



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde de Beja



Relacionamento do Dador de Sangue com o Enfermeiro em Sala de Colheita

**Trabalho apresentado para obtenção do Título de Especialista de acordo
com o Decreto-Lei n.º 206/2009, de 31 de Agosto.**

Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

**Beja
2010**



Relacionamento do Dador com o Enfermeiro em Sala de Colheita

RESUMO: Com este trabalho pretendeu-se reunir e trabalhar informação com vista à apresentação de uma comunicação nas III Jornadas Enfermagem, no Porto a 25 de Novembro de 2005 .

Edgar Manuel Duarte Canais

Lisboa, 2005

"A verdadeira viagem de descoberta consiste, não em contemplar novas paisagens,
mas em possuir novos olhos"
Marcel Proust

ÍNDICE

	pág.
0 - <u>INTRODUÇÃO</u>	5
1 - <u>ANÁLISE DAS ENVOLVENTES NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SALA DE COLHEITA DE SANGUE TOTAL</u>	6
2 - <u>ANÁLISE DA SITUAÇÃO NO CENTRO REGIONAL SANGUE DE LISBOA</u>	11
2.1 - CENTRO REGIONAL DE SANGUE DE LISBOA	12
2.2 - SÍNTESE OPERACIONAL DO CRSL	13
2.3 - ANÁLISE SWOT DO CRSL	14
2.4 - PIRÂMIDE DE CLIENTES	16
2.5 - PIRÂMIDE DE DADORES DO CENTRO REGIONAL SANGUE DE LISBOA	16
2.6 - MODELO DE GESTÃO DE DADORES DE SANGUE	19
3 - <u>RELACIONAMENTO DO DADOR / ENFERMEIRO EM SALA DE COLHEITA DE SANGUE TOTAL</u>	20
3.1 - INDICADORES EM SALA DE COLHEITA	20
3.2 - RESULTADO DOS INQUERITOS	24
4. - <u>CONCLUSÃO</u>	27
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	29

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1- Pirâmide de dadores do CRSL	pág. 16
Gráfico n.º 2 - Modelo de gestão de dadores de sangue	18
Gráfico n.º 3 - Modelo de gestão de dadores de sangue para enfermeiros	19
Gráfico n.º 4 – Características do enfermeiro	25
Gráfico n.º 5 – Importância da colheita ser efectuada por enfermeiro	25
Gráfico n.º 6 – Competência profissional do enfermeiro	26

ÍNDICE TABELAS

Tabela n.º 1 – Classificação das reacções adversas	pág. 21
Tabela n.º 2 – Reacções adversas à dádiva durante a colheita	22
Tabela n.º 3 – Reacções adversas à dádiva após a colheita	22
Tabela n.º 4 – Motivos de interrupção da colheita	23
Tabela n.º 5 – Acolhimento de enfermagem	24
Tabela n.º 6 – Satisfação do enfermeiro	24

0 – INTRODUÇÃO

A complexidade dos cuidados de enfermagem em sala de colheita de sangue total e a multiplicação de gestos técnicos traduzem, muito frequentemente, uma diminuição da qualidade dos cuidados percebidos. Cada vez mais se ouve falar de qualidade em todas as áreas. A qualidade é uma das exigências fundamentais das sociedades mais avançadas. A melhoria dos cuidados de saúde passa pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos.

Ao longo da nossa prática diária sentimos necessidade de monitorizar os cuidados que prestamos ao dador em sala de colheita de sangue total, para ajustar a qualidade dos cuidados prestados à percepção que os dadores têm desses cuidados.

Este trabalho foi realizado com dois objectivos, o primeiro enumera-mos anteriormente, prende-se com a necessidade de ter dados que permitam avaliar os cuidados de enfermagem prestados em sala de colheita, o segundo foi uma comunicação apresentada nas III Jornadas de Enfermagem do Instituto Português do Sangue a realizadas na Fundação Dr. António Cupertino Miranda, nos dias 24 e 25 de Novembro de 2005 no Porto.

Desta forma, analisamos as envolventes no contexto dos cuidados de enfermagem em sala de colheita de sangue total, analisámos também o contexto do Centro Regional de Sangue de Lisboa (CRSL), procurámos bibliografia que nos pudesse facilitar informações para executar este trabalho de uma forma eficiente, e que traduzisse os benefícios, os custos e os riscos da gestão dos recursos existentes.

Analisamos a monitorização dos registos de enfermagem em sala de colheita de sangue total do CRSL, dos quais salientamos o número de dadores em que existiu dificuldade de punção, a ocorrência de reacções adversas durante e após colheita, as interrupções de colheita e a necessidade de segundas punções.

Paralelamente procedemos à realização de entrevistas telefónicas para validar a percepção dos dadores de sangue total sobre o acolhimento, a disponibilidade, a organização dos cuidados de enfermagem e a competência profissional do enfermeiro em sala de colheita de sangue.

1- ANÁLISE DAS ENVOLVENTES NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SALA DE COLHEITA DE SANGUE

O aparecimento da Lei de Bases da Saúde em 1990 (Lei n.º 48/90), veio alterar toda a forma de estar perante o sistema, em especial para os cidadãos, que passaram a ser os principais responsáveis pela sua própria saúde. A nosso ver, esta situação não é real, dado que os profissionais de saúde mantêm o monopólio do saber e os cidadãos, por conforto, comodismo ou receio de questionar, mantêm-se muito pouco activos na defesa da sua saúde.

Os cuidados de saúde diferem significativamente de outros bens e serviços. A indústria dos cuidados de saúde é um poderoso “lobie” em rápido crescimento, com muitos tentáculos e nem sempre as políticas em curso dependem do mais necessário ou adequado, mas sim infelizmente dos jogos e poderes económicos, assentes por detrás destes. Danzon (2001:795) refere que “(...) a indústria é infiltrada por pagamentos de terceiros e intervenções governamentais”.

A complexidade dos cuidados de Enfermagem em sala de colheita de sangue total e a multiplicação de gestos técnicos traduzem, muito frequentemente, uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Cada vez mais se ouve falar de qualidade em todas as áreas. A qualidade é uma das exigências fundamentais das sociedades mais avançadas. A melhoria dos cuidados de saúde passa pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos.

Estas competências, segundo Benesse citado por Costa (1998:35), “(...) não são o desenvolvimento de dons inatos, nem consequência de um “stock” inicial de informações, mas um processo interminável e inacabado de formação contínua, em que desempenha um papel dinâmico, a alternância entre experiência e a prática, reflexão crítica e aquisições essenciais de conhecimentos (...)”. Isto tudo deverá ser conseguido com o menor esforço por parte dos profissionais de enfermagem, para que estes possam desenvolver conhecimentos e capacidades, assim como mudar comportamentos e atitudes, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Para Frederico e Leitão (1999:183) citando Pereira, “(...) a qualidade dos cuidados de saúde tem a ver com critérios de eficácia, efectividade, equidade, aceitabilidade,

adequação, qualidade técnico-científica, continuidade, coordenação dos cuidados”. Tanto e tão pouco ao mesmo tempo!

