON, verificou-se que a estimativa de custos com o DS equivale a 3,45 vezes os custos se comparado com a utilização do VAE. Durante este período (2008 a 2012) a estimativa de custo para o DS foi de R\$ 795.050,86 para R\$ 230.367,45 com os VAE; totalizando uma estimativa de custos com o descarte geral (DS e VAE) em R\$ 1.025.448,31.

Vogler *et al.* (2011), em seu estudo sobre a eficácia da exclusão da unidade confidencial na triagem de doadores de sangue em um Banco de Sangue Público em Londrina, encontrou um índice de sensibilidade para a utilização do VAE de 4,9% e especificidade de 96,8% o que representou ter significância estatística para

ser mantido. Em nosso trabalho, encontramos a sensibilidade do VAE em 6,90% e o grau de especificidade em 92% ( $p \leq 0,05$ , IC 95%); com relação ao DS, a sensibilidade encontrada foi de 8,66% e o grau de especificidade em 91% ( $p \leq 0,05$ , IC 95%). O índice percentual para inaptidão no estudo foi de 8,37% e o índice de eficácia foi de 8,36% ( $p \leq 0,05$ , IC 95%). Tanto em relação à sensibilidade quanto em relação à especificidade e a eficácia, o descarte subjetivo e o descarte por voto de auto - exclusão confidencial demonstrou que no HC da FHEMERON se evidenciam falhas no processo dos descartes, provavelmente, devido ao desempenho da equipe que atua junto à triagem dos doadores.<sup>63</sup>

Com estes resultados podemos inferir que o VAE e o DS do HC da FHEMERON, ocorrido no período de 2008 a 2012, demonstraram não apresentar sensibilidade e especificidade com evidência de apresentar significância estatística que justifique a sua eficácia.

Com relação às hipóteses do estudo observou-se conforme o descrito nos resultados encontrados que  $H_1$ ;  $H_2$ ;  $H_3$  e  $H_4$  foram REJEITADAS enquanto  $H_{01}$ ;  $H_{02}$ ;  $H_{03}$  e  $H_{04}$  foram ACEITAS (páginas 70 e 71).



## 5 CONCLUSÃO

A segurança transfusional é uma das grandes preocupações dos serviços de Hemoterapia. A utilização do descarte subjetivo (DS) pelos triadores e do voto de auto - exclusão confidencial (VAE) por parte do doador são considerados como ferramentas de controle para a qualidade do sangue a ser doado em muitos serviços, no Brasil e no mundo.

Em nosso estudo procuramos avaliar, através de dados retrospectivos, relacionados ao período de 2008 a 2012, a eficácia desses procedimentos – Descarte Subjetivo e Votos de Auto - Exclusão Confidencial no serviço do HC da FHEMERON, e desta forma avaliar as hipóteses propostas no estudo.

Concluimos que os procedimentos estudados não alcançaram o parâmetro necessário para lhes atribuir eficácia. Consideramos na análise geral dos dados que a atuação da equipe esta relacionada com estes resultados. Acredita-se que a necessidade de se reavaliar a logística do trabalho junto à equipe que atua na triagem clínica é primordial para o melhoramento dos trabalhos.

Outro aspecto que se observou neste estudo esta relacionado aos registros dos dados dos doadores que apresentaram diversas não conformidades, principalmente dos doadores que optaram pelo VAE durante o período do estudo.

Concluimos também, com os resultados encontrados, que os descartes ocorridos no período de 2008 a 2012 no Hemocentro Coordenador de Rondônia – FHEMERON podem ser considerados um agravo financeiro estimado em R\$ **1.025.448,31**.

Visando responder os questionamentos levantados neste estudo, chegamos s seguintes conclusões:

- os critérios utilizados pelos triadores para determinar o DS, demonstraram a necessidade de se criar uma nova logística de ação para o desenvolvimento de treinamentos e capacitação do grupo;
- o DS embora seja “subjetivo” porque não se encontra descrito nas legislações vigentes, não significa que não possa ser operacionalizado de forma a ser pré-determinado em uma gama de critérios, que justifique sua padronização pelos profissionais do serviço, pois o doador é um sujeito concreto;

- com relação ao perfil do doador encaminhado para o DS, podemos verificar que apresentaram grandes semelhanças com os perfis descritos na hemorrede nacional (HN) através do boletim anual de produção hemoterápica do ano de 2012, publicado pela ANVISA em 2013.
- com relação à literatura pesquisada, se observou que os dados encontrados apresentam diferenças e semelhanças, características da Região Norte do Brasil;
- com relação à sensibilidade e especificidade do DS e do VAE, em nosso estudo, observou-se que os índices encontrados demonstraram que existiram falhas importantes nos processos estudados;
- com relação à eficácia do DS e do Vae observa-se que o descarte realizado não possui eficácia. Infere - se que o problema no processo de “descarte” esta relacionado à capacitação da equipe que não esta sabendo utiliza-lo de forma correta.
- com relação ao impacto financeiro, utilizando-se a tabela de custos de 2014, aplicada no HC da FHEMERON, observou-se que deve ser repensada a logística atual que estrutura os procedimentos orientados para o VAE e para o DS, pois se encontrou evidências de que o agravo financeiro existe.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 HARMENING, D.M. **Técnicas modernas em banco de sangue e transfusão**. 4ªed. Rio de Janeiro: REVINTER, 2006.

2 BORDIN, J.O; LANGHI Jr., D.M. & COVAS, D.T..**Hemoterapia: fundamentos e prática**, Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

3 BRASIL, MS. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 57 de 16 de dezembro de 2010**. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/83legislações/rdc/106696-57.htm> > Acesso em 16 de agosto de 2013..

4 BRASIL. MS. **Portaria Nº 2.712 de 12 de novembro de 2013**: Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. D.O.U. nº 221, de 13 de novembro de 2013, Seção 1, página 106.

5 BRASIL, MS. **Portaria Interministerial nº 7 de 30 de abril de 1980**. Aprova as diretrizes básicas do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados- PRÓ-SANGUE. DOU de 08/05/1980, Seção 1 p 8226-8229. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias>. Acessado em 12 de maio de 2013.

6 HOSN C.R.C.A. **Análise do descarte de hemocomponentes no Hemocentro Regional de Araguaína-To**. 2009. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Gestão, Pesquisa e Desenvolvimento em Tecnologia Farmacêutica. Universidade Católica de Goiás; Universidade Estadual de Goiás e Centro Universitário de Anápolis. Goiania. 2009, 95p.

7 REGAN F & TAYLOR C. Recent developments. **Blood Transfusion Medicine. BMJ**. 323: 2002, 43-147.

8 WANDERLEY, D.M.V. *et al*. Controle da hemoterapia e da doença de Chagas transfusional: 1988 e 1990. **Rev. Saúde Pública**. 27(6): 1993, 430-435.

9 BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil -1988, de 05 de outubro de 1988**. Brasília. DF. 1988. Artigos 197 a 199.

10 BRASIL, **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. DF. D.O.U.de 20.9.1990.

11 CARRAZZONE, C. F. V. *et al.*. Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, 26(2): 2004; 93-98. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-84842004000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842004000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 19 de abril de 2013.

12 MOURA, A. S. de. *Et al.* Doador de sangue habitual e fidelizado: fatores motivacionais de adesão ao programa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, ano/vol. 19, n. 002, pp. 61-67.

13 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução – **RDC nº 34, de 11 de junho de 2014**. Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue. Disponível em [:http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiogoPracz/Vigilancia\\_Sanitaria/Vigilancia\\_Servicos/Resolucao\\_RDC34\\_2014.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiogoPracz/Vigilancia_Sanitaria/Vigilancia_Servicos/Resolucao_RDC34_2014.pdf) . Acessado em 8 de julho de 2014.

14 EDER, A. Effectiveness of confidential unit exclusion for screening blood donors. **Rev. Brasil. Hemat. E Hemoter**. 33(5): 2011, 330-331.

