

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

ALYNE JANUÁRIO DOS REIS

**POLÍTICA DE SEGURANÇA DA DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL:  
IMPLICAÇÕES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

VITÓRIA  
2020

ALYNE JANUÁRIO DOS REIS

**POLÍTICA DE SEGURANÇA DA DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL:  
IMPLICAÇÕES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

**Área de concentração:** Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

**Linha de Pesquisa:** Processos de Trabalho, Política Públicas e Desenvolvimento Local

VITÓRIA

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

R375p Reis, Alyne Januário dos  
Política de segurança da doação de sangue no Brasil :  
implicações para o Sistema Único de Saúde / Alyne Januário  
dos Reis. - 2020.  
57 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento  
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Doadores de sangue. 2. Serviços de hemoterapia. 3.  
Inaptidão. 4. Política de segurança. I. Silva, Valmin Ramos da. II.  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 616.15

---

ALYNE JANUÁRIO DOS REIS

**POLÍTICA DE SEGURANÇA DA DOAÇÃO DE SANGUE NO BRASIL:  
IMPLICAÇÕES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 02 de abril de 2020.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janice Gusmão Ferreira de Andrade  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Membro Titular Interno

---

Prof. Dr. Renato Almeida de Andrade Universidade Federal do  
Espírito Santo - UFES

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por sempre me mostrar o caminho certo.

Sou grata aos meus pais João Batista e Vera Lucia, pela força dada e mola propulsora que permitiu o meu avanço, mesmo durante os momentos mais difíceis. Agradeço do fundo do meu coração pelo incentivo aos estudos e apoio incondicional.

Aos meus irmãos Alysson Reis e Verginia Reis e cunhada Mirian Reis pela amizade e atenção dedicadas quando sempre precisei.

Grata pela confiança depositada por meu orientador Prof. Dr. Valmin Ramos que dedicou inúmeras horas para sanar as minhas dúvidas e me colocar na direção correta. Obrigada por me manter motivada durante todo o processo.

Também agradeço ao meu local de pesquisa HEMOES em especial a Dr<sup>a</sup>. Rachel Lacourt que sempre esteve prontamente a me ouvir e me direcionar durante minha pesquisa.

Aos meus colegas do curso pelas trocas de ideias e ajuda mútua. Juntos conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos.

Ao meu cunhado Enoque Rocha e Meus sobrinhos em especial Carlyne Reis que passaram inúmeros dias ao meu lado para que nossa planilha fosse organizada com sucesso

Também agradeço a funcionária da faculdade Gabriela Rizzi que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão deste trabalho.

Você sabe quantas gotas de sangue são necessárias para te manter vivo? A mesma quantidade para salvar uma vida! Você não pode dar tudo o que tem para salvar alguém, mas pode ajudar a completar o que falta. Seja a gota que faltava.

(Ket Antonio)

## RESUMO

**Introdução:** Doar sangue é uma ação recorrente na área de saúde pública, é um ato de humanidade e de solidariedade, porém, para se concretizar faz-se necessária uma série de procedimentos, entre eles, a triagem clínica que pode deixar inapto o doador temporária ou definitivamente. **Objetivo:** Identificar as principais causas que contribuem para a inaptidão para a doação de sangue no Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo (HEMOES) na região da Grande Vitória. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo, de corte transversal a ser realizado no HEMOES, hemocentro Público na cidade de Vitória, Estado do Espírito Santo. A coleta de dados foi realizada por meio de uma pesquisa no software do HEMOES. O Banco de dados dos doadores inaptos referentes ao período de 01/01/2018 a 31/12/2018 disponibilizado pelo hemocentro onde o estudo foi realizado. **Resultados e Discussão:** No período compreendido entre janeiro a dezembro de 2018 foram atendidos 30.151 candidatos à doação de sangue; desses, 6.888 (22,8%) foram impedidos de proceder a doação de sangue de modo temporário (n=6580 – 95,5%) ou definitivo (n=308 – 4,5%), e desse grupo impedido de fazer a doação, 3.570 (51,8%) masculino e 3.318 (48,2%) feminino. A presença de doenças infectocontagiosas, uso de drogas e desistência depois de aprovado pela triagem; o comportamento de risco foi a causa mais evidenciada entre os homens. Na população feminina a inaptidão por hematócrito baixo e/ou anemia e comportamento sexual de risco foram as condições mais evidentes. Os candidatos inaptos eram procedentes da região metropolitana (6442/93,66%), central (171/2,48%), norte (38/0,55%), sul (189/2,74%) e de outros estados (48/0,69%). **Conclusão:** As causas mais comuns de inaptidão para a doação de sangue foram a presença de doenças infectocontagiosas, o uso de drogas ilícitas e desistência depois de aprovado pela triagem; o comportamento de risco foi a causa mais evidenciada entre os homens. Frente a essa condição, acredita-se que ações de Políticas Públicas voltadas para educar e conscientizar a população sobre as condições necessárias para a doação de sangue possam reduzir o número de inaptidões e aumentar o quantitativo de doadores.

Palavras-chave: Doadores de Sangue. Serviço de hemoterapia. Inaptidão. Política de Segurança.

## ABSTRACT

Introduction: Donating blood is a recurring action in the area of public health, it is an act of humanity and solidarity, however, in order to materialize it is necessary a series of procedures, among them, a clinical screening that can stop being performed temporarily or definitely. Objective: To identify as the main causes that contribute to the inability to donate blood at the Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo (HEMOES) in the Greater Vitória region. Methodology: this is a descriptive, quantitative, retrospective, cross-sectional study to be carried out at HEMOES, a public blood center in the city of Vitória, State of Espírito Santo. Data collection was carried out through a survey using the HEMOES software. The Executive Database Refers to the period from 01/01/2018 to 12/31/2018 available from the blood center where the study was carried out. Results and Discussion: In the period between January and December 2018, 30,151 blood donation candidates were registered; of these, 6,888 (22.8%) were prevented from executing the action temporarily (n = 6580 - 95.5%) or permanently (n = 308 - 4.5%), and this group was prevented from making the donation, 3,570 (51.8%) male and 3,318 (48.2%) female. The presence of infectious diseases, drug use and withdrawal after being approved by the screening; risk behavior was the most evident cause among men. In the female population, the inability for low hematocrit and / or anemia and risky sexual behavior were the most evident conditions. The candidates came from the metropolitan region (6442 / 93.66%), central (171 / 2.48%), north (38 / 0.55%), south (189 / 2.74%) and other states (48 / 0.69%). Conclusion: As the most common causes of inaptitude for blood donation were the presence of infectious diseases, the use of illicit drugs and withdrawal after being approved by the screening; risk behavior was the most evident cause among men. In view of this condition, it is believed that public policy actions aimed at educating and making the population aware of the conditions necessary for blood donation can reduce the number of disabilities and increase the number of donors.

Keywords: Blood Donors. Hemotherapy Service. Disability. Security Policy.



## LISTA DE SIGLAS

|            |  |
|------------|--|
| Anvisa     | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                               |
| CEP        | Comitê de Ética e Pesquisa   |
| EMESCAM    | Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória   |
| HEMOES     | Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo                  |
| HIV        | Vírus da Imunodeficiência Humana / <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| MS         | Ministério da Saúde  |
| OMS        | Organização Mundial de Saúde   |
| PBE        | Prática Baseada em Evidências  |
| Pró-sangue | Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados                            |
| RDC        | Resolução da Diretoria Colegiada                                       |
| SUS        | Sistema Único de Saúde   |
| STS        | Serviço de Transfusão de Sangue  |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 CAPÍTULO I - A SEGURANÇA DA DOAÇÃO DE SANGUE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>              | <b>9</b>  |
| <b>2 CAPÍTULO II - ESTUDO DAS CAUSAS DE INAPTIDÃO PARA A DOAÇÃO DE SANGUE.....</b>                 | <b>18</b> |
| <b>3 CAPÍTULO III- A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE A DOAÇÃO DE SANGUE.....</b>                       | <b>20</b> |
| <b>3.1 REPERCUSSÕES SOCIAIS DA FALTA DE DOAÇÃO DE SANGUE.....</b>                                  | <b>24</b> |
| <b>4 CAPÍTULO IV - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA PARA A DOAÇÃO DE SANGUE NO HEMOES.....</b> | <b>27</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>42</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>44</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>49</b> |
| <b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>   | <b>50</b> |
| <b>ANEXO B - Instrumento de Avaliação.....</b>   | <b>53</b> |
| <b>ANEXO C – Avaliação de Candidatos (Sinais e Características Vitais) .....</b>                   | <b>55</b> |
| <b>ANEXO D – Avaliação de Candidatos (Metabolismo).....</b>  | <b>57</b> |

## 1 CAPÍTULO I - A SEGURANÇA DA DOAÇÃO DE SANGUE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Esta dissertação de mestrado está vinculada a área de concentração em Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local, na linha de pesquisa em Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais, do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM. Portanto, tem como objetivo discutir as causas do impedimento para a doação de sangue de modo temporário ou definitivo, buscando o diálogo social com a questão em foco.

O sangue é um tecido fundamental e insubstituível para o organismo. É uma mistura polifásica constituída por vários componentes que permite o fornecimento de oxigênio e nutrimento para os tecidos e órgãos permitindo a manutenção do metabolismo e a manutenção da vida, além de exercer fundamental papel na defesa do organismo (MONTEIRO; COMPARSA, 2015; PEREIMA *et al.*, 2010).

O tema da doação de sangue é recorrente na área de saúde pública. É um ato de solidariedade e humanidade, porém, para se concretizar faz-se necessária uma série de procedimentos, entre eles, a triagem clínica que pode deixar inapto o doador temporária ou definitivamente (CAPECCE; NASCIMENTO, 2019; CORDONI JUNIOR; DI COLLI; OMOTTO, 2011).

É na triagem clínica que se obtém informações consistentes e completas sobre a saúde e hábitos do candidato, e o cumprimento de um protocolo rígido definirá sua aptidão ou não para doar sangue e, assim, de modo seguro, proteger a vida do receptor. O doador se submete a procedimentos de avaliação na triagem clínica para verificar a sua aptidão ou inaptidão temporária ou definitiva para os procedimentos de doação.

Ante ao exposto, o tema em questão busca descrever no contexto desta pesquisa *Política de Segurança da Doação de Sangue no Brasil: Implicações para o Sistema Único de Saúde* e tem como proposta principal identificar as principais causas que

contribuem para a inaptidão para a doação de sangue no Centro de Hemoterapia e Hematologia do Espírito Santo (HEMOES) na região da Grande Vitória.

Na concepção de Di Colli (2012, p. 30):

O doador inapto temporário é aquele que apresenta uma ou mais situações que, enquanto presentes, não permitem a doação, como por exemplo: uso de medicamentos, hematócrito/hemoglobina baixos (anemia), hipertensão, hipotensão, amamentação, gripes e resfriados, comportamento de risco, auto-exclusão (doador responde se faz parte de algum grupo de risco), realização de tatuagem ou acupuntura, entre outros. As causas dessas inaptidões podem contribuir para que o doador, uma vez rejeitado não retorne mais ao serviço e essa atitude pode contribuir para a redução do número de doações.

De acordo com as proposições da legislação brasileira, o ato de doar sangue, é voluntário, altruísta e anônimo, não se permitindo nenhum tipo de remuneração, sendo solidário para a manutenção da vida e único meio para obtê-lo (LOCKS *et al.*, 2019; MONTEIRO; COMPARSA, 2015). Solidariedade, no entendimento de Pereima *et al.* (2010) é um valor ético, concebida como ajuda mútua e apoio, um sentimento incontestável de adesão ao grupo e à espécie, em que a moral não pode ser vista como compromisso de deveres e normas, mas como a busca do prazer e a repulsa da dor.

A hemoterapia é uma especialidade datada do início do século XX, foi descoberta por Karl Landsteiner, através do estudo dos grupos sanguíneos ABO (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991). Na Primeira Guerra Mundial o Serviço de Transfusão de Sangue (STF) revelou sua eficiência, ao auxiliar na recuperação de pacientes. Em 1937 surge nos Estados Unidos da América o primeiro banco de sangue. Com a eclosão da Segunda Guerra foi necessário estocar sangue e essa condição passou a ser uma estratégia de segurança nacional. A tendência de armazenar sangue passou a ser uma questão de solidariedade e patriotismo, criando assim, uma cultura da Doação Voluntária de Sangue na Europa (FAUSTINO *et al.*, 2015).

No Brasil, a hemoterapia surgiu nos anos 1930, com a criação de serviços de transfusão em hospitais de pronto socorro e outros centros importantes. As transfusões eram realizadas diretamente no braço, não utilizavam nessa época as técnicas de anticoagulação e preservação do sangue (PEREIMA *et al.*, 2010). Nos

anos 1940 existiam no país vários serviços de transfusão, com destaque o STS fundado no Rio de Janeiro, em 1933. O sucesso e a eficiência desse serviço resultaram na criação de várias filiais, entre elas a de Juiz de Fora, sob coordenação de Côrtes Villela e a de Salvador, de Menandro Novais e Estácio Gonzaga (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005).

Em 1942, Landsteiner descobriu que 85% das pessoas têm fator diferente no sangue, denominando-os de A, B e AB, e um outro tipo, representado pelo numeral zero, substituído pela vogal "O"; e 15% das pessoas não possuíam o fator Rh positivo e negativo (ausência de fator), possibilitando a compatibilidade da transfusão sanguínea e seus componentes (PEREIMA *et al.*, 2010).

