

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**O SERVIÇO SOCIAL NA CAPTAÇÃO DE DOADORES  
VOLUNTÁRIOS DE SANGUE: EXERCÍCIO  
PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Fabianne Banderó Höffling**

**Santa Maria, RS, Brasil.  
2014**

# **O SERVIÇO SOCIAL NA CAPTAÇÃO DE DOADORES VOLUNTÁRIOS DE SANGUE:**

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Fabianne Banderó Höffling**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Serviço Social, Área da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção da **Graduação em Serviço Social**.

**Orientador: Prof<sup>a</sup>. Sheila Kocourek**

**Santa Maria, RS, Brasil.**

**2014**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Serviço Social**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

**O SERVIÇO SOCIAL NA CAPTAÇÃO DE DOADORES  
VOLUNTÁRIOS DE SANGUE: EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

elaborado por  
**Fabianne Banderó Höffling**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Bacharel em Serviço Social**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Sheila Kocourek, Dra.**  
(Presidente/Orientador)

**Rosane Janczura, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, 24 de novembro de 2014.

## RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso  
Departamento de Serviço Social  
Universidade Federal de Santa Maria

### **O SERVIÇO SOCIAL NA CAPTAÇÃO DE DOADORES VOLUNTÁRIOS DE SANGUE: EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

AUTORA: FABIANNE BANDERÓ HÖFFLING

ORIENTADORA: SHEILA KOCOUREK

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 24 de novembro de 2014.

O presente documento tem a finalidade de apresentar ao leitor a materialização do processo de trabalho desenvolvido enquanto estagiária no Serviço Social do Serviço de Hemoterapia no Hospital Universitário de Santa Maria, RS. Esta experiência possibilitou maior aproximação com a política de saúde, através do resgate histórico e dos desdobramentos políticos e sociais que culminaram com a criação de um Sistema Único de Saúde. O SUS, contemplado na Constituição do Brasil de 1988, foi amparado legalmente através de duas legislações que dispõem sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a participação social em sua gestão. A Constituição Federal também foi um marco para a atividade hemoterápica no país, instituindo as condições e requisitos para a coleta, processamento e transfusão de sangue, além de proibir todo tipo de comercialização do mesmo, sendo regulamentado posteriormente, com legislações específicas. Uma das principais atividades realizadas pela assistente social no Serviço de Hemoterapia do HUSM é a captação de doadores de sangue, solicitado aos próprios usuários e seus familiares, para tornar estável e suficiente o estoque de hemocomponentes, contemplando as necessidades do hospital. A doação de sangue, de forma voluntária, ainda é pouco praticada pela população. O que mantêm o estoque de hemocomponentes são as doações de reposição e as campanhas realizadas. Diante dessa realidade, a proposta de intervenção elaborada foi a criação de uma campanha, intitulada “Sou Universitário, Doador Voluntário”, com o principal objetivo de aumentar o número de doadores voluntários de sangue, sensibilizando os acadêmicos da Universidade Federal de Santa Maria.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Política de Saúde. Serviço de Hemoterapia. Doação Voluntária de Sangue.

## **ABSTRACT**

Graduation Project Report  
Social Service Department  
Universidade Federal de Santa Maria

### **SOCIAL SERVICE IN CATCHMENT OF VOLUNTEER BLOOD DONORS: PROFESSIONAL PRACTICE IN A UNIVERSITY HOSPITAL**

**AUTHOR: FABIANNE BANDERÓ HÖFFLING**

**ADVISER: SHEILA KOCOUREK**

**Date and Place of Defense: Santa Maria, November 24, 2014.**

This document is intended to introduce the reader to the materialization of the work process developed as an intern in Social Service of Hemotherapy Service of University Hospital of Santa Maria, RS. This experience allowed closer approach to health policy, through historical recovery and social and political developments that led to the creation of a Unified Health System. The SUS, contemplated in the Brazilian Constitution of 1988, was legally supported by two legislation which provide for the promotion, protection and recovery of health, as well as social participation in its management. The Federal Constitution was also a reference for hemoterapic activity in the country, establishing the conditions and requirements for collection, processing and blood transfusion, prohibiting all kinds of commercialization, subsequently regulated by specific laws. One of the main activities undertaken by social worker in the Transfusion Service of HUSM is the uptake of blood donors, asked users themselves and their families, to make stable and sufficient the stock of hemocomponents, contemplating the needs of hospital. The blood donation, on a voluntary basis, is still little practiced by population. What keeps inventory of blood products are replacement donations and campaigns. In front of this reality, the proposed intervention elaborated was a criation of a campaign, titled “Sou Universitário, Doador Voluntário” (I am college student, I am volunteer donor), with the main objective of increasing the number of voluntary blood donors, sensitizing students of the Federal University of Santa Maria.

**Keywords:** Social Service. Health Policy. Hemotherapy Service. Voluntary Blood Donation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cartaz fixado em murais da UFSM .....	54
Figura 2 – Visitas em salas de aula para divulgação da campanha.....	55
Figura 3 – Folder e coração de tecido entregue para os acadêmicos da UFSM.....	55
Figura 4 – Banner apresentado na JAI.....	58

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Solicitação de doadores.....	76
Anexo B – Notícia veiculada no site da UFSM.....	77
Anexo C – Notícia publicada no jornal Diário de Santa Maria.....	78
Anexo D – Entrevista para Assessoria de Comunicação do CCSH.....	79
Anexo E – Imagem da entrevista concedida para a TV Campus/UFSM.....	80

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Cartaz da Campanha .....	72
Apêndice B – Folder da Campanha .....	73
Apêndice C – Corações de tecido .....	74
Apêndice D – Imagem da página da campanha no Facebook .....	75



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>12</b>
2.1 Organização da saúde no Brasil: do período colonial a 1930 .....	12
2.2 O período de 1930 a 1964 .....	16
2.3 A política de saúde pós 64 e os avanços na década de 1980 .....	20
<b>3. A POLÍTICA DE HEMOCOMPONENTES .....</b>	<b>27</b>
3.1 O Princípio da Hemoterapia no Brasil .....	27
3.2 O Serviço de Hemoterapia do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM .....	33
<b>4. A MATERIALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA CAPTAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE.....</b>	<b>36</b>
4.1 HUSM: apresentando o espaço de realização da práxis.....	36
4.2 A inserção do Serviço Social no HUSM .....	38
4.3 A Questão Social e a intervenção do Assistente Social na saúde .....	43
4.4 “Sou Universitário, Doador Voluntário”: a concretização de uma campanha para a captação de doadores voluntários de sangue .....	49
4.5 Resultados .....	59
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado a fim de atender a exigência do curso de graduação de Bacharelado em Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS, como requisito parcial para a obtenção do título de Graduação em Serviço Social.

A descrição desse documento consiste em apresentar as experiências e vivências durante o período de estágio curricular na área da saúde, mais especificamente, no setor de Serviço Social do Serviço de Hemoterapia, no Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, Rio Grande do Sul.

O objetivo aqui proposto é registrar o fazer teórico/prático exercido enquanto estagiária nessa instituição, pontuando os principais temas e referenciais teóricos que permearam o processo de trabalho dentro da temática a qual estava inserida. Assim como considera Marx (1983, p. 297),

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural [...] a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.

Dessa forma, como salienta Marx, os elementos que compõem o fazer profissional são as atividades orientadas a um fim, seus objetos e seus meios. “No processo de trabalho a atividade do homem efetua, portanto, mediante o meio de trabalho, uma transformação do objeto de trabalho, pretendida desde o princípio” (MARX, 1983, p. 300).

O Serviço Social enquanto categoria profissional propõe-se, de forma interventiva, a atuar no enfrentamento das expressões da questão social, articulando o processo de trabalho através da teoria e prática profissional.

Os assistentes sociais, por meio da prestação de serviços socioassistenciais [...], realizados nas instituições públicas e organizações privadas, interferem nas relações sociais cotidianas, no atendimento às variadas expressões da questão social, tais como experimentadas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela moradia, na saúde, na assistência social pública, entre outras dimensões (IAMAMOTO, 2012, p. 163).

Nesse sentido, através do Método Dialético Materialista, o processo de trabalho desempenhado enquanto estagiária no Serviço Social do Serviço de Hemoterapia deu-se através da dinâmica de conhecimento das demandas do setor, para posteriormente, possibilitar o movimento de intervenção, que consistiu na criação e elaboração de uma campanha para a doação voluntária de sangue.

Sendo assim, o Capítulo 2 vai abordar toda a trajetória da Política de Saúde no Brasil, destacando os principais eventos que marcaram essa construção. Será analisada a situação da saúde desde o Período Colonial, até os avanços ocorridos na década de 1980, cuja participação popular foi preponderante para a elaboração do documento da Constituição Federal, marco da efetivação de um Sistema Único de Saúde – SUS.

No Capítulo 3 a construção se dará a partir do referencial teórico da Política de Hemocomponentes, destacando o princípio da Hemoterapia no Brasil e todo o processo de normatização e qualificação das atividades hemoterápicas no país. A contaminação de inúmeras pessoas com o vírus da AIDS através de transfusões sanguíneas, ocorridas na década de 1980, foi preponderante para a elaboração de uma Política Nacional de Sangue, assegurando um serviço hemoterápico de qualidade para toda a população.

Nessa trajetória, são de suma importância a criação e ampliação do número de hemocentros no país, assim como a responsabilidade do Estado em propor medidas para atender as necessidades da população, através de coletas suficientes e qualificadas de sangue, motivando a doação voluntária e não remunerada, reforçando uma atitude solidária e de cidadania.

E para um melhor entendimento acerca deste contexto, será apresentado o Serviço de Hemoterapia do HUSM e a inserção do Serviço Social no ano de 2000, a fim de atender a demanda do setor, através da articulação de um projeto de captação interna de doadores de sangue. Nesse sentido, cabe ao usuário e aos familiares a responsabilidade pela reposição do sangue utilizado, o que ainda demonstra uma fragilidade do Estado em garantir a estes usuários o direito à saúde, e reforça o não reconhecimento da sociedade em cumprir o seu dever através de uma prática de cidadania.

A materialização do processo de trabalho desenvolvido no Serviço Social do Serviço de Hemoterapia está estruturada no Capítulo 4 deste documento. Para

situar o leitor e possibilitar maior compreensão, este capítulo apresentará um breve histórico sobre o HUSM, instituição a qual o estágio foi realizado.

Será apresentada a contextualização e a intervenção do Serviço Social neste mesmo espaço, sendo possível maior entendimento do fazer profissional através das atribuições e competências que constam num documento elaborado pelas assistentes sociais no ano de 2005 e que estão em consonância com os Parâmetros de atuação dos assistentes sociais na saúde. Nesse sentido, é importante compreender a articulação do Serviço Social frente a diferentes estratégias que visam efetivar o direito da população, bem como as mediações para decifrar as expressões da questão social no âmbito da saúde.

A temática referente à doação de sangue ainda exige uma atenção especial do Estado e sociedade, que em conjunto podem articular meios de conscientização e educação sobre a doação voluntária de sangue, demonstrando que a fragilidade deste setor pode ser superada através do compromisso social e do exercício de cidadania através do ato da doação.

Dessa forma, será possível acompanhar todo o desenvolvimento do processo de criação e execução do Projeto de Intervenção que culminou com a campanha “Sou Universitário, Doador Voluntário”, e teve como proposta contribuir com o aumento do número de doadores voluntários de sangue, através de um trabalho educativo e de conscientização, realizado com acadêmicos da Universidade Federal de Santa Maria.

## 2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde é uma questão que tem ocupado o centro das atenções de muitas pessoas, governos, empresas e comunidades. Além de corresponder a um estado de vida, a saúde compõe um setor da economia onde se produzem bens e serviços (PAIM, 2009, p. 11).

No Brasil, o direito à saúde passa a ser garantido para todos de forma igualitária, através de uma política de proteção social, por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, que institui o Sistema Único de Saúde - SUS.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde:

É um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988b).

Porém, essa conquista da população brasileira faz parte de uma longa trajetória de lutas sociais e desafios na tentativa de consolidar a democratização da saúde no país, através da chamada Reforma Sanitária. À frente deste movimento, homens e mulheres que caracterizaram um momento histórico, enfrentando a ditadura e denunciando o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde (PAIM, 2009, p. 29).

O Serviço Social tem o compromisso de escrever sobre os desafios recorrentes no campo da saúde, uma vez que sua inserção profissional traz acúmulos significativos no âmbito da qualificação da assistência e gestão em saúde, bem como na interface com outras políticas sociais.

Desta forma, faz-se necessário fazer um retrocesso deste período histórico, para compreender toda a dinâmica que conduziu à criação de um Sistema Único de Saúde no Brasil e como o Serviço Social esteve ativo nestes processos.

### 2.1 Organização da saúde no Brasil: do período colonial a 1930

Os primeiros registros sobre a questão de saúde no Brasil estão relacionados à colonização do país por Portugal, entre os anos de 1500 e 1822. A população

brasileira era basicamente formada por índios, negros escravos, portugueses e outros imigrantes europeus. Doenças tropicais e desconhecidas pelos médicos europeus, como febre amarela, malária, peste bubônica, cólera e varíola acometiam a população do país. “Cada um desses grupos era detentor de uma cultura própria, costumes e tradições e um conhecimento também próprio acerca das doenças e da forma de tratá-las” (BAPTISTA, 2007, p. 31).

Neste período, a filantropia e a caridade estão a serviço dos mais necessitados. São criadas as Santas Casas de Misericórdia, a primeira delas, Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos, fundados por Brás Cubas na cidade de Santos – SP, no ano de 1543. Logo em seguida foram criadas as Santas Casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo.

Assim, a assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes. Já os militares eram recolhidos e cuidados pelas famílias ricas. Posteriormente, eram atendidos por cirurgiões-militares em hospitais das irmandades das santas casas, cabendo ao governo da Colônia o pagamento de uma taxa anual (PAIM, 2009, p. 26).

Com a vinda da família real para o Brasil, em 1808, aumentou a preocupação da condição de vida nas cidades, possibilitando a criação de um projeto para institucionalizar a saúde e controlar as práticas médicas. Diante disso, é inaugurada a Escola médico-cirúrgica, em Salvador - BA, primeira faculdade de medicina adotando modelos europeus.

A saúde passa a ser o foco central. Os médicos começam a assumir o controle da Higiene Pública, através de práticas políticas e médicas, iniciando um modelo já adotado na Europa, durante os séculos XVIII e XIX, conhecido como Polícia Médica.

A Polícia Médica é definida como um conjunto de teorias, políticas e práticas que se aplica à saúde e ao bem-estar da mãe e da criança, à prevenção de acidentes, ao controle e prevenção de epidemias, à organização de estatísticas, ao esclarecimento do povo em termos de saúde, à garantia de cuidados médicos, à organização da profissão médica e ao combate ao charlatanismo (GALVÃO, 2003, p. 15).

Algumas campanhas são implementadas a fim de alertar os trabalhadores a respeito da quarentena<sup>1</sup>, evitando a propagação de doenças. “Ao final do império era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, incapaz de responder às

---

<sup>1</sup> É o afastamento do doente, do ambiente que habita e circula, pelo período de quarenta dias.

epidemias e de assegurar a assistência aos doentes, sem discriminação” (PAIM, 2009, p. 27). O atendimento médico particular ainda era oferecido somente àqueles que possuíam recursos, cabendo às casas de misericórdia, à caridade e à filantropia atenderem os pobres indigentes.

A partir da Proclamação da República em 1889, as práticas de saúde começam a ser esboçadas tanto em nível municipal e estadual, como principalmente, pensadas a nível nacional, na tentativa de atenuar o desenvolvimento das epidemias, com serviços de saúde tanto terrestres quanto marítimos, através dos portos.

Nos anos seguintes foram criados o Conselho de Saúde Pública; Laboratório de Bacteriologia; inspetoria Geral de Saúde dos Portos; Instituto Sanitário Federal<sup>2</sup> e Diretoria Geral de Saúde Pública, unificando os serviços de saúde do Estado. A partir de 1903, Oswaldo Cruz assume a Diretoria Geral de saúde Pública e começa a trabalhar em campanhas para eliminar a febre amarela<sup>3</sup> e a peste, causando extremo desconforto e resistência por grande parte da população, já que esses combates atingiam diretamente os proprietários das moradias, que seriam os responsáveis em executar as modificações em seus imóveis, bem como desinfestar as regiões com ratos e pulgas transmissoras das doenças.

Todo esse descontentamento e desconfiança da população com as campanhas criadas por Oswaldo Cruz acentuaram-se ainda mais quando foi lançada a campanha sanitária da varíola, já que a intervenção seria diretamente no corpo das pessoas através da aplicação de uma vacina. O temor foi tanto, que foi necessário criar uma lei tornando a vacinação obrigatória. “A doença, no entanto, sofreu uma queda natural em sua incidência e nos anos seguintes, voltando a ter uma manifestação epidêmica em 1908, quando morreram mais de 9000 pessoas com varíola no Rio de Janeiro” (GALVÃO, 2003, p. 24).

O trabalho desenvolvido por Oswaldo Cruz frente às campanhas epidêmicas possibilitou o reconhecimento do Estado por diminuir consideravelmente o índice de mortalidade. Porém, o Estado permanecia insensível aos problemas de saúde da população, principalmente neste período, em que a mortalidade deu-se por causa da tuberculose. “A tuberculose nunca se caracterizaria como doença transmissível que

---

<sup>2</sup> “Para estudar a natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das moléstias transmissíveis”, funções essas semelhantes às desenvolvidas no Laboratório de Bacteriologia (GALVÃO, 2003, p. 22).

<sup>3</sup> Centradas no combate ao vetor e na vigilância dos doentes.

atacasse, indiscriminadamente, as diversas classes sociais, predominando nos setores populares. Daí a baixa importância conferida a ela [...]” (GALVÃO, 2003, p. 25). Mesmo assim, o desenvolvimento capitalista foi possível.