Daí que em muitas das situações os custos sejam elevados para ambas as partes e nem sempre se percebem os resultados, dadores de sangue e enfermeiros em sala de colheita de sangue total.

Concordamos com esta linha de pensamento, no entanto, parece-nos aqui importante reforçar o que se entende por cuidados de enfermagem em sala de colheita de sangue: estes apresentam um conjunto de características, diferentes e ao mesmo tempo iguais aos de todos os outros tipos de cuidados de enfermagem, tomando de certa forma singular e única a sua prestação.

A Enfermagem é uma ciência que oferece aos cidadãos, os meios necessários para organizarem a sua saúde, bem como a prepararem para o futuro e assim enfrentarem as constantes oscilações que estão sujeitos ao longo da sua vida, com o objectivo de perpetuar e obter resultados em saúde.

As componentes da enfermagem em sala de colheita de sangue total estão relacionadas com a finalidade, sistema de valores, estrutura e os recursos disponíveis. A matéria-prima que entra nos cuidados de enfermagem em sala de colheita de sangue total é a própria pessoa humana, saudável que pelo seu altruísmo pretende ajudar o outro. No entanto, esta pessoa quer ser vista na sua totalidade e como indivíduo único dos cuidados de enfermagem em sala de colheita de sangue total.

O papel do enfermeiro é gerir os cuidados adequados ao dador em sala de colheita, dar resposta às suas expectativas e fazer ao mesmo tempo que este marketing com vista a que este bem escasso volte. Até há alguns anos, dizia-se que o recurso escasso era o capital financeiro, para colocar em prática esta finalidade que desse resposta a população humana e altruísta a possibilidade de dar sangue. Hoje o dinheiro é uma mercadoria. O bem escasso é o dador de sangue, de forma regular e altruísta.

O recurso escasso passou a ser o saber Goshal (2000:1), defende que devemos em vez da trilogia dos “3S” estratégia-estrutura-sistemas, “(...) deveremos centrar a gestão dos dadores e candidatos a dadores numa nova trilogia a dos ‘3P’ propósitos-processo-pessoas”.

A estratégia da dádiva de sangue, e da abordagem efectuada pelo enfermeiro em sala de colheita terá que mudar e apostar no saber, mudança de saberes. Segundo Rodrigues (2001:20), citando Mintzberg,“(...) não há nada permanente, excepto a mudança”. Esta frase traduz fielmente o que se vem verificando ao longo dos tempos a nível do planeta e da própria humanidade, fundamentalmente nesta era de globalização.

Existe cada vez mais um maior desenvolvimento dos sistemas de informação, que torna o homem cada vez mais exigente e leva a uma maior competitividade.

Os bancos de sangue têm assim necessidade de crescer e melhorar os cuidados de enfermagem que prestam ao dador. Para dar resposta a essa necessidade os enfermeiros terão por isso de o ouvir, ou seja conhecer as suas exigências e necessidades.

No entanto, os stocks de sangue não se mantêm equilibrada só com a satisfação dos dadores de sangue em sala de colheita de sangue total, tem que ter em consideração a fidelização a regularidade da dádiva. Nesta óptica, voltando novamente a Goshal (2000), este dá ênfase principalmente às pessoas (capital humano), o suporte da nova economia é o saber, saber esse que é produzido pelos recursos humanos das organizações, neste caso em particular na área da enfermagem, pois é ela que proporciona no dador a experiencia de dar sangue.

Com o desenvolvimento de ciências como a Psicologia, Biologia e Sociologia desenvolveram-se também as Teorias dos Sistemas e da Interação Simbólica, que serviram de contributo para a substituição da visão mecanicista do mundo por uma visão sistémica e interaccionista. Estas teorias serviram de base à construção de modelos que permitiram uma visão holística e humanística do Homem, que reconhecem a autonomia dos indivíduos e a necessidade de estabelecer uma relação produtiva e terapêutica entre os enfermeiros e os dadores de sangue.

Para que a enfermagem em sala de colheita seja produtiva é necessário envolver e motivar os profissionais para as metas a atingir. O termo motivação deriva do latim “movere”, designa o que impulsiona o comportamento, a base disparadora da acção, isto é, a ideia, necessidade, emoção ou condição espiritual/orgânica que impele a acção.

A motivação envolve esforço, persistência e metas, desejo pessoal de obter resultados. Segundo Chiavenato (2000:80) “(...) o motivo é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a

agir de determinada forma ou, pelo menos, dá origem a uma propensão, a um comportamento específico.”

Este impulso que leva à acção, pode ser provocado por um estímulo externo (proveniente do ambiente) e pode também ser gerado internamente nos processos de pensamento do indivíduo. Neste aspecto, a motivação está relacionada com o sistema de cognição. A resposta relativa à motivação é dada em termos de forças activas e impulsionadoras, forças estas que variam de indivíduo para indivíduo, produzindo diferentes padrões de comportamentos.

As necessidades e valores sociais também variam, assim como as capacidades para atingir objectivos. Para complicar ainda mais, as necessidades, os valores sociais e as capacidades variam no mesmo indivíduo conforme o tempo.

Apesar de todas estas diferenças, o processo que dinamiza o comportamento é mais ou menos semelhante para todas as pessoas, ou seja, embora os padrões de comportamento variem, o processo do qual eles resultam é basicamente o mesmo para todos os dadores de sangue total.

Segundo Chiavenato (2000:80) o comportamento é:

“1. Causado, ou seja, existe uma causalidade do comportamento. Tanto a hereditariedade como o meio ambiente influem decisivamente no comportamento das pessoas. O comportamento é causado por estímulos internos ou externos.

2. Motivado, ou seja, Em todo o comportamento existe sempre um impulso, um desejo, uma necessidade, uma tendência, expressões que servem para designar os motivos do comportamento.

3. Orientado para objectivos. Há uma finalidade em todo o comportamento humano. O comportamento não é casual nem aleatório, mas sempre orientado e dirigido para algum objectivo.”

Uma necessidade insatisfeita é o ponto de partida do processo de motivação. A necessidade insatisfeita causa tensão (física ou psicológica) no indivíduo, gerando impulsos que levam a um tipo de comportamento de busca para encontrar objectivos que possam satisfazer essa necessidade, e levar à redução da tensão.

A enfermagem em sala de colheita de sangue total poderá ser mais eficaz, mas isto parece ser possível apenas com uma maior responsabilização e não só com o controlo. Aparentemente é neste sentido que estão a evoluir as os objectivos do Centro Regional de Sangue de Lisboa.