15 BRASIL, MS, Agência de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 373, de 10 de março de 2005**. Prorroga prazos previstos na Portaria nº. 1.737/GM, de 19 de agosto de 2004, e altera redação de seu art. 5º.D.O.U. Poder Executivo, de 11 de março de 2005.

16 FROSSARD, A G. S. **As representações sociais do sangue e suas repercussões num serviço de hemoterapia**, 1995. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Rio de Janeiro: ESS- UFRJ. 196p.

17 BRASIL, MS. **Lei nº 1.075, de 27 de março de 1950** Dispõe sobre a doação voluntária de sangue. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias>>. Acessado em 12 de maio de 2013.

18 BRASIL, **Lei nº. 10.025, de 21 de março de 2001**. Regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue e seus hemoderivados e dá outras providências. D.O.U.de 22 de março de 2001

19 BRASIL, MS. **8ª Conferencia Nacional de Saúde** – 17 a 21 de março de 1986. Relatório Final. MS .Brasília DF, 1986. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias>>. Acessado em 12 de maio de 2013.

20 BRASIL, LEI Nº 7.649, DE 25 DE JANEIRO DE 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias>>. Acessado em 16 de junho de 2013.

21 JUNQUEIRA, P.C.; HAMERSCHLAK, N. & ROSENBLIT, J. **Hemoterapia clínica – Capítulo 2 Evolução da Legislação Brasileira**. São Paulo: ROCA, 2009, p. 07 - 16.

22 BRASIL, MS. **PORTARIA nº 721, de 9 de agosto de 1989**. Dispõe sobre a proibição da comercialização do sangue humano. Brasília. DF. DOU de 11/08/1989

23 BRASIL, MS. **Portaria nº 1.376 de 19 de novembro de 1993** Aprovou alterações na Portaria nº 721 MS/GM/1989, e aprovou as Normas Técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados. D.O. 229, de 2/12/1993.

24 BRASIL, MS. **Portaria MS nº 2.009, de 4 de outubro de 1996**. Complementou os termos da Portaria GS/MS nº 1.376/93, com relação às normas técnicas para a coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias>>. Acessado em 16 de junho de 2013.

25 BRASIL, MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 127, de 08 de dezembro de 1995**. Instituir o programa nacional de inspeção em unidades Hemoterápicas – PNIUH . Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias>>. Acessado em 16 de junho de 2013.

26 BRASIL, MS. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 343, de 13 de dezembro de 2002 (\*)**. Aprovar o Regulamento Técnico para a obtenção, testagem, processamento e Controle de Qualidade de Sangue e Hemocomponentes para uso humano. DOU de 17/01/2003. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias>>. Acessado em 16 de junho de 2013.

27 BRASIL, MS. Agência de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 1737, de 19 de agosto de 2004**. Dispõe sobre o fornecimento de sangue e hemocomponentes no Sistema

Único de Saúde – SUS, e o ressarcimento de seus custos operacionais. Brasília, DF. 2004. D.O.U. – D.O.U.; Poder Executivo, de 23 de abril de 2005.

28 BRASIL, MS, Agência de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 153 de 14 de junho de 2004**. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Brasília, DF. 2004

29 GIACOMINI, L. & LUNARDI FILHO, W.D.. Estratégias para fidelização de doadores de sangue voluntários e habituais. **Acta Paul Enferm.** 23(1): 2010; 65-72.

30 BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011**. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Disponível em [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7a2915004b948667a9fabbaf8fded4db/Portaria\\_MS\\_1353\\_13\\_de\\_junho\\_de\\_2011.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7a2915004b948667a9fabbaf8fded4db/Portaria_MS_1353_13_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES) Acessado em 10 de março de 2013.

31 BRASIL, MS. **Resolução RDC nº 51, de 7 de novembro de 2013**. Altera a Resolução – RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010, que determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 13 de novembro de 2013, Seção 1, página 125.

32 DOOD, R. Y. Current Risk for Transfusion Transmitted Infections. **Current Opinion in Hematology**, 2007: 14, p. 671-676.

33 BOLTON-MAGGS, P.H. B. and COHEN, H. Serious Hazards of Transfusion (SHOT) haemovigilance and progress is improving transfusion safety. **British Journal of Haematology**. 2013: 163, 303–314

34 SALLES, N.A. *et al.* descarte de bolsas de sangue e prevalência de doenças infecciosas em doadores de sangue da Fundação Pró-sangue/Hemocentro de São Paulo. **Rev Panam. Salud. Pública / Pan Am. / Public Health** 13 (2/3), 2013.

35 GONZAGA, S.T.G. **Reflexão ética sobre o conceito de descarte subjetivo de sangue, utilização e problemas éticos gerados pelo uso, à luz da RDC nº 153, de 14 de junho de 2004**. 2007. Dissertação (Mestrado). Centro Universitário São Camilo. São Paulo. 2007, 89p.

36 MACIEL Jr, A.; MELO, D.A.S. A fundação do subjetivo: o hábito para além da psicologia. **Rev. Dep. Psicol.**, UFF. Dez. 2006, v. 18, n

37 LANGHI, D.M. *et al.* Caracterização subjetiva, através da triagem epidemiológica, de grupos de doadores de sangue de alto risco (AR) para positividade sorológica. A 235. **Bol. Soc. Bras. Hematol. Hemol.**, V. XX (Suplemento), 1998, p. 78.

38 FERREIRA, O & PASSOS, A.D.C. Factors associated with failure of clinical screening among blood donors who have altered serological results in the Centro Regional de Hemoterapia de Ribeirão Preto. **Rev Bras Hematol Hemoter.** 2012; 34(6):411-5

39 GONZAGA, S.T.G.; ALMEIDA, M de & ANJOS, M.F. dos. Reflexão ética sobre o conceito de descarte subjetivo de sangue, sua utilização e problemas éticos gerados pelo uso, à luz da RDC nº 153/2004. **BIOETHIKOS**: Centro Universitário São Camilo. 2(1): 2008, 89-98.

40 CASTRO, V. de. O papel do voto de auto - exclusão na segurança transfusional. **Ver. Bras. Hematol. Hemoter.** V.31(4), 2009:213-214.

41 BRASIL. MS. RESOLUÇÃO – RDC Nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. Brasília: DF. 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f613c5804492c25a9989db281231adba/Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%BA+34-2014.pdf?MOD=AJPERES>>. Acessado em: Agosto de 2014.

42 LAJOLO, C.P; LANGHI Jr. & MARQUES Jr. HIV – ELISA negativo com NAT positivo: uma realidade em Hemoterapia. **Revi Bras. Hematol. Hemoter.**: v.30 (4). 2008, p. 330-334.

43 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Implantação e Rotina dos Testes de Ácidos Nucleicos (NAT) em Serviços de Hemoterapia.** Manual Operacional. 2013.

44 KASRAIANI, I. & TAVASOLI, A. Positivity of HIV, hepatitis B and hepatitis C in patients enrolled in a confidential self-exclusion system of blood donation: a cross-sectional analytical study. **São Paulo: Revista Paulista de Medicina.** 2010;128 (6):320-3. DOI: 10.1590/S1516-31802010000600002.

45 ALMEIDA-NETO *et al.* Demographic Characteristics and Prevalence of Serologic Markers among Blood Donors Who Use Confidential Unit Exclusion (CUE) in São

Paulo, Brazil: **Implications for Modification of CUE Polices in Brazil**. Transfusion. 2011 January ; 51(1): 191–197. Doi:10.1111/j.1537-2995.2010.02799.x.

46 AMORIM FILHO, L. (Org.) et al. Textos de apoio em hemoterapia. Rio de Janeiro; **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**: FIOCRUZ, Série Trabalho e Formação em Saúde. 2000. V. 1, p. 51.

47 BRASIL, M.S.. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados **TELELAB – Triagem clínica de doadores de sangue**. Brasília (DF), 2001.