Solicitando melhores condições de saúde, revoltas populares intensificam-se em busca de uma nova postura do Estado. A população sofre as consequências da crise econômica e do início da 1ª Guerra Mundial, agravando a situação de saúde.

Como era de se esperar, as consequências mais penosas da recessão se abateram sobre as classes populares, que sofreram os efeitos do desemprego, da redução de salários, das más condições de trabalho nas fábricas e da escassez de gêneros alimentícios no mercado interno (GALVÃO, 2003, p. 26).

A consequência desse cenário são as manifestações e greves dos operários, o avanço do movimento sindical e o surgimento da imprensa operária. Diante da questão social e das grandes mudanças políticas no pensamento médico-sanitário, o Estado revê a sua posição e cria a primeira Lei de Acidentes de Trabalho, em 1919, e o Departamento Nacional de Saúde em 1920, possibilitando maior poder ao Governo Federal para intervir nos Estados.

Ainda assim, a saúde integral não era preocupação dos governantes, não havendo interesse em uma política ampla de proteção social.

O fato de as ações de saúde pública estarem voltadas especialmente para ações coletivas e preventivas deixava ainda desamparada grande parcela da população que não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde (BAPTISTA, 2007, p. 35).

Foi então, no ano de 1923, que o chefe de polícia Eloy Chaves propôs uma lei que pudesse regulamentar a formação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para alguns segmentos trabalhistas, que possuíam maior atuação política e financeira.

As CAPs eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social. Nem toda empresa oferecia ao trabalhador a possibilidade de formação de uma Caixa – esse era um benefício mais comum nas empresas de maior porte. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas (BAPTISTA, 2007, p. 35).

Sendo assim, uma pequena parcela de trabalhadores do país contava com aposentadoria e pensão para si e sua família, além de assistência à saúde, através de atendimentos médicos e medicamentos. Este sistema de proteção social no país



foi o primeiro modelo e serviu como base para o Governo de Getúlio Vargas, a partir de 1930.

## **2.2 O período de 1930 a 1964**

Com a crise do sistema capitalista mundial, desencadeada pelas super-safras e pela queda da bolsa valores de Nova Iorque, em 1929, houve uma tensão política interna e uma forte insatisfação social no Brasil. Foi nesse cenário turbulento que Getúlio Vargas assumiu a presidência do país, trazendo consigo não somente a demanda dos cafeicultores e de vários outros grupos da sociedade, como também dos tenentes que solicitavam uma ação estatal mais centralizada e voltada para os interesses nacionais.

Com o crescente processo de industrialização a partir de 1930, um novo projeto de construção nacional passa a vigorar no país, mais direcionado para a valorização do trabalho e do operariado urbano, o chamado período desenvolvimentista. Ocorrem diversas modificações na sociedade brasileira, como o processo de urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, mão de obra que sai do campo e passa a definir a classe de assalariados nos grandes centros urbanos. Diante desta nova configuração na sociedade, o papel do Estado precisa ser redefinido para poder responder às demandas desses trabalhadores e implantar políticas sociais que possam contemplar esses assalariados.

Diante dessa nova configuração de sociedade, Bravo (2009) salienta que as questões sociais e as de saúde, em particular, deveriam ser transformadas em questão política, através da intervenção estatal e da criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, fundamentais no cenário político nacional, onde predomina a dinâmica de acumulação. “Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação” (BRAVO, 2009, p. 91).

Neste período de Vargas, a política de saúde no Brasil é marcada por duas bases distintas, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) com ações voltadas para a saúde pública, apresentando um caráter preventivo e o

Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) através da medicina previdenciária, com assistência médica individual.

A política de proteção ao trabalhador marca uma importante expansão dos direitos sociais, como a obrigatoriedade da carteira profissional aos trabalhadores urbanos, a definição de 8 horas para a jornada de trabalho, o direito às férias e a lei do salário mínimo. Com essa política, Vargas garante a mão de obra aliada ao projeto de Estado, mantendo sua base decisória na estrutura estatal centralizada e atendendo aos seus interesses econômicos (BAPTISTA, 2007, p. 37). Neste período surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs<sup>4</sup>, e o dinheiro obtido através dos empregados e empregadores eram investidos diretamente para o financiamento da industrialização.

Com os IAPs, além dos benefícios e pensões, também eram oferecidos serviços médicos para os trabalhadores, a chamada medicina previdenciária. Foi-se criando um instituto para cada categoria de trabalhadores: comerciários (IAPC), bancários (IAPB), industriários (IAPI), marítimos (IAPM), servidores do Estado (IPASE), trabalhadores de transportes e cargas (IAPETEC), entre outros. Assim como salienta Baptista:

A categoria com maior poder econômico, como os industriais, os bancários, tinham maior disponibilidade de verbas, e por isso podiam oferecer a seus contribuintes um leque maior de benefícios. No que diz respeito à saúde, tal fato significava um padrão melhor de assistência médica e hospitalar, diferenciado por categoria e mantenedor da desigualdade social mesmo entre os trabalhadores (BAPTISTA, 2007, p. 38).

Com essa organização, inicia-se um sistema público de previdência social através da contribuição formal do trabalhador para garantir o seu benefício, sendo, portanto, privilégio somente de uma parcela da sociedade. Os trabalhadores que não contribuíssem com estes institutos estavam excluídos do sistema de proteção, como por exemplo, os trabalhadores rurais, os profissionais liberais e aqueles que exercessem alguma função não reconhecida pelo Estado. Este modelo de cidadania é registrado por Escorel e Teixeira como:

Uma concepção de cidadania regulada – modalidade de cidadania em que a base dos direitos não se encontra em valores políticos universais, e sim em um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal.

---

<sup>4</sup> Os IAPs passam a substituir as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), criadas em 1923 com o início da previdência social no Brasil.

Trabalhadores rurais, domésticos e trabalhadores informais eram vistos como pré-cidadãos (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 3).

Através dessa organização, o Estado reforça o seu padrão de regulação, atribui status de cidadão somente ao trabalhador que exerce as funções de seu interesse, excluindo e não garantindo os direitos aos demais. De acordo com Baptista:

Quem não se inseria na medicina previdenciária estava também excluído do direito à assistência à saúde prestada pelos institutos e contava com alguns serviços ofertados pelo MESP em áreas estratégicas (saúde mental, tuberculose, hanseníase e outros), além da caridade e do assistencialismo dos hospitais e de profissionais de saúde. O MESP promovia também as ações de saúde pública, cuidando do controle e prevenção das doenças transmissíveis (BAPTISTA, 2007, p. 38).

A cidadania regulada era o ponto chave desse sistema, sem ela, o controle dos sindicatos através da distribuição dos benefícios previdenciários e da assistência médica, com caráter compensatório, perderia a eficácia. A regulação do Estado era aliada às necessidades da elite. “As lutas por saúde, de caráter corporativo, estarão atreladas a essa engenharia, onde a burocracia estatal e a burocracia sindical desempenham papel importante” (LIMA, 2006, p. 11).

De acordo com Escorel e Teixeira (2008), o MESP durante este período não conseguiu alavancar seus projetos e propostas para a saúde pública, pois o Ministério ficou refém das instabilidades políticas. Em 1934 passa a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MÊS) e são criadas delegacias federais de saúde para colaborar com os serviços locais.

O MÊS passou a ter um caráter centralizador, normatizando e uniformizando as estruturas estaduais, nas mãos de interventores escolhidos pelo executivo federal, as quais deveriam assumir as atividades municipais (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 3).

Com a queda de Vargas, a partir de 1945 o Brasil começa uma experiência de redemocratização, onde a saúde pública e a assistência médica tornam-se debates num ambiente mais democrático e com disputas partidárias. A saúde passa a ser vista como um bem de valor econômico e o investimento em capital humano seriam fundamentais para o desenvolvimento e progresso das nações (LIMA, 2006, p. 12).

Com o processo crescente de industrialização nos grandes centros urbanos, a massa operária necessitava cada vez mais de um sistema de saúde efetivo, já que as doenças passaram a afetar a produtividade do trabalho, gerando conseqüentemente, um obstáculo ao desenvolvimento do país.

Para suprir as demandas, estabeleceu-se a prática de convênios-empresa. Surgem os grandes hospitais, com tecnologias de última geração e com a incorporação da lógica de especialização dos recursos humanos. A assistência torna-se mais cara, e o hospital, o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde (BAPTISTA, 2007, p. 38).

Um movimento contrário, formado por médicos atuantes no SESP<sup>5</sup>, passou a discutir esta hegemonia no âmbito da saúde pública e acabaram por levar este debate ao VII Congresso Brasileiro de Higiene, em 1948. Eles defendiam a não separação entre as ações preventivas e curativas de saúde, bem como criticaram a centralização das ações de saúde e solicitaram a ampliação dos municípios e dos serviços sanitários, principalmente nas áreas rurais.

Vale ressaltar dois importantes acontecimentos que marcaram esse período: a criação do Ministério da Saúde<sup>6</sup>, em 1953 e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) em 1956. De certa forma, este período desenvolvimentista ficou marcado pela política pública universal focada na prevenção das doenças transmissíveis e pela política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes e direcionada para a assistência curativa. O cidadão brasileiro ainda não possuía o direito à saúde integral.

Ao final dos anos 50, já se percebia uma disputa de projetos políticos-sanitários, e conseqüentemente, um movimento de lutas por reformas sociais. O discurso de João Goulart, na abertura da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, mostra o que estaria por vir:

A política que o Ministério da Saúde deseja implementar na orientação das atividades médico-sanitárias do País se enquadra precisamente dentro da filosofia de que a saúde da população brasileira será uma consequência do processo de desenvolvimento econômico nacional, mas que para ajudar nesse processo o Ministério da Saúde deve dar uma grande contribuição, incorporando os municípios do País em uma rede básica de serviços médico-sanitários (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005, p. 54 apud LIMA, 2006, p. 15).

Diante do exposto, a saúde pública no início dos anos 60 é marcada por propostas conservadoras/modernizadoras, e por outro lado, propostas transformadoras. É promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, unificando os benefícios dos IAPs, e conseqüentemente, assegurando o mesmo

<sup>5</sup> Serviço Especial de Saúde Pública, resultado de um convênio entre os governos brasileiro e norte-americano no período da II Guerra Mundial, segundo alguns, para a exploração da borracha na Amazônia. (PAIM, 2009, p. 30).

<sup>6</sup> O Ministério da Saúde passa a substituir o Ministério de Educação e Saúde (MÊS).

regime de benefícios a todos os trabalhadores, independente da categoria profissional.

Desta forma, o período de 1950 até o início de 1960, as ações públicas de saúde estavam focadas no combate às endemias, visto que para o desenvolvimento da sociedade capitalista, a saúde do trabalhador era fator predominante. Esta situação evidenciava a necessidade de se aprofundar a discussão sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública.

### **2.3 A política de saúde pós 64 e os avanços na década de 1980**

Com uma tendência de desenvolvimento econômico e social, a ditadura militar marcou uma nova fase no Brasil. Com a finalidade de aliviar as tensões sociais, são ampliadas as políticas assistenciais, reforçando o poder de regulação do Estado sobre a sociedade (BRAVO, 2009, p. 93).

O modelo assistencial imposto pelo regime militar acarretou a unificação da Previdência Social e dos IAPs, através da criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, em 1966. Porém, a unificação desses institutos não mudou o modelo de assistência à saúde, que continuava beneficiando apenas os trabalhadores formais, ao mesmo tempo em que os afastava do controle e das decisões da Previdência Social. Em 1977 o INPS é substituído pelo Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social – INAMPS.

Em relação aos benefícios, Souza (2002, p. 12), afirma que a população estava dividida em três maneiras: os que podiam pagar pelos serviços, de forma particular, pois tinham condições financeiras favoráveis; os trabalhadores formais, que tinham a assistência prestada pelo INAMPS; e a outra parcela excluída de todos os direitos, inclusive o direito à saúde.

Neste período, a assistência à saúde para a população brasileira continuava centrada no modelo médico assistencial. Nesse modelo, não se trabalhava na perspectiva de prevenção, mas sim, numa prática médica curativista, individual e assistencialista. Através de um modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e na especialidade médica, não era levado em consideração o histórico de vida e as causas do adoecimento.

Esse modelo é utilizado desde a década de 1920, através da medicina previdenciária, porém, tornou-se mais evidente neste período por causa do crescimento das cidades e do processo de industrialização, que aumentou conseqüentemente, a demanda na assistência à saúde aos trabalhadores urbanos.

A partir de 1971, o INPS amplia sua cobertura, com a inclusão de categorias até então excluídas do sistema previdenciário, como o trabalhador rural, as empregadas domésticas e os autônomos, aumentando assim o número de contribuintes e conseqüentemente, a receita previdenciária. Silva (1983, p. 31) afirma que: “Ao ampliar-se a clientela da Previdência Social, e com ela os serviços de assistência médica, foram sendo adotadas diferentes formas de contratá-los, o que implicou montantes diferenciados de recursos financeiros para o segmento privado”.

As arrecadações da previdência possibilitaram a construção e ampliação de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, além da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, pois concentrava a grande maioria da população. Quanto mais desenvolvida a economia de um Estado ou região, maior a presença dos trabalhadores formais beneficiados e conseqüentemente, maiores a necessidade de recursos para garantir a assistência da população.

Diante disso, os gastos com a saúde dobraram de valor, e aos poucos, o modelo médico assistencial privatista começava a se esgotar, visto que foi incapaz de solucionar os vários problemas de saúde coletiva, como as endemias e epidemias.

O modelo que foi estruturado durante os três primeiros governos militares não deixou de ser criticado, apesar da repressão. Desde a década de 1960 já havia pessoas que defendiam o fim da comercialização no setor saúde e a unificação das ações (LIMA, 2006, p. 20).

O governo é forçado a pensar em mecanismos para reorientar suas ações no campo social, ampliando a efetividade, principalmente na área da saúde. De acordo com Silva (1983, p. 32), em 1974, através do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), destacaram-se algumas reformulações: a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, vinculado ao INPS; e a criação do Conselho de Desenvolvimento Social – CDS, com a finalidade de coordenar as ações setoriais no campo social, evitando o desperdício de recursos.

O modelo de saúde continua o mesmo, mas este período foi importante, pois definiu o campo de atuação do Ministério da Saúde, em relação à execução de medidas de atendimento para o interesse coletivo, com a implantação da medicina comunitária. Com isso, são criadas algumas ações básicas voltadas para a população excluída do sistema previdenciário.

Em 1976 é criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, desenvolvido através dos princípios de atenção primária a saúde, com finalidade de implantar uma estrutura básica de política pública em comunidades, levando o sistema de saúde para o interior, configurando a primeira medida de universalização do acesso à saúde (BAPTISTA, 2007, p. 44).

Na década de 70, apesar da crise econômica, a população começou a se organizar socialmente, questionando, de forma crítica, os problemas da assistência e da política pública de saúde. Através de mobilizações sociais, conquistam um espaço de lutas, caracterizando os primeiros passos da Reforma Sanitária. Esses novos sujeitos sociais defendem dois projetos políticos no campo da Saúde, o da reforma sanitária (contra hegemônico) e o projeto neoliberal que reforça a hegemonia e o modelo médico assistencial privatista (MENDES et al. 2011, p. 334).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira – RSB representou um período marcado pela indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso, a mercantilização do setor e também a possibilidade política de enfrentamento desse problema. Portanto, um movimento entendido como um processo de transformação da situação sanitária.

Essa situação sanitária era composta por pelo menos quatro dimensões, sendo elas:

1ª A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como coeficientes de mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc.

2ª A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde.

3ª A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada situação sanitária.

4ª A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988, p. 2).

Neste momento histórico, a situação sanitária representou a dinâmica da questão saúde/doença nas populações, resultado do enfrentamento de problemas anteriores, como por exemplo, falta de vacinas, processo de mercantilização da saúde, política de privatizações, entre outros. Com isso, essa situação sanitária se torna palco para o envolvimento de sujeitos em busca de seus interesses, demonstra um campo de luta, políticas de dominação econômica, de acumulação do capital, com a sustentação de valores que garantam a ordem ou a construção de projetos alternativos de mudança.

O movimento sanitário se caracterizou através de três práticas: a prática teórica, através da construção do saber; a prática ideológica, com a transformação da consciência e a prática política que resultou na transformação das relações sociais. O marco inicial deste período ocorreu com a criação do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, no ano de 1976, através da articulação de intelectuais universitários, que começam a adotar o conceito de saúde coletiva.

Entre os anos de 1976 e 1979, se desenvolve o primeiro período do movimento sanitário, marcado pelos seguintes acontecimentos:

Criação do CEBES, lutas sindicais das entidades médicas por uma ampla e intensa produção intelectual nos meios acadêmicos, o que consolidou o campo da saúde coletiva no âmbito da saúde pública e pelas primeiras experiências concretas alternativas ao modelo dominante de organização do sistema de saúde (ESCOREL, 1988, p. 5).

O segundo período do movimento sanitário, 1979 a 1982, é marcado pelo I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. O documento criado pela CEBES “A Questão Democrática na Área de Saúde” foi legitimado nesse Simpósio, marcando a abertura de um vínculo com a política de saúde e ocupando um espaço no parlamento. De acordo com Escorel (1988, p. 6) “o simpósio evidenciou que o movimento sanitário existia, estava articulado, tinha um projeto definido e ocupava cada vez mais espaço na defesa de seu projeto”.

Neste período é criada a ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, representada por entidades científicas que passam a assumir uma atuação mais política, tornando-se um importante interlocutor nos embates das políticas de saúde.



Diante da crise da Previdência Social, em 1981 é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, que tinha como objetivo buscar respostas que explicassem as razões da crise no setor. Após, são criadas as Ações Integradas de Saúde – AIS:

Estratégia importante para a universalização do direito à saúde e significou uma proposta de 'integração' e 'racionalização' dos serviços públicos de saúde e de articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento (BAPTISTA, 2007, p. 47).