Serão os cuidados de enfermagem em sala de colheita de sangue total os adequados e apropriados à fidelização dos dadores de sangue?

A resposta a esta pergunta não é de todo fácil. Passa essencialmente por uma consciencialização e formação deste paradigma. Os problemas são bem conhecidos e aparentemente estudados, então o que esperamos? Qual a melhor solução?

Pensamos que passará por tudo isto em conjunto, mas fundamentalmente passa pelo envolver todos os enfermeiros neste processo, e essencialmente responsabilizar os cidadãos pela tomada de consciência das opções que têm que tomar em conjunto pela sua saúde como comunidade alargada.

2 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO NO CENTRO REGIONAL SANGUE DE LISBOA

A generalização da prática da transfusão de sangue, em Portugal e no Mundo, ciência essencialmente deste século, como método terapêutico essencial, foi ganhando cada vez mais importância e intervenção no tratamento de doentes e sinistrados. Foi imperioso criar ordem nacional encorajando a dádiva de sangue na comunidade, orientando os diferentes actores intervenientes na transfusão e dar resposta às exigências e necessidades sentidas.

Assim, em 1958, através do Decreto-Lei n.º 414/58, de 2 de janeiro, é criada a primeira estrutura orgânica responsável pelo exercício da Medicina Transfusional, designada então por Instituto Nacional de Sangue (INS), entidade dependente do então Ministério do Interior – Direcção Geral da Assistência.

A partir daí, e com a emergência de novas doenças transmissíveis, como a sida, a investigação da ciência médica e o avanço tecnológico neste sector tiveram grande incremento, permitindo uma maior generalização e aperfeiçoamento da terapêutica transfusional. Também o desenvolvimento da estrutura de prestação de cuidados de saúde bem como a diferenciação e sofisticação das técnicas médicas e cirúrgicas realizadas, geraram necessidades crescentes em componentes sanguíneos.

Nesta sequência surge o Decreto-Lei n.º 294/90. de 21 de Setembro, criando e definindo atribuições e competências específicas ao Instituto Português do Sangue (IPS), antecedido pela Lei n.º 25/89, de 2 de Agosto, desenhando-se, assim, uma rede integrada de serviços, designada por Rede Nacional de Transfusão de Sangue (RNTS), com clarificação de funções operativas e assunção de responsabilidades que estão ou virão a estar destinadas a cada serviço.

Fica assim definida a estrutura do Serviço Nacional de Sangue que passa a ser composta pelos Serviços Centrais e Centros Regionais de Sangue (CRS) do IPS e Serviços de Imunohemoterapia Hospitalares (SIH). O universo descrito apresenta enormes desafios e constrangimentos no desenvolvimento da actividade que exigirá de todos os actores da Medicina Transfusional e do IPS, em particular, um conhecimento profundo das necessidades e potencialidades geradas, adoptando soluções científicas, técnicas e organizacionais, com utilização racional de recursos.

O IPS é um organismo central e personalizado do estado que se destina a planear, coordenar, orientar e fiscalizar, a nível nacional, as actividades públicas e privadas, relativas à promoção da dádiva de sangue, colheita, preparação, controle de qualidade, conservação, distribuição e administração de sangue e seus derivados, bem como o respectivo tratamento industrial, nomeadamente o seu fraccionamento. Compete-lhe, ainda, a função técnica de produção de componentes através dos CRS de Lisboa, Porto e Coimbra, que por sua vez executam, a nível regional, a política de sangue definida.

Aos serviços de Imunohemoterapia Hospitalares cabe-lhes a administração terapêutica do sangue aos doentes, garantindo elevado nível de qualidade e segurança do processo de transfusão.

Cada Centro Regional de Sangue tem regulamentada a sua área de actuação através da Portaria n.º 901/94 de 6 de Outubro.

2.1 - CENTRO REGIONAL DE SANGUE DE LISBOA

Ao CRSL, foi-lhe atribuído competências operacionais de educação e promoção da dádiva de sangue, de colheita, processamento, distribuição, supervisão técnica regional e de formação e aperfeiçoamento dos profissionais no domínio da medicina transfusional, dentro da sua área de actuação, que é coincidente com as Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

O CRS de Lisboa garante, assim, o fornecimento de unidades terapêuticas de sangue de elevada qualidade aos serviços de transfusionais, estabelecendo e desenvolvendo programas de educação para a dádiva e de colheita, com participação activa de equipas multidisciplinares junto da população da sua área de actuação. O mesmo é ainda responsável pelo apoio logístico e técnico em articulação com as organizações de dadores, numa parceria permanente da sua actividade, para que o doente disponha do sangue nos momentos críticos.

O sangue é composto por plasma, no qual se encontram em suspensão células especializadas, como são os glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas com funções específicas. Todas as células sanguíneas desenvolvem-se a partir de células precursoras ou progenitoras, produzidas principalmente pela medula óssea.

A necessidade dos diversos componentes de sangue tem vindo a aumentar a nível nacional, tendência essa, que também se verifica na área de influência do CRSL. Este aumento deve-se, principalmente, ao aumento da vida média da população, dado que é nas idades mais avançadas que se verifica o maior consumo, isto, tendo em conta a diminuição da utilização dos diversos componentes em diversas terapias.

Toda a cadeia percorrida pelo sangue e seus componentes está bastante regulamentada, através de Legislação Nacional e de Directivas da Comunidade Europeia, bem como foram estabelecidos procedimentos standard por instituições de referência a nível internacional, como é o caso da AABB (Associação Americana Bancos de Sangue). Esta área da saúde teve o seu “boom” em termos de legislação e de normalização de procedimentos a quando de diversos casos, a nível nacional e internacional, relacionados com a falta de segurança dos mesmos, casos esses, que prejudicaram a saúde dos receptores, o que é contra o conceito de utilização dos mesmos.

A legislação e normalização permitem minimizar erros no decorrer dos diversos processos inerentes à obtenção, produção e administração, o que proporciona o respectivo aumento da segurança e qualidade do produto.

No contexto sociocultural observa-se alguma diferença em relação à dádiva de sangue, algo que acontece, em grande parte devido a casos passados de falta de qualidade dos produtos, como pela não ocorrência, a nível nacional, de acontecimentos que levassem as pessoas a dar sangue, como foi o caso da II Guerra Mundial, da Guerra Civil de Espanha, ou mesmo dos atentados de 11 de Setembro de 2001 nos Estados Unidos da América.

Em termos tecnológicos não se tem verificado um desenvolvimento a grande velocidade, dado ser uma área em que é necessário um investimento elevado para a sua implementação. No entanto, face às evoluções tecnológicas, Portugal acompanha os parceiros europeus, nesse desenvolvimento e implementação.