48 QUEIROZ, MEV. **Estudo das não conformidades das prescrições de hemocomponentes solicitados: uma análise para a capacitação profissional**. 2013. Trab. de Concl. de Curso. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Curso de Especialização em Gestão de Hemocentros.

49 MOTTA, K. Captação e triagem Clínica de Doadores de Sangue. In: BORDIN, J.O.; LANGHI Jr; COVAS, D.T. (Org.). Hemoterapia. Fundamentos e Prática. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 49-56.

50 BRASIL. M.S.. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação – Geral de Sangue e Hemoderivados. **Guia nacional de Gerenciamento de Estoque de Sangue em Situações de Emergência**. Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

51 BRASIL. MS. **RDC nº 149 de 14 de agosto de 2001**. Estrutura o funcionamento das instituições executoras de atividades hemoterápicas, públicas e privadas, e entidades filantrópicas do Sistema Nacional de Informação de Sangue e Hemoderivados. D.O. n 156-E, de 15 de agosto de 2001.

52 BRASIL, Ministério da Saúde. ANVISA. **3º Boletim Anual de Produção Hemoterápica**. Brasília, DF. Novembro de 2013.

53 FHEMERON. **Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados – ano 2009**. Estado de Rondônia. 87p.

54 MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 3. Ed. Revisada e Ampliada. São Paulo: Atlas, 2000.



55 TAFNER, E.P. *et al.* **Metodologia do Trabalho Acadêmico**. 2 ed. Juruá Editora: Curitiba, 2008.

56 HESSEN, J. **Teoria do Conhecimento**. Trad. Dr. Antônio Correia. Portugal, Coimbra. Américo Amado Ed. 1987, p.45-48.

57 WENDEL, S. MD. PhD. A importância de um teste NAT completo na maior segurança transfusional e uma abordagem comparativa com testes sorológicos. **News letter**. 2014, p.1-3.

58 GUYNTON, A.C. & HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1996, p.925.

59 BRASIL, IBGE. **Fecundidade, natalidade e mortalidade**. Censo Demográfico de 2000. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/234P2>, Acessado em agosto de 2014.

60 BRENER, S.*et al.* Fatores associados à aptidão clínica para a doação de sangue – determinantes demográficos e socioeconômicos. **Rev Bras Hematol Hemoter**. V.30 (2). 2008: 108-113.

61 LIMA, G.M. *et al.* Declínio da prevalência do HTLV-1/2 em doadores de sangue do Hemocentro Regional da Cidade de Uberaba, Estado de Minas gerais, 1995 a 2008. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** .v. 43 (4). Jul-Ago, 2010: 421-424

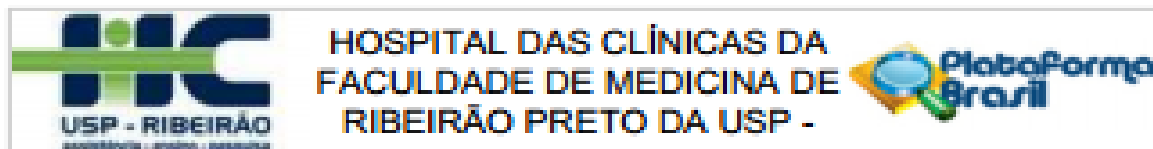
62 RODRIGUEZ, M. *et al.* Prevalência de marcadores sorológicos no Banco de Sangue de Caxias do Sul, RS / The prevalence of serologic marker satthe Caxias do Sul. **Rev Panam Infectol** 10:32-35.

63 VOGLER, I.H. Effectiveness of confidential unit exclusion in screening blood donors of the regional blood bank in Londrina, Paraná State. **Rev Bras Hematol Hemoter**. V.33(5). 2011: 347-52.

64 BRASIL, M.S. **Portaria nº 112/GM em 29 de janeiro de 2004**. Dispõe sobre a implantação, no âmbito da Hemorrede Nacional, da realização dos testes de amplificação e detecção de ácidos nucléicos (NAT), para HIV e HCV. D.O.U. de 30 de janeiro de 2004. Disponível em: <http://pegasus.fmrp.usp.br/projeto/legislacao/portaria%20112%20de%2029%2001%202004.pdf> . Acessado em setembro de 2014.

## ANEXO 1

### PERECER CONSUBSTÂNCIADO PLATAFORMA BRASIL



#### PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SEGURANÇA TRANSFUSIONAL: ESTUDO SOBRE O DESCARTE SUBJETIVO NO HEMOCENTRO COORDENADOR DE RONDÔNIA NOS ANOS DE 2008 A 2012

**Pesquisador:** Carola Catalina Navarro Hurtado

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 32619814.9.0000.5440

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 724.114

**Data da Relatoria:** 15/07/2014

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestre (mestrado profissional) de CAROLA CATALINA NAVARRO HURTADO, sob orientação do Prof. Dr. IVAN DE LUCENA ANGULO.

O projeto será desenvolvido no Hemocentro Coordenador de Rondônia, por meio de aplicação de questionários aos profissionais do centro que atuam como triadores, e também do uso de banco de dados institucional. Para o primeiro objetivo, propõe-se aplicação de TCLE, e pede-se dispensa para o segundo objetivo. Apresenta-se carta de concordância do presidente do Hemocentro de Rondônia, Dr. Orlando José de Souza Ramires.

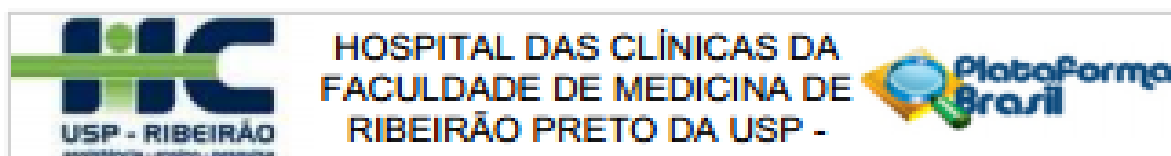
Serão analisados dados de todas as doações de sangue obtidas entre 2008 e 2012 no centro, que foram descartadas pelos métodos de auto-exclusão ou exclusão subjetiva, com o objetivo de verificar a confiabilidade destes métodos quando comparados com a triagem laboratorial.

Está previsto custo total de R\$ 1.364,77 para a execução da pesquisa, que serão pagos pela pesquisadora.

##### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a eficácia do descarte subjetivo no Hemocentro Coordenador de Rondônia nos anos de 2008 a 2012, bem como seu impacto financeiro relacionado aos custos das bolsas de sangue

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3603-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 724.114

total, coletadas e descartadas.

#### Objetivos Específicos

- Identificar os critérios utilizados pelos triadores envolvidos na triagem clínica- epidemiológica para optarem pelo descarte subjetivo;
- Descrever o perfil sorológico das bolsas de sangue descartadas pelo descarte subjetivo;
- Descrever o perfil sorológico das bolsas de sangue descartadas pelo voto de auto - exclusão ;
- Comparar os resultados da sorologia das bolsas de sangue descartadas pelo descarte subjetivo com os resultados da sorologia das bolsas de sangue descartadas pelo voto de auto - exclusão;
- Demonstrar a efetividade dos métodos de descarte de bolsas de sangue pelo descarte subjetivo;
- Demonstrar a efetividade dos métodos de descarte de bolsas de sangue por voto de auto - exclusão;
- Analisar se há impacto financeiro do descarte subjetivo de bolsas de sangue no estoque regulador do Hemocentro Coordenador de Rondônia.
- Analisar se há impacto do descarte financeiro de bolsas de sangue por voto de auto - exclusão no estoque regulador do Hemocentro Coordenador de Rondônia.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Está adequada.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante, que poderá contribuir significativamente para o conhecimento na área. No parecer anterior deste Comitê, foram feitos questionamentos que foram adequadamente respondidos pelos pesquisadores.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