A partir de 1985, com o fim do ciclo militar, integrantes do movimento sanitário passam a ocupar cargos importantes em instituições do Estado, como o Ministério da Saúde, INAMPS e Fiocruz, coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdenciário.

Em 1986, o Ministério da Saúde convoca técnicos, gestores e usuários da saúde para um amplo debate na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, sendo considerado o evento político-sanitário de extrema relevância, contando com a participação de mais de 4.000 pessoas. De acordo com Sousa (1988, p. 8), os três temas centrais abordados durante a Conferência foram saúde como direito do cidadão e responsabilidade do Estado; a necessidade de um novo sistema de saúde, diante da constatação da falência do modelo vigente; e as formas de financiamento deste sistema.

De acordo com o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, as modificações para o setor da saúde deveriam ocorrer de forma mais profunda, a começar pela ampliação do conceito de saúde e as questões a ela implicadas, como a promoção, proteção e recuperação da mesma. Outro questionamento relevante foi a recusa da proposta de estatizar o sistema de saúde, reforçando a necessidade de fortalecer o setor público. E por fim, a separação da saúde da Previdência Social.

Esse relatório, reconhecido como documento de expressão social, serviu como base para afirmar as responsabilidades do Estado em assegurar o acesso à saúde para toda a população. Permitiu também planejar e criar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, em 1987, além de articular propostas para a elaboração de uma nova Constituição Federal.

O SUDS avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e

universalização da rede de saúde e retirou do INAMPS a soma de poder que ele centralizava (BAPTISTA, 2007, p. 50).

Todo o processo constituinte até a promulgação da Constituição de 1988 reforçou a afirmação dos movimentos sociais diante do enfrentamento das desigualdades e injustiças sociais.

O processo de emendas populares adotado pelo Regimento Interno da Assembleia Constituinte foi uma experiência pioneira no campo da institucionalização da participação da sociedade no âmbito da política nacional. Por meio das emendas populares a sociedade pôde participar ativamente do processo de elaboração da atual Carta Magna, apresentando propostas ao texto constitucional (ROCHA, 2008, p. 135).

Ulysses Guimarães, presidente da Assembleia Nacional Constituinte, reconhece a participação popular na construção da Carta Magna, considerando um momento histórico para a cidadania e direitos humanos. Em 05 de outubro de 1988 é assinada a Constituição do Brasil, conhecida como “Constituição Cidadã”, representando a transição do regime militar para a democracia nacional.

Nesse documento, a área da saúde é contemplada com cinco artigos (Art. 196, 197, 198, 199, 200), inseridos no Título VIII (Da Ordem Social) / Capítulo II (Da Seguridade Social) / Seção II (Saúde). Desta forma, o Sistema Único de Saúde – SUS – está legitimamente criado e fundamentado.

Em 1990, duas leis foram criadas para dar suporte e embasamento ao descrito na Constituição Federal. A Lei nº 8.080, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, foi aprovada em 19 de setembro de 1990 e “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a).

Em 28 de dezembro de 1990 foi aprovada a Lei nº 8.142 e é considerada uma lei complementar para a Lei nº 8.080. O seu conteúdo discorre sobre “a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990b).

O Sistema Único de Saúde – SUS – está baseado no princípio de que todas as pessoas têm o direito à saúde, assim como consta no Art. 196, da Constituição Federal: “A Saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 1988b). A sua consolidação enquanto política pública representa um sistema embasado na

universalidade, equidade, integralidade, participação popular e dever do Estado para a garantia dessa concepção ampliada de saúde.

Através de uma concepção abrangente de saúde, o SUS possibilitou uma mudança significativa do modelo assistencial e das necessidades de saúde da população.

Ao suprimir [...] a existência de um modelo centrado na doença, deu margem para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, pautada em princípios doutrinários jurídico-legais asseguradores de práticas de saúde que respondam não às relações de mercado, mas a direitos humanos (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 230).

A perspectiva da política pública de saúde é pautada no projeto ético-político da categoria concebida como “parte de uma agenda estratégica da luta democrática e popular no Brasil, visando à construção de uma sociedade justa e igualitária” (CFESS, 2000). Não é vista como um fim, mas como transição a um padrão de civilidade, que começa pela garantia de direitos no capitalismo, mas que não se esgota nele.

### 3. A POLÍTICA DE HEMOCOMPONENTES

#### 3.1 O Princípio da Hemoterapia no Brasil

A hemoterapia<sup>7</sup> no Brasil começou a se destacar a partir da década de 1940 do século passado, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, com a inauguração dos primeiros Bancos de Sangue. O primeiro deles foi inaugurado em dezembro de 1942, no Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, com o objetivo de obter sangue para o hospital, e a partir disto, enviar plasma humano atendendo as necessidades para a guerra (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005, p. 203).

Nos anos decorrentes, outros Bancos de Sangue foram abertos pelo país: 1942 – Porto Alegre (Banco de Sangue da Santa Casa); 1943 – São Paulo (Banco de Sangue do Hospital de Clínicas); 1944 – Distrito Federal<sup>8</sup> (Banco de Sangue da Lapa); 1945 – Botafogo, RJ. Primeiro Banco de Sangue privado. (Banco de Sangue do Rio de Janeiro) e 1949 – São Paulo, inaugurados mais dois Bancos de Sangue (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005, p. 203, 204).

Em 1950 ocorre em Petrópolis – RJ, o primeiro Congresso da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, resultando na consolidação destas duas especialidades. Em 27 de março de 1950 é promulgada a Lei nº 1.075, primeira legislação que dispõe sobre a doação voluntária de sangue, “abonava o dia de trabalho ao funcionário público, civil ou militar que doasse voluntariamente sangue a banco mantido por organização estatal ou paraestatal” (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991, p. 162). Essa legislação também determinava que a doação de sangue fosse registrada na folha de serviço do servidor. Assim, a doação de sangue era tratada numa lógica de comércio, distante de ser um ato de solidariedade e cidadania.

---

<sup>7</sup> É uma especialidade médica, estruturada e subsidiária de diversas ações médico-sanitárias corretivas e preventivas de agravo ao bem-estar individual e coletivo, integrando, indissoluvelmente, o processo de assistência à saúde (BRASIL, 2001).

<sup>8</sup> O Rio de Janeiro era a capital do Brasil, entre 1763 até 1960. A capital brasileira foi transferida para Brasília, em 1960, ano de sua inauguração.

Através da lei nº 1.075 já era possível identificar a responsabilidade da comunidade para o provimento de sangue, de forma altruísta:

Sem saber quem são os receptores e sem uma compensação financeira direta, aqueles que podem, devem doar sangue para aqueles que precisam, contribuindo, portanto, para que o ato da doação seja um componente altruísta em qualquer sistema hemoterápico (SAMPAIO, 2013, p. 9).

De acordo com Santos, Moraes e Coelho (1991), neste período a hemoterapia era uma atividade restrita<sup>9</sup>, não possuía regulamentação, normas legais e funcionava sem qualquer controle ou vigilância. Não possuindo fiscalização nesta área, o sangue era considerado um negócio lucrativo, comprado a baixo preço dos doadores e revendido aos hospitais, praticamente sem qualquer controle de qualidade e a preços mais altos.

Em 1964, com as mudanças políticas ocorridas no país, o governo observou a necessidade de criar uma política de coordenação das atividades hemoterápicas, “considerando o sangue como questão de segurança nacional” (SAMPAIO, 2013, p. 10).

Através do Decreto nº 54.494, de 16 de outubro de 1964, o Ministério da Saúde cria um grupo para estudo e regulação das atividades de Hemoterapia no Brasil, resultando no ano seguinte, na formação da Comissão Nacional de Hemoterapia (CNH). Dessa forma, a CNH e o Ministério da Saúde, através de decretos, portarias e resoluções, estabelecem:

O primado da doação voluntária de sangue e a necessidade de medidas de proteção a doadores e receptores; disciplinou o fornecimento de matéria prima para a indústria de fracionamento plasmático e a importação e exportação de sangue e hemoderivados<sup>10</sup> (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005, p. 204).

Neste mesmo ano é criada a Associação Brasileira de Doadores Voluntários de Sangue (ABDVS) na tentativa de combater o comércio e divulgar a doação voluntária<sup>11</sup>. E como reforço, em 30 de junho de 1964, o presidente Castello Branco assina o Decreto nº 53.988, que institui o dia 25 de Novembro como Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue.

<sup>9</sup> Vinculada a prontos-socorros e santas casas (SAMPAIO, 2013).

<sup>10</sup> Os produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico-químico ou biotecnológico (BRASIL, 2001).

<sup>11</sup> Ou doação espontânea: doação feita por pessoas motivadas para manter o estoque de sangue do serviço de hemoterapia, decorrente de um ato de altruísmo, sem identificação do nome do possível receptor (BRASIL, 2013).

É válido ressaltar, assim como considera Sampaio (2013) que no ano de 1967 começa a se estabelecer no país a política de compra de serviços de saúde pela previdência social, através do INPS<sup>12</sup>, chamado posteriormente de INAMPS<sup>13</sup> e que recaem diretamente nos serviços de hemoterapia, favorecendo um aumento considerável no número de bancos de sangue particulares. “Essa política consistia na remuneração pelo fornecimento do sangue utilizado nos seus próprios hospitais, como nos hospitais da rede particular contratada” (SAMPAIO, 2013, p. 11).

Mediante solicitação da CNH à Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1969, a vinda do professor Pièrre Cazal ao Brasil teve o intuito de fazer um levantamento dos serviços de hemoterapia praticados no país, propondo posteriormente medidas corretivas. Sampaio (2013) discorre que após a avaliação, o relatório demonstra o precário estado da hemoterapia no país, apontando algumas falhas e problemas, como:

- a) a multiplicidade de pequenos serviços hemoterápicos, geralmente desprovidos de meios e trabalhando sem coordenação;
- b) comercialização do sangue humano e a utilização de doadores remunerados;
- c) proporção muito pequena de doadores voluntários, em virtude de falta de propaganda e de recursos para a coleta (SAMPAIO, 2013, p. 11).

O Relatório Cazal foi insuficiente para sanar a situação encontrada no setor, sendo necessárias outras medidas, de intervenção mais direta.

Com a aprovação do decreto nº 79.050, de 30 de dezembro de 1977, o Ministério da Saúde reestrutura a CNH, passando a ser chamada de Câmara Técnica. Porém, com a criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), a Câmara Técnica foi desativada em 30 de dezembro de 1979 (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005, p. 205).

Em 1977 é inaugurado o primeiro Hemocentro do país, HEMOPE<sup>14</sup>, idealizado seguindo o modelo dos centros franceses de hemoterapia e adequado de acordo com as especificidades da realidade brasileira, serviu como base para a criação do Pró-Sangue.

O Pró-Sangue, criado pela Portaria Interministerial nº 7, de 30 de abril de 1980, subordinado à Secretaria Geral do Ministério da Saúde, considerado um

---

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Previdência Social.

<sup>13</sup> Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

<sup>14</sup> Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco.

marco histórico para a estruturação da hemoterapia no país, representou a primeira ação direta coordenada para o setor por parte do governo e se propunha a:

- a) implantar e sistematizar uma rede de unidades executoras (22 hemocentros);
- b) adotar, sistematicamente, a prática da doação voluntária não remunerada do sangue;
- c) implantar meios de assegurar a manutenção dos hemocentros;
- d) incentivar o desenvolvimento de tecnologia nacional;
- e) promover o ensino e a pesquisa científica relacionados com o sangue e seus produtos;
- f) assegurar a qualidade dos produtos hemoterápicos, exercendo de forma global e rigorosa a fiscalização da atividade;
- g) regularizar a distribuição e a utilização do sangue e hemoderivados;
- h) criar veículo de divulgação (hemoinformativo) para distribuição em nível nacional (SAMPAIO, 2013, p. 12).

Com sede no HEMOPE, o Pró- Sangue passou a selecionar e a enviar para a França técnicos vinculados aos novos hemocentros implantados no país, para capacitação nas funções que iriam desempenhar após o treinamento.

Esperava-se dos hemocentros o atendimento e prestação de serviços para uma clientela universalizada, priorizando à rede pública, pertencentes ao Ministério da Saúde, “serviços próprios do INAMPS, unidades das secretarias estaduais e municipais e hospitais universitários, seguindo-se o atendimento às entidades filantrópicas e, por último, ao setor privado contratado ou não pelo INAMPS” (SAMPAIO, 2013, p. 13).

Diante da discussão da reforma sanitária, o tema da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados foi considerado como importante indicador de saúde, sendo citado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Os objetivos propostos para a Política Nacional de Sangue compreendem:

A ampliação da rede de hemocentros, a conscientização do cidadão para a doação voluntária de sangue, formar recursos humanos, desenvolver novas tecnologias e promover o controle de qualidade e a vigilância sanitária (SAMPAIO, 2013, p. 13).

Desligando-se do HEMOPE, o Pró-Sangue passa a integrar a estrutura da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. A partir de então fica constituída a Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados (DINASHE), “com definição de recursos orçamentários para a consolidação dos hemocentros coordenadores e a expansão da rede de hemocentros” (SAMPAIO, 2013, p. 13).

Porém, com a demora na implantação dos hemocentros, e em decorrência da Lei nº 7.649/1988<sup>15</sup>, o Ministério da Saúde lança o PLANASHE – Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados – estabelecendo o período de 1988 – 1991 para a consolidação do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASHE). “Composto por nove programas [...] e amplamente discutido por representantes do poder público e da sociedade civil, foi o documento norteador para a estruturação da hemorrede nacional [...]” (BARCA, 2013, p. 38).

Ainda na década de 1980, o surgimento da AIDS<sup>16</sup> torna-se preocupante para a situação hemoterápica no país, resultando em vários casos de contaminação através das transfusões sanguíneas.

Muitos pacientes com doenças hematológicas, que necessitavam transfusões de sangue de forma recorrente, foram infectados pelo vírus. “A infecção pelo HIV teve o agravante de causar uma doença quase sempre terminal, disseminada por todas as classes e idades, tanto população masculina como feminina” (SANTOS; MORAES; COELHO, 1992, p. 144).

Investimentos públicos tornaram-se prioridade para o setor de Hemoterapia e Hematologia, tendo em vista a contaminação da doença associado às transfusões de sangue.

A consolidação do SUS a partir da Constituição Federal 1988 possibilitou um importante passo na garantia do direito à saúde, através de uma política pública brasileira mais inclusiva e de uso mais frequente pela população.

A politização da questão do sangue produziu benefícios indiscutíveis, no contexto mais amplo do debate nacional provocado pelo grande temor que a epidemia da AIDS desencadeou em toda a população.

Foi a partir deste fato que a atividade hemoterápica foi contemplada na legislação, através do artigo 199 da Constituição Federal, em seu parágrafo 4º, “sobre as condições e os requisitos [...] de coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização” (BRASIL, 1988b).

---

<sup>15</sup> Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências (BRASIL, 1988a).

<sup>16</sup> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, transmitida pelo vírus HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (SAMPAIO, 2013, p. 13).



Somente no ano de 2001, o parágrafo 4º do art. 199 da Constituição Federal é regulamentado através da Lei nº 10.205<sup>17</sup>.

Neste contexto de mudança, a política governamental começa a se organizar e normatizar as atividades hemoterápicas, trazendo para si a responsabilidade pela motivação de doadores, bem como pela coleta suficiente e qualificada de sangue, atendendo as necessidades da população.

Por fazer parte do processo de assistência à saúde, as atividades hemoterápicas devem estar organizadas e estruturadas de acordo com os princípios do SUS, além de seguir as normas técnicas estipuladas pelo Ministério da Saúde. Cabe, portanto, ao SINASAN – Sistema Nacional de Sangue - implantar a Política Nacional de Sangue, no âmbito do SUS.

De acordo com Barca (2013), os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade:

Foram considerados na estruturação do SINASAN e devem ser respeitados no cotidiano da atenção à saúde disponibilizada aos doadores de sangue e aos indivíduos que necessitam de transfusão sanguínea e de medicamentos hemoderivados para o restabelecimento da sua saúde (BARCA, 2013, p. 41).

De acordo com Sampaio (2013), através do estabelecimento de metas globais e ações estratégicas, a CGSH – Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados - no período de 2004 a 2007, empenhou-se em qualificar a gestão do SINASHE, qualificar os instrumentos de controle e avaliação, além de aumentar a cobertura hemoterápica aos leitos do SUS e implantar a HEMOBRÁS - Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia.

Esta, por sua vez, foi sancionada através da Lei nº 10.972, em 2 de dezembro de 2004, como empresa pública vinculada ao Ministério da Saúde com função social de garantir aos pacientes do SUS o fornecimento de medicamentos hemoderivados ou produzidos por biotecnologia (BRASIL, 2004).

A hemoterapia brasileira, desde os seus primórdios, demonstra a busca por uma organização, estruturação e qualificação, e tem sido norteadada por resoluções e portarias de cunho sanitário e técnico a fim de dar suporte às atividades hemoterápicas no país.

---

<sup>17</sup> Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências (BRASIL, 2001).

Atualmente a rede de hemocentros públicos são os responsáveis pela estrutura de coleta de sangue no país, realizando o abastecimento de sangue tanto nos hospitais públicos como em alguns particulares. A fiscalização do cumprimento das normas e padrões para a doação de sangue é de responsabilidade da ANVISA<sup>18</sup>.

Além da Lei nº 10.205/2001, conhecida como a Lei do sangue, a atividade hemoterápica<sup>19</sup> está regulamentada pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 57, da ANVISA, de 16 de dezembro de 2010<sup>20</sup>, e pela Portaria nº 2.712, do Ministério da Saúde, de 12 de novembro de 2013<sup>21</sup>.