Na década de 1940 em São Paulo e no Rio de Janeiro, a hemoterapia começou a se caracterizar como especialidade médica (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005). O Banco de Sangue da Lapa surgiu em 1944 no Brasil, que originou o atual Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado do Rio de Janeiro (HEMORIO). No ano de 1949 foi realizado o Primeiro Congresso Nacional de Hematologia e Hemoterapia e a criação da Associação de Doadores Voluntários de Sangue (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991). Explicam Pereima *et al.* (2010) que nessa época a doação remunerada era comum no país, através dos bancos de sangue privados surgidos a partir da Segunda Guerra Mundial, o que contribuiu para o comércio e lucratividade do sangue.

Em 1950 foi fundada a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia e foi década a primeira planta de produção de hemoderivados pelo grupo Hoechst em Teresópolis, no Rio de Janeiro. A partir daí, vários bancos de sangue surgiram no Rio de Janeiro, operando em condições mínimas, vendendo toda ou grande parte da sua produção para o fracionamento industrial. Ainda nos anos 1950, foi implantada a Política Nacional de Sangue estabelecendo o primado da doação voluntária e o estabelecimento de medidas de proteção individual do doador e do receptor (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991).

Em 1964 o Ministério da Saúde (MS) criou um grupo de trabalho para estudo e regulação disciplinadora da Hemoterapia no Brasil. Com isso, foi formada a Comissão

Nacional de Hemoterapia, em 1965, com a representatividade da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005). No período compreendido entre 1964 a 1979, a Hemoterapia no Brasil tinha legislação e normatização adequadas, mas ainda carecia de uma fiscalização rígida na política de sangue e nas atividades hemoterápicas de maneira rígida (CARRAZZONE; BRITO, GOMES, 2004).

Na década de 1980, o advento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), despertou preocupação por parte do governo com o processo de doação de sangue, sancionando diretrizes com o propósito de disciplinar o processo de doação de sangue. As diretrizes foram as seguintes: Portaria Interministerial n.º 7, que criou o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-sangue); a Constituição Federal de 1988, nos artigos 197 e 199, que confere ao poder público a regulamentação, fiscalização e controle de ações referentes ao uso de hemoderivados; Decreto n.º 95.721/88, que regulamenta a Lei n.º 7.649, que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, com o objetivo de prevenir a propagação de doenças; Lei n.º 10.205/01 estabelece a Política Nacional de sangue e seus derivados; Portaria n.º 1.850/96 que cria o Programa Nacional de Controle de Qualidade Externo em Sorologia (PNCQUES); Portaria n.º 1.376/93, do MS que aprova alterações na Portaria n.º 721 de 09.08.89, que define normas técnicas para a coleta, processamento, obrigando a determinação ABO, Rh(D), antígeno D fraco e dos testes para identificação de doença de Chagas, sífilis, AIDS, hepatites B e C, dos anticorpos anti-HTLV I/II e anti-HBc; Resolução n.º 343/02, do MS, que determina a obrigatoriedade da realização de exames laboratoriais de alta sensibilidade nas doações, para identificar doenças transmissíveis pelo sangue (CARRAZZONE; BRITO, GOMES, 2004).

Em 1981, a AIDS foi reconhecida pelo Centro de Controle de Doenças nos Estados Unidos como entidade nosológica. Nessa fase foi criado o Pró-Sangue, através da Portaria Interministerial n.º 7 (BRASIL, 2001). Essa preocupação se deu ao estabelecer que na transfusão de sangue, derivados e componentes, poderiam ser considerados fontes de transmissão. No Brasil, cerca de 2% dos casos de AIDS eram transmitidos por transfusão e mais de 50% dos hemofílicos se apresentavam

infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana / *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005).

Ainda nos anos 1980, em vários países, principalmente em razão das duas grandes guerras mundiais, surgiram os hemocentros. No Brasil os primeiros surgiram a partir de 1982, no Ceará e em Pernambuco. A partir daí, em todo o país, esses centros, passaram por críticas situações, e problemas por terem seus estoques reduzidos, por motivo de uma série de dificuldades com as quais se deparam no dia a dia (PEREIRA *et al.*, 2010).

Em conjunto a esse processo elucidado pela Constituição brasileira foi se configurando o idealismo de que as doações de sangue devem ser realizadas de modo espontâneo, de modo altruísta e não-remunerada. Por esse motivo, é constante o esforço na perspectiva de reduzir cada vez mais os riscos relacionados à transfusão de sangue, principalmente no que se refere à transmissão de doenças. Essa tendência vem impulsionando a organização de serviços e procedimentos voltados para a seleção de doadores em condições adequadas de saúde.

A hemoterapia na atualidade, se depara com tudo aquilo que a Medicina considera como ciência de ponta, como a engenharia genética, a biológica molecular e a terapia celular. A transfusão de sangue é parte da terapêutica de emergência para a manutenção da oxigenação tecidual, se faz cada vez mais necessária, tendo em vista não ter substituto artificial com capacidade de suprir as suas funções nos casos de perda sanguínea volumosa resultante de traumas graves e outras condições que evoluem com hipovolemia (LIBERATO *et al.*, 2013).

Na última década a demanda por sangue e hemocomponentes foi crescente, considerando que os indicativos de que os transplantes de órgãos cresceram 84%, as cirurgias cresceram 619% e os atendimentos de urgências aumentaram 627% mundialmente (MONTEIRO; COMPARSA, 2015). Em contrapartida, o percentual de aproximadamente 1,78% da população brasileira é doador de sangue, índice 1,22% abaixo do limite inferior preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (PEREIRA *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2016).

Na composição média do percentual da população brasileira, as regiões Centro-Oeste e sul, apresentam o número maior relativo de doadores, correspondem a 2,55% e 2,28%, respectivamente. As demais regiões apresentam o seguinte percentual: Nordeste (1,5%); Norte (1,45%); Sudeste (1,69%) (CAPECCE; NASCIMENTO, 2019; PEREIRA *et al.*, 2019).

O índice ideal de doadores preconizado pela OMS deve estar entre 3% a 5%, justificando um esforço ainda maior para fidelizar e captar esses doadores. No intuito de ampliar a taxa de doares voluntários aptos para 3%, o MS já propôs algumas ações entre 2013 e 2014 que alcançaram um patamar de 3,5 para 3,7 milhões de bolsas de sangue colhidas, foram realizadas 3 milhões de transfusões. Em 2014, houve um aumento expressivo no exponencial na demanda de sangue, superando o ano de 2013, atingindo o quantitativo de 3,3 milhões de procedimentos (PEREIRA *et al.*, 2019; LOCKS *et al.*, 2019; MONTEIRO; COMPARSA, 2015).

O MS recebe frequentemente notícias e solicitações de pareceres sobre projetos de lei apresentados por representantes do Poder Legislativo Federal, Estadual e até Municipal, em que são propostas as concessões de benefícios aos candidatos a doação de sangue nos hemocentros e bancos de sangue do país (BRASIL, 2015). Tais solicitações, segundo Pereima *et al.* (2010) vão desde um dia de abono do dia do trabalho, pontuação em concursos públicos, dentre outros, o requerimento destes benefícios se deve ao ato honroso de doar o sangue. Contudo, a doação de sangue é uma forma de ajudar à manutenção da vida de outras pessoas, não existe outra substância que possa fazer esse papel.

De acordo com o MS, tais propostas normalmente são imbuídas de aparente interesse social em prol da nobreza do ato de doar sangue para suprir as carências de hemocomponentes nos bancos de sangue. Contudo, as ações desenvolvidas no Programa Nacional de Captação de Doadores no âmbito da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, tanto em nível nacional como estaduais tem elevado a condição dos estoques de sangue no país. Desta maneira, é possível atender a demanda por hemocomponentes de maneira segura, porém variável localmente (BRASIL, 2015).



Embora as concessões e benefícios possam variar de uma região para outra, a doação de sangue não deve estar atrelada somente aos benefícios que o doador pode vir a receber, mas, sobretudo, ao bem social que ele fará contribuindo para salvar vidas e diminuir a dor de outras pessoas que necessitam do sangue e de seus hemoderivados. Por essa razão, as autoridades executivas de saúde empenham esforços no sentido de ampliar a captação e doadores com oficinas, capacitações e campanhas na área. Além de planos de contingência e a estruturação de redes estaduais de hemocentros e uma Hemorrede Nacional capaz de prover cooperação técnica e logística necessária ao atendimento da população que precisa de sangue (BRASIL, 2015).

De acordo com a Nota Técnica n.º 015/2016, no item 3º, cabe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), baseado nas definições da política de sangue e dos critérios técnicos definidos pelo MS, a definição de regulamento sanitário para disciplinar o funcionamento dos estabelecimentos que executem as atividades do ciclo do sangue e apoiar ações de inspeção, fiscalização e monitoramento dos riscos sanitários decorrentes do uso de sangue e seus componentes coordenando o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Assim, a Resolução n.º 34, de 11 de junho de 2014, da Anvisa, define os requisitos sanitários para o funcionamento e licenciamento dos serviços de hemoterapia mediante adoção de Boas Práticas no Ciclo do Sangue na perspectiva da garantia de produtos e serviços seguros e de qualidade à população brasileira (BRASIL, 2016a, 2014).

Em conformidade com as informações da Nota Técnica n.º 015/2016, é a Anvisa que aponta como requisito sanitário para a produção de hemocomponentes seguros, que os candidatos à doação de sangue sejam triados por profissionais de saúde capacitados. Nessa ocasião são avaliados diversos critérios, entre eles, as experiências sexuais acrescidas de risco em que os doadores possam estar envolvidos, uma vez que embora se apresentem assintomáticos no momento da triagem clínica, estes doadores possuem um potencial para portar doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue; além da possibilidade de apresentar resultado laboratorial negativo no ato da doação mesmo sendo portadores de determinado patógeno transmissor, implicando em risco ao receptor do sangue.

Desta forma, os doadores que alegarem estas práticas sexuais devem ser considerados inaptos temporariamente por um período de 12 (doze) meses após a última relação sexual de risco, incluindo a prática sexual de indivíduos do sexo masculino com outros indivíduos do mesmo sexo e/ou as parceiras sexuais destes, além de outras práticas sexuais epidemiologicamente consideradas de risco.

No Brasil, a regulamentação das práticas hemoterápicas é realizada pela Anvisa, atualmente através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 34 de 11 junho de 2014 e da Portaria Ministerial n.º 158 de 04 de fevereiro de 2016, que normatizaram os procedimentos, da coleta à utilização, com o objetivo de garantir a qualidade dos hemocomponentes e a segurança do processo transfusional (BRASIL, 2016a; 2014).

A justificativa acadêmica para esta pesquisa se sustenta na oportunidade criada para aprofundar o conhecimento sobre a condição dos bancos de sangue da região Metropolitana da Grande Vitória. Possibilitando então se ter uma noção do perfil dos doadores no sentido de compreender como deve ser pautado o trabalho de fidelização para tornar esse doador um doador habitual podendo-se então, manter um banco de sangue com quantidade e qualidade do material.

Outra justificativa é ampliar a discussão para fidelizar doadores habituais aos serviços públicos de hemoterapia, buscando alternativas para reinserir a cultura da doação como ato de solidariedade civil e compromisso social, mudar gradualmente o perfil do doador brasileiro e, enfim, garantir a quantidade e qualidade ao sangue, componentes e derivados.

A justificativa social se apoia em compreender a importância e a necessidade de se estabelecer práticas e ações de conscientização dos indivíduos com o intuito de garantir à população um estoque de sangue compatível com as demandas e necessidades da mesma no sentido de poder se contar com uma determinada quantidade de sangue de acordo com as necessidades de uma determinada região, tais demandas poderão ser conhecidas por meio da pesquisa e abordagem aos profissionais do banco de sangue.

Desse modo, o objetivo geral desta dissertação é identificar as principais causas que contribuem para a inaptidão para a doação de sangue no HEMOES na região da Grande Vitória.

Os objetivos específicos compreendem:

- 1) Estabelecer o perfil demográfico e clínico epidemiológico dos indivíduos inaptos para doação no HEMOES;
- 2) Identificar as principais causas de inaptidão temporária e definitiva para a doação de sangue.

## **2 CAPÍTULO II - ESTUDO DAS CAUSAS DE INAPTIDÃO PARA A DOAÇÃO DE SANGUE**

Para cumprir os objetivos propostos, foi desenvolvido um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo, de corte transversal, no HEMOES, hemocentro Público na cidade de Vitória, Estado do Espírito Santo, em funcionamento desde outubro de 1999, sendo construído através de uma parceria entre o governo federal e estadual.

Foram incluídos na pesquisa, os candidatos que preenchem os critérios de exclusão descritos na portaria n.º 158, de 04 de fevereiro de 2016 e no critério de exclusão, os candidatos aptos a doação de sangue. As variáveis do estudo fazem parte do banco de dados do hemocentro e estão descritas na Portaria n.º 158 de 04 de fevereiro de 2016.

Para as variáveis demográficas foram incluídas: peso, idade, sexo, raça/cor/etnia, escolaridade, procedência; tipo de doação (reposição, voluntária, campanha, autóloga, dirigida).

Para a triagem clínica hematológica incluiu-se as seguintes variáveis: pressão arterial, hemoglobina, hematócrito, consumo de bebida alcoólica, repouso insuficiente (dormir <6 horas), alimentação copiosa por menos de 3h; atividade sexual (parceiros múltiplos; sexo homem/homem; relacionamento conjugal por menos de 4 meses; parceiros sexual de pacientes em terapia renal substitutiva; poligamia; pacientes previamente transfundidos há menos de 1 ano; reclusão carcerária no último ano (>72h); presença de tatuagem ou piercing (cavidade oral ou genital); internação em clínica de recuperação para usuários de drogas (últimos 12 meses); uso de drogas ilícitas atual ou pregressa; arritmia cardíaca grave; aneurisma, cardiopatias, sequelas de endocardite, febre reumática, flebite de repetição; pericardite tuberculosa e outras constantes na Portaria n.º 158, de 04 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016a).