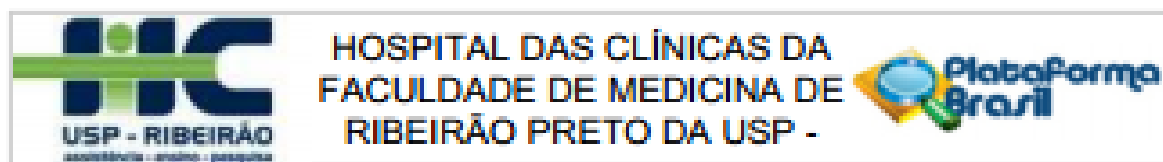
Os seguintes documentos foram apresentados:

- a. Folha de Rosto contendo assinatura do pesquisador e do diretor da instituição;
- b. Resumo do projeto de pesquisa cadastrado na Plataforma Brasil;
- c. Projeto de Pesquisa, contendo introdução, objetivos, metodologia, cronograma, análise de riscos e benefícios, orçamento e referências bibliográficas;
- d. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

#### Recomendações:

Não há.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-600  
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
 Telefone: (16)3633-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrpuasp.br



Continuação do Parecer: 724.114

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa versão 3, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 3, podem ser enquadrados na categoria **APROVADO**.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

RIBEIRÃO PRETO, 21 de Julho de 2014

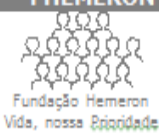
---

Assinado por:  
**MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
 (Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900  
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
 Telefone: (16)3603-2228 Fax: (16)3603-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

## ANEXO 2

**A) POP N<sup>o</sup> 0.2.006.05 REVISADO EM 08/08/2013 – HEMOCENTRO  
COORDENADOR RONDÔNIA**

<b>FHEMERON – Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Rondônia</b>		
	<b>TRIAGEM CLÍNICA</b>	N.º: 02.006.05
		Setor de Enfermagem

**POP N<sup>o</sup>006/ENFERMAGEM/FHEMERON**

**1. APRESENTAÇÃO**

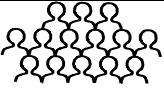
O Manual de Procedimento Operacional Padrão, traduz normas regulamentadas pela resolução RDC N<sup>o</sup> 57 de 16 de dezembro de 2010 e pela Portaria 1.353 de 13 de Junho de 2011 do Ministério da Saúde.

As informações revisadas e atualizadas contidas neste manual especificam e esclarecem os Procedimentos Técnicos Padronizados dos procedimentos realizados na Triagem Clínica pelo Enfermeiro, onde o esforço conjunto se faz necessário para tornar realidade o que traduz a resolução, visando melhoria nas atividades desenvolvidas, que deverão estar acima de qualquer interesse burocrático e pessoal, com o objetivo de proteger tanto o doador quanto o receptor de sangue e prevenindo a contaminação destes e garantindo a saúde de todos.

---

**Observação: O POP consiste em documento confidencial da FHEMERON, desta forma optou-se por não anexá-lo na íntegra.**

**B) POP PV.04.002R00 DE 28/02/2014 – HEMOCENTRO COORDENADOR  
RONDÔNIA**

<b>FHEMERON – Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Rondônia</b>		
 Fundação Hemeron Vida, nossa Prioridade	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>PV.04.002.R00</b>
		Setor: Enfermagem

**TÍTULO: TRIAGEM – ENFERMAGEM**

**ELABORADO POR:**

**Maria Ivaneide de Sousa  
Rita de Cássia G. Fonseca  
Jacson Barbosa de Oliveira  
Franciele Lopes Santana  
Kátia j. Ferreira Lima Romano  
Maria Irenir de Sousa**

**VERIFICADO POR GERÊNCIAS:**

**Carola C. HurtadoNavarro  
Marcos Furtado Mendonça**

**APROVADO POR DIRETOR:**

**George Luiz Skrobot**

PERIODICIDADE DA REVISÃO 12 meses

Implementado em: 28.02.2014

ESTE É UM DOCUMENTO QUE TEM  
COMO FINALIDADE PROCEDIMENTO  
INTERNO DESTE HEMOCENTRO, NÃO  
DEVE SER REPRODUZIDO OU  
DISTRIBUIDO SEM AUTORIZAÇÃO.

COPIA N°

**1) PROPÓSITO OU OBJETIVO:**

As informações contidas neste manual especificam e esclarecem os procedimentos técnicos realizados pelos Enfermeiros (as) na Triagem Clínica, onde o esforço conjunto se faz necessário para tornar realidade o que traduz a Portaria, visando melhoria nas atividades desenvolvidas, que deverão estar acima de qualquer interesse burocrático e pessoal, com o objetivo de proteger tanto o doador quanto o receptor de sangue e prevenindo a contaminação destes e garantindo a saúde de todos.

**2) PRINCÍPIO:**

O Manual de Procedimento Operacional Padrão (POP), traduz normas regulamentadas conforme preconiza a Portaria 2.712 de 12 de novembro de 2.013 Ministério da Saúde e RDC 57 de 16 de Dezembro de 2010.

---

**Observação: O POP consiste em documento confidencial da FHEMERON, desta forma optou-se por não anexá-lo na íntegra.**

**ANEXO 3**  
**DESENHO DA REGIONALIZAÇÃO DA HEMORREDE DO ESTADO DE**  
**RONDÔNIA**



LEGENDA	
	HEMOCENTRO COORDENADOR
	HEMOCENTRO REGIONAL
	UCT'S
	AT'S



**ANEXO 4**  
**PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014**

**A) PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014 DOS CH**

CONCENTRADO DE HEMACIAS				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PORTE	COP	VALOR
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	0,10 de 1A	1,900	30,14
40403483	S.hepatite C. anti-HCV por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,070	47,86
40403661	S.hepatite B. HbsAg RIE ou EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,260	20,44
40403467	S.hepatite B. anti-HBC por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,360	21,96
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico (confirmatório)	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403424	S.anti-HTLV-1+HTLV-2 (determinação conjunta) por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,010	46,96
40403440	S.chagas EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,400	22,56
40403602	S.sifilis VDRL por componente hemoterápico	0,10 de 1A	0,220	4,69
40304477	Plasmódio, pesquisa	0,04 de 1A	0,387	6,40
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - gel teste	0,10 de 1A	1,500	24,08
40403416	Prova de compatibilidade - gel teste	0,10 de 1A	1,300	21,05
40402045	Unidade de concentrado de hemácias	1A	5,280	93,58
	TOTAL			428,78

**B) PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014 DOS CP POR AFERESE**

CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESE				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PORTE	COP	VALOR
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	0,10 de 1A	1,900	30,14
40403483	S.hepatite C. anti-HCV por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,070	47,86
40403661	S.hepatite B. HbsAg RIE ou EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,260	20,44
40403467	S.hepatite B. anti-HBC por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,360	21,96
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico (confirmatório)	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403424	S.anti-HTLV-1+HTLV-2 (determinação conjunta) por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,010	46,96
40403440	S.chagas EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,400	22,56
40403602	S.sifilis VDRL por componente hemoterápico	0,10 de 1A	0,220	4,69
40304477	Plasmódio, pesquisa	0,04 de 1A	0,387	6,40
40402029	Material descartável (kit) e soluções para realização procedimento de aférese	0,10 de 1A	100,0	1516,35
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - gel teste	0,10 de 1A	1,500	24,08
40402061	Unidade de plaquetas por aférese	1A	2,280	48,13
40304361	Hemograma completo com contagem de plaquetas	0,01 de 1A	0,870	13,31
	TOTAL			1891,94