### **3.2 O Serviço de Hemoterapia do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM**

O Banco de Sangue do Hospital Universitário de Santa Maria inicialmente era formado por uma equipe de profissionais composta por diretor, administrador, responsável técnico e demais funcionários. A partir do ano de 2000 a assistente social Nildete Terezinha de Oliveira integra a equipe do Banco de Sangue desenvolvendo o projeto “Captação de doadores nas Unidades de Internação do HUSM”.

Esse projeto surgiu após a consolidação do Regulamento Técnico de Medicina Transfusional<sup>22</sup>, que exigia que “todas as unidades hemoterápicas deveriam implementar programas destinados a minimizar os riscos para a saúde e segurança dos receptores, dos doadores e do pessoal” (BRASIL, 1999). Dessa forma, o Serviço de Hemoterapia do HUSM necessitava tomar medidas para se adequar frente às exigências impostas pelo regulamento, objetivando manter o estoque de sangue suficiente e de qualidade para os usuários internados.

Diante desse contexto, o projeto (Captação de Doadores nas Unidades de Internação do HUSM) criado e executado pela assistente social neste setor, visava

<sup>18</sup> Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

<sup>19</sup> Compreende todo o conjunto de ações referentes ao exercício das especialidades previstas em Normas Técnicas ou regulamentos do Ministério da Saúde, além da proteção específica ao doador, ao receptor e aos profissionais envolvidos (BRASIL, 2001).

<sup>20</sup> Determina o regulamento sanitário para serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais (BRASIL, 2010).

<sup>21</sup> Redefine o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos (BRASIL, 2013).

<sup>22</sup> Portaria nº 1.136, de 08 de setembro de 1999.

orientar os pacientes e seus familiares sobre a importância da reposição de sangue, com a intenção de manter o estoque mínimo de hemocomponentes<sup>23</sup> para a utilização daqueles que necessitassem. Ainda, por motivo de segurança, fazia-se necessário o esclarecimento sobre o perfil do doador e a qualidade do sangue coletado.

Todos estes procedimentos e cuidados relativos à coleta, estocagem e aplicação do sangue logo foram regulamentados com a Lei nº 10.205/2001, ficando estabelecido já em seu Art. 1º que esta lei dispõe:

Sobre a captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, vedada a compra, venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional, seja por pessoas físicas ou jurídicas, em caráter eventual ou permanente, que estejam em desacordo com o ordenamento institucional estabelecido nesta Lei (BRASIL, 2001).

Nesta perspectiva, o trabalho desenvolvido no Banco de Sangue deveria possuir uma rígida seleção de seus doadores, alta eficácia dos exames sorológicos das bolsas coletadas, além de uma estocagem adequada, distribuição, controle, equipamentos de alta tecnologia e uma equipe técnica especializada.

Toda essa dinâmica se desenvolveu no Banco de Sangue do HUSM até o ano de 2008, quando o espaço físico já não comportava a demanda do hospital, nem estava adequado às normas exigidas em lei. O serviço foi então transferido para o Hemocentro Regional de Santa Maria, localizado no centro da cidade, construído especialmente para suprir esta carência.

Desta forma, todos os procedimentos relativos à coleta de sangue ficaram centralizados no Hemocentro, que abastece as necessidades hemoterápicas tanto do Hospital Universitário, como também de hospitais e unidades de saúde da região de Santa Maria.

Já no Serviço de Hemoterapia do HUSM o trabalho desenvolvido pela assistente social continua sendo principalmente a captação interna de doadores de sangue para a reposição do mesmo. Este procedimento, de suma importância para manter estável e suficiente o estoque de hemocomponentes, é realizado em todos os setores do hospital, fazendo o pedido de doador de reposição para os usuários

---

<sup>23</sup> Os produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico (BRASIL, 2001).

que necessitam e estejam realizando transfusão de sangue, por qualquer que seja o motivo de internação.

De acordo com a Portaria nº 2.712/2013, a doação de reposição é conceituada como:

Doação advinda do indivíduo que doa para atender à necessidade de um paciente, feitas por pessoas motivadas pelo próprio serviço, família ou amigos dos receptores de sangue para repor o estoque de componentes sanguíneos do serviço de hemoterapia (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que o setor de Hematologia-Oncologia do HUSM possui as maiores demandas de captação de doadores para reposição de sangue, componentes e hemoderivados, em decorrência de transfusões sanguíneas necessárias para os tratamentos realizados com os mais diversos tipos de câncer e doenças hematológicas.

No período de 31 de maio de 2012 a 01 de junho de 2013, identificou-se que os 146 usuários que demandaram transfusão sanguínea receberam de 1 a 286 bolsas de sangue, perfazendo uma média de 31,2 bolsas/usuário/ano (NECKEL et al, 2014).

Sendo assim, fica sob responsabilidade da assistente social do Serviço de Hemoterapia fazer um trabalho educativo e de conscientização com os usuários acerca da importância das doações de reposição, com vistas a manter estável o estoque de hemocomponentes do setor.

Por outro lado, essa lógica de reposição sanguínea responsabilizando os usuários da saúde e seus familiares na busca de doadores reforça uma problemática da sociedade capitalista, muito centrada no individualismo. Quando o Estado não está preparado para lidar com os coletivos, o problema de reposição de sangue realmente recai para o indivíduo, eximindo assim um problema que é do Estado e da sociedade como um todo.

Se houvesse maior conscientização dos direitos e deveres do Estado e da sociedade, as doações voluntárias de sangue poderiam ser suficientes para suprir a carência nos estoques de hemocomponentes e conseqüentemente, diminuir a carga de responsabilidade imposta aos usuários da saúde.

Atualmente, Maria Salete Costa Silveira é a assistente social que está desempenhando este papel no setor de Serviço Social do Serviço de Hemoterapia do HUSM.

## **4. A MATERIALIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA CAPTAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE**

O estágio curricular em Serviço Social oportuniza o contato com o exercício profissional, embora não seja um momento exclusivo de ensino da prática. É nesta etapa em que, de forma privilegiada, articula-se teoria e prática, bem como o contato e o reconhecimento do espaço sócio-ocupacional, a intervenção junto às manifestações da questão social, além das estratégias de enfrentamento.

Desenvolver o estágio no âmbito da política de saúde é desafiador, tendo em vista que é necessário estar atento para não obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, uma vez que a tendência é focar na doença em detrimento da compreensão dos determinantes sociais que interferem no processo de saúde-doença.

Sendo assim, neste capítulo será possível conhecer o espaço institucional da área da saúde a qual o estágio curricular foi desenvolvido, situando o leitor para uma melhor compreensão do trabalho do assistente social neste campo. Além do mais, a materialização do fazer profissional faz parte de um rico processo de ensino-aprendizagem durante o período de estágio, que perpassa desde a observação realizada, até a elaboração de um projeto de intervenção, que teve como proposta a criação de uma campanha para doação voluntária de sangue, como estratégia de enfrentamento da questão social.

### **4.1 HUSM: apresentando o espaço de realização da práxis**

Escolhido para desenvolver o estágio curricular, o Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM é uma Instituição Pública Federal que atende como público alvo a população em geral e usuários do SUS. Localizado na Avenida Roraima, Prédio 22 do Campus da UFSM no Bairro Camobi, o atendimento é contínuo, 24 horas por dia, incluindo plantões aos sábados, domingos e feriados.

Inaugurado em 1970, o hospital passou a funcionar no centro de Santa Maria – Hospital Universitário Setor Centro (HUSC), localizado à Rua Floriano Peixoto, ao lado do Hospital de Caridade.

O prédio do Hospital Universitário Setor Centro dispunha de um espaço físico limitado para atender à demanda e também ficava distante do Centro Administrativo da UFSM<sup>24</sup>. Em virtude disto, no dia 06 de outubro de 1982, foi realizada a transferência definitiva de todos os serviços e instalações para o campus em Camobi, com uma nova estrutura física e gerencial, próxima aos centros acadêmicos e administrativos. Este mesmo prédio já abrigava o Hospital Psiquiátrico da UFSM<sup>25</sup>, desde 1972.

Através da Resolução nº 89, de 31 de outubro de 1980, o Departamento de Administração Hospital – DAH – é reestruturado com a denominação de Hospital Universitário de Santa Maria.

De acordo com o Regimento Geral da UFSM, de 2011, o Hospital Universitário de Santa Maria é considerado órgão suplementar central<sup>26</sup>. Estes órgãos atendem as necessidades específicas da universidade, oferecendo suporte ao desenvolvimento das atividades institucionais imprescindíveis ao cumprimento de sua missão, atendendo tanto a comunidade interna quanto a externa.

Atualmente<sup>27</sup>, o HUSM conta com uma estrutura física de 30 mil m<sup>2</sup>. Os atendimentos são realizados nos 284 leitos de Enfermaria e nos 36 leitos que estão divididos entre UTI Adulto, UTI Coronariana, UTI Pediátrica, UTI Recém Nascido e UTI Intermediária. Inaugurado em 2002, o pronto socorro preencheu uma importante lacuna na assistência terciária, no ensino e educação permanente dos profissionais da rede do Sistema Único de Saúde, além de possibilitar o desenvolvimento de inúmeras linhas de pesquisa.

Considerado o maior hospital público do interior do Rio Grande do Sul, é referência em saúde para aproximadamente 46 municípios da região central do estado, prestando atendimento à comunidade tanto pelo SUS (Sistema Único de Saúde), quanto pelos serviços especializados que dispõe. São diagnosticadas e

<sup>24</sup> Localizado no Campus – Bairro Camobi.

<sup>25</sup> O primeiro hospital psiquiátrico instalado em um campus universitário na América Latina.

<sup>26</sup> Art. 41 do Regimento Geral da UFSM, de 2011.

<sup>27</sup> Ano referência 2012. Fonte da pesquisa: “HUSM na sua dimensão”, elaborado pelo setor de estatística do HUSM. Santa Maria, 2012.

tratadas diversas formas de procedimentos em saúde, sempre procurando aliar a tecnologia a uma equipe de profissionais e estudantes treinados e atualizados.

De acordo com os dados organizacionais do HUSM, é possível conhecer a 'Visão de Futuro', 'Missão' e 'Princípios e Valores' da instituição:

**VISÃO DE FUTURO:** "Ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas".

**MISSÃO:** "Desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental".

**PRINCÍPIOS E VALORES:** ética, transparência e qualidade nas ações; responsabilidade institucional; compromisso com as pessoas; respeito às diversidades; comprometimento social e ambiental.

Diante disso, é válido ressaltar que estes princípios estão sendo diariamente reafirmados e colocados em prática através dos atendimentos realizados aos usuários que procuram o HUSM e dependem do SUS e de todos os profissionais que nele trabalham.

## **4.2 A inserção do Serviço Social no HUSM**

A inserção do Serviço Social no hospital universitário inicia nos anos de 1970, no Hospital Universitário Setor Centro (HUSC). De acordo com o Relatório Anual das Atividades Desenvolvidas no Serviço Social, com data de 05/10/1973, havia duas assistentes sociais, sendo que uma delas era Auxiliar de Serviços Médicos com função de Auxiliar de Serviço Social.

A partir de 1990, a Coordenação de Recursos Humanos (CRH) passa a ser assumida por uma assistente social, atuando com os problemas sociais, culturais e econômicos, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho e de vida dos servidores do HUSM. Dentre as demandas neste período, destacam-se o absenteísmo e alcoolismo, além de questões mais pessoais envolvendo problemas familiares e o cuidado com os filhos (durante a ausência pelo trabalho).

Através de concurso público, em 1995, o Serviço Social passa a integrar a equipe técnica do Centro de Transplante de Medula Óssea – CTMO, devido à

implantação desta Unidade de atendimento junto ao HUSM. A responsabilidade também é ampliada para a demanda do setor de Hematologia-Oncologia, trabalhando principalmente as questões familiares que envolviam (e ainda envolvem) a aceitação da doença, bem como o convívio com a mesma, na tentativa de proporcionar uma melhor qualidade de vida diante do quadro apresentado.

No ano de 2005, à frente de setores distintos, as assistentes sociais sentiram a necessidade de elaborar um Plano do Serviço Social no HUSM<sup>28</sup>, fazendo um preâmbulo do trabalho do assistente social, bem como a inserção na área da saúde, elencando as atribuições e competências deste profissional frente às demandas do hospital.

De acordo com o documento, destacam-se as seguintes Atribuições Privativas e Competências:

- Assessorar a direção, as chefias, as coordenações e serviços das unidades através de estudos e pareceres sociais;
- Realizar estudos socioeconômicos, objetivando o acesso ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, garantido à pessoa com deficiência [necessidade especial] e ao idoso, previsto na Lei Orgânica de Assistência Social<sup>29</sup>;
- Criar rotinas e ações institucionais que facilitem o acesso aos recursos e direitos sociais garantidos por lei (transporte gratuito, creche gratuita, auxílio em determinadas doenças, etc);
- Propor mudanças na rotina e na organização dos serviços em benefício dos usuários, sem prejuízo do funcionamento da instituição;
- Criar sistema de registro e organizar a documentação do Serviço Social de forma a possibilitar a sistematização dos dados necessários à realização de pesquisas e estudos das ações realizadas;
- Fazer contatos telefônicos com os Municípios consorciados, para agilizar o transporte dos passageiros e ou familiares, quando necessário;

---

<sup>28</sup> Elaborado no ano de 2005 e atualizado no ano de 2007.

<sup>29</sup> Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. (LOAS, 2009, p. 20).



- Participar na indicação, criação e organização de rotinas que facilitem o acesso aos serviços de saúde, em atenção aos interesses e necessidades dos usuários;
- Realizar supervisão direta a estagiários (as) do Serviço Social;
- Integrar equipes multidisciplinares, assegurando integrar ações de prevenção e promoção da saúde;
- Realizar ações sistemáticas e continuadas de educação em saúde dirigidas especialmente aos portadores de diabetes, tuberculose, hanseníase, hipertensão, DSTs/HIV, obesos, pessoas envolvidas com drogas, etc., objetivando assegurar o início e a continuidade do tratamento e da prevenção, o que dará início ao processo de educação em saúde;
- Criar mecanismos e ações que facilitem o conhecimento e o acesso do usuário aos serviços oferecidos pela Unidade Hospitalar e pela rede de saúde, potencializando a utilização dos recursos institucionais e facilitando a participação dos usuários/famílias no controle social dos serviços prestados;
- Realizar seminários, debates, grupos de estudos e encontros multiprofissionais, colocando em debate a questão social e sua interferência nas ações de saúde oferecidas pela instituição hospitalar (HUSM);
- Assessorar na organização e na realização de treinamentos e capacitação profissionais de saúde no que se refere às relações profissionais/profissionais e profissionais/usuários, visando a difusão dos princípios e normas do SUS e das atribuições do Serviço Social;
- Criar rotina que assegure a participação do Serviço Social nas Comissões de Ética no Centro de Estudos e demais fóruns técnicos da instituição;
- Incentivar e participar, junto aos demais profissionais da saúde, da rediscussão do modelo assistencial e da elaboração, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e as demandas da população usuária, o que exige o rompimento com um modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado de doenças;
- Propiciar meios e informações que assegurem aos pacientes a continuidade dos tratamentos fora do hospital, após a sua alta;
- Criar uma rotina que assegure a participação do Serviço Social no processo de internação e alta hospitalar, no sentido de, desde a entrada do usuário na

unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação, a plena informação e a discussão sobre as necessidades, possibilidades e consequências das mesmas;

- Democratizar informações e prestar apoio necessário às famílias/colaterais na ocorrência do óbito: direitos previdenciários, direitos a seguros, informações sobre sepultamento gratuito;
- Participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisa objetivando a apresentação dos estudos e pesquisas realizados e troca de informações sobre as experiências de prática na saúde;
- Realizar abordagem individual, quando indicado, tendo como objetivo trabalhar a situação social e de saúde do usuário/familiares e/ou reforçar o trabalho realizado nos grupos, contribuindo para um processo de alta consciente buscando diminuir assim os casos de reinternação;
- Realizar visitas institucionais e domiciliares, quando necessárias ao desenvolvimento do trabalho do Assistente Social, e/ou multiprofissionais, quando necessárias ao trabalho da equipe;
- Criar mecanismos e ações articuladas, individuais e coletivas (plantão, salas de espera, grupos de debate, grupos de treinamento) que possibilitem:
  - a) discussão de temáticas de interesses dos usuários/familiares;
  - b) empreendimento de ações organizadas que pressionem/assegurem o funcionamento da rede básica de saúde;
  - c) socialização de informações e conhecimentos voltados para a promoção de saúde, a prevenção de doenças, de danos, de riscos e agravos para o tratamento;
  - d) sirva para alívio de ansiedades e repasse de informações ao paciente.
- Criar mecanismos e ações institucionais que agilizem e facilitem o comparecimento dos familiares/colaterais à unidade de saúde, necessários ao desenvolvimento do trabalho do Assistente Social;
- Manter canais e mecanismos de articulação com instituições públicas, particulares, ONGs e serviços, seja diretamente, através de visita institucional ou em contato telefônico, como forma de assegurar a qualidade e atenção prestada;
- Incentivar e facilitar a organização de fóruns e associações, bem como a representação/participação dos usuários no âmbito das unidades

(possibilitando sua aproximação com os conselhos municipais e conferências), objetivando criar espaços de organização da representação e exercício do controle social;

- Divulgar e socializar conhecimentos, junto aos usuários e demais profissionais da saúde, quanto aos locais, datas e horários das reuniões dos Conselhos de Políticas e de Direitos, e das conferências.

De acordo com os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, a ação dos profissionais ocorre em quatro eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

No atendimento realizado direto aos usuários, as ações que predominam são socioassistencial, de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas, através de um processo coletivo sendo, portanto, complementares e indissociáveis.

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. (CFESS, 2010, p. 43).