A coleta de dados foi realizada por meio de uma pesquisa no software do HEMOES. O Banco de dados dos doadores inaptos referentes ao período de 01/01/2018 a 31/12/2018 foi disponibilizado pelo hemocentro onde o estudo foi realizado.

Os dados foram organizados no software Excel e analisados no software SPSS, versão 21 e os resultados apresentados em números absolutos e em percentuais além de média mediana e desvio padrão.

O estudo foi aprovado pelo CEP/EMESCAM, parecer n.º 3.280.821 (ANEXO A).

### **3 CAPÍTULO III- A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE A DOAÇÃO DE SANGUE**

Nos sistemas de saúde modernos, o sangue e seus diversos derivados e componentes do tecido sanguíneo, vem sendo convertidos em elemento fundamental para a saúde pública e para o funcionamento cotidiano da atenção hematológica e transfusional. Nesse intento, a OMS dispõe sobre a importância do estabelecimento de um sistema nacional de sangue com serviços organizados e políticas eficazes, baseadas em regulamentos e disposições legislativas que assegurem a disposição do sangue e hemoderivados em quantidades suficientes para atender às necessidades em tempo oportuno (SOUZA; SANTORO, 2019).

O marco da hemoterapia no Brasil foi a publicação da Lei n.º 10.205/01, e veio a regulamentar o § 4º do art.199 da Carta Magna de 1988, e assim dispor sobre a execução das atividades de coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e estabelecer o ordenamento institucional indispensável para a execução correta dessas atividades. Ao longo dos anos as publicações se seguiram, diante da necessidade de revisão dos aspectos técnicos de processamento hemoterápicos e harmonização com a legislação sanitária, que culminaram com as legislações atuais (KROPF, 2018).

A regulamentação da hemoterapia no Brasil é realizada pela Anvisa, no início, foi regularizada através da Resolução n.º 153, de 14 de junho de 2004, alterada pela Resolução n.º 31 de 28 de maio de 2009, dispondo sobre a padronização e normatização da hemoterapia, incluindo os procedimentos de coleta, processamento, testagem, armazenagem, transporte e utilização, como forma de garantir a qualidade do sangue (BRASIL, 2009). Em 2013, a Portaria n.º 2.712 realizou algumas revisões, sendo uma delas, a redefinição do regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, citando em seu art. 78 que o serviço de hemoterapia, que realiza a coleta de sangue, deve estar preparado para o atendimento das reações adversas provenientes da doação (BRASIL, 2013).

Em 2010, a regulamentação da doação de sangue no país passou a ser instituída pela RDC n.º 57/10 e pela Portaria n.º 1353/11 do MS, que ratificam e estabelecem o

disposto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, enfatizando que a doação deve ser altruísta, não gratificada e voluntária (LIBERATO *et al.*, 2013).

A Portaria da Anvisa n.º 370/14, dispõe sobre o regulamento técnico-sanitário para o transporte do sangue e seus componentes. Essa portaria aplica-se a todos os remetentes, transportador, destinatário e os demais envolvidos no processo de transporte do sangue e seus componentes. A RDC Anvisa n.º 20/14 dispõe sobre o regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano; e a RDC Anvisa n.º 34/14 aplica-se as Boas Práticas no Ciclo do Sangue, onde estão descritas as ações a serem tomadas por serviços e profissionais de saúde na ocorrência de eventos adversos do ciclo do sangue (BRASIL, 2014).

A Portaria de Consolidação n.º 5, no Anexo IV, Seção XII – Do Ato Transfusional, complementa as determinações da RDC n.º 34/14, com diretrizes apresentadas de forma mais completa (KROPF, 2018, p. 23-24):

[...]

Art. 190. As transfusões serão realizadas por médico ou profissional de saúde habilitado, qualificado e conhecedor das normas constantes deste Anexo, e serão realizadas apenas sob supervisão médica, isto é, em local em que haja, pelo menos, um médico presente que possa intervir em casos de reações transfusionais.

§ 1º O paciente deve ter os seus sinais vitais (temperatura, pressão arterial e pulso) verificados e registrados, pelo menos, imediatamente antes do início e após o término da transfusão.

§ 2º Os primeiros 10 (dez) minutos de transfusão serão acompanhadas pelo médico ou profissional de saúde qualificado para tal atividade, que permanecerá ao lado do paciente durante este intervalo de tempo.

§ 3º Durante o transcurso do ato transfusional o paciente será periodicamente monitorado para possibilitar a detecção precoce de eventuais reações adversas;

§ 4º Se houver alguma reação adversa o médico será comunicado imediatamente.

[...]

Em relação ao monitoramento e investigação dos eventos adversos ao ciclo do sangue, a RDC n.º 34/14, na seção XII, dispõe que (BRASIL, 2014, p. 1):

[...]

Art. 146. Todo evento adverso do ciclo de sangue, da doação à transfusão, deve ser investigado, registrado e ter ações corretivas e preventivas executadas pelo serviço onde ocorreu.

§ 1º Os profissionais de saúde responsáveis pelas diferentes etapas do ciclo do sangue, da doação à transfusão, devem ser capacitados para a detecção e investigação de eventos adversos, inclusive sinais ou sintomas relacionados a possíveis reações adversas à doação e à transfusão, e sobre as condutas a serem adotadas.

[...]

Souza e Santoro (2019) esclarecem que geralmente, as doações são seguras e simples, e ocorrem sem complicações ou intercorrências clínicas. No entanto, apesar de todos os cuidados dispensados com o objetivo de proteger os voluntários na doação, ocasionalmente, esses doadores podem apresentar eventos adversos durante o processo. Desta feita, os doadores devem ser assistidos por uma equipe de enfermagem capacitada com o objetivo de detectar precocemente as possíveis reações adversas e suas complicações.

Locks *et al.* (2019) explicam que, mesmo diante dos avanços na tecnologia, os cuidados aos doadores são imprescindíveis no intuito de evitar ou reduzir a ocorrência de reações adversas. Reconhece-se que na maior parte dos hemocentros no país, a coleta do sangue e as recomendações pós-doação são realizados pela equipe de enfermagem composta por auxiliares, técnicos e enfermeiros.

As atribuições e competências desses profissionais encontra-se respaldadas pela Resolução n.º 511/16, do Conselho Federal de Enfermagem (CFE), que aprova a norma técnica, que dispõe sobre a atuação de enfermeiros, técnicos de enfermagem na hemoterapia (BRASIL, 2016b) e pela Portaria n.º 158/16, que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, ambas com o desígnio de regulamentar essas atividades no Brasil, em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (BRASIL, 2016a).

Em 2015, foi publicada a Instrução Normativa n.º 01, dispondo sobre os procedimentos, normas e diretrizes do sistema nacional de hemovigilância, no intuito de fornecer ferramentas para um melhor reconhecimento e diagnóstico das reações transfusionais (BRASIL, 2015), estabelecendo prazos para a comunicação e



notificação dos eventos adversos e apresenta o novo Guia para a Hemovigilância no Brasil (BRASIL, 2016a).

O Guia para a Hemovigilância é um marco operacional e conceitual que objetiva definir diretrizes para a ampliação do escopo de hemovigilância no país, com a inclusão da vigilância dos eventos adversos que podem acontecer em todo o ciclo do sangue. A partir daí que foram definidos os conceitos de Evento Adverso, Incidente, Quase-Erro e Reação Adversa, tornando-se obrigatória a notificação, além de todas as reações adversas, dos quase-erros graves e incidentes aos quais não foram atribuídas reações adversas (BRASIL, 2016b).

Conceitua-se evento adverso como toda ou qualquer ocorrência adversa associada às suas etapas que possam resultar em risco para a saúde do doador ou do receptor, tenha ou não como consequência uma reação adversa. Os eventos adversos se dividem em: incidente, reação adversa e quase-erro (BRASIL, 2016b).

Os incidentes são eventos adversos identificados durante ou após uma doação ou transfusão; compreendem os desvios dos procedimentos operacionais ou das políticas de segurança do indivíduo no estabelecimento de saúde, levando a transfusões ou doações inadequadas que podem ou não levar a reações adversas (BRASIL, 2016b).

As reações adversas podem ser divididas em reações à doação, onde o indivíduo é o doador de sangue, e reações a transfusões ou reação transfusionais, onde o indivíduo é o receptor da transfusão. São danos, em variados graus, que atingem os indivíduos dessas ações, podendo ou não resultar em um incidente do ciclo de sangue. A reação à transfusão ou reação transfusional é definida como um efeito ou resposta indesejável observado em uma pessoa, associado temporalmente com a administração de sangue ou hemocomponente (BRASIL, 2016b).

Quase-Erro diferencia-se do incidente por ser identificado antes do início da doação ou transfusão, de forma que o procedimento tenha sido identificado a tempo de se evitar a ocorrência de um incidente e/ou uma reação adversa (BRASIL, 2016b).

O rigor da legislação que regula as ações que envolvem a doação de sangue no Brasil é considerado um dos fatores que contribuem para a escassez na oferta de sangue. Nesse intento, surgiu a necessidade de ampliar as discussões sobre ações que estimulem a prática de doação de sangue e a fidelização dos doadores ou permanente mobilização da população, foi por esse motivo que a MS publicou a citada Portaria n.º 2.712 de 12 de novembro de 2013, que, entre outros dispositivos, reduziu a idade mínima para doação de 18 para 16 anos e idade máxima de 67 para 69 anos, como algumas restrições. Essa condição permitiu a inclusão de 8,7 milhões de pessoas nos cadastros para doadores voluntários novos no país (BRASIL, 2015, 2013).

### 3.1 REPERCUSSÕES SOCIAIS DA FALTA DE DOAÇÃO DE SANGUE

A doação de sangue remonta desde 1818 e que, por vezes, salva vidas; em contrapartida, é um tema polêmico na sociedade e gera discussões que culminam na não adesão ao ato de doar que, por sua vez, pode ser proveniente da carência de entendimento ou por causa de aspectos culturais, mitos e tabus (TRAVI *et al.*, 2011).

Ludwig e Rodrigues (2005) citam sobre as tentativas em explicar o que diferencia o doador do não-doador; para alguns, as razões mais utilizadas para não doar sangue são: medo, desqualificação, reações adversas à doação, apatia e conveniência.

A escassez de sangue representa um problema de saúde pública mundial, inclusive em países como Austrália, Estados Unidos e Suécia (ARAÚJO; FELICIANO; MENDES, 2011). Diante dessa situação, no caso em específico do Brasil, são imprescindíveis que ações sejam implantadas no intuito de incentivar a doação, conduta essa essencial, dado que até o momento não existe um substituto para o sangue, sendo a doação a única maneira de consegui-lo, necessitando sempre da solidariedade do outro (COELHO; FARIA, 2018). A solidariedade é um ato ético, como explicam Pereima *et al.* (2010), acrescentam ainda os autores que? “a solidariedade como uma lei da natureza, um sentimento incontestável de adesão ao grupo e à espécie, em que a moral não pode ser vista como compromisso de deveres e normas, mas como a busca do prazer e a repulsa da dor” (PEREIMA *et al.*, 2010, p.325).

Acrescentam Pereima *et al.* (2010, p. 325, grifo do autor) que:

Assim, o grupo de doadores de sangue pode constituir-se como uma tribo que "(...) se faz a partir do sentimento de pertença, em função de uma ética específica e no quadro de uma rede de comunicação". O grupo de doadores é formado por indivíduos heterogêneos que também compõem outras tribos. Esses seres humanos heterogêneos estão ligados aos hemocentros, à tribo de doadores, por sentimentos que lhes são comuns e que lhes possibilitam uma pertença.

A prática de doar sangue é importante, podendo ser contextualizada como uma ação de solidariedade pois, mesmo não conhecendo o receptor, quem doa pode estar salvando uma vida, através de uma prática simples, como uma aproximação entre as pessoas, talvez pela vontade de preservar a vida humana. Talvez o que pode estar repercutindo na sociedade é a falta de conhecimento sobre o processo de doar sangue, por não compreender a relevância/seriedade dessa prática; por outro lado, no momento em que se intensificam as orientações e se desmistificam os medos, as angústias, é possível ampliar a possibilidade de aumento no número de doadores (TRAVI *et al.*, 2011; PEREIMA *et al.*, 2010).

Araújo, Feliciano e Mendes (2011) explicam que nos últimos anos, estudos sobre a percepção dos doadores de sangue relacionada ao atendimento na doação pretendem aproximar as unidades hemoterápicas aos seus contextos socioculturais, fornecendo recomendações para o enfrentamento dos desafios e elevar a captação de doadores e a regularidade da doação.

A falta de prática do ato de doar sangue reforça a necessidade em conscientizar e difundir na sociedade, principalmente os jovens, quanto à necessidade de realizar a doação. Acredita-se que ações direcionadas a esse público, resultaria em mudanças no perfil e conduta da população a longo prazo (MONTEIRO; COMPARSI, 2015, p.2-3).

Nesse intento, asseveram Ludwig e Rodrigues (2005) que a literatura sustenta que as companhias informacionais deveriam destacar os aspectos positivos da doação do sangue, neutralizando os negativos. Um quesito relevante para transformar o não-doador para o doador está na concentração de esforços durante a primeira doação e o uso desta oportunidade para converter estes em doadores reguladores, por meio da persuasão, atendimento e das informações prestadas a respeito de todos os procedimentos realizados.

