

# Ações, responsabilidades e desafios para a gestão de serviços hemoterápicos no âmbito municipal

*Actions, responsibilities and challenges for the management of hemotherapy services at the municipal level*

Carina da Silva de Sousa<sup>1</sup>, Mariluce Karla Bomfim de Souza<sup>2</sup>

**RESUMO** Este estudo discute as estratégias, ações e desafios para a organização/implementação dos serviços relacionados com a Política de Sangue, a partir da perspectiva de gestores, com ênfase na hemoterapia. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de natureza descritiva e exploratória, do qual participaram gestores da saúde de dois municípios da Bahia de diferentes serviços e níveis de atenção. Os resultados produzidos a partir das entrevistas e dos documentos foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo. Foi possível observar que as questões relativas à política de sangue enfrentam dificuldades e desafios para sua efetiva implementação, sendo um desses desafios a limitada articulação interfederativa, com baixa participação da gestão municipal na implementação das ações, especialmente no que se refere à hemoterapia, tendo o estado atuação majoritária. Considera-se, com este estudo, a possibilidade de discussão acerca das diversas dificuldades e dos desafios enfrentados pelos gestores para organização/implementação da assistência hemoterápica, tendo em vista a superação dos mesmos, bem como o estímulo à reflexão sobre a atuação da gestão no âmbito municipal, considerando os princípios da descentralização e regionalização na saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Organização e administração. Gestão em saúde. Serviço de hemoterapia. Sangue.

**ABSTRACT** *This study discusses the strategies, actions and challenges for the organization/implementation of services related to the Blood Policy from the perspective of managers, with emphasis on hemotherapy. It is a qualitative study of a descriptive and exploratory nature, in which health managers from two municipalities of Bahia participated in different services and levels of care. The results produced from the interviews and the documents were analyzed using the technique of content analysis. It was possible to observe that issues related to blood policy face difficulties and challenges for its effective implementation, one of these challenges being the limited interfederative articulation, with a low participation of municipal management in the implementation of actions, especially regarding hemotherapy, which finds in the state the majority of action. It is considered, with this study, the possibility of discussing the various difficulties and challenges faced by managers for the organization/implementation of hemotherapy assistance, with a view to overcoming them, as well as stimulating reflection on the performance of management in municipal level, considering the principles of decentralization and regionalization in health.*

**KEYWORDS** *Organization and administration. Health management. Hemotherapy service. Blood.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. carinasousaufba@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. marilucejbv@yahoo.com.br

## Introdução

As ações referentes à área de sangue, componentes e seus derivados estão incluídas no escopo das atribuições e responsabilidades dos entes federativos para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), respaldadas pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. A inclusão de tais competências no SUS se deu pela necessidade de regulamentação das práticas relacionadas com o sangue, impulsionada pelo relevo a essas questões, dada a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) surgida na década 1980 e ao risco de contaminação por meio da transfusão sanguínea. Concernente a tais fatos e contexto, a Política de Sangue e Hemoderivados, de 1965, foi revogada pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001.

A Lei nº 10.205/2001 que orienta as práticas relacionadas com o sangue tem como finalidade garantir a autossuficiência do País e a segurança do processo transfusional dos pacientes e doadores, bem como assegurar a assistência às pessoas com doenças hematológicas e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis de governo<sup>1</sup>. Os objetivos dessa política, em congruência com o escopo do SUS, perpassam por ações que vão desde a promoção da saúde e prevenção do risco, por exemplo, quando garante a segurança dos procedimentos, tanto para o doador quanto para o receptor, até o tratamento e reabilitação, quando se trata das doenças hematológicas.