O trabalho em equipe, realizado na saúde, possibilita ao assistente social a sua observação e interpretação acerca das condições de saúde dos usuários, realizando encaminhamentos e ações diferentes dos demais trabalhadores que atuam na mesma área, como o médico, o enfermeiro, entre outros. Esta troca é de suma importância entre os profissionais, pois cada um vai agregar suas competências e habilidades de formas distintas, beneficiando não somente a troca de experiências, mas principalmente, o usuário da saúde.

Outra maneira de fortalecer o usuário e o tornar participativo em seu processo de saúde/doença é através de ações socioeducativas, com “orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática”, como sugere o Parâmetro dos Assistentes Sociais na Política de Saúde.

O eixo que se refere à mobilização, participação e controle social tem por objetivo a participação dos usuários, dos familiares e dos trabalhadores em saúde nos espaços que a sociedade proporciona para o debate democrático de controle social, que são os conselhos e conferências. Estes espaços possibilitam as

reivindicações da população acerca dos atendimentos e situações encontrados no âmbito da saúde.

Já nos eixos que tratam sobre a investigação, planejamento e gestão, assim como a assessoria, qualificação e formação profissional, cabe aos assistentes sociais viabilizarem a gestão em favor dos usuários, garantindo os seus direitos sociais; além da constante qualificação e aprimoramento profissional, sempre objetivando a melhoria dos serviços prestados aos usuários.

Uma preocupação central que deve nortear a formação profissional é o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS: universalidade, integralidade, participação social. Nessa direção, o debate com relação à revisão do modelo assistencial centrado na doença para o modelo assistencial voltado para a saúde é fundamental, bem como a gestão democrática, pública e universal. Essa diretriz deve nortear também a educação permanente. (CFESS, 2010, p. 64).

O HUSM conta atualmente com quatro assistentes sociais<sup>30</sup>, que através do documento elaborado no ano de 2005<sup>31</sup>, em conformidade com os parâmetros de atuação na política de saúde, desempenham as suas atividades de forma ética e humanizada, potencializando os usuários, principalmente em busca da garantia de seus direitos. Além das responsabilidades e das demandas específicas referentes a cada setor, algumas assistentes sociais desenvolvem outros projetos significativos, como por exemplo, a preceptoria da Residência Multiprofissional do HUSM.

### **4.3 A Questão Social e a intervenção do Assistente Social na saúde**

Como já referido anteriormente, o ano de 1988 foi um marco para a política de saúde do Brasil, pois através da Constituição Federal é instituído o conceito de seguridade social, através de ações na saúde, previdência e assistência social. De acordo com Simões (2012, p. 105) estas três áreas visam assegurar os direitos sociais e a garantia de estabilidade da sociedade: “Na saúde, a ação de prevenção, proteção e recuperação; na previdência social, a perda ou redução de renda; na

<sup>30</sup> Dados referentes ao ano de 2013.

<sup>31</sup> Plano do Serviço Social do HUSM. Elaborado e revisado pelas profissionais do Serviço Social do HUSM.

assistência social, a seleção, prevenção e eliminação dos riscos e vulnerabilidades sociais”.

Portanto, Bravo e Matos (2009) defendem que cabe ao Serviço Social uma ação articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS, para formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213).

Iamamoto (2009) esclarece que o Serviço Social é regulamentado como uma profissão liberal, dispondo de estatutos legais e éticos que atribuem autonomia teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa na condução do exercício profissional. “É também um trabalhador assalariado, qualificado, que depende da venda de sua força de trabalho especializado para a obtenção de seus meios de vida”. (IAMAMOTO, 2009, p. 181).

Dessa forma, é importante ressaltar que a dimensão ético-política está alicerçada no Código de Ética<sup>32</sup>, na Lei de Regulamentação da Profissão<sup>33</sup> e nas Diretrizes Curriculares<sup>34</sup> que afirmam os direitos e o comprometimento com a qualidade de formação e dos serviços prestados aos usuários. De acordo com Lewgoy (2010, p. 150), “as requisições e desafios mencionados pelos sujeitos da pesquisa envolvem as transformações apontadas na conjuntura social, demandando um novo perfil de profissional, com competência crítica e criativa”.

Já a dimensão teórico-metodológica:

Está baseada na interlocução entre história, teoria e método, requerendo, para tanto, conhecimento que apreenda a realidade em seu movimento dialético, no qual e por meio do qual se engendram como totalidade as relações sociais que configuram a sociedade. (LEWGOY, 2010, p. 160).

Orientada através da teoria crítica, busca de forma permanente os fundamentos, a superação de conceitos e as formas de pensar e agir, tendo o método como um meio de ligação entre o sujeito que investiga e o objeto investigado.

<sup>32</sup> Aprovado em 13 de Março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. (CFESS, 2011).

<sup>33</sup> Lei nº 8.662/93. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. (CFESS, 2011).

<sup>34</sup> Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. (ABEPSS, 1996).

O processo técnico-operativo é demarcado pela instrumentalidade no exercício profissional, “encaminha o pensamento à indagação do como fazer e do para quê fazer, conectando meios às finalidades, entendendo-as impregnadas de valores e de implicações sociopolíticas” (LEWGOY, 2010, p. 168). Através de instrumentos e técnicas que permitem a concretização do fazer profissional.

De acordo com os pressupostos da formação profissional:

O processo de trabalho do Serviço Social é determinado pelas configurações estruturais e conjunturais da questão social e pelas formas históricas do seu enfrentamento, permeadas pela ação dos trabalhadores, do capital e do Estado, através das políticas e lutas sociais. (ABEPSS, 1996, p. 5).

Para Iamamoto (2012, p. 161), a questão social não é um fenômeno recente:

É uma “velha questão social” inscrita na própria natureza das relações sociais capitalistas, mas que, na contemporaneidade, se re-produz sob novas mediações históricas e, ao mesmo tempo, assume inéditas expressões espraiadas em todas as dimensões da vida em sociedade.

Portanto, decifrar as novas mediações por meio das quais se expressa a questão social hoje é de fundamental importância para o Serviço Social. Iamamoto (2012) ainda chama a atenção para a armadilha de fragmentar a questão social, atribuindo aos indivíduos a responsabilidade por suas dificuldades e pela sua pobreza, isentando a sociedade de classe de sua responsabilidade na produção e reprodução das desigualdades sociais. “Essa situação tem muita expressão na saúde, por exemplo, quando os profissionais responsabilizam o usuário pela sua situação de saúde, não analisando os determinantes sociais, econômicos e culturais” (CFESS, 2010, p. 68).

Para Castel (1997) a exclusão torna-se a questão social, na medida em que define exclusão como todas as modalidades de miséria do mundo, compreendendo que este rótulo é uma qualificação puramente negativa, que designa a falta, sem dizer no que ela consiste nem de onde provém.

Ianni (1989) discorre que, conforme a época e o lugar, a questão social mescla aspectos raciais, regionais e culturais, juntamente com os econômicos e políticos. Isto é, o tecido da questão social mescla desigualdades e antagonismos de significação estrutural.

Wanderley (2004) reflete que a pobreza contemporânea não é resultado apenas da ausência de renda, mas incluem-se outros fatores, como o precário

acesso aos serviços públicos e, especialmente, a ausência de poder. Nesse sentido, exclusão social tem que ser pensada também a partir da questão de democracia. “Parece, assim, não haver dúvida de que a exclusão pode ser tomada em nossas sociedades contemporâneas como uma nova manifestação da questão social” (WANDERLEY, 2004, p. 24).

Yazbek (2001) faz um retrato da violência da pobreza, caracterizando alguns sinais que muitas vezes anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados na sociedade, tais como:

O aviltamento do trabalho, o desemprego, os empregados de modo precário e intermitente, os que se tornaram não empregáveis e supérfluos, a debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo. (YAZBEK, 2001, p. 35).

A autora ainda salienta que essa reprodução da questão social é reprodução ampliada das contradições sociais, desafiando os assistentes sociais a construir, reinventar mediações capazes de articular a vida social das classes subalternas com o mundo público dos direitos e da cidadania.

Confirmando essa inserção dos Assistentes Sociais na saúde, a Resolução nº 218/97<sup>35</sup>, do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução CFESS nº 383/99<sup>36</sup> reconhecem o Serviço Social como membro efetivo das equipes de saúde.

De acordo com Bravo e Matos (2009), pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde é:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem

<sup>35</sup> O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em Sexagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada no dia 05 e 06 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, reconhece os Assistentes Sociais como profissionais da saúde. (CNS, 1997).

<sup>36</sup> O Conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais, caracteriza o assistente social como profissional da saúde. (CFESS, 1999).

como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 214).

Tais observações, como assinala Chammé (2002), sugerem revisões sobre os planejamentos em saúde, tendo em vista múltiplos enfoques, tais como o geográfico, o cultural, o saber dos próprios enfermos sobre suas enfermidades, as características de suas queixas, bem como seus discursos, segundo o saber que possuem sobre seus próprios corpos adoecidos e seus cotidianos (CHAMMÉ, 2002, p. 14). O autor ainda reflete que os modernos planejamentos em saúde e os de formação de médicos, sinalizam a intenção de resgatar o espírito participativo da população para a qual os serviços de saúde devem ser destinados.

Como forma de auxílio, o Ministério da Saúde criou a 'Carta dos direitos dos usuários da Saúde', no sentido de fortalecer a autonomia e o direito destes cidadãos. Os princípios desta carta<sup>37</sup> são:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2007, p. 3).

Esta carta, além de poder orientar os gestores, serve também para que a população em geral tenha acesso aos seus direitos e possa solicitar a garantia deles. Esta é uma ferramenta emancipadora para os usuários do sistema de saúde, que em sua maioria, não tem o conhecimento sobre os seus direitos e sobre as legislações que os amparam.

Cabe lembrar aqui, o proposto na Declaração dos Direitos Humanos, em seu Art. XXV:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948, p. 11).

<sup>37</sup> Aprovada pela Portaria MS/GM nº 675, de 30/3/2006, publicada no DOU, Seção 1, em 31/3/2006.



Dessa forma, toda a dinâmica do fazer profissional deve se dar através da busca dos direitos dos usuários da saúde, como também, das respostas às demandas que a instituição exige. Muitas vezes estas demandas não são atribuições que o assistente social deve desempenhar, logo, se faz necessário o conhecimento da competência ético-política, que rege o exercício profissional através da legislação e do Código de Ética.

No âmbito mais focalizado da área da saúde, durante o processo de estágio curricular no Serviço de Hemoterapia do HUSM, a questão social pôde ser percebida através do desvelamento da desigualdade vivenciada pelos usuários que demandam transfusões sanguíneas e não tem o acesso imediato.

O que deveria ser uma política de acesso universal passa a ser condicionada a uma contrapartida do usuário da saúde – através da responsabilização que recai sobre ele em fazer a reposição de sangue para manter o estoque de hemocomponentes estável. Do ponto de vista legal é dever do Estado e da sociedade providenciar as condições para o restabelecimento da situação de saúde da população.

Deve-se considerar que, muitas vezes, estes usuários (pacientes e familiares demandantes de sangue) encontram-se em situação vulnerável, longe de casa, por vezes com ruptura de laços familiares, desemprego, ausência ou precária condição de moradia, transporte, alimentação. É papel, portanto, do assistente social ocupar um lugar de mediação<sup>38</sup> das estratégias de conquista de doadores de sangue, desonerando a família, e ao mesmo tempo, fomentando o papel da sociedade e do Estado em garantir este direito. Em última análise o assistente social aciona o Estado para distribuir meios e/ou recursos à prevenção, controle ou solução de situações no âmbito da saúde.

---

<sup>38</sup> De acordo com Vergara (2003), mediação é a categoria que dá direção e qualidade à prática, baseada no método dialético marxista, resultado de um processo dinâmico e ativo desenvolvido pela interação entre as pessoas, objetos, conceitos, preconceitos, instituições, enfim uma rede de associações em que o usuário é tido como sujeito engajado na construção de sua própria história. A função do Assistente Social é intervir facilitando e mediando essa construção, puxando os vários fios alternativos que darão origem a outras alternativas.

#### **4.4 “Sou Universitário, Doador Voluntário”: a concretização de uma campanha para a captação de doadores voluntários de sangue**

Ao realizar o estágio curricular no Serviço Social do Serviço de Hemoterapia do HUSM, a cada dia reforçava-se e tornava-se mais evidente o trabalho que deveria ser realizado na tentativa de aumentar o número de doadores voluntários de sangue. A vasta experiência profissional da assistente social, supervisora de campo, foi determinante para ampliar o conhecimento acerca do processo de trabalho no setor, bem como para compreender a dinâmica que envolve a captação de doador de sangue dentro de um hospital universitário.

De acordo com o POP<sup>39</sup> (2013), o principal objetivo do Serviço Social no Serviço de Hemoterapia é “aumentar a quantidade de doadores de reposição e voluntários de sangue, para tornar contínua, estável e suficiente o estoque de hemocomponentes do Serviço de Hemoterapia, contemplando as necessidades diárias do HUSM”.

Porém, com os dois semestre de vivências nesse setor foi possível perceber que o fazer profissional está condicionado prioritariamente para a captação interna de doadores de reposição apenas do que foi utilizado no tratamento do paciente. Pode-se caracterizar, portanto, como um trabalho pontual, repetitivo e burocrático.

O processo de trabalho <sup>40</sup>do assistente social na captação interna de doadores de sangue é realizado em todos os setores da instituição a qual os usuários estejam fazendo a utilização de hemocomponentes. Assim, o pedido de ‘Solicitação de Doadores<sup>41</sup>’ para a reposição de sangue é realizado tanto com o

---

<sup>39</sup> Procedimento Operacional Padrão. Art. 10. Parágrafo único. Os POP devem ser elaborados pelas áreas competentes, conter medidas de biossegurança, estar aprovados pelos responsáveis técnicos dos setores e do serviço de hemoterapia, implantados por meio de treinamento do pessoal envolvido, mantidos nos respectivos setores, para consulta, e ainda revisado anualmente e sempre que ocorrerem alterações nos procedimentos. (ANVISA, 2010).

<sup>40</sup> De acordo com Fonseca (2008), o processo de trabalho é, então, uma atividade orientada a um fim, que agirá sobre o objeto de trabalho ou matéria-prima, modificando-a através de seu instrumental de trabalho e da capacidade teleológica, inerente ao trabalho exclusivamente humano. Tem, pois, como finalidade, apropriar-se de elementos naturais para a satisfação das necessidades humanas, o que agrega valores-de-uso ao produto, que é resultante do término do processo de trabalho e delator das condições e período de desenvolvimento em que o trabalho se realiza.

<sup>41</sup> A Solicitação de Doadores é um bilhete em que consta o número de doadores de reposição solicitado, o endereço completo do Hemocentro (local onde é realizada a coleta de sangue) e informações acerca do perfil do doador de sangue. Pode ser visualizada no Anexo A deste documento.

usuário internado, se em condições, ou então com os familiares e acompanhantes do mesmo.

Tendo em vista que as doações de sangue são realizadas no Hemocentro Regional de Santa Maria<sup>42</sup>, este por sua vez, repassa diariamente para a assistente social do Serviço de Hemoterapia, uma lista<sup>43</sup> com a relação das doações realizadas. Através deste relatório é possível verificar se as solicitações realizadas no HUSM estão dando retorno. Em caso contrário, serão realizadas novas visitas àqueles usuários para fazer uma (nova) solicitação, reforçando a importância da reposição de hemocomponentes.

Esse procedimento, necessário para manter o estoque de sangue estável e suficiente beneficiando a todos que dele necessitam, traduz a situação encontrada não somente no município de Santa Maria - RS, mas uma realidade que compromete o país e demonstra a fragilidade dos serviços de saúde em relação ao baixo número de doadores de sangue.

A Organização Mundial da Saúde estima que uma taxa de doação entre 3% e 5% é suficiente para suprir as necessidades de uma área urbana. No Brasil, ela varia de 1,5% (Regiões Norte e Nordeste) a 2,6% (Região Centro-oeste), sendo a média nacional 1,9% ao ano; porém períodos de férias, frio ou chuvas podem diminuir as doações em até 25%. (SILVA; KUPEK; PERES, 2013, p. 2012).

Com as vivências no campo de estágio, foi possível perceber e acompanhar a fragilidade dos usuários, seus familiares e acompanhantes em relação à situação saúde/doença e todos os sentimentos que permeiam esse momento.

A captação de doadores deve ser um processo contínuo de educação e conscientização, por isso é importante ter à frente dessa responsabilidade diária um profissional que esteja comprometido com esta causa e que possa fazer a diferença em suas atividades diante dos usuários da saúde e seus familiares. Com sensibilidade, compromisso, respeito e preparo técnico é possível criar uma relação de confiança e empatia, fazendo da rotina um momento de troca de informações e aprendizado constante.

A conscientização, segundo Freire (1979) é um teste de realidade:

---

<sup>42</sup> Localizado na Rua Alameda Santiago do Chile, nº 35, Bairro Nossa Senhora de Lourdes, Santa Maria - RS.

<sup>43</sup> Esta lista é impressa todos os dias. Nela, constam todas as doações realizadas no Hemocentro, seja de reposição, voluntária ou por campanhas. No caso das doações de reposição, é possível acompanhar quantas doações foram realizadas para cada paciente que recebeu a solicitação no HUSM.

Quanto mais conscientização, mais se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. Por esta mesma razão, a conscientização não consiste em “estar frente à realidade” assumindo uma posição falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem o ato ação – reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens. (FREIRE, 1979, p. 15).

O sangue é um componente vivo, não existe a possibilidade de fabricá-lo ou produzi-lo. Neste sentido, é fundamental que o Estado em parceria com a sociedade, possa desenvolver em conjunto um processo educativo sobre a doação voluntária de sangue, para que a população tenha consciência de que a doação é um ato de cidadania e compromisso social.

Esse trabalho deve ser desenvolvido diariamente, na intenção de fixar esta mensagem e que ela seja multiplicada por toda a população em seus círculos sociais. Ainda, nas palavras de Freire (1979, p. 22): “é preciso, portanto, fazer desta conscientização o primeiro objetivo de toda educação: antes de tudo provocar uma atitude crítica, de reflexão, que comprometa a ação”.