Diante do realidade atual, observa-se a necessidade das organizações se esforçarem em atrair doadores novos e os jovens, além de manter os regulares, indo além das práticas imediatistas (como por exemplo, distribuir materiais educacionais e vinculação de campanhas emergenciais de captação durante os períodos críticos) que suprem apenas as urgências dos momentos em que a demanda se encontra elevada, mas não alteram os padrões sociais de comportamento em relação à doação regular de sangue (PEREIRA *et al.*, 2019; BARBOZA; COSTA, 2014).

Pereira *et al.* (2016) e Araújo, Feliciano e Mendes (2011) citam que, em situação de demanda crescente por sangue e hemoderivados, aproximadamente 1,85 da população do Brasil é doadora de sangue, mas, de acordo com as recomendações, o índice ideal de doação de sangue deve estar entre 3% a 5%. Coelho e Faria (2018) citam que no Brasil, entre 2011 a 2015 houve uma contração na taxa de doação de sangue, passando de 1,90% em 2011 para 1,78% em 2014. Dados da Anvisa revelam que, aproximadamente 40% dos doadores de sangue no país estão na faixa etária entre 18 e 29 anos, sendo um segmento amplamente representativo no contexto brasileiro.

Contudo, a demanda por sangue se mantém, o que torna a situação mais desfavorável em períodos sazonais, como os períodos de férias, feriados prolongados e final de ano, quando a necessidade de transfusões aumenta, enquanto as doações chegam a cair até 25% em todo país (COELHO; FARIA, 2018). Pereira *et al.* (2019) explicam que nos períodos críticos ocorre um acentuado êxodo populacional, por consequência, aumentam o número de acidentes no trânsito, fato que reflete diretamente em uma redução nos bancos de sangue.

#### 4 CAPÍTULO IV - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA PARA A DOAÇÃO DE SANGUE NO HEMOES

No período compreendido entre janeiro a dezembro de 2018 foram atendidos 30.151 candidatos a doação de sangue. Desses 6.888 (22,8%) foram impedidos de proceder a doação de sangue de modo temporário (n=6580 – 95,5%) ou definitivo (n=308 – 4,5%), e desse grupo impedido de fazer a doação, 3.570 (51,8%) masculino e 3.318 (48,2%) feminino. A média, mediana, desvio padrão, a idade mínima e máxima e a variância em todos os grupos, está na Tabela 1.

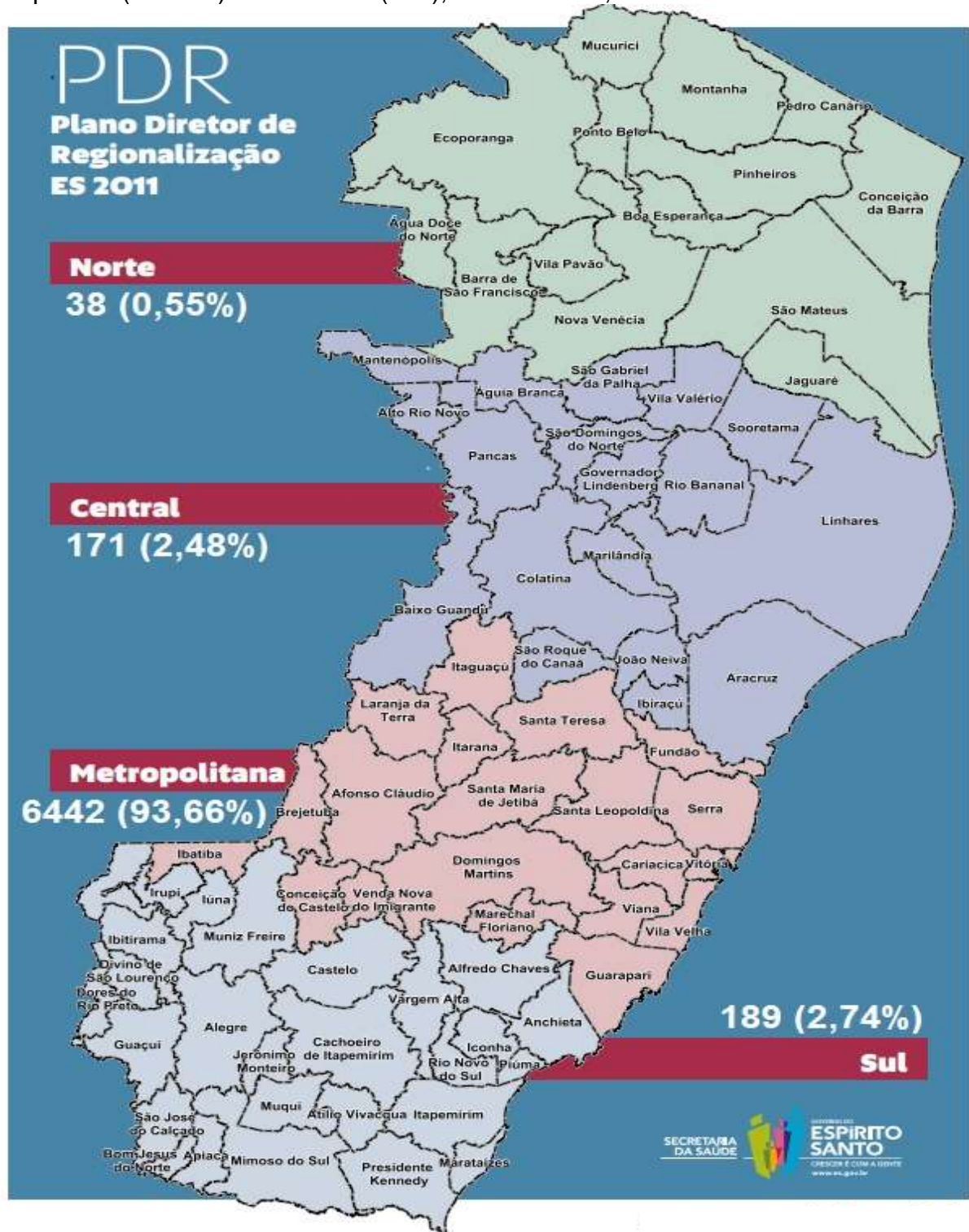
Tabela 1 – Estatística descritiva das idades dos candidatos a doação de sangue (n=30.151) no HEMOES, impedidos de forma temporária (n=6580) ou definitiva (308), no ano de 2018

| <b>Grupos avaliados</b>          | <b>Média - Mediana</b> | <b>Desvio Padrão</b> | <b>Mínimo - Máximo</b> | <b>Variância</b> |
|----------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| Total de doador e não doador     | 34,6 - 33,0            | 11,7                 | 17 - 70                | 137,4            |
| Doador e não sexo Feminino       | 33,3 – 31,0            | 11,2                 | 17 - 70                | 124,9            |
| Doador e não sexo Masculino      | 35,9 – 34,0            | 12,1                 | 17 - 70                | 145,8            |
| Total com impedimento temporário | 34,3 - 32,0            | 11,5                 | 17 - 70                | 133,3            |
| Temporário sexo feminino         | 32,9 - 31,0            | 11,0                 | 17 - 70                | 120,3            |
| Temporário sexo masculino        | 35,6 – 34,0            | 11,9                 | 17 - 70                | 142,2            |
| Total com impedimento definitivo | 41,7 – 41,0            | 13,1                 | 17 - 69                | 171,6            |
| Definitivo sexo feminino         | 41,0 – 40,0            | 12,7                 | 19 - 68                | 161,7            |
| Definitivo sexo masculino        | 42,5 – 42,0            | 13,5                 | 17 - 69                | 181,0            |

Fonte: Elaborado pela autora.

Os candidatos inaptos eram procedentes da região metropolitana (6442/93,66%), central (171/2,48%), norte (38/0,55%), sul (189/2,74%) e de outros estados (48/0,69%), conforme mostrado na Figura 1.

Figura 1 - Distribuição dos candidatos impedidos a doação de sangue de forma temporária (n=6580) ou definitiva (308), no HEMOES, no ano de 2018



Fonte: Adaptado de Espírito Santo, ES (2011).

Os motivos que podem contribuir para explicar a maior distribuição na região metropolitana (93,66%), segundo Martins (2019) está no tamanho da população e por

dispor de uma infraestrutura hospitalar de alta complexidade, onde são realizadas cirurgias cardíacas, quimioterapia e transplante de órgãos. Dessa forma, supõe-se dispor de uma demanda maior por sangue na região.

As causas para o impedimento da doação de sangue estão na Tabela 2.

Tabela 2 – Causas de inaptidão temporária para a doação de sangue no HEMOES, no ano de 2018 (n=6580)

(Continua)

| CAUSA DE INAPTIDÃO TEMPORÁRIA                                 | SEXO     |        |           |       |
|---|----------|--------|-----------|-------|
|   | FEMININO |        | MASCULINO |       |
|   | n        | %      | n         | %     |
| HB baixa/anemia   | 746      | 11,34% | 179       | 2,72% |
| Parceiro(a) Ocasional no último ano                           | 388      | 5,90%  | 639       | 9,71% |
| Tatuagem, Piercing, Brinco, Maquiagem Definitiva e Acupuntura | 318      | 4,83%  | 88        | 1,34% |
| Exames Invasivos no último ano (Endo., Colo.)                 | 129      | 1,96%  | 116       | 1,76% |
| Cirurgias nos últimos 3 meses                                 | 30       | 0,46%  | 36        | 0,55% |
| Doença em Investigação (Aguardando Laudo)                     | 113      | 1,72%  | 59        | 0,90% |
| Parceiro(a) Sexual fixo(a) a menos de 6 meses                 | 100      | 1,52%  | 143       | 2,17% |
| Doença Sexualmente Transmissível                              | 29       | 0,44%  | 33        | 0,50% |
| Múltiplos Parceiros no último ano                             | 59       | 0,90%  | 133       | 2,02% |
| Contactante Sexual de Indivíduo Transfundido                  | 13       | 0,20%  | 11        | 0,17% |
| Contactante Sexual de Indivíduos em Situação de Risco         | 9        | 0,14%  | 8         | 0,12% |
| Uso de Droga (Cocaína/Crack, Anabolizantes)                   | 7        | 0,11%  | 62        | 0,94% |
| Reclusão Carcerária no último ano                             | 5        | 0,08%  | 7         | 0,11% |
| Relação Sexual com homem ou mulher de programa                | 4        | 0,06%  | 4         | 0,06% |
| Relação Homem com Homem no último ano                         | 0        | 0,00%  | 37        | 0,56% |
| Outras Causas   | 258      | 3,92%  | 491       | 7,46% |
| Desistência   | 157      | 2,39%  | 235       | 3,57% |
| Uso de Medicamentos   | 139      | 2,11%  | 147       | 2,23% |
| Lesões Dermatológicas Diversas                                | 76       | 1,16%  | 173       | 2,63% |
| Gripe/Febre/Amigdalite/Asma/Diarreia/Labirintite              | 72       | 1,09%  | 82        | 1,25% |
| Doenças Transmissíveis (Infecciosas e Parasitárias)           | 71       | 1,08%  | 102       | 1,55% |
| Peso Insuficiente   | 52       | 0,79%  | 4         | 0,06% |
| Alergias Ativas   | 33       | 0,50%  | 29        | 0,44% |
| Hipotensão Arterial   | 30       | 0,46%  | 13        | 0,20% |
| Taquicardia (>100BPM)   | 29       | 0,44%  | 24        | 0,36% |
| Hipertensão Arterial  | 28       | 0,43%  | 89        | 1,35% |

Tabela 2 – Causas de inaptidão temporária para a doação de sangue no HEMOES, no ano de 2018 (n=6580)

(Conclusão)

| CAUSA DE INAPTIDÃO TEMPORÁRIA                                 | SEXO        |            |             |            |
|---|-------------|------------|-------------|------------|
|   | FEMININO    |            | MASCULINO   |            |
|   | n           | %          | n           | %          |
| Repouso Insuficiente  | 28          | 0,43%      | 48          | 0,73%      |
| Vacinação nos últimos 2 dias                                  | 26          | 0,40%      | 29          | 0,44%      |
| Procedimento Odontológico (limpeza ou ajuste do aparelho)     | 25          | 0,38%      | 29          | 0,44%      |
| Alcoolismo Agudo  | 24          | 0,36%      | 124         | 1,88%      |
| Gestação Atual/Amamentando                                    | 23          | 0,35%      | 0           | 0,00%      |
| Infecção Respiratória/Oftalmológica                           | 22          | 0,33%      | 31          | 0,47%      |
| Herpes  | 20          | 0,30%      | 22          | 0,33%      |
| Doença de Inaptidão Temporária                                | 18          | 0,27%      | 5           | 0,08%      |
| > 3 Doações nos últimos 12 meses                              | 13          | 0,20%      | 18          | 0,27%      |
| Uso de Antibióticos nos últimos 3 dias                        | 10          | 0,15%      | 9           | 0,14%      |
| Erro Administrativo   | 8           | 0,12%      | 9           | 0,14%      |
| Epilepsia ou Convulsão (última crise há 3 anos)               | 9           | 0,14%      | 11          | 0,17%      |
| Parto/Abortamento <3 Meses                                    | 7           | 0,11%      | 0           | 0,00%      |
| Ferimento Causado por Animal Peçonhento ou não                | 6           | 0,09%      | 14          | 0,21%      |
| Viagem em Região Endêmica de Malária                          | 6           | 0,09%      | 15          | 0,23%      |
| Ferimento C/Material Contaminado C/Sangue a menos de 12 meses | 5           | 0,08%      | 7           | 0,11%      |
| Hipotireoidismo a Esclarecer                                  | 5           | 0,08%      | 2           | 0,03%      |
| Intervalo Mínimo Entre Doações Insuficiente                   | 5           | 0,08%      | 7           | 0,11%      |
| Tuberculose e Contactante (há menos de 5 anos)                | 3           | 0,05%      | 4           | 0,06%      |
| Alimentação Gordurosa <4 horas                                | 2           | 0,03%      | 2           | 0,03%      |
| Dor/Mal - Estar/Doença Cardiopulmonar Temporária              | 2           | 0,03%      | 2           | 0,03%      |
| Aumento de Hematócrito e Hemoglobina                          | 2           | 0,03%      | 75          | 1,14%      |
| Parto Cesário nos últimos 6 meses                             | 2           | 0,03%      | 0           | 0,00%      |
| Hemorragia/Dismenorreia                                       | 1           | 0,02%      | 0           | 0,00%      |
| Aférese Anterior  | 0           | 0,00%      | 3           | 0,05%      |
| Doação Não Altruísta  | 0           | 0,00%      | 1           | 0,02%      |
| HPV   | 0           | 0,00%      | 2           | 0,03%      |
| <b>TOTAL</b>  | <b>3167</b> | <b>48%</b> | <b>3413</b> | <b>52%</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

A anemia e desnutrição (baixo peso), são causas importantes de impedimento para doação de sangue. A desnutrição acompanha a anemia que são condições muito prevalente na população mundial, especialmente no sexo feminino e que traz consequências para o crescimento e desenvolvimento da prole dessas mães.