### C) PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014 DOS CH LAVADOS

CONCENTRADO DE HEMACIAS LAVADAS				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PORTE	COP	VALOR
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	0,10 de 1A	1,900	30,14
40403483	S.hepatite C. anti-HCV por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,070	47,86
40403661	S.hepatite B. HbsAg RIE ou EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,260	20,44
40403467	S.hepatite B. anti-HBC por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,360	21,96
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico (confirmatório)	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403424	S.anti-HTLV-1+HTLV-2 (determinação conjunta) por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,010	46,96
40403440	S.chagas EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,400	22,56
40403602	S.sífilis VDRL por componente hemoterápico	0,10 de 1A	0,220	4,69
40304477	Plasmódio, pesquisa	0,04 de 1A	0,387	6,40
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - gel teste	0,10 de 1A	1,500	24,08
40403416	Prova de compatibilidade - gel teste	0,10 de 1A	1,300	21,05
40402053	Unidade de concentrado de hemácias lavadas	1A	6,690	114,94
	TOTAL			450,14

### D) PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014 DOS CH DELEUCOTIZADAS

CONCENTRADO DE HEMACIAS DELEUCOTIZADAS				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PORTE	COP	VALOR
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	0,10 de 1A	1,900	30,14
40403483	S.hepatite C. anti-HCV por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,070	47,86
40403661	S.hepatite B. HbsAg RIE ou EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,260	20,44
40403467	S.hepatite B. anti-HBC por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,360	21,96
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico (confirmatório)	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403424	S.anti-HTLV-1+HTLV-2 (determinação conjunta) por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,010	46,96
40403440	S.chagas EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,400	22,56
40403602	S.sífilis VDRL por componente hemoterápico	0,10 de 1A	0,220	4,69
40304477	Plasmódio, pesquisa	0,04 de 1A	0,387	6,40
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - gel teste	0,10 de 1A	1,500	24,08
40403416	Prova de compatibilidade - gel teste	0,10 de 1A	1,300	21,05
40402118	Deleucotização de unidade de concentrado de hemácias por unidade	0,10 de 1A	17,17	261,48
	TOTAL			596,68

### E) PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014 DOS CP

CONCENTRADO DE PLAQUETAS				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PORTE	COP	VALOR
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	0,10 de 1A	1,900	30,14
40403483	S.hepatite C. anti-HCV por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,070	47,86
40403661	S.hepatite B. HbsAg RIE ou EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,260	20,44
40403467	S.hepatite B. anti-HBC por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,360	21,96
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico (confirmatório)	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403424	S.anti-HTLV-1+HTLV-2 (determinação conjunta) por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,010	46,96
40403440	S.chagas EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,400	22,56
40403602	S.sifilis VDRL por componente hemoterápico	0,10 de 1A	0,220	4,69
40304477	Plasmódio, pesquisa	0,04 de 1A	0,387	6,40
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - gel teste	0,10 de 1A	1,500	24,08
40402070	Unidade de concentrado de plaquetas	1A	4,350	79,49
	TOTAL			393,64

### F) PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014 DO PF

PLASMA FRESCO				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PORTE	COP	VALOR
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	0,10 de 1A	1,900	30,14
40403483	S.hepatite C. anti-HCV por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,070	47,86
40403661	S.hepatite B. HbsAg RIE ou EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,260	20,44
40403467	S.hepatite B. anti-HBC por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,360	21,96
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico (confirmatório)	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403424	S.anti-HTLV-1+HTLV-2 (determinação conjunta) por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,010	46,96
40403440	S.chagas EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,400	22,56
40403602	S.sifilis VDRL por componente hemoterápico	0,10 de 1A	0,220	4,69
40304477	Plasmódio, pesquisa	0,04 de 1A	0,387	6,40
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - gel teste	0,10 de 1A	1,500	24,08
40402045	Unidade de plasma	1A	3,740	70,25
	TOTAL			384,40

**G) PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014 DO CRIOPRECIPITADO**

CRIOPRECIPITADO				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PORTE	COP	VALOR
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	0,10 de 1A	1,900	30,14
40403483	S.hepatite C. anti-HCV por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,070	47,86
40403661	S.hepatite B. HbsAg RIE ou EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,260	20,44
40403467	S.hepatite B. anti-HBC por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,360	21,96
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403505	S.HIV-EIE por componente hemoterápico (confirmatório)	0,10 de 1A	2,850	44,53
40403424	S.anti-HTLV-1+HTLV-2 (determinação conjunta) por componente hemoterápico	0,10 de 1A	3,010	46,96
40403440	S.chagas EIE por componente hemoterápico	0,10 de 1A	1,400	22,56
40403602	S.sifilis VDRL por componente hemoterápico	0,10 de 1A	0,220	4,69
40304477	Plasmódio, pesquisa	0,04 de 1A	0,387	6,40
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - gel teste	0,10 de 1A	1,500	24,08
40402088	Unidade de crioprecipitado	1A	3,910	72,82
	TOTAL			386,97

**H) PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014 DA RESERVA DE CH**

RESERVA DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PORTE	COP	VALOR
40403416	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa - gel teste.	0,10 de 1A	1,300	21,05
40403173	Grupo sanguíneo ABO e Rh	0,10 de 1A	0,930	15,44
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	0,10 de 1A	1,900	30,14
40403343	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - gel teste	0,10 de 1A	1,400	22,56
40403378	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - a frio	0,10 de 1A	0,800	13,47
	TOTAL			

**I) PLANILHAS FINANCEIRAS DO HC DA FHEMERON – ANO 2014 DAS  
RESERVAS DE CRIOPRECIPITADOS, PLASMA FRESCO E  
CONCENTRADOS DE PLAQUETAS**

RESERVA DE CRIOPRECIPITADO, PLASMA E PLAQUETAS				
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	PORTE	COP	VALOR
40403173	Grupo sanguíneo ABO e Rh	0,10 de 1A	0,930	15,44
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh - gel teste	0,10 de 1A	1,900	30,14
40403343	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - gel teste	0,10 de 1A	1,400	22,56
40403378	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitário - a frio	0,10 de 1A	0,800	13,47
	TOTAL			

**APÊNDICES 1**  
**RESPOSTAS/CÁLCULOS DOS TRIADORES AS ENTREVISTAS**

**Q1 – O que você entende por descarte subjetivo?**

<b>DESCARTE SUBJETIVO n=13</b>	<b>Interpretação pessoal 92,31% n=12</b>	Interpretação pessoal	23,16%
		Qualidade do produto	15,38%
		Segurança do receptor	23,08%
		Não confiabilidade na Triagem Clínica	15,38%
		Não fala a verdade durante a entrevista	15,38%
	<b>Critérios pré-estabelecido pelo setor de enfermagem n=1</b>		7,69%

**Q2 – Quais critérios você utiliza para realizar um descarte subjetivo?**

<b>DESCARTE SUBJETIVO – CRITÉRIOS</b>	<b>PERCENTUAL %</b>
Análise Visual	100%
Análise comportamental	100%
Falta de confiança nas respostas	61,54%
Comportamento de risco	23,08%
Interesse nos resultados dos exames	15,38%
Contradição	15,38%
Informações de terceiros	15,38%
Omissões	7,70%
Triagem anterior	7,70%
Analisa a confiabilidade das respostas do doador através da experiência adquirida	7,70%

**Q3 O setor de enfermagem realiza análise do índice mensal de descarte subjetivo?**

DS – ANÁLISE DO ÍNDICE MENSAL	PERCENTUAL %
Não tem certeza se é realizado	7,70%
Não sabe	46,15%
Não analisa	46,15%

**Q4 Se realiza análise do índice, qual a periodicidade?**

DS – ANÁLISE DO ÍNDICE X PERIODICIDADE	PERCENTUAL %
Não tem certeza se é realizado	7,70%
Não sabe	46,15%
Não analisa	46,15%

**Q5 Você realiza um comparativo de seus DS com os resultados sorológicos ?**

DS – COMPARATIVO DOS DS X RESULTADOS SOROLÓGICOS	PERCENTUAL %
Não realiza	84,61%
Sempre	7,70%
Porque não tem acesso as informações necessárias	15,38%
Falta de orientação para tal procedimento	7,70%
Às vezes compara os seus DS com os VAE	7,70%