Entendendo que se o número de doadores voluntários de sangue fosse suficiente para suprir a demanda dos serviços de saúde, não haveria necessidade de solicitar doadores de reposição aos usuários internados, que já se encontram num processo delicado de saúde/doença.

Diante dessa realidade, o foco do Projeto de Intervenção foi avaliado e pensado, com as supervisoras de campo e acadêmica, para ser aplicado fora do ambiente hospitalar, na intenção de aumentar o número de doadores voluntários de sangue e desresponsabilizar os usuários e seus cuidadores. Após muita reflexão e diálogos com as supervisoras, o Projeto de Intervenção foi definido e intitulado: “O Serviço de Hemoterapia do HUSM e o Serviço Social na captação de doadores voluntários de sangue através da Campanha ‘Sou Universitário, Doador Voluntário’”.

As doações de reposição apresentam um número muito maior, se comparadas com as doações voluntárias de sangue. É possível avaliar alguns dados considerados relevantes e que serviram para reforçar a intenção do Projeto de Intervenção. O primeiro deles diz respeito ao levantamento realizado por Neckel<sup>44</sup> (2014), onde foram registradas 7.355 doações no Hemocentro Regional de Santa

---

<sup>44</sup> Assistente Social residente da área de Hematologia-Oncologia, do Programa de Residência Multiprofissional Integrada, do Hospital Universitário de Santa Maria. (NECKEL, 2014).

Maria, no período de 31 de maio de 2012 a 01 de junho de 2013. Deste total, 45,82% foram de reposição, 34,82% voluntárias e 19,36% arrecadadas em campanhas.

Outro levantamento analisado, de acordo com a diretora responsável pelo Hemocentro Regional de Santa Maria, de janeiro a abril do ano de 2014, foram realizadas aproximadamente oitocentas (800) doações por mês. Desse total, sessenta por cento (60%) são doações para reposição e apenas quarenta por cento (40%) são doações espontâneas, voluntárias. Esses dados vão ao encontro do que foi vivenciado no HUSM, e conseqüentemente, serviram como base para a proposta do projeto de intervenção.

Portanto, a Campanha “Sou Universitário, Doador Voluntário” foi criada para efetivar o projeto e dar maior visibilidade à causa, sendo articulada e divulgada dentro do próprio espaço da universidade, potencializando o esclarecimento sobre a doação de sangue, desmistificando alguns preconceitos e tabus<sup>45</sup> ainda existentes, vislumbrando aumentar o número de doadores voluntários de sangue.

Sendo assim, a formulação do objetivo geral ficou assim definida: sensibilizar os acadêmicos da UFSM sobre a importância da doação voluntária de sangue, com vistas à ampliação do número de doadores de hemocomponentes. E como objetivos específicos, foram pensadas as seguintes ações: informar que a doação voluntária de sangue é mais importante que a doação para reposição; ampliar o número de doadores voluntários de sangue, através da conscientização dos acadêmicos da UFSM; desmistificar mitos e tabus equivocados sobre o processo de doação de sangue.

A proposta inicial do projeto era divulgar a Campanha “Sou Universitário, Doador Voluntário” em seis cursos de graduação da UFSM, distribuídos em três Unidades Universitárias: Centro de Ciências Sociais e Humanas (Serviço Social e Psicologia), Centro de Ciências da Saúde (Terapia Ocupacional) e Centro de Ciências Rurais (Agronomia, Medicina Veterinária e Zootecnia). As visitas foram planejadas para ocorrer em apenas duas turmas de cada curso, tornando a sala de aula um espaço de conhecimento e conscientização acerca do baixo número de

---

<sup>45</sup> Historicamente a doação de sangue é acompanhada por mitos e tabus, advindos de uma época em que a qualificação técnica-científica era incipiente. A partir de 1970, o cenário foi se aperfeiçoando e atualmente os serviços de hemoterapia são seguros e confiáveis, baseados em conhecimentos técnico-científicos de ponta (FRANCO; ERDTMANN; CÉZARO, 2008, p. 3).

doadores voluntários de sangue e também reforçando os objetivos específicos identificados no projeto.

Durante todo o processo de divulgação da campanha, foi solicitado que os acadêmicos interessados em participar desse projeto procurassem o Hemocentro Regional de Santa Maria a fim de realizar a doação de sangue, identificando a campanha “Sou Universitário, Doador Voluntário” e seu curso de graduação. Esses dados, recolhidos junto ao Hemocentro no final da Campanha, serviriam de base para avaliar se houve ou não aumento no número de doadores voluntários<sup>46</sup>.

Para impulsionar a divulgação da campanha e facilitar o acesso dos acadêmicos às informações, foram elaborados dois materiais gráficos:

- Cartaz<sup>47</sup>: impresso em folha A3 (42 x 29,7 centímetros), colorido. Possui o nome da Campanha – Sou Universitário, Doador Voluntário, o endereço do Hemocentro Regional de Santa Maria e o horário de atendimento para coleta de sangue. Foram distribuídos e fixados nos murais da instituição, como pode ser conferido na Figura 1.
- Folder<sup>48</sup>: impresso em folha A5 (14,8 x 21 centímetros), frente e verso, colorido. A frente do folder possui o nome da Campanha e, no verso, algumas informações sobre a doação de sangue, como os requisitos e a frequência para as doações, além do endereço do Hemocentro Regional de Santa Maria e o horário de atendimento para a coleta de sangue. Foram distribuídos para os acadêmicos da UFSM.

Esses materiais foram cuidadosamente elaborados com a intenção de imprimir uma identidade visual para a Campanha, proporcionar o envolvimento e identificação da comunidade acadêmica com essa marca, e conseqüentemente, fazer com que se tornem participantes desse processo de conscientização e divulgação acerca da importância da doação voluntária de sangue.

---

<sup>46</sup> A forma de controle da campanha foi acertada e definida no Hemocentro Regional de Santa Maria.

<sup>47</sup> O cartaz da Campanha pode ser visualizado no Apêndice A deste documento.

<sup>48</sup> O folder da Campanha pode ser visualizado no Apêndice B deste documento.

Figura 1 – Cartaz fixado em murais da UFSM



Fonte: Arquivo pessoal.

A produção do material gráfico e as visitas em sala de aula são importantes para socializar a práxis no campo de estágio e os conhecimentos em relação à doação de sangue, porém, a intenção não é que essas informações sejam “captadas”, mas sim, “que sejam discutidas, amadurecidas e que, pela reflexão constante, as pessoas criem seus próprios conceitos, desmistificando tabus e mitos relacionados à doação de sangue” (PEREIMA et al, 2007, p. 550).

Além dos materiais gráficos, foram confeccionados setecentos (700) corações de tecido<sup>49</sup> que foram entregues aos universitários durante as visitas realizadas nas salas de aula. A confecção dos corações de tecido foi pensada visando sensibilizar os acadêmicos e provocar ainda mais a reflexão acerca do exercício individual de cidadania, instigando a mobilização para a doação voluntária de sangue e a divulgação desta ação em seus espaços de convívio familiar e social.

A socialização da campanha em sala de aula pode ser conferida na Figura 2. Já o folder e o coração de tecido entregue aos acadêmicos da UFSM durante as visitas em sala de aula podem ser conferidos na Figura 3.

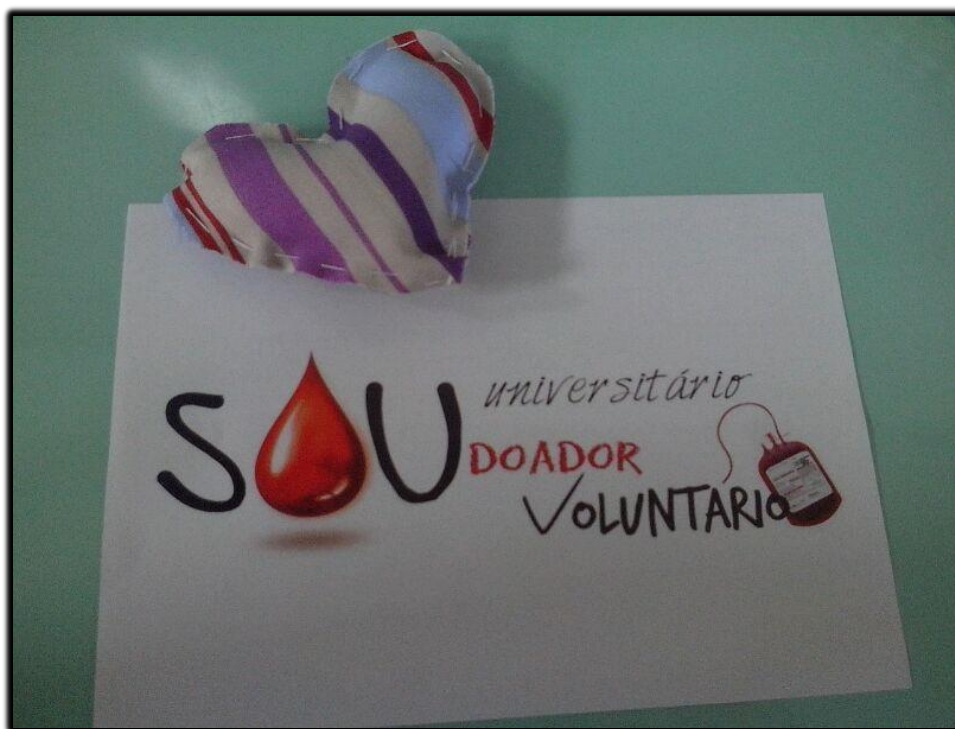
<sup>49</sup> Os corações de tecido podem ser visualizados no Apêndice C deste documento.

Figura 2 – Visitas em salas de aula para divulgação da campanha



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 3 – Folder e coração de tecido entregue para os acadêmicos da UFSM



Fonte: Arquivo pessoal



Para alavancar ainda mais a divulgação da Campanha, foi solicitado ao Diário de Santa Maria a publicação da mesma em seu jornal impresso, visto que este meio de comunicação é lido não somente na cidade de Santa Maria, mas também nas cidades da região. O registro da campanha foi publicado na coluna Dia a Dia<sup>50</sup>.

Ainda, como estratégia para ampliar o acesso à campanha, possibilitando maior adesão a causa, foi solicitado junto à Assessoria de Comunicação da UFSM, a publicação da mesma no site da instituição<sup>51</sup>, acessado diariamente por toda a comunidade acadêmica, sendo fonte de notícias e informes de todos os centros e unidades universitárias.

A veiculação dessa notícia na página da UFSM possibilitou maior visibilidade para a campanha, proporcionando alguns resultados imediatos, como por exemplo, uma série de contatos telefônicos para realizar a divulgação da Campanha e do Projeto de Intervenção em outros meios de comunicação.

As divulgações ocorreram nas seguintes mídias:

- Entrevista para o Programa “Painel”, da Rádio Universidade;
- Entrevista para a Assessoria de Comunicação do CCSH<sup>52</sup>;
- Entrevista para a TV Campus<sup>53</sup>;
- Entrevista para o Programa “Na Boca do Monte”, da Rádio Universidade.

Ainda como estratégia de divulgação, foi criada uma página na rede social Facebook<sup>54</sup> com o nome da campanha e objetivos da mesma, visando convidar os usuários desta rede a visualizarem e/ou ‘curtirem’ a página e conseqüentemente, sensibilizarem-se com a causa. As postagens eram direcionadas a fortalecer a ideia da importância da doação de sangue voluntária, reforçando o bem comum e conseqüentemente, elevando o número de doadores para suprir as necessidades diárias das instituições de saúde.

<sup>50</sup> A notícia publicada no jornal Diário de Santa Maria pode ser conferida no Anexo C deste documento.

<sup>51</sup> A notícia veiculada no site da UFSM pode ser conferida no Anexo B deste documento.

<sup>52</sup> As publicações da entrevista para a Assessoria de Comunicação do CCSH podem ser conferidas no Anexo D deste documento.

<sup>53</sup> A imagem da entrevista concedida para a TV Campus/UFSM pode ser conferida no Anexo E deste documento. A entrevista pode ser acessada na íntegra, no canal do Youtube, através do link: <<http://www.youtube.com/watch?v=oNw6QUnf2ec&feature=youtu.be>>.

<sup>54</sup> A imagem da página da campanha no Facebook pode ser conferida no Apêndice D deste documento.

O Projeto de Intervenção ainda foi inscrito na 29ª Jornada Acadêmica Integrada – JAI, na modalidade 6ª Mostra de Ensino, que ocorre anualmente na UFSM. O trabalho submetido foi aprovado para apresentação em forma de banner e pode ser conferido na Figura 4.

Todas essas ações de divulgação foram intencionalmente executadas a fim de levar conhecimento ao maior número possível de pessoas, através de um processo educativo e de conscientização, reforçando a importância da doação como um gesto de cidadania e amor ao próximo.

Mas, nem mesmo toda dedicação e empenho diante da proposta da campanha e execução da mesma foram suficientes para aumentar o número de doadores voluntários de sangue, como imaginado no princípio da elaboração do Projeto de Intervenção. Do total de 275 acadêmicos visitados em sala de aula, apenas 8 procuraram o Hemocentro Regional de Santa Maria para realizar a doação de sangue em nome da campanha, perfazendo um total de 2,9%.

Diante de uma falha técnica dos profissionais do Hemocentro, não houve um controle efetivo dos doadores que compareceram através da campanha Sou Universitário, Doador Voluntário. Esse fato foi relatado por duas pessoas que vivenciaram esta situação ao tentarem doar sangue na instituição. Portanto, o número de doadores pode ter sido maior do que o registrado.

O propósito e as ações desenvolvidas na elaboração e execução da campanha “Sou Universitário, Doador Voluntário” reforçam o trabalho a qual o Serviço Social está implicado, focalizando não a doença, mas pensando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, percebendo os sujeitos em sua totalidade, levando em conta sua história de vida, suas relações sociais, econômicas e culturais, percebendo a realidade para além do aparente.

O atendimento das necessidades de saúde remete ao atendimento das necessidades humanas elementares, dentre as quais se destacam a alimentação, a habitação, o acesso a água potável e saudável, aos cuidados primários de saúde e à educação (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 230).

Figura 4 – Banner apresentado na JAI



Fonte: Arquivo pessoal

As ações socioeducativas fazem parte do cotidiano do assistente social na saúde, integrando um processo coletivo, de articulação com os profissionais e equipes da saúde e permitindo o entrelaçamento com a rede socioassistencial. De acordo com o CFESS (2010) a educação em saúde deve ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico de sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas.

A atuação do assistente social na saúde deve ser crítica e propositiva, trabalhando em defesa das políticas públicas de saúde, proporcionando acesso e garantia de direitos e serviços qualificados, através de um modelo de atenção integral, percebendo os indivíduos na sua complexidade.

## 4.5 Resultados

Trabalhando na lógica de desresponsabilizar os usuários do HUSM pela reposição de sangue, e ao mesmo tempo, aumentar o número de doadores voluntários, a elaboração da campanha “Sou Universitário, Doador Voluntário” foi satisfatória, tendo em vista a aceitação e o interesse da comunidade acadêmica em discutir a importância dessa temática.

A proposta inicial era dialogar sobre a experiência de estágio e sensibilizar os acadêmicos sobre a importância da doação voluntária em 6 (seis) cursos de graduação da UFSM, visitando 2 (duas) turmas de cada curso. Porém, tendo em vista a dificuldade encontrada em executar sozinha a confecção dos corações de tecido, a colagem dos cartazes nos murais de todos os prédios da UFSM, além das entrevistas solicitadas para divulgar a campanha, não foi possível cumprir com o estabelecido no projeto de intervenção.

Dentro das possibilidades encontradas, as visitas aconteceram da seguinte forma: 3 turmas do curso de Serviço Social, 2 turmas do curso de Medicina Veterinária, 2 turmas do curso de Zootecnia e 2 turmas do curso de Terapia Ocupacional. Os cursos de Agronomia e Psicologia não foram contatados para receber a visita.

O trabalho educativo e o processo de conscientização para a doação voluntária de sangue ocorreu de forma direta<sup>55</sup> com 275 acadêmicos. A reação dos estudantes, de um modo geral, foi de curiosidade e surpresa diante do relato apresentado sobre o processo de estágio no Serviço de Hemoterapia, demonstrando o pouco conhecimento que possuem sobre a doação de sangue e a mínima mobilização para essa ação.

As dúvidas sempre estavam relacionadas aos requisitos necessários para a doação, bem como o local para a realização da coleta de sangue. Nesse sentido, o folder confeccionado e entregue aos acadêmicos foi essencial para a visualização das informações, possibilitando melhor entendimento e compreensão do que estava sempre abordado em sala de aula.

---

<sup>55</sup> Através das visitas em sala de aula.

No geral, pode-se avaliar que a execução da campanha foi bastante positiva, tendo em vista a possibilidade de uma ação socioeducativa planejada para além do local de estágio, proporcionando despertar a solidariedade no espaço acadêmico, refletindo sobre o dever consciente que cabe a todos nós através do exercício de cidadania.

Ainda, é possível registrar que a campanha possibilitou resultados imediatos através do contato de algumas mídias para realizar a divulgação da mesma, como por exemplo, a TV Campus, a Assessoria de Comunicação do Centro de Ciências Sociais e Humanas, a Rádio Universidade através dos Programas “Painel” e “Na Boca do Monte”, além é claro, da apresentação na Jornada Acadêmica Integrada - JAI.

Após a JAI, surgiu ainda um convite de duas acadêmicas do curso de Administração da UFSM, para expor em sala de aula, na disciplina de Empreendedorismo Social, a criação e execução da campanha Sou Universitário, Doador Voluntário. O objetivo, proposto pelas acadêmicas, foi demonstrar que qualquer pessoa pode agir localmente e individualmente, fazendo a diferença na sociedade.