2.2 - SÍNTESE OPERACIONAL DO CRSL

~200 Empregados;

~50 Enfermeiros;

Os seus clientes são dadores candidatos à dádiva de sangue;

Constituído por 1 Posto Fixo, 1 Posto Móvel e equipas Moveis para sessão de colheita de sangue;

Em 2004 recolheu 58578 dádivas de sangue total;

O número de candidatos é insuficiente para a administração;

Não dispõe de um departamento ou serviço de promoção da dádiva e comunicação;

Existem acções desconcentradas e não planeadas de promoção da dádiva;

Não dispõe de enfermeiros nem de orçamento específico para esta área;

Logo não existe avaliação ou monitorização das acções empreendidas.

2.3 – ANÁLISE SWOT DO CRSL

Para melhor se compreender as potencialidades e dificuldades da enfermagem em sala de colheita de sangue total procedemos a utilização da análise swot:

PONTOS FORTES:

- 1º Base de dados de dadores organizada, actualizada e funcionante;
- 2º Solidariedade do financiamento pelo Ministério da Saúde;
- 3º Rede de estabelecimentos de saúde cobrindo a totalidade do território;
- 4º Sentido de apropriação dos “serviços de saúde” pelas populações;
- 5º Existência de excelência e boas práticas;
- 6º Elevada qualificação técnica dos enfermeiros;

Este conjunto de pontos fortes, tem grande impacto, nas actividades desenvolvidas pelos enfermeiros no CRSL, a tendência é para melhorar no que diz respeito, a capacidade do CRSL atingir a auto-suficiência em poucos anos, desde que se melhore e utilize adequadamente o seu potencial em especial a capacidade da base de dados que não é explorada e o potencial dos enfermeiros na promoção da dádiva.

PONTOS FRACOS:

- 1º Dificuldades de articulação e coordenação estratégicas;
- 2º Insuficiente racionalidade na organização, gestão e funcionamento da promoção da Dádiva, bem como nas opções de investimento;
- 3º Problemas ou quase ausência de instrumentos aplicados que permitam avaliar e controlar e actividade de promoção e colheita;
- 4º Deficiente planeamento de recursos humanos com défices, excessos e má distribuição anual da colheita de sangue;

- 5º Escassez de profissionais qualificados nesta área, bem como pouca formação interna;
- 6º Sistemas de informação, comunicação e avaliação pouco desenvolvidos.

O impacto dos pontos fracos no CRSL é muito forte, devido este ser um organismo público, com grandes resistências à mudança, estrutura burocrática e poderes instalados muito forte, aqui esta um dos grandes desafios, para o sucesso da organização, contudo a tendência é para melhorar alguns destes pontos.

OPORTUNIDADES:

- 1º Potencial por explorar na área da promoção da dádiva e comunicação;
- 2º Grande expectativa social quanto às reformas do sector do sangue;
- 3º Algumas experiências inovadoras na enfermagem de outros países, com sucessos.
- 4º Lançamento das bases para o Sistema de Qualidade na saúde;
- 5º Decisão política (Assembleia da República e Governo) sobre a formação de profissionais para a saúde em matéria de dádiva de sangue;
- 6º Crescente apetência para o reforço de formas de participação do cidadão e do enfermeiro.

Ao nível das oportunidades, elas podem seguir a tendência da satisfação das necessidades de sangue, ou seja a auto-suficiência, no entanto o impacto destes, depende da melhoria dos pontos fracos atrás enumerados.

AMEAÇAS:

- 1º Insustentabilidade/ ruptura financeira;
- 2º Insustentabilidade social – perda de adesão por parte dos dadores activos, possíveis e potenciais dadores de sangue.
- 3º Carência do mercado, a curto/médio prazo, de alguns tipos de profissionais;
- 4º Desmotivação progressiva dos profissionais em especial dos enfermeiros e insensibilidade crescente às necessidades, expectativas e preferências dos cidadãos;
- 5º Redução do investimento na promoção da saúde, por efeito de “desvio” no fluxo financeiro para áreas tecnológicas de grande consumo de recursos;

Esta é uma questão fundamental, e que paira no ar em permanência, a da sustentabilidade financeira, e social, associada a falta de profissionais, e desmotivação

dos mesmos, poderá ter um impacto muito negativo, e fulcral que a tendência seja actual nos pontos fracos, para que se tenham medidas preventivas para enfrentar as ameaças.

2.4 - PIRÂMIDE CLIENTES

Importa compreender algumas definições para que possamos elaborar a pirâmide de clientes, na vertente do Dador de Sangue:

Dadores Activos

Ser candidato a dador pelo menos 1 vez no último ano;

Dadores Inactivos

Dador que não se candidata à dádiva há mais de 12 meses;

Potenciais Dadores

Pessoa que consultou informação sobre a dádiva de sangue, folhetos, cartazes, site, inquiriu outro dador activo, mas nunca deu sangue;

Prováveis Dadores

Jovens e adultos com mais de 18 anos, alvo de acções de sensibilização para a dádiva, ex. : universitários;

Resto Mundo

Nunca vão ser dadores de sangue.