Os pacientes com o hematócrito baixo comumente apresentam anemia, e o principal fator determinante desta condição é a deficiência de ferro, logo, as mulheres tendem a apresentar reservas menores de ferro em comparação aos homens, em razão do fluxo menstrual (MONTEIRO; COMPARSA, 2015).

Existem outros fatores que podem reduzir os níveis de hematócrito: a deficiência de minerais e vitaminas, sangramento recente, cirrose hepática e câncer. A literatura relata que o hematócrito baixo é outro determinante para a inaptidão de uma grande parcela dos candidatos a doação de sangue (MONTEIRO; COMPARSA, 2015). Uma pesquisa realizada no Hemonúcleo de Campo Mourão no Paraná, no ano de 2008, revelou que 255 (41,27%) candidatos foram reprovados em decorrência do hematócrito baixo (RAMOS; FERRAZ, 2010).

Vieira *et al.* (2015) ressaltam em seu estudo, que o hematócrito baixo se destaca como a 14<sup>o</sup> causa de recusa, tendo sua prevalência associada à população feminina; corroborando esse comentário, incrementam Liberato *et al.* (2013) que a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) recomenda que as mulheres com disposição a doar sangue no período menstrual não devem ser recusadas como doadoras, desde que se sintam bem no momento da doação e que não tenha um fluxo menstrual intenso e que atendam a todos os critérios da seleção.

Foi constatado no estudo de Vieira *et al.* (2015) que 975 indivíduos foram recusados devido a anemia, os quais, 86,5% eram mulheres; de acordo com o estudo de Arruda *et al.* (2019) outros autores também associaram a incidência de quadro anêmico nos candidatos inapto com o gênero feminino.

Embora, no Brasil o homem cultiva uma representação social machista em detrimento da representação feminina, é o sexo masculino com o maior índice de desistência (3,57%) do que entre as mulheres (2,39%). O estudo de Rohr, Boff e Lunkes (2012) menciona que a Anvisa verificou que os homens procuram mais os serviços de hemoterapia do que as mulheres; esse fato explica a maior quantidade de homens inaptos clinicamente em relação às mulheres no presente estudo. No que se refere a frequência maior de doadores de sangue, o estudo de Malheiros *et al.* (2014) identificou na distribuição da amostra populacional de acordo com a variável sexo,

uma frequência maior de doadores do sexo masculino o que corresponde a 69% e 31% feminino.

Outras pesquisas também identificaram os homens como a população doadora de sangue mais prevalente, como corroboram Liberato *et al.* (2013) mencionando que em 2005 um grande estudo revelou que 62,39% da população masculina; de modo semelhante foi identificado no estudo realizado por Araújo, Feliciano e Mendes (2011) no Recife onde a prevalência dos doadores de sangue correspondeu a 81,4% dos candidatos pertencentes ao sexo masculino.

De modo contrário, o estudo de Brener *et al.* (2008, p. 111) revelou que as:

Mulheres apresentaram maior aptidão clínica quando comparadas aos homens, apesar de valores limítrofes de significância estatística, o que não ocorre quando estudamos candidatos a doadores em 2004. Não obstante a frequência relativa da inaptidão clínica e sua temporalidade serem similares para ambos os sexos, com relação percentual mantida também nos dados atuais, as causas, individualmente, mostraram perfil bastante diferenciado.

O presente estudo identificou que parceiro(a) ocasional no último ano foi mais comum entre os homens (9,73%) as mulheres (5,88%). A Portaria n.º 158/16, em seu Art.64, estabelece que: Considerar-se-á inapto temporário por 12 (doze) meses o candidato que tenha sido exposto a qualquer uma das seguintes situações: I - que tenha feito sexo em troca de dinheiro ou de drogas ou seus respectivos parceiros sexuais; II - que tenha feito sexo com um ou mais parceiros ocasionais ou desconhecidos ou seus respectivos parceiros sexuais; (BRASIL, 2016a).

Nesse intento, o estudo transversal realizado por Cordoni Junior, Di Colli e Omoto (2011) identificou contato sexual com parceiro ocasional não fixo como a causa principal de inaptidão temporária (21,3%) e hipertensão, com 8,5% dos casos.

Oltramari e Camargo (2010) em uma revisão sistemática da literatura revelou, que para o comportamento sexual e fatores de risco, foi encontrado um número expressivo de publicações, a maioria delas relacionados a adolescentes; para os mais adultos, destacou-se a relação monogâmica, o que é considerado menos perigoso do que relacionar-se com desconhecidos. Rohr, Boff e Lunkes (2012) esclarecem que, os

múltiplos parceiros sexuais se devem a fatores como maior liberdade sexual vivenciada atualmente, tendência a ter relações extraconjugais, diminuição do uso de preservativo e relacionamento homossexual, que torna os homens, principalmente, mais suscetíveis às doenças sexualmente transmissíveis.

Estudo realizado por Di Colli (2012), avaliou os primodoadores de sangue do Hemonúcleo de Apucarana/PR e, corroboraram que dos 8.299 indivíduos, 2.939 (35,41%) foram considerados inaptos; os principais motivos de recusa foram: os índices de hemoglobina e/ou hematócrito baixo, comportamento de risco sexual, hipertensão e hipotensão arterial, dentre outros. Monteiro e Comparsi (2015) revelam que entre os fatores que podem excluir doadores na etapa de triagem clínica estão os níveis de hemoglobina e hematócrito, sendo necessário apresentar os níveis mínimos aceitáveis para o exame que é de 38% para mulheres e 39% para homens; por sua vez, Brasil (2013) explicita que os candidatos com resultados inferiores a esses valores devem ser encaminhados para investigação clínica.

Entre as causas de inaptidão, tatuagem, piercing, brinco, acupuntura foram mais prevalentes entre as mulheres (4,83%), enquanto os homens representaram 1,34%. A literatura descrita por Pinho *et al.* (2001) cita que a acupuntura quando é praticada por médicos ou técnicos autorizados tornam o indivíduo inapto por apenas 3 dias assim como a perfuração cutânea (para colocação de piercings e brincos) com perfuradores automáticos e assepsia apropriada. Contudo, esses procedimentos, incluindo a realização de tatuagens, tornam o candidato inapto por 12 meses, caso não houver condições de avaliação da segurança do procedimento realizado; se na cavidade oral e/ou na região genital, devido ao risco permanente de infecção, a inaptidão é de um ano após a retirada.

O uso de medicamentos, foram representados por 2,11% das mulheres e 2,23%, homens. O estudo de Monteiro e Comparsa (2015) revelou que o uso de medicamentos é causa inaptidão temporária, os autores sugerem a realização de uma criteriosa avaliação da história terapêutica recente do indivíduo, pois, na maioria das vezes, é causa do tratamento e não o medicamento que motiva a reprovação. No mesmo estudo explica que o consumo de antibióticos também se configura como

inaptidão temporária, ou seja, duas semanas após o término do tratamento o candidato está apto para doação; o mesmo caso é a vacinação.

Monteiro e Comparsa (2015) acrescentam que as vacinas de vírus ou bactérias vivos e atenuados tornam o candidato inapto por quatro semanas enquanto as vacinas de vírus ou bactérias mortos, recombinantes torna-o inapto por, apenas, 48 horas. Por sua vez, Vieira *et al.* (2015) esclarece que a população atual tem sido acometida por várias comorbidades, e que para tratá-las se faz necessária, em alguns casos, o uso da terapia farmacológica, acarretando diretamente em aumento de rejeição de candidatos na triagem clínica para doação de sangue.

Em relação às lesões de pele, esclarece Vita Hemoterapia (2019) que poderá doar sangue a pessoa que tem psoríase ou vitiligo em áreas restritas do corpo, mas que não tenha comprometido outros órgãos.

Em relação ao uso de drogas, a Portaria n.º 158/16, refere que o candidato que apresentar história atual ou pregressa de uso de drogas ilícitas é classificado como inapto definitivo; a citada Portaria cita que deve ser realizada inspeção dos braços dos indivíduos para detectar evidências de uso de drogas injetáveis ilícitas, a presença desses sinais determina a inaptidão definitiva do doador, pois o risco de transmissão de doenças é evidente (BRASIL, 2016a).

O estudo realizado por Arruda *et al.* (2019) ressaltou que o uso de bebida alcoólica nas últimas 12 horas antes da doação é pretexto de inaptidão temporária e foi a sexta causa de recusa de doação nas mulheres e homens; contudo, é relevante destacar que os indivíduos considerados alcoólatras são classificados como inaptos definitivos devido ao fato de que o álcool pode afetar o fígado, fazendo com que este não produza de modo adequado os fatores de coagulação.

O estudo desenvolvido por Siqueira *et al.* (2019) revelou que entre os motivos que impediram a doação de sangue, os mais frequentes foram: hemoglobina abaixo do aceitável (17%), uso de medicamentos (9%), relação sexual desconhecido/eventual nos últimos 12 meses (9%), inaccessibilidade de veia (8%), pressão arterial abaixo do

aceitável (6%), presença de feridas no corpo (6%), ausculta cardíaca alterada (5,5%), Estado gripal (5%), outros (4%) e jejum prolongado (4%).

Reuter *et al.* (2010) realizaram um estudo transversal, com 2.876 doadores, sendo 1.764 (61,3%) do sexo masculino e 1.112 (38,7%) do sexo feminino, da região do Vale do Rio Pardo – RS. O objetivo do estudo foi identificar os principais motivos para a inaptidão. As mulheres, apresentam maior porcentagem de inaptidão clínica (53,8%). Em relação ao motivo da inaptidão clínica, os homens apresentam maior porcentagem de hematócrito elevado e hipertensão arterial e as mulheres, hematócrito baixo, gripe e hipotensão.

A inaptidão temporária associada ao risco de contágio pelo vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi mais observada em indivíduos do sexo masculino (1377/20,93%) do que no sexo feminino (1203/18,30%). Parceiro ocasional no último ano e procedimentos invasivos foram as causas mais comuns de inaptidão temporária para os candidatos a doação de sangue, bem com as possíveis causas associadas a essa condição (Tabela 3).

Tabela 3 – Causas de inaptidão temporária para doação de sangue, associadas ao risco de contágio pelo vírus da AIDS, identificados na triagem clínica realizada no HEMOES, no período de janeiro a dezembro de 2018 (n=2580)

| CAUSA DE INAPTIDÃO TEMPORÁRIA                                 | SEXO        |               |             |               |
|---|-------------|---------------|-------------|---------------|
|   | FEMININO    |               | MASCULINO   |               |
|   | n           | %             | n           | %             |
| Parceiro(a) Ocasional no último ano                           | 387         | 5,88%         | 640         | 9,73%         |
| Tatuagem, Piercing, Brinco, Maquiagem Definitiva e Acupuntura | 318         | 4,83%         | 88          | 1,34%         |
| Exames Invasivos no último ano (Endo., Colo.)                 | 129         | 1,96%         | 116         | 1,76%         |
| Cirurgias nos últimos 3 meses                                 | 30          | 0,46%         | 36          | 0,55%         |
| Doença em Investigação (Aguardando Laudo)                     | 113         | 1,72%         | 59          | 0,90%         |
| Parceiro(a) Sexual fixo(a) a menos de 6 meses                 | 100         | 1,52%         | 143         | 2,17%         |
| Doença Sexualmente Transmissível                              | 29          | 0,44%         | 33          | 0,50%         |
| Múltiplos Parceiros no último anos                            | 59          | 0,90%         | 133         | 2,02%         |
| Contactante Sexual de Indivíduo Transfundido                  | 13          | 0,20%         | 11          | 0,17%         |
| Contactante Sexual de Indivíduo Transfundido                  | 9           | 0,14%         | 8           | 0,12%         |
| Uso de Droga (Cocaína/Crack, Anabolizantes)                   | 7           | 0,11%         | 62          | 0,94%         |
| Reclusão Carcerária no último ano                             | 5           | 0,08%         | 7           | 0,11%         |
| Relação Sexual com Homem ou Mulher de Programa                | 4           | 0,06%         | 4           | 0,06%         |
| Relação Homem com Homem no último ano                         | 0           | 0,00%         | 37          | 0,56%         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>1203</b> | <b>18,30%</b> | <b>1377</b> | <b>20,93%</b> |

Fonte: Elaborado pela da autora.