Os serviços e ações que constituem a Política de Sangue no Brasil se distribuem pelos distintos níveis de atenção do SUS e podem estar relacionados em históricos de doenças hematológicas e necessidades hemoterápicas. No âmbito da hematologia, doenças graves e doenças benignas estão incluídas no escopo da atenção hematológica, entre essas, as doenças onco-hematológicas (ex.: leucemias, linfomas, mieloma múltiplo), a doença falciforme e as coagulopatias

hereditárias. No âmbito da hemoterapia, estão as atividades relacionadas com o ciclo do sangue<sup>2</sup>, nesse aspecto, há que se destacar a segurança do processo transfusional, influenciada pelos avanços nos marcos legais e, em especial, pela criação da política que orienta a prática nesses serviços e

[...] instituição de um sistema nacional de vigilância sanitária com poder fiscalizatório legitimado para garantia de sangue em quantidade, qualidade, segurança e em tempo oportuno à população<sup>3(333)</sup>.

Assim, para o desenvolvimento das ações hemoterápicas e hematológicas que assegurem o cumprimento das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, estão postas ações e responsabilidades dos poderes públicos da saúde em todos os níveis de governo, apontando para a importância dos gestores de saúde como protagonistas nesse processo, os quais devem articular saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas<sup>4</sup> e de estratégias para o enfrentamento dos desafios do cotidiano.

Nesse sentido, decorridas mais de uma década desde a publicação da Política de Sangue no Brasil, cabe trazer à reflexão e à discussão as estratégias e os desafios para a sua implementação. Desse modo, questiona-se: quais estratégias, ações e serviços têm sido desenvolvidos pelos gestores para implementar e assegurar a assistência hemoterápica e demais ações relacionadas à Política de Sangue? Quais desafios os gestores têm enfrentado para a organização e implementação da assistência hemoterápica no âmbito municipal e no contexto da regionalização?

Destarte, constitui objetivo deste artigo: discutir estratégias, ações e desafios para a organização/implementação dos serviços relacionados com a Política de Sangue a partir da perspectiva de gestores, com ênfase na hemoterapia. Nesse sentido, registra-se a importância de problematizar e refletir sobre

a atuação da gestão municipal na implementação da política, considerando que tais ações são operacionalizadas no âmbito municipal, na perspectiva da descentralização, e com abrangência regional, no contexto da regionalização.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa<sup>5</sup> e de natureza descritiva e exploratória realizada em dois municípios brasileiros localizados na região Nordeste.

O Município X (MX) e o Município Z (MZ) dispõem de serviços de saúde dos distintos níveis de atenção, bem como alocam serviços hemoterápicos públicos de complexidades distintas: Hemocentro, Unidade de Coleta e Transfusão e Unidades de Coleta.

Para a produção dos achados, foram utilizadas duas técnicas qualitativas, a saber: a entrevista semiestruturada<sup>5</sup> e a análise documental<sup>6</sup>. Sobre a primeira, foram entrevistados nove gestores – E1, E2... E9, aqui identificados como ‘gestores municipais’ – das respectivas Secretarias Municipais da Saúde (SMS), dos níveis de atenção básica, especializada, além da vigilância sanitária – e ‘gestores dos serviços hemoterápicos’ – de vinculação ao nível estadual, nos dois municípios mencionados.

Para a análise documental, foram considerados os documentos disponibilizados correspondentes ao último período de gestão municipal (2013-2016) e do primeiro trimestre de 2017: Plano Municipal de Saúde (2014-2017) – Doc1X, Doc1Z, respectivamente dos municípios X e Z; Plano plurianual (2014-2017) – Doc2X, Doc2Z; Relatórios de gestão (2013, 2014, 2015, 2016) – Doc3X, Doc3Z, Doc4X, Doc4Z, Doc5X, Doc5Z, Doc6X, Doc6Z respectivamente; Atas das reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (2013 a junho de 2017) – Doc7X, Doc7Z; e Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (2013 a junho de 2017) – Doc8Z. As atas do Conselho do MX não foram disponibilizadas em tempo para análise.

A análise dos achados produzidos a partir das entrevistas e obtidos a partir dos registros dos documentos foi baseada na análise de conteúdo, utilizando uma das modalidades em que essa técnica se desdobra: a análise temática. Esta, segundo Minayo,

consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado<sup>5(316)</sup>.