2.5 - PIRÂMIDE DE DADORES DO CENTRO REGIONAL SANGUE DE LISBOA

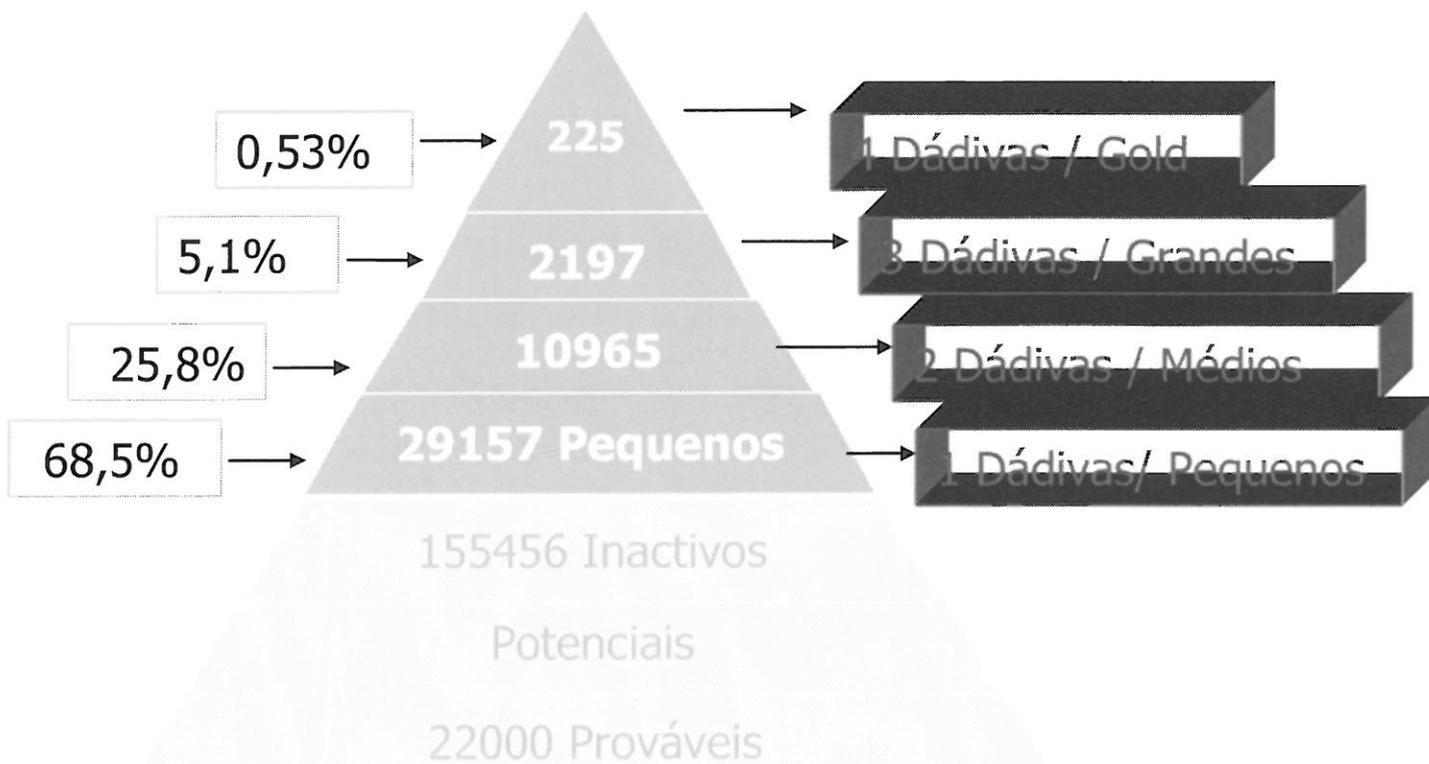


Gráfico n.º 1- Pirâmide de dadores do CRSL. Fonte: Dados cedidos pelo CRSL, Relatório de 2004.

O Centro Regional de Sangue apresenta um índice de dádiva por dador de sangue de 1,4 dádivas.

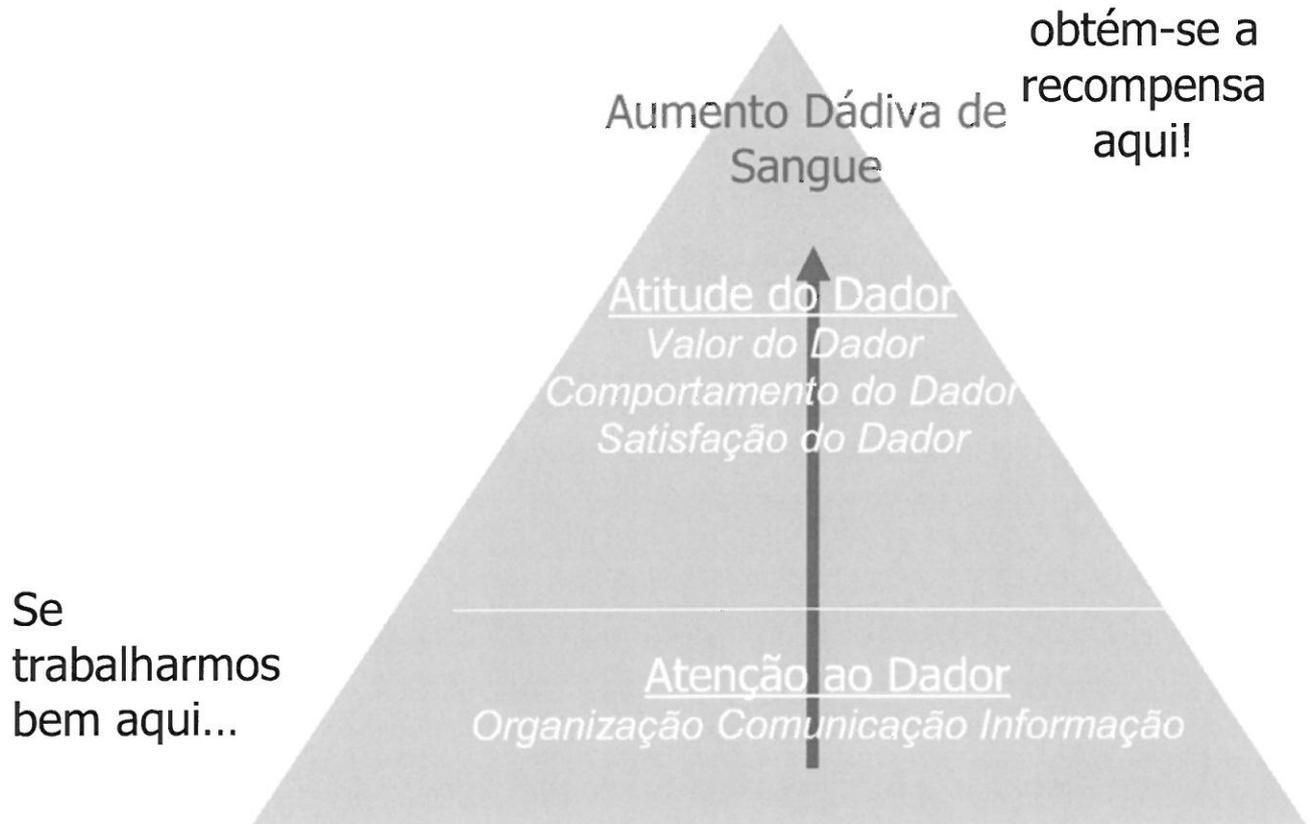
Para redução dos pontos fracos deve-se atender que:

- As equipas móveis de colheita estão preparadas para um mínimo de 50 dadores;
- Ou múltiplos destes valores por 25 ou 50 dadores, conforme grupo profissional.
- Faz todo o sentido que cada sessão de colheita móvel no exterior:
 - Seja trabalhada neste sentido, para rentabilizar as equipas no local;
 - Que se identifiquem os dadores activos, se trabalhem e façam subir na pirâmide;
 - Se reactivem dadores inactivos;
 - Se identifiquem os dadores potenciais e prováveis.
- Levar os dadores a atingir o patamar mais elevado possível!