No tocante às causas de inaptidão temporária para doação de sangue, associadas ao risco de contágio pelo vírus da AIDS, foi encontrado maior percentual naqueles que revelaram ter parceiro(a) ocasional no último ano, onde, 9,73% representam os homens e 5,88% as mulheres.

O homem está apto a realizar até 4 doações de sangue por ano, entretanto essa parcela da população está, de acordo com a legislação e recomendação do MS, impedida de doar caso tenha qualquer parceria sexual nos últimos 12 meses, com ou sem uso de preservativo. Essa condição representa, em média, um desperdício de aproximadamente 19 milhões de litros de sangue por ano. Contudo, reitera a OMS que as evidências nas quais essas decisões se baseiam, são escassas ou limitadas, e amparadas por alegações médicas que denominam de comportamentos de risco. Essa limitação dos doadores de sangue, no entendimento da OMS, se justifica pela condição que determinados comportamentos sexuais estão relacionados a um risco maior de transmissão de Hepatite B e C e dos vírus do HIV (DOAÇÃO..., 2019).

Maior percentual encontrado no presente estudo foi a o risco de doenças infecto contagiosas. A transmissão de agentes infectocontagiosos pela transfusão sanguínea, nos hemocomponentes e hemoderivados, caracteriza-se pela reação adversa tardia de maior risco para o receptor de sangue. Reduzir a possibilidade de transmissão de doenças pela transfusão requer ações que garantam a segurança do sangue a ser transfundido (CARRAZZONE; BRITO; GOMES, 2004); nesse intento, pontuam Costa, Portes e Sampaio (2014) que um dos maiores desafios dos serviços de hemoterapia é a garantia do atendimento da demanda transfusional, como também a segurança e qualidade dos produtos sanguíneos.

A triagem para as doenças transmitidas pelo sangue deve seguir rigorosos padrões de diagnóstico. De acordo com um estudo realizado em todo o Brasil a maior prevalência de doadores inaptos com HIV foi descoberta em Belém/PA, e a menor prevalência para a infecção pelo vírus, foi observada em Ribeirão Preto/SP, com percentuais de 10,14% e de 0,02%, respectivamente (COSTA; PORTES; SAMPAIO, 2014).

De acordo com o MS, no Brasil, 1,7% da população é doadora de sangue, índice inferior ao ideal que é de 3% da população, fazendo com que os mesmos que esse número esteja acima do recomendado pela OMS, que é de 1%, o que torna os estoques de sangue instáveis (BRASIL, 2019). Não obstante a essa elevada carência de sangue e hemoderivados, várias pessoas são impedidas de doar devido a regras ultrapassadas e embasamentos científico escasso, como, por exemplo, ocorre com a população homossexual.

Estigma estrutural, segundo Pescosolido e Martin (2015), é a discriminação por meio de políticas, leis e práticas institucionais; acrescentam Hatzenbuehler, Phelan e Link (2013) que pode ser compreendido como um fenômeno social imbricado nas normas culturais e em políticas institucionais que restringem as oportunidades, os recursos e o bem-estar de pessoas estigmatizadas. Contextualizam Magno *et al.* (2019) que no Brasil, o estigma estrutural é observado na proibição legal de doação de sangue por homens que fizeram sexo com homens nos últimos 12 meses, regulamentada pela norma competente a regular a atividade hemoterápica, a Portaria nº 158/16, de competência do MS.

Por sua vez, Cardinali (2016) acrescenta, que nos Estados Unidos, igualmente ao que ocorre no Brasil, o nível de rigor no escrutínio das práticas sexuais hétero e homossexuais é distinto; preveem um período de exclusão aplicável a relações sexuais heterossexuais ou entre mulheres estão relacionados à prostituição; parceiros ocasionais, desconhecidos ou portadores de doença transmissível sexualmente; violência sexual; entre outros.

O estudo de Cardinali (2016) menciona que mesmo que não exista uma previsão expressa que impeça os homens de doarem sangue em razão de sua orientação sexual, a obrigatoriedade de abstinência de qualquer prática sexual com outros homens por um longo período gera uma exclusão de homens homossexuais do direito de doar sangue. A origem dessa vedação está associada ao início da epidemia de AIDS, que atingiu em seus primeiros anos a população masculina homossexual de modo muito mais pronunciada.

Conforme o inciso IV do artigo 64 da Portaria n.º 158/16, qualquer homem que tenha mantido algum tipo de contato sexual com outro homem, nos 12 meses que antecederem a tentativa de doação, e assim o declarar nesta primeira fase de triagem, será, de pronto, considerado inapto para a doação sanguínea. A citada Portaria é discriminatória na medida em que existem no mercado testes laboratoriais de quarta geração que reduzem o tempo de janela imunológica para cerca de 18 dias (intervalo interquartilico de 16 a 24 dias). Acrescenta-se que “A comunidade científica tem debatido mudanças no processo de segurança hemoterápica a partir da identificação clínica de práticas sexuais, e não da rotulação de grupos populacionais” (MAGNO *et al.*, 2019, p. 12), como acontecem com os homossexuais.

Um estudo com o título *Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH)<sup>1</sup> em 10 cidades brasileiras*, foi coordenado pela médica Lígia Kerr e financiada pelo MS, revelou que a prevalência do vírus HIV é de 10,5% entre a população de gays, HSH e travestis; e na população geral, este valor é significativamente inferior, 0,42%, sendo de 0,32% entre as mulheres e de 0,52% entre os homens (TAYRA, 2010).

Em 2010, outra pesquisa foi publicada na versão online do *International Journal of Epidemiology* e revelou que o risco de transmissão do vírus HIV durante uma relação sexual anal pode ser 18 vezes superior ao de uma relação vaginal. É o tipo de ato sexual que pode elevar o número de lesões na mucosa da região, e esse aumento de lesões fragiliza a proteção. Essa condição se agrava quando há o contato do sangue com o sêmen contaminado. Todavia, tal fato não deveria limitar-se apenas à população homossexual, mas também às mulheres que praticam sexo anal e seus parceiros (TAYRA, 2010).

Os comportamentos, associados a maior risco e vulnerabilidade, adotados pela população homossexual não devem ser presumidos como decorrência da vontade pessoal. A transfobia e a homofobia impactam negativamente a autoestima desses indivíduos e resultam, normalmente, em exclusão familiar, social e educacional, o que

---

<sup>1</sup> HSH, homens que fazem sexo com homens.



causa dificuldade de inclusão na sociedade e no mercado de trabalho (ENTEDA..., 2017).

Por vezes, esta marginalização leva à prostituição, e a outros comportamentos de risco, como opção de retorno financeiro de mulheres trans e travestis. De fato, a prevalência do HIV é maior entre a população homossexual, HSH, trans e travesti; no entanto, essa condição não é consequência da vontade direta desses indivíduos, pois essa população está inserida em um contexto social de maior suscetibilidade à infecção (CANCIAN, 2017).

O estudo identificou como impedimento definitivo para a doação de sangue, os candidatos com doenças crônicas infectocontagiosas ou não, usuários de drogas injetáveis, idade avançada e viagem ou residência em outro país por tempo prolongado (Tabela 4).

Tabela 4 – Causas de inaptidão definitiva para a doação de sangue no HEMOES, no ano de 2018 (n=308)

| CAUSA DE INAPTIDÃO DEFINITIVA                         | SEXO       |               |            |               |
|---|------------|---------------|------------|---------------|
|   | FEMININO   |               | MASCULINO  |               |
|   | n          | %             | n          | %             |
| Asma/Bronquite (grave)                                | 1          | 0,32%         | 0          | 0,00%         |
| Câncer  | 20         | 6,49%         | 13         | 4,22%         |
| Cirurgia de Inaptidão Definitiva                      | 10         | 3,25%         | 11         | 3,57%         |
| Diabetes (Tipo 1 Insulino - Dependente)               | 4          | 1,30%         | 2          | 0,65%         |
| Doença Autoimune                                      | 27         | 8,77%         | 23         | 7,47%         |
| Doença Cardíaca, Renal, Hanseníase e Hipertireoidismo | 20         | 6,49%         | 30         | 9,74%         |
| Doença Hematológica/Hemoglobinopatias                 | 0          | 0,00%         | 1          | 0,32%         |
| Doença Neurológicas/AVC                               | 9          | 2,92%         | 4          | 1,30%         |
| Doença Psiquiátrica/Mental                            | 9          | 2,92%         | 12         | 3,90%         |
| Doença Reumatológica                                  | 4          | 1,30%         | 2          | 0,65%         |
| Retocolite Ulcerativa                                 | 1          | 0,32%         | 3          | 0,97%         |
| Hepatites   | 5          | 1,62%         | 10         | 6,50%         |
| Idade Superior a 68 anos                              | 2          | 0,65%         | 7          | 2,27%         |
| Outras Doenças de Inaptidão Definitiva                | 22         | 7,14%         | 12         | 3,90%         |
| Uso de Drogas Injetáveis                              | 0          | 0,00%         | 2          | 0,65%         |
| Viajou/Residiu fora do Brasil (>3 meses)              | 17         | 5,52%         | 25         | 8,12%         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>151</b> | <b>49,02%</b> | <b>157</b> | <b>54,23%</b> |

Fonte: Elaborado pela autora.

Vita Hemoterapia (2019) cita que o indivíduo está definitivamente impedido de doar sangue a pessoa que já teve (mesmo que seja considerada curada) ou tem diagnóstico de qualquer neoplasia maligna.

Silveira *et al.* (2011) explicam que os testes sorológicos reagentes para o vírus das hepatites B e C nos bancos de sangue são causa relevante para o descarte de bolsas de sangue. No sul do país, um estudo realizado entre 1999 e 2001 por Rossini *et al.* (2003) apud Silveira *et al.* (2011) avaliou 263,795 amostras de doadores de sangue coletados e constataram uma diminuição significativa na frequência média de HBsAg e anti-HBc. Essas reduções, em parte, pode ser um reflexo 17 de entrevistas sistemáticas com rastreio questionários e exclusão de doadores com fatores de risco definidos.

Monteiro e Comparsi (2015) citam dados de uma pesquisa realizada pela Fundação Hemominas mencionam sobre as patologias responsáveis pela inaptidão de 6,1% dos candidatos, considerando essa causa como um dos principais motivos de exclusão neste estabelecimento de saúde. Um estudo realizado no Paraná com 70 candidatos a doação (11,33%) foram excluídos devido a ocorrência de patologias; também foi identificado que a hipertensão arterial e a hipotensão arterial corresponderam, respectivamente, a 7,4% e 3,6% do total de inaptidão, inacessibilidade de veias e/ou fluxo insuficiente em até 3,4% dos candidatos a doação.

5,52% das mulheres e 8,12% dos homens foram identificados como inaptos por motivo de viagem. Considera-se áreas endêmicas alguns países onde são identificadas doenças inexistentes no Brasil, como é o caso em específico da febre amarela do Oeste do Nilo, causada por um vírus, que também está presente nos Estados Unidos e no Canadá. Indivíduos que retornam desses países precisam aguardar 30 dias para estar apta a doar sangue. Nestes critérios incluem-se em impedimento para doação de sangue, viagens para os estados de Rondônia, Roraima, Acre, Amapá e Amazonas, devido a malária, com exceções para as capitais do Pará, Mato Grosso e Maranhão e em vários outros países (VITA HEMOTERAPIA, 2019).

Vieira *et al.* (2015) identificaram que a residência/viagem para zona de malária foi uma causa relevante para a recusa apresentada entre os rejeitados na triagem clínica. De

acordo com a portaria vigente, em áreas não endêmicas, é considerado inapto o candidato que tiver se deslocado para áreas endêmicas. após o período de 30 dias e até doze meses, este candidato estará apto a realizar a doação de sangue, desde que realize testes para detecção do plasmódio ou de antígenos plasmodiais. Faz-se necessário corroborar que o banco de sangue público do Ceará não disponibiliza estes testes para os doadores de sangue, o que explica a recusa destes candidatos mesmo tendo tempo hábil para doação.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições que elevam a necessidade de transfusões de sangue no país, cogita-se o aumento populacional, a violência urbana, os acidentes de trânsito, o envelhecimento da população, doenças crônicas como câncer, entre outros. No que se refere à oferta de bolsas de sangue, o problema da doação de sangue se agrava devido aos elevados percentuais de inaptidão sorológica e clínica entre indivíduos que se dispõem a doar, além dos altos custos financeiros que envolvem a garantia da segurança transfusional, hoje a maioria dos casos, está sob responsabilidade do sistema público de saúde. Outro desafio dos serviços de hemoterapia é garantir o atendimento da demanda transfusional, a segurança e a qualidade dos produtos sanguíneos.

Os procedimentos que envolvem as etapas de doação precisam obedecer rigorosamente aos padrões de qualidade e a exceção de cada etapa por profissionais capacitados, utilizando técnicas específicas e adequadas, uma vez que esse processo irá reduzir o descarte de bolsas de sangue bloqueadas e elevará a qualidade das bolsas aprovadas. É fundamental que a legislação que regulamenta os procedimentos transfusionais seja atualizada, com o objetivo de garantir o acolhimento e/ou atendimento das demandas atuais.

O elevado percentual de inaptidão também pode ser identificado pelos fatores analíticos, como variedade das marcas de testes sorológicos ou fatores pré-analíticos, deficiência nos sistemas básicos de saúde na cidade e na falta de saneamento e a população carente. Acrescenta-se ainda que, em conformidade com a disposição da legislação hemoterápica vigente, são vários os motivos que podem levar à inaptidão dos candidatos à doação de sangue, seja de forma temporária ou definitiva.