**Q6 Identifique cinco características que você observa no doador para realizar o Descarte Subjetivo (DS).**

Descarte Subjetivo critérios	Análise visual do doador n= 8	61,54%
	contradição n=7	53,85%
	trejeitos; n=10	76,92%
	vestimenta n=2	13,38%
	mentira; n= 6	46,15%
	Interesse resultados dos exames n=8	61,54%
	comportamento N=9	69,23%
	Insegurança N=2	13,38%
	Nervosismo N=2	13,38

**APÊNDICE 2**  
**MODELO DE TABELA UTILIZADA PARA A COLETA DOS DADOS DOS DOADORES DO HC DA FHEMERON.**

**TABELA PARA IDENTIFICAÇÃO DOS DADOS – DOADORES E TRIADORES**

Identificação do doador	Data da doação	Identificação da bolsa	Tipo de Doação*	Idade	Sexo	Estado civil	SOROLOGIA POSITIVA					Sorologia NEGATIVA	TRIADOR (T) <sup>**</sup>			
							Hepat. B	Hepat. C	HIV	HTLV1/2	SIFILLIS			CHAGAS	MALARIA	

\*Tipo de Doação – Doador de 1ª vez – identificar como A  
- Doador que já doou anteriormente – identificar colocando o número de vezes que ele compareceu ao HC da FHEMERON  
**\*\*OBSERVAÇÃO:** No campo TRIADOR, deverá ser utilizado o código T1; T2; T3; T4; T6; T6; T7; T8; T9; T10; T11; T12 até T23 para anteceder o triador que atendeu o potencial doador de sangue no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012.



**APÊNDICE 3**  
**QUESTIONÁRIO APLICADO NOS TRIADORES DO HEMOCENTRO**  
**COORDENADOR DE PORTO VELHO/RO.**

**1. ENTREVISTAS COM O CORPO DE ENFERMAGEM- TRIADORES DO HEMOCENTRO COORDENADOR DE PORTO VELHO/RO:**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

**Nº da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Nome do entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_

**Setor:** \_\_\_\_\_

**I) Descarte subjetivo na triagem clínica**

1. O que você entende por Descarte Subjetivo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Quais critérios você usa para realizar um Descarte Subjetivo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. O setor de enfermagem realiza análise do índice mensal de Descarte Subjetivo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Se realiza análise do índice qual a periodicidade?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Você realiza um comparativo de seu DS com os resultados sorológicos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*6 – Descreva cinco características que você utiliza para observar e que interpreta como critério para realizar o descarte subjetivo em sua triagem do doador.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Porto Velho/RO,     /     / 2014.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
CAROLA CATALINA NAVARRO HURTADO  
Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE 4**  
**SÍTIO TESTADOR DO NAT – SIT - NAT, COM PLATAFORMAS IMPLANTADAS E**  
**ROTINAS DE TESTES EM FUNCIONAMENTO**

<b>SIT-NAT</b>	<b>INÍCIO DAS ROTINAS</b>
Santa Catarina – Hemosc	Maio/2011
Pernambuco – Hemope	Maio/2011
Rio de Janeiro – Hemorio	Maio/2011
São Paulo – Fundação Pró- Sangue - FPS	Maio/2011
Brasília – Fund. Hemocentro de Brasília -FHB	Maio/2011
Minas Gerais – Hemominas	Junho/2011
São Paulo – Hemocentro da Unicamp	Agosto/2011
São Paulo – Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto -Fundherp	Abril/2012
Paraná – Hemepar	Junho/2012
Pará – Hemopa	Junho/2012
Manaus – Hemoam	Junho/2012
Fortaleza – Hemoce	Junho/2012
Campo Grande – Hemosul	Agosto/2012
Salvador – Hemoba	Junho/2013

Fonte: Ministério da Saúde (2012)

## APÊNDICE 5

### LEGISLAÇÕES VIGENTES SOBRE A TRIAGEM CLÍNICA

#### - RDC nº 34/2014

Art. 4º, incisos:

XXXVII – pessoa capacitada: aquela que possui treinamento e experiência necessários para preencher os requisitos de determinada função;

XXXVIII – pessoa habilitada: pessoa que possui as qualificações exigidas por leis e regulamentos específicos para execução de determinada atividade;

Art. 24. A cada doação, o candidato deve ser avaliado quanto aos seus antecedentes e ao seu estado de saúde atual, por meio de entrevista individual, realizada por profissional de saúde de nível superior devidamente capacitado, sob supervisão médica, em sala que garanta a privacidade e o sigilo das informações, para determinar se a coleta pode ser realizada sem causar-lhe prejuízo e para que a transfusão dos hemocomponentes obtidos a partir desta doação não venha a causar problemas aos receptores.

Art. 26. A ficha de triagem clínica deve ser padronizada, contemplar os requisitos de seleção, a data da entrevista e a identificação do candidato à doação e do profissional que realizou a triagem clínica.

Art. 27. O candidato à doação só será considerado apto após avaliação de todos os requisitos estabelecidos para seleção de doadores e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde<sup>46</sup>.

#### - Portaria 2.712 de 2013

Art. 5º, incisos:

XXVII – procedimentos operacionais (PO): são documentos detalhados baseados em processos e procedimentos que refletem a prática atual da instituição e visam sua padronização, apresentados, geralmente, em módulos, além de incluírem as atividades de “Boas Práticas de Fabricação (BPF)” e as especificações necessárias;

XXIX – qualificação de pessoas: aspectos da educação, treinamento e experiência de um indivíduo, necessários para preencher com sucesso os requisitos de determinada função;

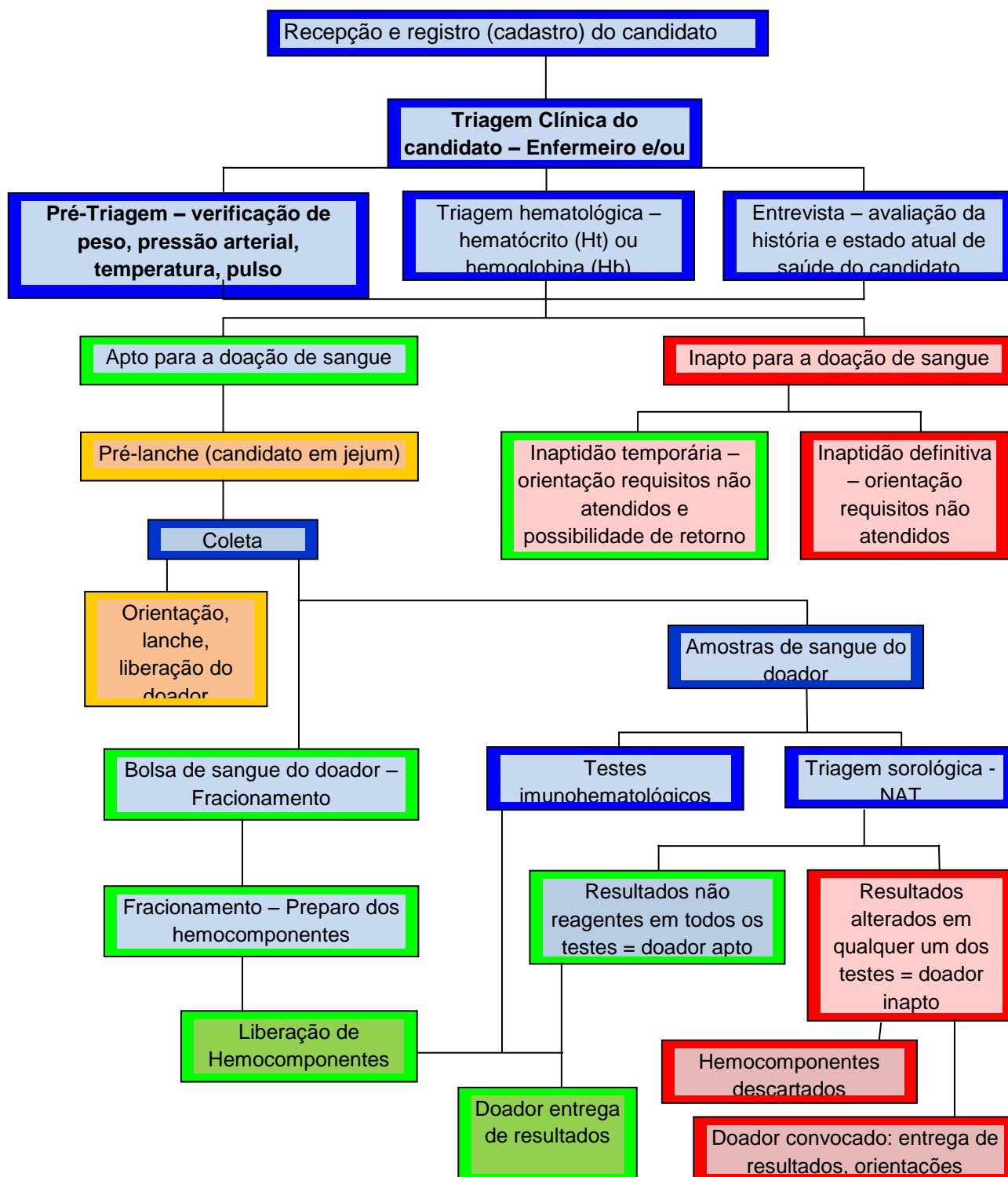
Art. 17. O serviço de hemoterapia implementará programas destinados a minimizar os riscos para a saúde e garantir a segurança dos receptores, dos doadores e dos seus funcionários.