Trabalhar a Atitude do Dador para potenciar os pontos fortes:

- Máximo de 4 dádivas por dador / ano.
- Necessário ter dadores informados dos critérios para a dádiva. Um dador que sucessivamente é recusado para a dádiva o seu valor é negativo.- Um dador regular, ainda que seja só 1 vez ano, é um cliente valioso.- Um dador satisfeito ou altamente satisfeito, faz saber junto dos seus pares sociais, que é dador de sangue e consegue novos candidatos a dador.- Ao melhorar e aumentar o relacionamento com os dadores, melhoramos a atitude destes.

2.6 - MODELO GESTÃO DE DADORES DE SANGUE



Medir, medir, medir e medir!

Gráfico n.º 2 - Modelo de gestão de dadores de sangue

É fundamental avaliar, monitorizar, cada um destes factores:

- Valor do dador
- Comportamento do dador
- Satisfação do Dador
- É fundamental focarmo-nos na Atenção ao Dador. Se trabalharmos correctamente a organização da dádiva, comunicação e informação, obtemos resultados positivos ou favoráveis ao nível da Atitude do Dador.
- E assim podemos geri-los!

Consequentemente:

Esta será a base da resposta para a criação do departamento de promoção da dádiva com enfermeiros:



Gráfico n.º 3 - Modelo de gestão de dadores de sangue para enfermeiros

O Modelo de CRM irá permitir aos enfermeiros:

- Preparar as sessões de colheita;
- Fazer o diagnóstico de situação global e de cada uma em particular;
- Tomar decisões de promoção da dádiva;
- Implementar esse plano;
- Avaliar a sua eficácia, favorecendo a melhoria contínua, para atingir os objectivos.

3 - RELACIONAMENTO DO DADOR / ENFERMEIRO EM SALA DE COLHEITA

A relação é um termo sobejamente interiorizado pelos enfermeiros seja qual for a área de intervenção que o enfermeiro esteja a desenvolver. Para compreendermos as necessidades dos dadores em cuidados de enfermagem na sala de colheita, bem como as suas expectativas procuramos saber junto alguns indicadores que consideramos importantes e que nos permitem avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao dador de sangue.

A nossa preocupação centrou-se na questão se “O Enfermeiro tem influência sobre a fidelização do Dador em sala de colheita?”

Com o objectivo de darmos resposta a esta nossa preocupação, procuramos desenvolver um estudo que nos possibilitasse ter dados no qual pudéssemos analisar e comparar os dados recolhidos através dos registos de enfermagem nas sessões de colheita de sangue (Anexo 1), realizadas no período de Janeiro a Setembro de 2005, e ao mesmo tempo cruza-las com a percepção do dador de sangue desses cuidados prestados no momento da dádiva.

Para efectuarmos esse cruzamento definimos uma amostra estratificada de 10% dadores de sangue total que frequentaram o posto fixo do Centro Regional de Sangue de Lisboa no mês de Setembro de 2005 (66 dadores). A colheita de dados foi efectuada por um enfermeiro com um inquérito por nós elaborado e testado (Anexo 2), através de entrevistas telefónicas uma semana após a dádiva de sangue.

3.1. - INDICADORES EM SALA DE COLHEITA

Da análise dos registos de enfermagem em sessão de colheita de sangue total seleccionamos alguns indicadores que consideramos pertinentes para a percepção do dador de sangue total da experiência que este vivenciou com o enfermeiro e que pode influenciar o seu regresso:

- O numero de dadores em que existiu dificuldade punção;
- O numero de dadores em que ocorreram reacções adversas durante a colheita;
- O numero de dadores em que ocorreram reacções adversas pós colheita;
- O numero de dadores em que existiram interrupções de colheita;

- O numero de dadores em que existiram segundas punções.

Desta análise à monitorização dos registos dos cuidados de enfermagem obtivemos os seguintes resultados:

Da dificuldade de punção por parte do enfermeiro que levou a uma impossibilidade de colheita tivemos 122 dadores aos quais não se obteve sucesso na punção, representa 0,27% do total de dadores aptos para colheita (45232 dadores aptos em triagem clínica).

O número de reacções adversas varia de acordo com a sua severidade, de acordo com a escala de classificação das reacções adversas da AABB (Associação Americana de Bancos de Sangue) 1999, como se pode observar na tabela seguinte:

Classificação das Reacções Adversas	
<i>(Segundo o Manual da AABB (1999))</i>	
Palidez Sudorese Tremor Referir Calor Frio Fraqueza Náusea Hipotensão ligeira	<i>RAD LIGEIRA</i>
Os anteriores + Vómito Hipotensão marcada (recuperação lenta necessidade medicação) Perda de consciência	<i>RAD MODERADA</i>
Os anteriores + Convulsão Cianose Relaxamento de esfínteres Paragem cardio-respiratória	<i>RAD GRAVE</i>

Tabela n.º 1 – Classificação das reacções adversas

Da monitorização das reacções adversas à dádiva de sangue total temos dois grupos de reacções adversas, as que ocorrem durante a dádiva e as que ocorrem pós dádiva (período imediato após a dádiva de sangue, ~30 minutos seguintes).

Durante a colheita podemos constatar que 0,75 % dos dadores aptos para colheita tiveram reacção adversa durante a colheita de sangue. Observamos também que 83% das reacções adversas na dádiva de sangue total são reacções ligeiras, ou seja

apresentaram pelo menos um dos sintomas enumerados na tabela para as RAD LIGEIRAS, relativamente ao total de dadores aptos para colheita, destes 0,62% teve uma reacção adversa ligeira durante a dádiva de sangue, como podemos constatar na tabela seguinte:

Reacção Adversa Dádiva	N.º	%
Ligeiras	265	0,62
Moderadas	47	0,11
Graves	8	0,02

Tabela n.º 2 – Reacções adversas à dádiva durante a colheita

Relativamente às RAD MODERADAS observamos um decréscimo considerável face ao total de reacções, isto por um lado pelo tipo de sintomas que o dador de sangue apresenta, por outro lado porque estas poderão ser evitadas na sua maioria pelo desempenho do enfermeiro treinado em sala de colheita de sangue total.

Relativamente às RAD GRAVES estas são pouco frequentes e representam um universo de 0,02 % ou seja temos uma média de uma reacção adversa grave por mês. Podemos constatar que a estas reacções graves apresentaram episódio de convulsão.

No período imediato após a dádiva de sangue constata-se uma maior incidência de reacções adversas, com 1,54% de ocorrência nos dadores pós dádiva de sangue. Também verifica-mos uma maior ocorrência de RAD LIGEIRAS com 82% das reacções adversas após a colheita de sangue. Tendo em conta o total de dadores aptos para colheita, este valor sobe para 1,26% comparativamente.

Reacções Adversas	Ligeiras	Moderadas	Graves
N.º	538	96	23
%	1,26	0,23	0,05

Tabela n.º 3 – Reacções adversas à dádiva após a colheita

As Reacções moderadas e graves no período pós colheita tem uma representatividade de 0,23% e 0,05% respectivamente.