Vale considerar, que a expectativa diante de todo o trabalho realizado com a divulgação da campanha era aumentar consideravelmente o número de doadores voluntários de sangue. Porém, ao final da aplicação do Projeto de Intervenção, apenas 8 pessoas realizaram a doação. Ocorre que há um dado preocupante e que deve ser levado em consideração: dois doadores que compareceram ao Hemocentro relataram que o controle efetivo da campanha não estava sendo realizado. Pode-se pensar, diante do exposto, que o número de doadores tenha sido maior, mas por falta de organização da equipe profissional, esses dados não foram registrados e comprometeram o resultado final da campanha Sou Universitário, Doador Voluntário.

Mesmo com toda a falha técnica e o resultado ficando aquém do esperado, deve-se pontuar que a média nacional de doações de sangue corresponde a 1,9% ao ano, concluindo assim que a campanha idealizada superou esta porcentagem, apresentando um resultado de 2,9%.

## 5. CONCLUSÃO

O presente trabalho traduz a materialização do processo desenvolvido durante o período de estágio curricular, iniciado no segundo semestre do ano de 2013 e finalizado no primeiro semestre de 2014, correspondendo respectivamente aos 7º e 8º semestres da Graduação em Serviço Social.

A dinâmica vivenciada no hospital universitário, através da captação interna de doadores de sangue fez-me refletir acerca da responsabilização imposta aos pacientes e familiares – já fragilizados, para a reposição do mesmo, mantendo o estoque de sangue suficiente para suprir as demandas do hospital. Esta questão implica em reforçar o dever que o Estado e a sociedade possuem em proporcionar a estes usuários a garantia de sangue de qualidade e em quantidade suficiente para suprir as suas necessidades.

Para atender as necessidades de saúde da população, o Estado passou a se preocupar com a atividade hemoterápica no país, já desde a década de 1960, normatizando e estruturando de maneira adequada este serviço, a fim de proporcionar coleta suficiente e qualificada de sangue. Porém, a motivação para o ato de doar sangue voluntariamente é ainda um assunto que exige atenção e dedicação especial.

Durante o processo de estágio pude verificar que o número de doadores para reposição é muito maior se comparado ao número de doadores voluntários de sangue. A falta de sangue pode afetar a continuidade do tratamento de pacientes internados que estejam necessitando o uso de hemocomponentes, sendo este, o motivo pelo qual familiares e amigos motivam-se ao ato de doar.

Aqueles que não estão passando por situação de doença<sup>56</sup>, não possuem motivação e entendimento da necessidade em manter estável o estoque de hemocomponentes. Para esta parcela da sociedade, é preciso trabalhar na lógica de educação em saúde, demonstrando que a doação de sangue é um ato de cidadania, imprescindível para o atendimento das demandas dos usuários do sistema de saúde.

---

<sup>56</sup> Não possuem amigos, familiares ou conhecidos que estejam internados, fazendo uso de hemocomponentes.

Está certo que é atribuição do Estado garantir a distribuição de sangue de qualidade à população que dele necessita, de forma gratuita e suficiente. Porém, o principal problema enfrentado pela política de sangue no país está relacionado com a captação de doadores de sangue. E como não existe substituto para o sangue, a única forma de obtê-lo é através da doação.

Por isso, faz-se necessário um trabalho em conjunto entre Estado e sociedade, na perspectiva de enfatizar que as doações voluntárias de sangue poderiam ser suficientes para suprir a carência nos estoques de hemocomponentes e conseqüentemente, diminuir a carga de responsabilidade imposta aos pacientes internados.

Assim como descreve Medeiros (2003, p. 7), é preciso que haja uma mudança muito grande, “para que o quadro se torne favorável à doação de sangue, a educação dos jovens se faz necessário e a universidade é um dos principais locais de orientação, discussão e formação do hábito da doação voluntária”.

Diante do exposto, e levando em consideração todo o trabalho desenvolvido com a criação e execução da campanha “Sou Universitário, Doador Voluntário”, comprova-se que o processo educativo é imprescindível e de suma importância para promover a transformação social. Processo este, entendido como algo contínuo, de formulação e reformulação. A tomada de consciência através desse processo de educação não é imediata, mas sim, é um resultado lento, que vai proporcionar gradativamente a reformulação dos hábitos, atitudes e comportamentos.

Portanto, a tomada de consciência e a mobilização para o ato de doar sangue ainda são marcados como dois extremos. O processo educativo é a ponte de ligação desses extremos que vai possibilitar a reflexão, a autonomia e a intencionalidade nas ações individuais, permitindo ao sujeito assumir a responsabilidade consigo mesmo e principalmente, com o próximo.

Werneck (2006) considera que a ação é entendida como um processo racional e livre decorrente, portanto, da inteligência e da vontade. Pode-se entender como sabedoria “a adequada hierarquização dos valores para a promoção da dignidade humana, [...] ou a vivência do respeito e da justiça que permitem um melhor desempenho social” (WERNECK, 2006, p. 177).

Essa vontade, descrita por Werneck, vai possibilitar a mobilização individual para a doação de sangue, e conseqüentemente, mudar a realidade das doações

tanto a nível local, no município de Santa Maria, como também a nível nacional, já que aproximadamente 2% da população são doadores de sangue no país.

Nesse sentido, o assistente social pode trabalhar como mediador, objetivando a garantia de sangue suficiente e de qualidade a disposição dos usuários da saúde, mas também ampliando o seu processo de trabalho para além da captação de reposição. Sair do espaço institucional – HUSM – e criar possibilidades de conquistar doadores voluntários em outros espaços institucionais. Ou mesmo, aproveitar o espaço da UFSM, promovendo ações de educação em saúde e conscientização entre os milhares de acadêmicos, professores e servidores, sobre a importância da doação voluntária de sangue.



## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social**. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, 1996.

ACOSTA, Michele M. **Análise Institucional do Hospital Universitário de Santa Maria e o Serviço Social**. 2001. 74 f. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2001.

AROUCA, Sergio. **A reforma sanitária brasileira**. In: Tema, Revista Radis n. 11. Ano VI. Novembro de 1988. p. 2-4. Disponível em: <<http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=Radis20&pesq=1988>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

BAPTISTA, Tatiana W. F. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde. In: Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. MATTA, Gustavo C; PONTES, Ana L. M. (orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível em: <[http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp\\_3.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

BARCA, Danila A.A.V. **Política nacional de sangue, componentes e hemoderivados no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Técnico em Hemoterapia: livro texto. Brasília, 2013. p. 37-46.

BORRALHO, Ângela C. T.; SOUSA, Iolanda P.; OLIVEIRA, Fábio A. **O Assistente Social atuando na área de recursos humanos para a melhoria do clima organizacional**. Revista Científica do ITPAC. Araguaína, v.4, Outubro 2011.

BRASIL. **Decreto nº 53.988, de 30 de junho de 1964**. Institui o Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue. Brasília, DF. 1964.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 54.494, de 16 de outubro de 1964**. Cria Grupo de Trabalho para estudantes e propor a legislação disciplinadora da hemoterapia no Brasil e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. 17 a 21 de março de

1986. Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988**. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF. 1988a.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 1988b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 10 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em: 09 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_97.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm)>. Acesso em: 28 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.136, de 08 de setembro de 1999**. Regulamento Técnico de Medicina Transfusional. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=22&data=07/10/1999&captchafield=firistAccess>>. Acesso em: 28 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.205, de 21 de março de 2001**. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei 10.972, de 2 de dezembro de 2004**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.972.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.972.htm)>. Acesso em 07 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, 2007. 9 p.

\_\_\_\_\_. ANVISA. **RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010**. Determina o Regulamento Sanitário para serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Técnico em Hemoterapia: livro texto**. Brasília, 2013. 292 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013**. Redefine o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos.

BRAVO, Maria Inês de S. **Serviço Social e Reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. MOTA, Ana. E. (et al.), (orgs.). 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF. 2009. p. 88-110.

BRAVO, Maria I. S.; MATOS, Maurílio, C. M. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. MOTA, Ana. E. (et al.), (orgs.). 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF. 2009. p. 197-217.

CASTEL, Robert. **As armadilhas da exclusão**. In: Desigualdade e a questão social. BÓGUS, Lucia (et al.), (orgs.). São Paulo: EDUC, 1997. 200 p.

CFESS. **Código de Ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 9 ed. rev. e atual. Brasília, CFESS: 2011. 60 p.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas Políticas Sociais. Brasília, CFESS: 2010. 81 p.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 383, de 29 de março de 1999.** Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em:  
<[http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao\\_383\\_99.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf)>. Acesso em 28 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Carta de Maceió.** In: Relatório do 29º Encontro Nacional CFESS/CRESS. Brasília, CFESS: 2000. Disponível em:  
<[http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio\\_2000\\_29.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio_2000_29.pdf)>. Acesso em 28 out. 2014.

CHAMMÉ, Sebastião J. **Corpo e Saúde: Inclusão e exclusão social.** In: Saúde e Sociedade. v. 11, n. 2, 2002. p. 3-17. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n2/02>>. Acesso em: 03 jul. 2014.

FRANCO, Patrícia; ERDTMANN, Bernadete K.; CÉZARO, Darléa D. **A importância da doação de sangue e formação de novos doadores em Palmitos, SC.** Revista Udesc em Ação. v. 2, n. 1. Santa Catarina, 2008. Disponível em:  
<<http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/view/1729>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FONSECA, Fernanda F. da. O processo de trabalho dos(as) assistentes sociais nos conselhos de assistência social: ajustamentos e possibilidades. 2008. 128 p. Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2008.

SCOREL, Sarah. **Movimento Sanitário.** In: Tema, Revista Radis n. 11. Ano VI. Novembro de 1988. p. 5-7. Disponível em:  
<<http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=Radis20&pesq=1988>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.** In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 333-384. Disponível em:  
<[http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Scorel\\_2008\\_1.pdf](http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Scorel_2008_1.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2014.

FEUERWERKER, Laura. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** In: Interface Comunicação, saúde educação. Vol. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

GALVÃO, M. A. M. **Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930.** Textos do Departamento de Ciências Médicas e Escola de Farmácia. Ouro Preto: Editora da UFOP, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem\\_politicas\\_saude\\_publica\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

IAMAMOTO, Marilda V. **As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social contemporâneo.** In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. MOTA, Ana. E. (et al.), (orgs.). 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF. 2009. p. 161-196.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 7 ed. São Paulo: Cortez, 2012. 495 p.

IANNI, Octavio. **A questão social.** In: Revista USP. Setembro, Outubro e Novembro/1989. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/03/17-octavio.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2014. p. 145-154.

JORNAL DA UFSM. [Entrevista disponibilizada em 11 de junho de 2014, a internet]. TV Campus/UFSM, 2014. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=oNw6QUnf2ec&feature=youtu.be>>.

JUNQUEIRA, Pedro C; ROSENBLIT, Jacob; HAMERSCHLAK, Nelson. **História da Hemoterapia no Brasil.** Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 2005. p. 201-207. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v27n3/v27n3a13.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2014.

LEWGOY, Alzira M. B. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e exercício profissional.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

LIMA, Juliano C. **História das lutas sociais por saúde no Brasil.** In: Revista trabalho necessário. Ano 4, n. 4. 2006. p. 1-33. Disponível em: <<http://www.institutoconscienciago.com.br/pdf/lutassocias.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

MEDEIROS, João Marcos. **Estado e Política de Sangue: Na perspectiva do doador voluntário.** In: **Anais Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil.** Cascavel – PR. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2003. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/index2.htm>>. Acesso em 24 out. 2014.

MENDES, Jussara M. R. et al. **Gestão na saúde**: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. In: Revista Textos e Contextos, v. 10, n. 2. Porto Alegre, 2011. p. 331-344.

NECKEL, Vanessa et al. **'A gente acha que nunca vai precisar'**. A vivência de familiares e usuários do serviço de hematologia-oncologia acerca do processo de captação de doadores de sangue no Hospital Universitário de Santa Maria. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde; UFSM, 2014.

NOGUEIRA, Vera M. R.; MIOTO, Regina C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. MOTA, Ana. E. (et al.), (orgs.). 4 ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF. 2009. p. 218-241.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

\_\_\_\_\_. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. In: Saúde em debate. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

PEREIRA, R. S. M. R. et al. **Projeto escola do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina**: Uma estratégia de política pública. In: Revista Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2007. jul./set., vol. 16, nº 3. p. 546-552.

ROCHA, Ednid. **A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social**: avanços e desafios. In: 20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da Seguridade Social. VAZ, Flávio T.; MUSSE, Juliano S.; SANTOS, Rodolfo F. dos. (Coord.). Brasília: ANFIP, 2008. 270 p. Disponível em: [http://www2.anfip.org.br/publicacoes/livros/includes/livros/arqs-pdfs/Livro\\_da\\_20\\_anos\\_Constituicao72dpi.pdf#page=131](http://www2.anfip.org.br/publicacoes/livros/includes/livros/arqs-pdfs/Livro_da_20_anos_Constituicao72dpi.pdf#page=131)>. Acesso em: 09 out. 2014.

SAMPAIO, Divaldo. A. **Cenário político, social e cultural da Hemoterapia no Brasil**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Técnico em Hemoterapia: livro texto. Brasília, 2013. p. 7-18.

SANTOS, Luiz A.C.; MORAES, Cláudia; COELHO, Vera S.P. **A hemoterapia no Brasil de 64 a 80**. In: PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva. Vol. 1, Número 1, 1991. p. 161-184

\_\_\_\_\_. **Os anos 80: a politização do sangue**. In: PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva Vol. 2, Número 1, 1992. p. 107-149.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Hospital Psiquiátrico São Pedro**.

Disponível em:

<[http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/638/?Hospital\\_Psiqui%C3%A1trico\\_S%C3%A3o\\_Pedro\\_\(HPSP\)](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/638/?Hospital_Psiqui%C3%A1trico_S%C3%A3o_Pedro_(HPSP))>. Acesso em: 24 out. 2014.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social - Anotada**. Brasília, 2009.

SILVA, Pedro L. B. **O perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70**. In: CADERNOS FUNDAP. São Paulo, Ano 3, nº 6. 1983. p. 27-50. Disponível em:

<<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad06/Fundap%2006/O%20PERFIL%20MEDICO-ASSISTENCIAL%20PRIVATISTA%20E%20SUAS%20CONTRADICOES%20.pdf>>.

Acesso em: 30 jun. 2014.

SILVA, Mariano G. S.; KUPEK, Emil; PERES, Karen G. **Prevalência de doação de sangue e fatores associados em Florianópolis, Sul do Brasil: estudo de base populacional**. Cad. Saúde Pública, vol. 29, nº 10. Rio de Janeiro, out. 2013. p. 2008-2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n10/a17v29n10.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

SOUSA, Arlindo G. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. In: Tema, Revista Radis n. 11. Ano VI. Novembro de 1988. Disponível em:

<<http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=Radis20&pesq=1988>>.

Acesso em: 01 jul. 2014.

SOUZA, Renilson R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Ministério da Saúde: Seminário Internacional – Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 2002. Disponível em: <

[https://www.cintegrado.com.br/site/documentos/sistema\\_publico\\_brasileiro.pdf](https://www.cintegrado.com.br/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf)>.

Acesso em: 30 jun. 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Plano Operacional Padrão – POP.** Serviço de Hemoterapia, HUSM. Santa Maria, 2013.

\_\_\_\_\_. **HUSM na sua dimensão** – 2012. Santa Maria, 2012.

\_\_\_\_\_. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses:** MDT. Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa, Biblioteca Central. 8 ed. – Santa Maria: Ed. da UFSM, 2012. 72 p.

\_\_\_\_\_. **Plano do Serviço Social do HUSM.** Santa Maria, 2007.

\_\_\_\_\_. **Regimento Geral da Universidade Federal de Santa Maria.** UFSM, Santa Maria, 2011. Disponível em: <http://site.ufsm.br/arquivos/uploaded/arquivos/7a09d209-53a6-49a7-90c7-b99c7d82c16b.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 7 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VERGARA, Eva Maria B. **O significado da categoria mediação no Serviço Social.** In: **Anais** Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cascavel – PR. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2003. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/index2.htm>>. Acesso em 10 dez. 2014.

WANDERLEY, Mariangela B. **Refletindo sobre a noção de exclusão.** In: As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social. SAWAIA, Bader (org.). Petrópolis: Ed. Vozes, 2004, 5 ed. p. 16-26.