A pesquisa aqui realizada buscou identificar as principais causas que contribuem para a inaptidão para a doação de sangue no HEMOES na região da Grande Vitória. Dentre os dados apresentados, os homens foram os doadores com maior quantitativo de inaptidão, devida a presença de doenças infectocontagiosas, uso de drogas e desistência. A causa mais evidenciada para a inaptidão foi o comportamento de risco,

o que reforça a necessidade de rigor na triagem clínica, para selecionar os candidatos saudáveis, com mais esclarecimentos sobre as condições basílicas para a doação de sangue. Na população feminina, o estudo identificou que a inaptidão por hematócrito baixo e/ou anemia e comportamento sexual de risco foram as condições mais evidentes.

A escassez na oferta de sangue pode ser esclarecida pelo alto rigor da legislação do Brasil, que regula as ações que envolvem a doação. Nesse sentido, é imprescindível que sejam discutidas ações no intuito de estimular a prática da doação de sangue, pela fidelização dos doadores ou pela mobilização permanente da população. Foi nesse sentido que o MS em 2013, com a publicação da Portaria n.º 2.712, diminuiu a idade mínima para doação de 18 para 16 anos e a idade máxima de 67 para 69 anos, com algumas restrições. Mediante tal medida, houve um aumento na inclusão de novos doadores de sangue no país.

Contudo, mesmo com as medidas e várias campanhas diversificadas e focalizadas veiculadas pela mídia com o intuito de promover a cidadania e solidariedade para o ato da doação, ainda existe uma significativa carência de sangue nos estoques dos centros de coleta no HEMOES. Frente a essa condição, acredita-se que ações de Políticas públicas voltadas para educar e conscientizar a população sobre as condições necessárias para a doação de sangue possam dar condições para reduzir o número de inaptidões e aumentar o quantitativo de doadores.

Outra condição importante oferecida pelas Políticas Públicas é ser um facilitador do acesso para a testagem de doenças sexualmente transmissíveis para o público com comportamento sexual de risco, a fim de que estes não procurem pelos serviços de hemoterapia com interesse apenas em obter os resultados dos exames.

Nesse intento, sugere-se estudos futuros, para investigar os fatores associados aos tipos de inaptidões temporária, podendo assim, auxiliar na definição do perfil do doador. Essa conduta pode subsidiar ações de captações e campanhas capazes de aumentar o número de doações e diminuir o número de descarte de bolsas de sangue.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, F. M. R.; FELICIANO, K. V. O.; MENDES, M. F. M. Aceitabilidade de doadores de sangue no hemocentro público do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4823-32, 2011.

ARRUDA, A. B. L. *et al.* Screening preclinical and clinical factors that prevent a blood donation. **Brazilian Journal Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 5078-90, nov./dez. 2019.

AZEVEDO, A. S. *et al.* Fatores da triagem clínica que impedem a doação de sangue. **Revista Científica da FMC**, Campos, v. 10, n. 2, p. 7-11, dez. 2015.

BARBOZA, S. I. S.; COSTA, F. J. Marketing social para doação de sangue: análise da predisposição de novos doares. **Cadenos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1463-74, jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Triagem Clínica de Doadores de Sangue**. Brasília, DF: Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, 2001.

BRASIL. Portaria n.º 158, de 04 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 fev. 2016a. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Portaria n.º 2.712 de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2013. N.º 221, Seção 1, p. 106.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco conceitual e operacional de hemovigilância: guia para a hemovigilância no Brasil**. Brasília, DF, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2015.

BRASIL. Resolução n.º 31, de 28 de maio de 2009 Altera a Resolução RDC N.º 153, de 14 de junho de 2004, que trata do 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 2009. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0031\\_28\\_05\\_2009.pdf/82f11eeb-41ae-4b62-9fff-d44ab090ff91?version=1.0](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/res0031_28_05_2009.pdf/82f11eeb-41ae-4b62-9fff-d44ab090ff91?version=1.0). Acesso em: 8 out. 2019.

BRASIL. Resolução n.º 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jun. 2014. n. 113. Seção 1, p. 67.

BRASIL. Resolução n.º 511, de 29 de março de 2016. Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre atuação de enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em Hemoterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 abr. 2016b. Seção 1, p. 219.

BRENER, S. *et al.* Fatores associados à aptidão clínica para a doação de sangue: determinantes demográficos e socioeconômicos. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 108-13, 2008.

CAPECCE, I. B.; NASCIMENTO, A. A. D. **Doação de sangue**. 2019. Disponível em: <https://docplayer.com.br/119724741-Convenit-internacional-31-convenit-internacional-coepta-2-set-dez-2019-cemoroc-feusp-iji-univ-do-porto-colegio-luterano-sao-paulo.html>. Acesso em: 12 maio 2019.

CARDINALI, D. C. A proibição de doação de sangue por homens homossexuais: uma análise sob as teorias do reconhecimento de Fraser e Honneth. **Revista Constituição e Garantias de Direitos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 110-36, 2016.

CARRAZZONE, C. F. V.; BRITO, A. M.; GOMES, Y. M. Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 93-8, 2004.

COELHO, C. C.; FARIA, M. D. Intenções podem salvar vidas? Motivações e dificuldades de potenciais doadores de sangue à luz do Marketing Social. **Caderno de Ciências Sociais Aplicadas**, Vitória da Conquista/BA, v. 15, n. 26, Ano 15, p. 24-6, jul./dez. 2018.

CORDONI JUNIOR, L.; DI COLLI, L.; OMOTTO, C. A. **Análise das causas de inaptidão temporária em doadores de sangue e o seu retorno para futuras doações**. 2011. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com/bitstream/123456789/19168/1/AN%C3%81LISE%20DAS%20CAUSAS%20DE%20INAPTID%C3%83O%20TEMPOR%C3%81RIA%20EM%20DOADORES%20DE%20SANGUE%20E%20O%20SEU%20RETORNO%20PARA%20FUTURAS%20DOA%C3%87%C3%95ES.pdf>. Acesso em: 14 maio 2019.

COSTA, M.; PORTES, A. P. G. S.; SAMPAIO, R. A. A inaptidão de candidatos à doação de sangue relacionada à soropositividade ao HIV 1/2 no Brasil. **Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, Ceres, GO, v. 3, n. 1, p. 1-21, 2014.

DI COLLI, L. **Primodoadores de sangue: retornos para doação e inaptidão temporária**. 2012. 113 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2012.

DOAÇÃO de sangue. 2019. Disponível em: <https://hilab.com.br/blog/doacao-de-sangue/>. Acesso em: 5 jan., 2020.

ESPÍRITO SANTO, ES. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano diretor de regionalização – PDR – ES 2011**. Vitória, ES: Secretaria de Estado da Saúde, 2011.

FAUSTINO, G. F. *et al.* O ciclo de produção do sangue e a transfusão: o que o médico deve saber. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 269-79, 2015.

ENTENDA por que os gays no Brasil sofrem restrição na doação de sangue. **Folha São Paulo**, São Paulo, 12 nov. Cotidiano, 2017. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/11/1934835-entenda-porque-os-gays-no-brasil-sofrem-restricao-na-doacao-de-sangue.shtml>. Acesso em: 6 jan., 2020.

CANCIAN, N. **Restrição a gay doador de sangue não tem consenso entre médicos**. Folha de São Paulo. São Paulo, 12 nov. Cotidiano, 2017. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/11/1934834-restricao-a-gay-doador-de-sangue-nao-tem-consenso-entre-medicos.shtml>. Acesso em: 6 jan. 2020.

HATZENBUEHLER, M. L.; PHELAN, J. C.; LINK, B. G. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. **American Journal of Public Health**, New York, v. 103, n. 5, p. 813-21, May, 2013.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSHLAK, N. História da hemoterapia no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 201-7, jul./set. 2005.

KROPF, A. D. **Impacto da implantação de uma equipe transfusional nas atividades de hemovigilância e na segurança transfusional do Hemonúcleo Costa Verde em Angra dos Reis**. 2018. 73f. Dissertação (Mestrado em Hemoterapia e Biotecnologia). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

LIBERATO, S. M. D. *et al.* Perfil dos doadores de sangue no hemocentro público de Natal/RN. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3523-30, jan./mar. 2013.

LOCKS, M. O. H. *et al.* Perfil dos doadores de sangue que apresentaram reações adversas à doação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Santa Catarina, v. 72, n. 1, p. 87-94, 2019.

LUDWIG, S. T.; RODRIGUES, A. C. M. Doação de sangue: uma visão de marketing. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 932-39, mar./jun. 2005.

MAGNO, L. *et al.* Discriminação por orientação sexual entre HSH no Brasil: uma análise de classes latentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, Supl. 1, p. e190003, 2019.

MALHEIROS, G. C. *et al.* Fatores associados à motivação da doação de sangue. **Revista Científica da FMC**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 8-11, 2014.

MARTINS, V. F. **Comportamento planejado do doador de sangue em Minas Gerais: uma análise de suas motivações**. 2019. 138 f. Tese (Doutorado CDAE) - Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Pulo, 2019.

MONTEIRO, D. K.; COMPARSI, B. Principais fatores associados a inaptidão temporária e permanente de candidatos à doação de sangue. **Revista Saúde Integrada**, São Paulo, v. 8, n. 15-16, p. 1-15, 2015.



- OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. AIDS, Relações conjugais e Confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudos**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 275-83, abr./jun. 2010.
- PEREIRA, R. S. M. R. *et al.* Doação de sangue: a solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 2, p. 322-7, mar./abr. 2010.
- PEREIRA, J. R. *et al.* Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. **Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2475-84, 2016.
- PEREIRA, J. R. *et al.* Entre o bem estar social e o poder público: uma análise das estratégias de marketing social em prol da doação sanguínea. **Revista Brasileira de Marketing**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 73-85, jan./mar. 2019.
- PESCOSOLIDO, B. A.; MARTIN, J. K. The stigma complex. **Annual Review of Sociology**, California, v.41, n.1, p. 87-116, Aug. 2015.
- PINHO, A. M. *et al.* **Triagem clínica de doadores de sangue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- RAMOS, V. F.; FERRAZ, F. N. Perfil epidemiológico dos doadores de sangue do Hemonúcleo de Campo Mourão – PR no ano de 2008. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v. 5, n. 2, p. 14- 21, jul./dez. 2010
- REUTER, C. P. *et al.* Características demográficas e epidemiológicas de doadores aptos e inaptos clinicamente em um banco de sangue regional de Santa Cruz do Sul – RS. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 11, n. 2, p. 35-41 jul./ dez, 2010.
- ROHR, J. I.; BOFF, D.; LINKES, D. S. Perfil dos candidatos inaptos para doação de sangue no serviço de hemoterapia do Hospital Santo Ângelo, RS, Brasil. **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v. 41, n. 1, p. 27-35, jan./mar. 2012.
- SANTOS, L. A. C.; MORAES, C.; COELHO, V. S. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.162-82, 1991.
- SILVEIRA, L. *et al.* Clinical and epidemiological profile of blood donors with positive serology for viral hepatitis in southern Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 3, p. 269-73, maio/jun, 2011.
- SOUZA, M. K.; SANTORO, P. Desafios e estratégias para doação de sangue e autossuficiência sob perspectivas regionais da Espanha e do Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 195-201, abr./jun. 2019.
- TAYRA, A. Vigilância epidemiológica da AIDS e mortalidade. *In*. PIMENTA, C.; RAXACH, J. C.; TERTO JUNIOR., V. (Org.). SEMINÁRIO ESTUDOS E PESQUISAS EM DST/HIV/AIDS: DETERMINANTES EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIOCOMPORTAMENTAIS. 14 a 16 de dezembro de 2009. **Anais...**, Rio de Janeiro: ABIA, 2010, p.11-13.

TRAVI, K. *et al.* O processo de ser doador de sangue: entendimento e a adesão dos acadêmicos do curso de enfermagem. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 40-52, mar. 2011.

VIEIRA, G. N. T *et al.* Triagem clínica do processo de doação de sangue: análise da recusa de doadores. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 9, Supl. 1, p. 424-30, jan. 2015.

VITA HEMOTERAPIA. **Quem não pode doar?** em quais situações você não poderá doar sangue 2019. Disponível em: <https://www.vitahemoterapia.com.br/quem-pode-doar>. Acesso em: 8 dez. 2019.

# **ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Causas de inaptidão em doadores de sangue na triagem clínica implicações sociais e para o sistema único de saúde

**Pesquisador:** ALYNE JANUARIO DOS REIS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 11617119.3.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.280.821

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo, de corte transversal a ser realizado em um hemocentro Público na cidade de Vitória, Estado do Espírito Santo que visa recolher informações por meio do banco do HEMOES e por meio da observação desses dados compreender os impactos sociais das causas de inaptidão dos doadores de sangue por meio da triagem clínica. Serão analisados 100 prontuários (50 análise da ficha de doador de inaptidão definitiva e 50 de inaptidão temporária) referente ao período de 02/01/2017 a 31/12/2018 e as variáveis do estudo fazem parte do banco de dados do hemocentro e estão descritas na Portaria MS-158 de /04/02/2016 (Anexo I).

#### Objetivo da Pesquisa:

**PRIMÁRIO:** Identificar as principais causas que contribuem para a inaptidão temporária ou permanente para a doação de sangue em doadores da Região Metropolitana da Grande Vitória.