Art. 35. Como critério para a seleção dos doadores, no dia da doação o profissional de saúde de nível superior, qualificado, capacitado, conhecedor das regras previstas nesta Portaria e sob supervisão médica, avaliará os antecedentes e o estado atual do candidato a doador para determinar se a coleta pode ser realizada sem causar prejuízo ao doador e se a transfusão dos componentes sanguíneos preparados a partir dessa doação pode vir a causar risco para os receptores.

Parágrafo único. A avaliação de que trata o “caput” será realizada por meio de entrevista individual, em ambiente que garanta a privacidade e o sigilo das informações prestadas, sendo mantido o registro em meio eletrônico ou físico da entrevista<sup>32</sup>.

## APÊNDICE 6

## FLUXOGRAMA DA TRIAGEM CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA.



Fonte: MS/TELELAB (2001) <sup>1</sup>

Nota: Adaptado pela pesquisadora.

<sup>1</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDs. Gerência Geral de Sangue e Hemoderivados TELELAB – Triagem clínica de doadores de sangue. **Etapas da doação de sangue**. 2001, p. 11.

## APÊNDICE 7 – LEGISLAÇÃO SOBRE DOADOR

### PORTARIA Nº 2.712, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2013

Art. 5º Para fins desta Portaria, considera-se:

[...]

VIII - **doação autóloga**: doação do próprio paciente para seu uso exclusivo;

IX - **doação de reposição**: doação advinda do indivíduo que doa para atender à necessidade de um paciente, feitas por pessoas motivadas pelo próprio serviço, família ou amigos dos receptores de sangue para repor o estoque de componentes sanguíneos do serviço de hemoterapia;

X - **doação espontânea**: doação feita por pessoas motivadas para manter o estoque de sangue do serviço de hemoterapia, decorrente de um ato de altruísmo, sem identificação do nome do possível recep

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

XII - **doador associado com TRALI**: o doador cujo componente sanguíneo foi transfundido durante as 6 horas precedentes à primeira manifestação clínica de TRALI;

XIII - **doador de primeira vez**: é aquele indivíduo que doa pela primeira vez naquele serviço de hemoterapia;

XIV - **doador de repetição**: doador que realiza duas ou mais doações no período de 12 (doze) meses;

XV - **doador esporádico**: doador que repete a doação após intervalo superior a 12 (doze) meses da última doação;

XVI - **doador implicado em TRALI**: doador no qual são encontrados anticorpos anti-HLA classe I ou II ou anti-HNA ou ambos, sendo que este anticorpo deve ter especificidade para um antígeno presente nos leucócitos do receptor ou deve haver uma reação positiva entre o soro do doador e os leucócitos do receptor (prova cruzada positiva);

XVII - **doador inapto definitivo**: doador que nunca poderá doar sangue para outra pessoa, podendo, em alguns casos, realizar doação autóloga;

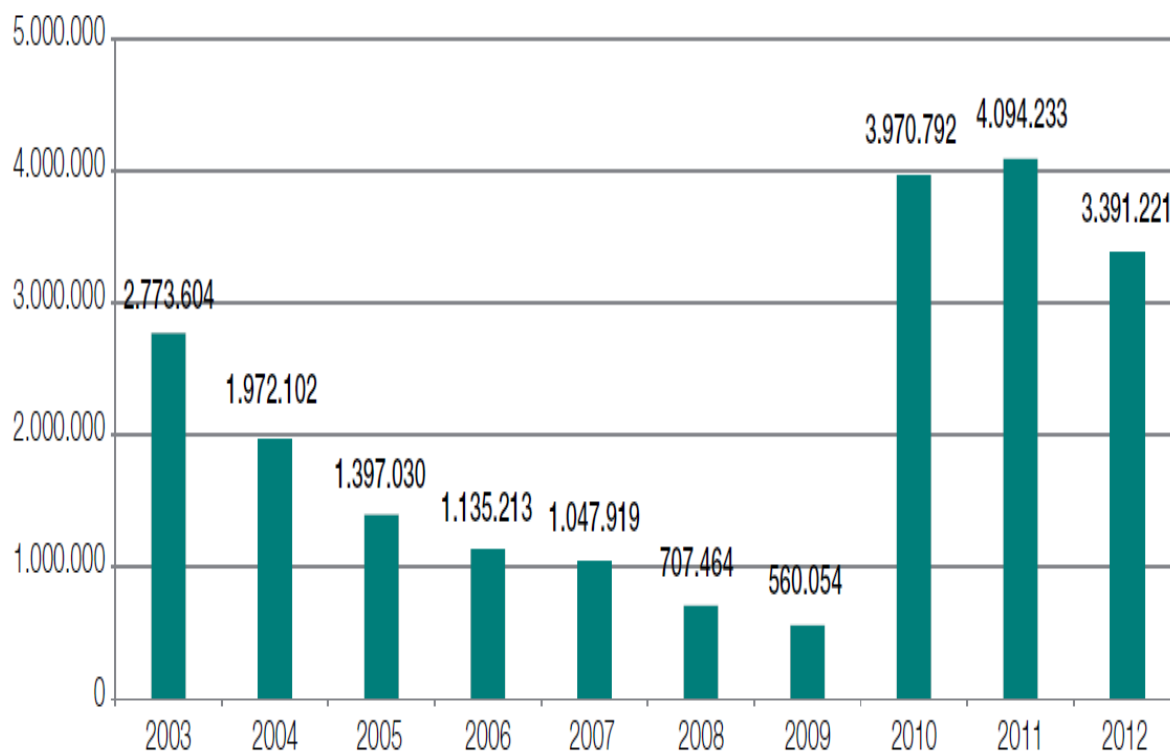
XVIII - **doador inapto por tempo indeterminado**: doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por um período indefinido de tempo segundo as normas regulatórias vigentes, mas apto a realizar doação autóloga;

XIX - **doador inapto temporário**: doador que se encontra impedido de doar sangue para outra pessoa por determinado período de tempo, podendo realizar doação autóloga quando possível e necessário; tor;

[...]

## APÊNDICE 8

### A) TOTAL DE CANDIDATOS À DOAÇÃO INFORMADOS PELOS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA – GESAC/GGSTO/2013



(GESAC/GGSTO, 2013). Fonte: 2010: Hemoprod; 2011: Hemoprod, REV/SUS, ABBS; 2012: Hemoprod.