Analisando o conjunto dos dois tipos de reacções adversas na dádiva de sangue verificamos que 2,29% dos dadores aptos para colheita de sangue total tiveram ou experienciaram um tipo de reacção adversa à dádiva de sangue.

Quando pretendemos avaliar o motivo pelos quais não foi possível concluir a colheita de sangue temos que considerar várias variáveis que levam a essa interrupção, são elas em especial e por ordem de grandeza, o baixo débito que o dador apresenta na veia seleccionada pelo enfermeiro, as reacções adversas que ocorrem durante a colheita de sangue, o aparecimento de coágulos que podem ocorrer em especial quando temos colheitas lentas, ou mesmo o aparecimento de hematoma durante a colheita de sangue, como se pode observar na tabela seguinte:

Interrupção	Nº	%
RAD Durante Colheita	320	0,75
Hematoma	127	0,30
B. Débito	454	1,07
Coágulo	295	0,69
P. Arterial	1	0
Deficiência de Material	2	0
TOTAL	1199	2,7

Tabela n.º 4 – Motivos de interrupção da colheita

No total de interrupções temos 1199 dadores que não concluíram a sua dádiva ou seja 2,7% dos dadores aptos para colheita não concluíram a sua dádiva.

Quando por algum motivo o enfermeiro não obteve sucesso na punção da veia seleccionada, e se o dador tem outro acesso possível de ser puncionado, com a concordância deste, procede-se a uma segunda punção. O número de dadores em que existiram segundas punções foi de 340, ou seja representa 0,77% do total de dadores que iniciaram colheita de sangue.

3.2. – RESULTADO DOS INQUERITOS

Da colheita de dados efectuada a 66 dadores apresentamos aqui alguns aspectos que nos parecem importantes. Relativamente ao **acolhimento** quando questionados os dadores sobre a impressão que ficaram no primeiro contacto com o enfermeiro, como se pode verificar na tabela seguinte a totalidade diz que foi boa ou muito boa.

	Muito Boa	Boa	Razoável	Má	Muito Má	%
1º Contacto que impressão ficou?	36	30	0	0	0	100

Tabela n.º 5 – Acolhimento de enfermagem

Na mesma entrevista questionamos os dadores se consideraram que os enfermeiros que estavam na sala de colheita, trabalhavam com satisfação? Como se observa na tabela seguinte dos inquiridos 66% refere que estavam totalmente satisfeitos, no entanto 34% refere que estavam parcialmente satisfeitos, nenhum refere ausência de satisfação no trabalho dos enfermeiros.

	Total Satisfação	Parcial Satisfação	Indiferente	Parcial e total Insatisfação	%
Enfermeiros trabalham com satisfação?	44	12	0	0	66
Agradou a forma como foi atendido?	66	0	0	0	100

Tabela n.º 6 – Satisfação do enfermeiro

Quando questionados sobre a forma como foram atendidos a totalidade refere que se encontra totalmente satisfeito com o atendimento por parte do enfermeiro, como se verifica na tabela anterior.

Relativamente às características que consideram ser mais relevantes na atitude do enfermeiro que se encontrava na sala de colheita, a maioria salienta o facto dos enfermeiros estarem bem dispostos (60%) e serem simpáticos (33%), como observamos no gráfico seguinte onde se demonstram algumas características possíveis no comportamento do enfermeiro.

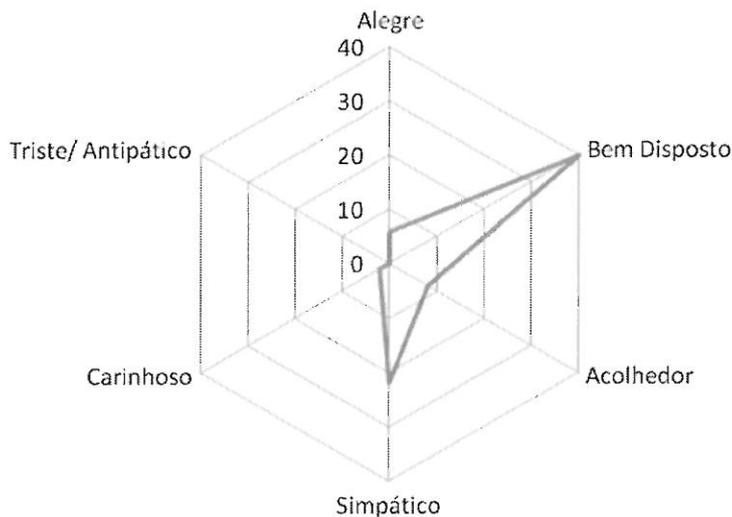


Gráfico n.º 4 – Características do enfermeiro

Quando passamos para o campo da **disponibilidade** do enfermeiro na sala de colheita, os dadores referem que o enfermeiro esteve sempre disponível durante o período na sala de colheita, referem que o enfermeiro prestou sempre a atenção necessária, referem que sentiram sempre à vontade para questionar o enfermeiro.

Relativamente à **organização dos cuidados** de enfermagem, 100% dos dadores considera que o **ensino efectuado** pelos enfermeiros é sempre **importante** e que o **ensino foi adequado** às suas necessidades.

Ao questionar se consideram importante que a colheita de sangue seja feita por enfermeiros 85% considera importante ou muito importante, 15% refere ser indiferente.

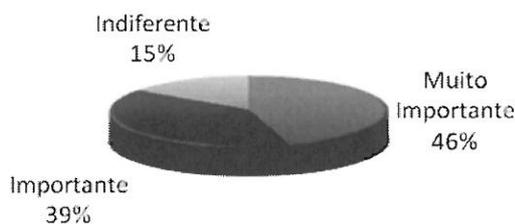


Gráfico n.º 5 – Importância da colheita ser efectuada por enfermeiro

No campo da competência profissional a totalidade dos dadores (100%) considera que o enfermeiro utilizou uma linguagem adequada quando o atendeu. Referem que todos os enfermeiros se preocuparam com o seu bem-estar, referem que todos os enfermeiros se preocuparam em lhes explicar os cuidados que devem ter após a dádiva de sangue, todos referem que o enfermeiro através do seu desempenho profissional os motivou para continuar a dar sangue, como se pode observar no gráfico seguinte:

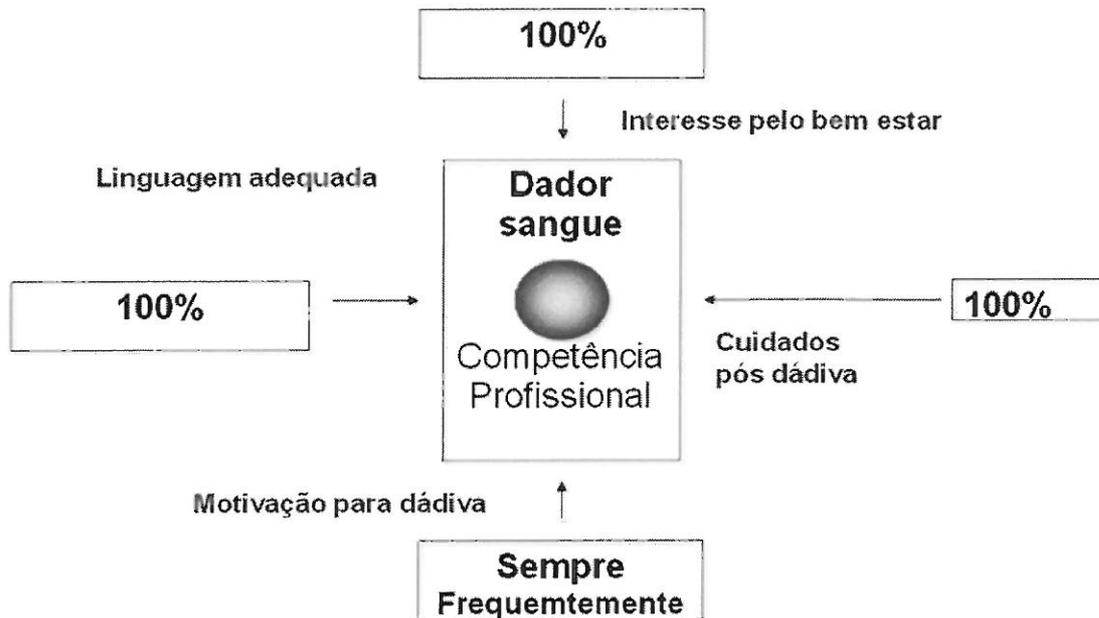


Gráfico n.º 6 – Competência profissional do enfermeiro

Podemos constatar uma satisfação global de todos os dadores de sangue total.

4 – CONCLUSÃO

A par de um crescimento lento da dívida de sangue, sempre que se consideram sectores que contam com elevados valores de cidadania (são mais os que não se predispõem à dívida do que os que voluntariamente contribuem para a causa), os valores elevados condicionam os resultados a curto prazo, mas proporcionam perspectivas estratégicas visionárias.

Após alguns dias de reflexões, onde se afloraram diversas ideias que enobreceram o resultado final deste trabalho, chegámos à conclusão que Sun Tzu (2002) foi um iluminado, porque na enfermagem temos que trabalhar como se estivéssemos envolvidos em manobras militares.

Adaptadas ao Centro Regional de Sangue de Lisboa e porque concordamos com actual corrente estratégica, temos a ousadia de citar Sun Tzu (2002):

“Preso com montanhas pela frente, rios à retaguarda e mantimentos esgotados, é situação em que é vantajoso agir com rapidez, é perigoso protelar-se.”

O CRSL privilegia a relação directa com o cliente – Dador de Sangue, através de cadeias de sessões de colheita próximo dos dadores, há muito que se procura encurtar a distância entre dador e CRSL, o que pode ser conseguido através deste do relacionamento de enfermeiro e dador de sangue.

Nos tempos que correm, “candeia que vai à frente ilumina duas vezes”, o CRSL pela sua implementação no terreno, com uma rede de sessões de colheita que abrange grande parte da sua área de influência, citando novamente Sun Tzu (2002):

“O que depende de mim posso fazer. O que depende do inimigo não está nas minhas mãos... A invencibilidade está na defesa; a possibilidade de vitória está no ataque.”

Face a esta situação, para manter o crescimento da dívida, o CRSL deverá apostar numa resposta rápida, personalizada, através de:

1 – Potenciar o trabalho desenvolvido e a preparação adquirida pelo enfermeiros para a promoção da dádiva de sangue, logo é preciso apostar na inovação e numa comunicação integrada recorrendo à implementação dum modelo de gestão de dadores gerido por enfermeiros.

Para Sun Tzu (2002) “O facto de um exército aguentar um ataque inimigo, sem ser derrotado, depende dos movimentos das tropas especiais e normais”

2 - Apostar num envolvimento directo do enfermeiros com os dadores, nomeadamente através de acções de educação para a saúde, que cativem o visitante (potencial dador) a voltar ao a visitar-nos.

Sun Tzu (2002) diz-nos que “Se não se ajustar o auxílio dos vizinhos e não se criarem planos, baseados em conveniências, mas sim em benefício dos próprios objectivos, ter-se-á de contar apenas com a força de militar própria para intimidar a nação inimiga, após o que as suas cidades podem ser capturadas e o seu estado derrubado:”

O desenvolvimento do relacionamento enfermeiro/dador, ou seja, através da recolha de dados dos Dadores / Potenciais Dadores irá percepçionar melhor o seu comportamento, podendo oferecer serviços que irão ao encontro das necessidades dos dadores; tendo uma maior orientação do CRSL para o dador, convidando-o a uma resposta rápida às variações da procura.

Sun Tzu (2002) refere ainda que “Aquele que se revela superior na resolução de dificuldades, fá-lo antes de elas surgirem. Aquele que se revela superior no vencer os inimigos, triunfa antes de as ameaças começarem.”

A enfermagem com o trabalho desenvolvido e demonstrado nos indicadores atrás referidos e na percepção dos dadores desse mesmo trabalho referidos nas entrevistas por nós realizadas e apresentadas, bem como a complementaridade entre os serviços disponibilizados pelo CRSL, permitirá antecipar estratégias e táticas de modo eficaz e eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHIAVENATO, Idalberto, *Recursos Humanos*, Editora Compacta, 6ª Edição, São Paulo, 2000.

COSTA, M. Arminda – *Enfermeiros: Dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados*, Ed. Fim de Século, Lisboa, 1998.

DANZON, Patrícia M., “Indústria dos Cuidados de Saúde”, in *Enciclopédia de Economia*, Principia, Cascais, 2001, pp. 794-802.

FREDERICO, Manuela e Leitão, *Administração para Enfermeiros*, Edições Sinais Vitais, 1ª Edição, Coimbra, 1999.

GOSHAL, Sumantra, “Sloan Management”. in *Revista Portuguesa de Gestão*, 2000.

RODRIGUES, Jorge Nascimento, “O novo Manifesto”, *Executive Digest*, Janeiro, 2001.

SOUZA J. A., “É o Estado que maltrata o sistema de saúde”, *Jornal de Notícias*, 7 de Junho de 2002.

SUN TZU, *A Arte da Guerra*. (Lionel Giles, trad.). Editora Europa-América. (Obra original escrita entre 400 a.C. e 320 a.C.) (2002).