**SECUNDÁRIO:** Descrever o perfil clínico epidemiológico dos candidatos a doador de sangue procedentes da Região Metropolitana da Grande Vitória.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**RISCOS:** Os riscos são mínimos e consistem na manutenção do sigilo envolvendo os candidatos a doação. Para minimizar os riscos será solicitado que o

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Pena 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.280.821

banco de dados seja fornecido sem o nome do candidato e que este seja substituído por numeração sequencial.

**BENEFÍCIOS:** Este estudo não trará nenhum benefício para o avaliado, no entanto ele poderá trazer a discussão sobre a segurança do instrumento utilizado para inabilitar o doador e assim contribuir para aumenta o número de doadores.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante pois a inaptidão para a doação de sangue constitui-se num indicativo importante referente a um aspecto vital para os indivíduos. Na última década a demanda por sangue e hemocomponentes foi crescente, considerando que os indicativos de que os transplantes de órgãos cresceram 84%, as cirurgias cresceram 619% e os atendimentos de urgências aumentaram 627% no mundo (MALHEIROS et al., 2014; BRASIL, 2015). É fundamental compreendermos todo o processo ligado a doação de sangue para observar como é feita a triagem clínica e como são avaliados os pacientes de forma a se compreender em qual momento e porque sentido, estes são considerados inaptos. Na doação de sangue, é a triagem clínica que obterá informações consistentes e completas sobre a saúde e hábitos do candidato e o cumprimento de um protocolo rígido definirá sua aptidão ou não para doar sangue e assim, de modo seguro, proteger a vida do receptor, o doador se submete a procedimentos de avaliação na triagem clínica para verificar a sua aptidão ou inaptidão temporária ou definitiva para os procedimentos de doação. Outro ponto importante a ser investigado é justamente a relação dos critérios responsável pelo diagnóstico de inaptidão e como os mesmos são elencados.

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

Carta de Anuência e folha de rosto dentro das normas estabelecidas pelo CEP.

Propõe dispensa de TCLE por se usar banco de dados secundário sem a possibilidade de contato com o participante da pesquisa.

**Recomendações:**

Recomendo a aprovação do projeto.

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

Projeto dentro dos parâmetros éticos exigidos pela Portaria 466/2012

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 3.280.821

- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                            | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                   | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1332292.pdf | 10/04/2019<br>21:48:34 |                         | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_det.pdf                               | 10/04/2019<br>21:45:55 | ALYNE JANUARIO DOS REIS | Aceito   |
| Brochura Pesquisa                         | Brochura_2.pdf                                | 10/04/2019<br>21:44:58 | ALYNE JANUARIO DOS REIS | Aceito   |
| Outros                                    | instrumento_aval.pdf                          | 09/04/2019<br>15:35:06 | ALYNE JANUARIO DOS REIS | Aceito   |
| Outros                                    | Carta_anuencia.docx                           | 09/04/2019<br>15:03:11 | ALYNE JANUARIO DOS REIS | Aceito   |
| Folha de Rosto                            | FOLHAROSTO.pdf                                | 09/04/2019<br>14:47:53 | ALYNE JANUARIO DOS REIS | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 24 de Abril de 2019

Assinado por:  
**PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

## ANEXO B - Instrumento de Avaliação

### TABELA DE TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES DE SANGUE - DOENÇAS

(Continua)

| A - PRINCIPAIS CAUSAS DE INAPTIDÃO DEFINITIVA/TEMPORÁRIA PARA DOAÇÃO  | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|
| Alcoolismo crônico (*)  |     |     |
| Anafilaxia (choque anafilático)   |     |     |
| Antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC)  |     |     |
| Bronquite e asma (crises com intervalos de 3 meses ou menos, sem controle com medicamentos por via inalatória)  |     |     |
| Babesiose   |     |     |
| Blasto micose sistêmica   |     |     |
| Câncer (inclusive leucemia). Antecedentes de carcinoma in situ de cervix uterina e de carcinoma basocelular de pele não impedem a doação de sangue  |     |     |
| Doença cardiovascular grave. Especial atenção para doença coronariana, angina, arritmia cardíaca grave, insuficiência cardíaca, doença valvular, aneurismas, más formações arteriovenosas, endocardite com sequela, miocardite com sequela, trombose arterial, trombose venosa recorrente e trombo filia. |     |     |
| Diabetes tipo I, diabetes tipo II, insulino-dependente.   |     |     |
| Doença de Chagas  |     |     |
| Doenças autoimunes que comprometam mais de um órgão. Por exemplo: lúpus sistêmicos, tireoidites imunes, artrite reumatoide, etc.  |     |     |
| Doença pulmonar grave: especial atenção à enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), história de embolia pulmonar   |     |     |
| Doenças endócrinas: hiperaldosteronismo, hiperfunção hipofisária, hiperlipoproteinemias essenciais, hipertireoidismo, hipopituitarismo, insuficiência suprarrenal, síndrome de Cushing  |     |     |
| Doenças gastrointestinais: cirrose hepática, retocolite ulcerativa crônica, doença de Crohn, hepatopatia crônica de origem desconhecida, hipertensão porta, pancreatite crônica   |     |     |
| Doenças neurológicas: esclerose em placa, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, hematoma extra ou subdural com sequela, leucoencefalopatia multifocal progressiva, neurofibromatose forma maior, miastenia gravis  |     |     |
| Doença renal crônica  |     |     |
| Doenças hemorrágicas congênitas ou adquiridas   |     |     |
| Doença de Creutzfeldt Jakob (vaca louca) ou histórico familiar de encefalopatia espongiiforme humana e suas variantes, transplante de córnea e implante a base de dura-máter  |     |     |
| Elefantíase (filariose)   |     |     |
| Esquistossomose hepatoesplênica   |     |     |
| Feocromocitoma  |     |     |
| Hanseníase  |     |     |
| Hepatite viral após 11 anos de idade (exceto para caso de comprovação de hepatite A aguda com IgM reagente, a época do diagnóstico clínico)   |     |     |
| Infecção por HBV, HCV, HIV, HTLV I/II   |     |     |
| Intoxicações por metais pesados   |     |     |

## TABELA DE TRIAGEM CLÍNICA DE DOADORES DE SANGUE - DOENÇAS

(Conclusão)

| <b>A - PRINCIPAIS CAUSAS DE INAPTIDÃO DEFINITIVA/TEMPORÁRIA PARA DOAÇÃO</b> | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> |
|---|------------|------------|
| Leishmaniose visceral (Calazar)   |            |            |
| Malária (Febre quartã - Plasmodium malarie)                                 |            |            |
| Doença psiquiátrica que gere inimizabilidade jurídica (incapacidade)        |            |            |
| Pênfigo foliáceo  |            |            |
| Psoríase extensa ou com outras manifestações associadas                     |            |            |
| Reação adversa grave em doação anterior                                     |            |            |
| Tuberculose extrapulmonar   |            |            |

Fonte: Brasil, (2016a)



### ANEXO C – Avaliação de Candidatos (Sinais e Características Vitais)

| CRITÉRIOS RELACIONADOS A IDADE, PESO, SINAIS VITAIS, FREQUÊNCIA |  |   |        |
|---|--|---|--------|
| Requisitos  | Critérios correspondentes  | Apto/Inapto   | Código |
| <b>Idade</b>  | Inferior a 16 anos   | Inapto temporário   | 125    |
|   | De 16 a 18 anos incompletos ( <b>SEM</b> autorização formal)                           | Inapto temporário   | 02     |
|   | Inferior a 18 anos ( <b>COM</b> autorização formal)                                    | Apto, com autorização e com documento original do responsável e que seja possível verificar a autenticidade da assinatura | 9999   |
|   | Inferior a 69 anos, 11 meses e 29 dias   | Apto  | 9999   |
|   | 1ª doação após a idade de 60 (sessenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias | Inapto definitivo   | 126    |
|   | Acima de 70 anos   | Inapto definitivo   | 126    |
| <b>Peso</b>   | Acima de 50 kg   | Apto  | 9999   |
|   | Peso abaixo de 50 kg   | Inapto até o aumento do peso  | 13     |
|   | Perda de peso inexplicável acima de 10 % nos últimos 03 meses                          | Inapto até diagnóstico e tratamento, se necessário  | 17     |
|   | Desnutrição  | Inapto até o final do tratamento  | 87     |
| <b>Temperatura</b>  | Temperatura axilar menor ou igual a 37°C   | Apto  | 9999   |
|   | Temperatura axilar acima de 37°C   | Inapto até normalização (menor ou igual a 37°C)   | 09     |
| <b>Pulso</b>  | Pulso regular, rítmico, com frequência entre 50 e 100 Batimentos por minuto            | Apto  | 9999   |
|   | Pulso abaixo de 50 batimentos por minuto   | Inapto até normalização (por 01 dia)  | 28     |
|   | Pulso acima de 100 batimentos por minuto   | Inapto até normalização (por 01 dia)  | 27     |
| <b>Pressão Arterial</b>   | PA sistólica não deve ser maior que 180 mmhg   | Inapto até normalização (01 dia)  | 31     |
|   | PA sistólica não deve ser inferior a 90 mmhg   | Inapto até normalização (01 dia)  | 32     |
|   | PA diastólica não deve ser superior a 100 mmhg   | Inapto até normalização (01 dia)  | 31     |
|   | PA diastólica não deve ser inferior a 60 mmhg  | Inapto até normalização (01 dia)  | 32     |
|   | PA divergente ou convergente   | Inapto até normalização (01 dia)  | 33     |
| <b>Hemoglobina MULHERES</b>                                     | <b>Hb</b> entre 12,5 e 17,9  | Apto  | 9999   |
|   | <b>Hb</b> abaixo de 12,5 até 11,6  | Inapto por 30 dias  | 101    |
|   | <b>Hb</b> igual ou acima de 18 (encaminhar ao Clínico da                               | Inapto por 30 dias  | 100    |

|  |  |                    |      |
|--|--|--------------------|------|
|  | Unidade de Saúde de referência)  |                    |      |
|  | <b>Hb</b> menor igual a 11,5 (encaminhar ao Clínico)   | Inapto por 60 dias | 08   |
| <b>Hemoglobina HOMENS</b>                      | <b>Hb</b> entre 13 e 17,9  | Apto               | 9999 |
|  | <b>Hb</b> abaixo de 13,0   | Inapto por 30 dias | 101  |
|  | <b>Hb</b> menor igual a 11,9 (encaminhar ao Clínico)   | Inapto por 60 dias | 08   |
|  | <b>Hb</b> igual ou acima de 18 (encaminhar ao Clínico)   | Inapto por 30 dias | 100  |
| <b>Frequência e intervalo entre as doações</b> | <b>Mulheres</b> - Frequência Máxima admitida é de 03 (três) doações em 12 meses; O intervalo mínimo entre doações deve ser de 3 (três) meses para as mulheres. | Apto               | 9999 |
|  | <b>Mulheres</b> - Acima de 03 (três) doações tornam-se inaptas temporárias.  | Inapto temporário  | 114  |
|  | <b>Mulheres</b> - Abaixo do intervalo de três meses entre as doações tornam-se inaptas temporárias (Intervalo mínimo entre as doações).                        | Inapto temporário  | 106  |
|  | <b>Homens</b> - Frequência Máxima admitida é de 04 doações/ano; O intervalo mínimo entre doações deve ser de 2 (dois) meses.                                   | Apto               | 9999 |
|  | <b>Homens</b> - Acima de 04 (quatro) doações tornam-se inaptos temporários.  | Inapto temporário  | 07   |
|  | <b>Homens</b> - Abaixo do intervalo de dois meses entre as doações tornam-se inaptos temporários.  | Inapto temporário  | 106  |

Fonte: Brasil (2016a).

## ANEXO D – Avaliação de Candidatos (Metabolismo)

| CRITÉRIOS RELACIONADOS A ALIMENTAÇÃO, REPOUSO, ETILISMO E ALERGIAS |   |  |        |
|--|---|--|--------|
| Requisitos   | Critérios correspondentes   | Apto/Inapto  | Código |
| Jejum e Alimentação  | Jejum prolongado  | APTO<br>(Oferecer lanche completo e hidratação oral antes da doação) | 9999   |
|  | Refeição copiosa e rica em gorduras. Ex: churrasceria rodízio, feijoada, rabada, dobradinha, etc.   | Apto após aguardar 3 horas   | 9999   |
| Repouso  | Interrogar se o sono foi restaurador, ainda que tenha sido durante o dia, se este for o padrão habitual (trabalhadores noturnos);<br><br>Doador relata sono restaurador;  | Apto   | 9999   |
|  | Repouso insuficiente (doador aparenta cansaço e <b>refere</b> não ter dormido bem)  | Inapto por 01 dia  | 111    |
| Ingestão de Bebidas Alcoólicas                                     | Uso de bebida alcoólica   | Inapto por 12 (doze) horas <b>após o consumo</b>                     | 56     |
|  | Alcoolismo crônico  | Inapto definitivo  | 85     |
| Alergias   | Alergias (tratamento de dessensibilização)  | Inapto por 03 dias após a última aplicação                           | 52     |
|  | Alergias (urticária, dermatite e outra)   | Inapto por 03 dias; se tiver febre, inapto por 15 dias               | 52     |
|  | <b>Rinite:</b> <u>Se leve</u> – sono normal, atividades normais e sintomas não incomodam;   | Inapto por 12 horas  | 9999   |
|  | <u>Se grave</u> , comprometendo as atividades de vida diária – inapto por 7 dias;<br><br>O doador alérgico somente <u>será aceito se estiver assintomático no momento da doação.</u><br><br>O uso de corticóide tópico será investigado e avaliado junto ao médico triagista. | 7 dias   | 52     |
|  | Anafilaxia / Choque anafilático   | Inapto definitivo  | 73     |

Fonte: Brasil (2016 a).