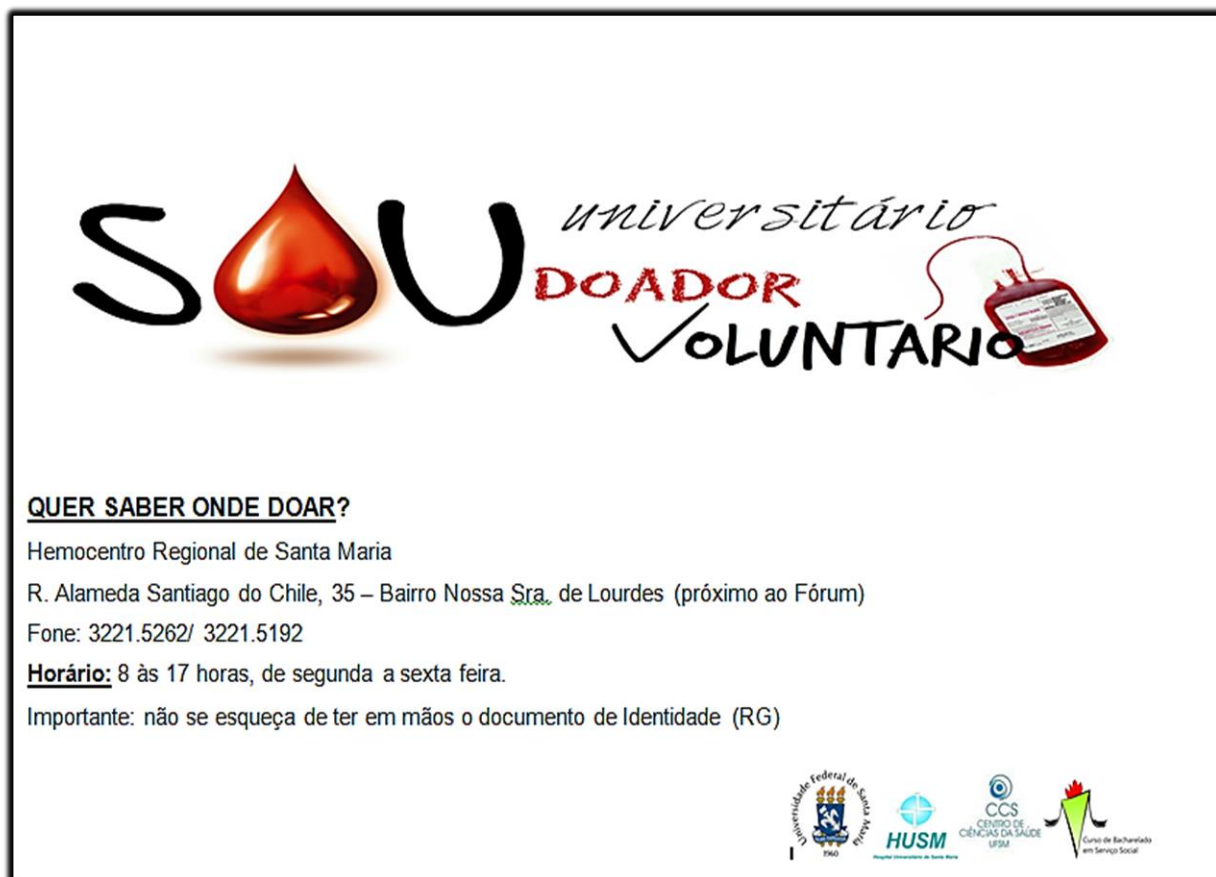
WERNECK, Vera R. **Sobre o processo de construção do conhecimento:** O papel do ensino e da pesquisa. In: Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Rio de Janeiro, v. 14, nº 51, abr./jun. 2006. p. 173-196. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v14n51/a03v1451.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

YAZBEK, Maria C. **Pobreza e exclusão social:** expressões da questão social no Brasil. In: Temporalis: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Brasília, v. 2, n. 3, jan./jun. 2001. p. 33-40.



## APÊNDICES


### Apêndice A – Cartaz da Campanha



The poster features the text 'SOU universitário DOADOR VOLUNTÁRIO' where the letter 'O' is replaced by a red blood drop. To the right, there is an illustration of a blood donation bag. Below the main text, there is a section titled 'QUER SABER ONDE DOAR?' followed by contact information for the Hemocentro Regional de Santa Maria, including the address, phone numbers, and operating hours. At the bottom right, there are logos for the Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), HUSM, CCS Centro de Ciências da Saúde UFSM, and the Curso de Bacharelado em Serviço Social.

**SOU** *universitário*  
**DOADOR**  
**VOLUNTÁRIO**

**QUER SABER ONDE DOAR?**  
Hemocentro Regional de Santa Maria  
R. Alameda Santiago do Chile, 35 – Bairro Nossa Sra. de Lourdes (próximo ao Fórum)  
Fone: 3221.5262/ 3221.5192  
**Horário:** 8 às 17 horas, de segunda a sexta feira.  
Importante: não se esqueça de ter em mãos o documento de Identidade (RG)



## Apêndice B – Folder da Campanha

Frente:



Verso:

**A doação voluntária de sangue** é um ato de solidariedade. Muitas vezes nos mobilizamos por algum familiar, amigo ou conhecido. Mas neste exato momento tem alguém precisando de sua ajuda, alguém que você não conhece e não sabe onde mora.

Faça parte desta campanha e seja um **universitário sangue bom!!!**

**Para doar sangue é preciso:**

- ✓ Pesar no mínimo 50 kg (cinquenta quilos);
- ✓ Ter entre 16 e 69 anos. Menores de 18 anos podem doar mediante autorização dos pais ou responsáveis;
- ✓ Ter boa saúde;
- ✓ Evitar fumar por pelo menos 2 horas antes da doação;
- ✓ Não ter ingerido bebida alcoólica nas 12 horas anteriores;
- ✓ Ter dormido, pelo menos, 6 horas na noite anterior;
- ✓ Evitar alimentos gordurosos;

**Quem não pode doar sangue:**

- Mulheres grávidas ou que estejam amamentando;
- Quem teve diagnóstico de hepatite e/ou doenças sexualmente transmissíveis e doença de chagas;
- Usuários de drogas;

**Frequência das doações:**

- Para os homens: máximo de 4 doações anuais (com intervalo mínimo de 2 meses)
- Para as mulheres: máximo de 3 doações anuais (com intervalo de 3 meses)

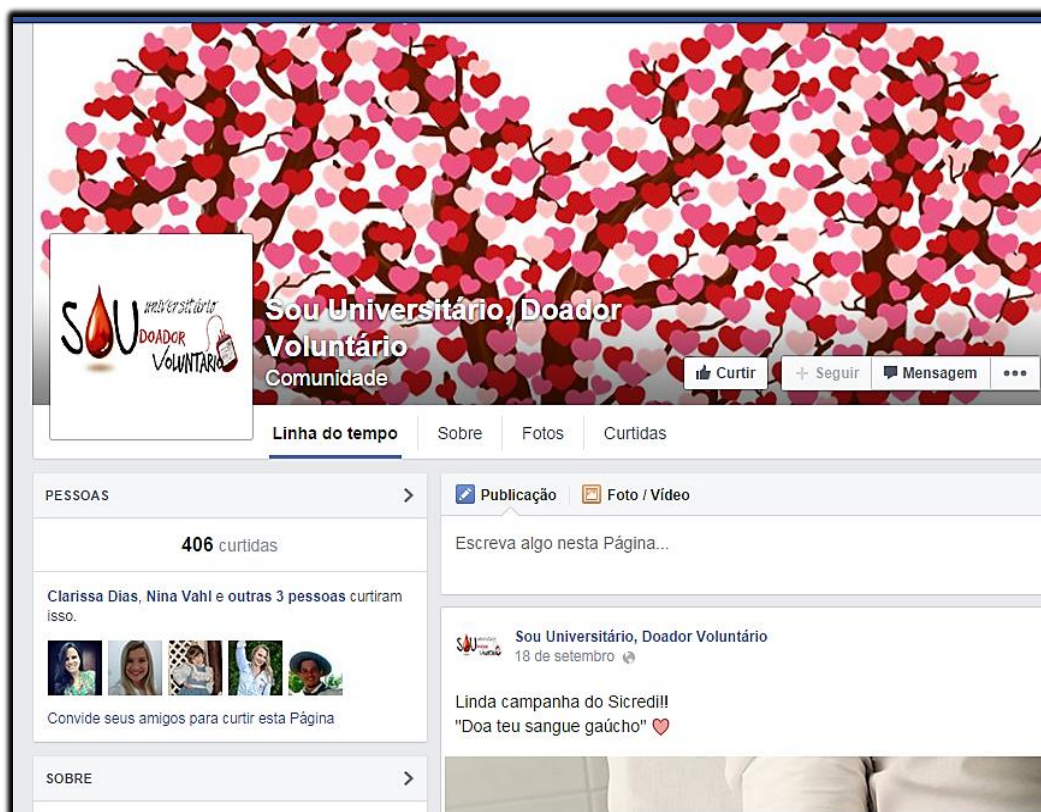
**QUER SABER COMO DOAR? Procure o...**

Hemocentro Regional de Santa Maria  
R. Alameda Santiago do Chile, 35 – Bairro Nossa Sra. de Lourdes (próximo ao Fórum)  
Fone: 3221.5262/ 3221.5192  
**Horário:** 8 às 17 horas, de segunda a sexta feira.  
Importante: Não se esqueça de ter em mãos o documento de Identidade (RG)

## Apêndice C – Corações de tecido



## Apêndice D – Imagem da página da campanha no Facebook



## **ANEXOS**

### **Anexo A – Solicitação de Doadores**

**MEC – UFSM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA  
SERVIÇO DE HEMOTERAPIA**

Paciente .....

\_\_\_\_\_ Doadores de Sangue

#### **PARA DOAR É PRECISO**

- 1) Trazer documento de identidade;
- 2) Não estar em jejum;
- 3) Ter entre 18 e 67 anos;
- 4) Ter peso mínimo de 50 kg;
- 5) Estar em perfeito estado de saúde;
- 6) Ter níveis de pressão arterial normal;
- 7) Se mulher: não pode estar grávida ou até 6 meses após o parto.

#### **NÃO PODE DOAR SANGUE SE:**

- 1) Teve Hepatite ou Doença de Chagas;
- 2) Tem comportamento de risco para doenças sexualmente transmissíveis;
- 3) Fez cirurgia nos últimos 6 meses;
- 4) Estiver gripado, febril ou algum processo infeccioso;
- 5) Recebeu transfusão sanguínea nos últimos 12 meses;
- 7) Ingeriu bebida alcoólica nas últimas 24 horas.

#### **Local e Horário da coleta de Sangue**

**As coletas de Sangue devem ser realizadas no  
HEMORGS – SM, Rua Alameda Santiago do  
Chile nº 35, abaixo do Fórum  
Horário: de Segunda a Sexta-feira  
Das 8:00 às 17:00 horas  
Fone: 3221-5262**



## Anexo B – Notícia Veiculada no site da UFSM

### Começa campanha Sou Universitário, Sou Doador

19/05/2014 11:44

Classificada em: Geral , Utilidade , Notícias para Alunos

"Sou Universitário, Sou Doador" é o nome da campanha idealizada pela acadêmica Fabianne Banderó Höffling, do 8º semestre do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A iniciativa visa estimular a doação de sangue de forma voluntária, por parte dos universitários da Instituição, para o Serviço de Hemoterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Segundo a direção do Hemocentro do HUSM, em janeiro de 2014, aconteceram 800 doações. Deste total, 60% representam reposições e 40% são doações espontâneas. Com a campanha, Fabianne, que faz estágio no Hemocentro do HUSM, pretende sensibilizar e conscientizar os acadêmicos de diversos cursos da Instituição.





Para a primeira etapa da campanha, foram escolhidos seis cursos para a apresentação da campanha: Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Agronomia, Medicina Veterinária e Zootecnia. Em cada curso, a estudante de Serviço Social visitará quatro turmas de cada curso para falar sobre a importância da doação voluntária. Os universitários dos demais cursos também estão convidados a colaborar. Para controle da campanha, a estudante pede que os universitários identifiquem o curso que fazem na UFSM.

Os voluntários devem se dirigir, das 8h às 17h, ao Hemocentro Regional de Santa Maria, localizado na Rua Alameda Santiago do Chile, 35, no Bairro Nossa Senhora de Lourdes.

Para doar sangue é necessário:

- Sentir-se bem;
- Ter entre 18 e 65 anos de idade;
- Pesar mais de 50 kg;
- Apresentar documento de identidade com foto, válido em todo território nacional.

## Anexo C – Notícia publicada no jornal Diário de Santa Maria

<b>DIA A DIA</b>	diadia@diariosm.com.br ☎ 3220-1861	DIÁRIO DE SANTA MARIA QUINTA-FEIRA, 22 DE MAIO DE 2014 <b>15</b>
 <p><b>CAMPANHA</b> <b>Doação de sangue de universitários</b></p> <p>■ A campanha "Sou universitário, sou doador", criada pela estudante de Serviço Social da UFSM Fabianne Banderó, tem como intenção estimular a doação de sangue por parte dos universitários. Seis cursos foram escolhidos nesta primeira parte da campanha: Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Agronomia, Medicina Veterinária e Zootecnia. Mas outros cursos também podem participar. O pedido é que os alunos informem o curso do qual fazem parte. As doações podem ser feitas das 8h às 17h, no Hemocentro Regional de Santa Maria (Alameda Santiago do Chile, 35, bairro Nossa Senhora de Lourdes). Para doar, é preciso ter entre 18 e 65 anos, pesar mais de 50kg e apresentar documento de identidade.</p>		<p><b>FALE COM O</b> <b>DIÁRIO DE SANTA MARIA</b></p> <p>Av. Maurício Sirotsky Sobrinho, 25 Bairro Patronato - CEP 97020-440 ☎ (55) 3220-1700</p> <p><b>DIARIOSM</b>: diariosm.com.br</p> <p><b>Siga-nos no Twitter</b> @diariosm </p> <p><b>Curta a fanpage do Diário no Facebook</b> facebook.com/diariosdesantamaria </p> <p><b>Siga-nos no Instagram</b> @diariosm </p> <p><b>Assinaturas</b></p> <p><b>Atendimento ao assinante:</b> ☎ (55) 3220-1818</p> <p><b>Para assinar:</b> ☎ (55) 3220-1717</p> <p>R\$ 36,90 assinatura mensal (débito em conta ou cartão) ou outras modalidades a partir de R\$ 16,50</p>

## Anexo D – Entrevista para Assessoria de Comunicação do CCSH



# CCSH Online

**Edição 03. Ano I - 29 de Maio de 2014**

### Café Intercom

Acontece hoje, dia **29**, a partir das **19:00** horas, na Athena Livraria, a terceira edição do Café Intercom - evento organizado pelos Cursos de Comunicação Social da UFSM.

Na ocasião será divulgado o resultado do concurso "A cara da Facos" e haverá o lançamento de livros das Editoras FACOS e Pe.Com.

Além disso, será feita uma homenagem aos professores Maria Ivete Trevisan Fossá, Paulo Roberto Oliveira de Araújo e Veneza Mayora Ronsini pelos seus mais de 25 anos de carreira na FACOS. Prestígio!

### Campanha "Sou Universitário, Doador Voluntário"

"Sou Universitário, Doador Voluntário" é um projeto de intervenção criado por Fabianne Banderó, aluna do 8º semestre do curso de Serviço Social da UFSM, cujo objetivo é recolher o máximo de doações voluntárias de sangue por universitários.

As doações podem ser feitas no Hemocentro de Santa Maria, de segunda à sexta, das **8:00 às 17:00** horas. Para doar é preciso levar documento com foto, informar que está participando da campanha e especificar o curso a que pertence.

As atividades do projeto estendem-se até o final de julho, mas o seu propósito, a conscientização, continua sempre.

### Professora visita UFRR e apresenta e-book da Editora Facos

Entre os dias **24 e 26** de Maio, a professora e pesquisadora Ada Cristina Machado Silveira esteve em Roraima, a convite da Universidade Federal - UFRR.

A agenda incluiu visitas técnicas e de pesquisa à cidade e à Universidade; reuniões; palestras e apresentação do Grupo de Pesquisa: Comunicação, Identidades e Fronteiras.

Além disso, a professora apresentou o livro recém-publicado pela Editora Facos, sobre a cobertura jornalística da tragédia de Santa Maria - e-book: Mídiação da tragédia de Santa Maria. Editora Facos.



Prof. Ada em aula pública para alunos e professores de Jornalismo da UFRR.

**Assessoria de Comunicação do Centro de Ciências Sociais e Humanas**  
**Universidade Federal de Santa Maria**  
[www.facebook.com/assessoriaccsh](http://www.facebook.com/assessoriaccsh)  
[assessoriaccsh@gmail.com](mailto:assessoriaccsh@gmail.com)  
 (55) 3220 - 9218


**Assessoria de Comunicação do CCSH**  
 29 de maio · Editado

### CAMPANHA "SOU UNIVERSITÁRIO, DOADOR VOLUNTÁRIO"

Bom dia a todos!

"Sou Universitário, Doador Voluntário" é um projeto de intervenção criado por Fabianne Banderó, aluna do 8º semestre do curso de Serviço Social da UFSM, e faz parte de seu estágio no serviço de Hemoterapia do Hospital Universitário de Santa Maria.

O objetivo da campanha é recolher o máximo de doações voluntárias de sangue por universitários. Infelizmente a doação voluntária ainda não se tornou um hábito entre a comunidade acadêmica e sempre há necessidade de sangue nos hospitais.

As doações podem ser feitas no Hemocentro, localizado no bairro Nossa Senhora das Dores, na Rua Alameda Santiago do Chile, nº 35, próximo ao Fórum, de segunda à sexta, das 8:00 às 17:00 horas. Para doar é preciso levar um documento com foto e, com o objetivo de contribuir com o projeto, na ocasião da doação o doador deve mencionar a campanha e especificar o curso a que pertence.

As atividades do projeto estendem-se até o final de julho, mas o seu propósito, a conscientização sobre a importância da doação de sangue, continua sempre. Mais informações podem ser obtidas através da página do Facebook: <https://www.facebook.com/universariodoadorvoluntariosm>





Curtir · Comentar 12 3 3 compartilhamentos



## Anexo E – Imagem da entrevista concedida para a TV Campus/UFSM



The image is a screenshot of a YouTube video player. The browser address bar shows the URL: [www.youtube.com/watch?v=oNw6QUnf2ec&feature=youtu.be](http://www.youtube.com/watch?v=oNw6QUnf2ec&feature=youtu.be). The YouTube logo is visible in the top left corner. The video content shows a woman, Fabiane Banderó Hoffling, wearing a green scarf and a dark jacket, speaking into a microphone. A blue banner at the bottom of the video frame contains the text: "JU FABIANE BANDERÓ HOFFLING Idealizadora do Projeto 'Sou Universitário, Doador Voluntário'". The video player interface shows a progress bar at 2:43 / 22:19. Below the video, the title "Jornal da UFSM - 11.06.2014" is displayed. The channel name "TV Campus" is shown with a "tv campus" logo and a red "Inscrever-se" button with a notification bell icon showing "733". The view count is "179 visualizações" with 1 like and 0 dislikes. At the bottom, there are icons for "Gostei", "Sobre", "Compartilhar", "Adicionar a", and other video controls.