### B) HEMORREDE NACIONAL- PORCENTAGEM DE DOADORES/ANO, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO NO PERÍODO DE 2008 A 2013

ANO	ESTIMATIVA POPULACIONAL	Nº DE COLETAS	% DE DOADORES
2008	189,612,814	707.464	NC*
2009	191,480,630	560.054	NC*
2010	190,747,855	3.970.792	2,08
2011	192,379,287	4.094.233	2,13
2012	193.946.886	3.391.221	1,75
2013	201.032.714	3.609.940	1,80

Legenda: NC\* - Não Calculado. Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais (2014) /HEMOPROD.

**C) RONDÔNIA – PORCENTAGEM DE DOADORES/ANO, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO NO PERÍODO DE 2008 A 2013**

<b>ANO</b>	<b>ESTIMATIVA POPULACIONAL</b>	<b>Nº DE COLETAS</b>	<b>% DE DOADORES</b>
2008	1.493.566	31.200	2,09
2009	1.503.928	31.899	2,12
2010	1.562.409	31.509	2,02
2011	1.576.455	34.321	2,18
2012	1.590.011	32.714	1,90
2013	1.728.214	34.474	1,99

Fonte: IBGE- HEMOPROD/FHEMERON (2014).

**D) PORTO VELHO/RO – PORCENTAGEM DE DOADORES/ANO, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO, DO HEMOCENTRO COORDENADOR DE RONDÔNIA, PERÍODO DE 2008 A 2013**

<b>ANO</b>	<b>ESTIMATIVA POPULACIONAL</b>	<b>Nº DE COLETAS</b>	<b>% DE DOADORES</b>
2008	379.186	13.842	3,65
2009	382.829	13.884	3,63
2010	428.527	14.053	3,28
2011	435.732	14.175	3,26
2012	442.701	12.401	2,80
2013	484.992	13.995	2,88

Fonte: IBGE- HEMOPROD/FHEMERON (2014).

**E) GUAJARÁ-MIRIM/RO PORCENTAGEM DE DOADORES/ANO, EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO, PERÍODO DE 2008 A 2013**

<b>ANO</b>	<b>ESTIMATIVA POPULACIONAL</b>	<b>Nº DE COLETAS</b>	<b>% DE DOADORES</b>
2008	40.541	1.540	3,80
2009	40.762	1.510	3,71
2010	41.656	852	2,05
2011	41.934	1.311	3,13
2012	42.202	1.344	3,18
2013	45.761	1.319	2,88

Fonte: IBGE- HEMOPROD/FHEMERON (2014).

## APÊNDICE 9

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (TCLE DO TRIADOR)

Título da Pesquisa: **SEGURANÇA TRANSFUSIONAL: EFICÁCIA DO DESCARTE SUBJETIVO NO HEMOCENTRO COORDENADOR DE RONDONIA NOS ANOS DE 2008-2012**

- **Pesquisadora Responsável:** CAROLA CATALINA NAVARRO HURTADO  
**Contato Tel.** (69) 9981-5125 – **Email :** [carolacnh@uol.com.br](mailto:carolacnh@uol.com.br)
- **Orientador:** IVAN ÂNGULO
- **CEP/PLATAFORMA BRASIL – CAAE:** 32619814.9.0000.5440  
**Contato Tel.:** (16) 3602-2228 - **Email:** [cep@hcrp.usp.br](mailto:cep@hcrp.usp.br)

O (a) Sr.(a) ..... está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade Mensurar a eficácia do Descarte Subjetivo correlacionando-a a Segurança transfusional e economia de recursos Hemoterápicos no Hemocentro Coordenador de Rondônia (HEMERON). Ao participar deste estudo o Sr.(a) permitirá que a pesquisadora Carola Catalina Navarro Hurtado utilize as informações aqui prestadas para desenvolvimento de sua monografia no Mestrado Profissional em Hemoterapia.

O Sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, **como também poderá deixar de responder qualquer das perguntas que lhe forem feitas**, sem qualquer prejuízo para o Sr.(a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Será realizada uma entrevista com 06 perguntas subjetivas de caráter individual.

***”O local de aplicação do questionário-entrevista será no próprio Hemocentro de Rondônia, em uma das salas de reunião, individualizada e com adequação a respeitar a privacidade do triador/entrevistado. A duração da entrevista será de 30 minutos. O triador/entrevistado será convidado a participar da entrevista através de contato telefônico e sua presença será agendada, de acordo com sua disponibilidade, podendo escolher entre três dias que lhe serão ofertados, todos durante a semana: segunda-feira, quarta-feira ou sexta-feira; nos horários de 08:00h, 10:00h; 14:00h ou 16:00h. Durante a entrevista estarão presentes somente o triador e o entrevistador que neste caso será a própria pesquisadora responsável, a Sra. Carola Catalina Navarro Hurtado” (Projeto de pesquisa, pág. 14).***

A sua participação não traz complicações legais. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento das informações.

***“Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/2012, toda pesquisa que envolve dados de seres humanos apresenta riscos, mesmos que mínimos. Neste estudo os riscos foram minimizados mediante ao fato de que a pessoa que irá realizar a coleta de dados neste instrumento de pesquisa será a própria pesquisadora responsável.”***

Ao participar desta pesquisa o Sr. (a) não terá nenhum benefício direto, entretanto, as informações obtidas são importantes para A Gestão da Qualidade no Hemocentro Coordenador, desta



forma o conhecimento construído a partir desta pesquisa poderá contribuir para melhoria do serviço, onde a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

O Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa, e nada será pago pela sua participação.

**Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa, assinando o termo abaixo.**

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da ENTREVISTA para a pesquisa.

**Porto Velho/RO, / / 2014.**

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
CAROLA CATALINA NAVARRO HURTADO  
(Pesquisadora Responsável)

**APÊNDICE 10**  
**Tabela 26 TABELA DE DADOS DO HEMOCENTRO COORDENADOR DA**  
**FHEMERON**

CATEGORIAS	2008 A 2012
ESPONTÂNEA	62389
REPOSIÇÃO	7015
AUTÓLOGA	0
<b>TOTAL</b>	<b>69404</b>
<b>1ª VEZ</b>	
1ª VEZ	25524
REPETIÇÃO	43880
ESPORÁDICO	0
<b>TOTAL</b>	<b>69404</b>
<b>MASCULINO</b>	
MASCULINO	45964
FEMININO	23440
<b>TOTAL</b>	<b>69404</b>
<b>18 ATÉ 29 ANOS</b>	
18 ATÉ 29 ANOS	41358
ACIMA DE 29 ANOS	28046
<b>TOTAL</b>	<b>69404</b>
<b>COMPARECIMENTO DE CANDIDATOS PARA DOAÇÃO (APTOS + INAPTOS)</b>	<b>87259</b>
<b>CANDIDATOS INAPTOS NA TRIAGEM</b>	<b>17855</b>
<b>CANDIDADOS CONSIDERADOS APTOS NA TRIAGEM ANTES DA TRIAGEM LABORATORIAL</b>	<b>69404</b>
<b>CANDIDADOS CONSIDERADOS APTOS ANTES DA TRIAGEM LABORATORIAL, MAS QUE TIVERAM AS BOLSAS DESCARTADAS (DESISTENCIA NA COLETA; INTERRUPÇÃO NA COLETA; VOTO DE AUTOEXCLUSÃO; DESCARTE SUBJETIVO)</b>	<b>4248 (6,15%)</b>
<b>INAPTOS PELA TRIAGEM SOROLÓGICA</b>	<b>3264 (4,7%)</b>
<b>VOTO DE AUTO EXCLUSÃO</b>	<b>1136</b>
<b>DESCARTE SUBJETIVO*</b>	<b>1897</b>
<b>INAPTIDÃO NA TRIAGEM LABORATORIAL</b>	<b>3264</b>
<b>DESISTENCIA NA COLETA</b>	<b>111</b>
<b>INTERRUPÇÕES NA COLETA</b>	<b>1104</b>