Este estudo atende a um dos objetivos da pesquisa sobre ‘Estratégias e desafios da gestão em saúde para a organização dos serviços hemoterápicos em municípios do estado da Bahia’<sup>7</sup>, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia (UFBA), conforme parecer nº 1.466.768 e CAAE nº 47155315.4.0000.5030; e, também, pelo Comitê de Ética de uma instituição coparticipante, conforme CAAE nº 47155315.4.3001.0047.

## Análise e discussão dos resultados

Com base nos achados, segue a discussão das três categorias, a saber: conhecimento sobre a política; gestão, oferta e acesso aos serviços hemoterápicos; e dificuldades e desafios para a implementação de ações e serviços relacionados com a Política de Sangue.

### A Política de Sangue, Componentes e Hemoderivados a partir da perspectiva de profissionais e gestores de saúde

Em observância ao conhecimento da política, nota-se que, majoritariamente, há um desconhecimento dessa política pelos gestores municipais, não cabendo tal assertiva aos gestores de serviços hemoterápicos.

No município X, todos os gestores municipais afirmaram total desconhecimento sobre a política nacional, enquanto no município Z, alguns dos gestores referiram ter ciência de sua existência, no entanto afirmaram não ter conhecimento quanto ao seu conteúdo, suas diretrizes para o processo de trabalho e especificações das responsabilidades dos entes federados (E5).

Os gestores dos serviços hemoterápicos em ambos os municípios demonstraram maior domínio sobre esse aspecto, apontando princípios e diretrizes da política, citando-a enquanto responsável por definir a forma que a assistência será conduzida (E3). Esse fato, possivelmente, guarda relação com o tipo de serviço que atuam, estando diretamente ligada à área da temática que esse estudo se propôs.

Entende-se que o conhecimento pelos gestores e profissionais de saúde sobre a política é de fundamental importância para o desenvolvimento e efetivação das ações e, por outro lado, o seu desconhecimento, em especial pelos gestores dos serviços e diretorias/coordenações da SMS, denota o distanciamento de ações conduzidas por esse ente federado. No entanto, no contexto da descentralização, à gestão municipal é atribuída a responsabilidade na efetivação das ações do sistema único; e, no que se refere a política de sangue, a legislação que a orienta, apesar de estabelecer o serviço estadual como referência para coordenação dos serviços hemoterápicos, não isenta a participação da esfera municipal, na garantia aos seus municípios do acesso ao sangue e hemocomponentes de forma segura e com qualidade<sup>8</sup>.

Os documentos oficiais que regem sobre a política de Sangue no Brasil (Lei nº 1.0205 e Decreto nº 3.990/2011) determinam como seus princípios e diretrizes: a universalização do atendimento à população; utilização exclusiva da doação voluntária e não remunerada do sangue; incentivo por parte do poder público quanto à doação. Também referem sua finalidade por regulamentar as

ações relacionadas com a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e estabelecer o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades<sup>8</sup>. Em geral, os princípios, diretrizes e finalidades que nortearão as ações das políticas são definidos nas etapas iniciais do ciclo das políticas, que incluem a entrada na agenda e sua formulação<sup>9</sup>, assim como o conjunto das ações governamentais são pactuados no momento de sua formulação<sup>10</sup>.

### **Gestão, oferta e acesso aos serviços hemoterápicos em duas realidades municipais do Nordeste**

A atuação do Hemocentro Coordenador (HC) do estado foi reconhecida por todos os participantes quanto à coordenação das ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, sendo citado como serviço de referência para todo o estado, em contrapartida, não foram referidas ações na área de hemoterapia coordenadas pela gestão municipal. No município X, dois dos entrevistados da esfera municipal referiram desconhecer ações hemoterápicas coordenadas pelo nível municipal, já um dos gestores, pertencente à esfera estadual, afirmou a inexistência de oferta desse tipo de serviço por parte do município. Semelhantemente, no município Z, os gestores municipais referem o desconhecimento de ações hemoterápicas coordenadas pela gestão municipal.

A responsabilidade assumida pela esfera estadual na coordenação dos serviços é dada pela organização dos níveis de complexidade definidos pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 151, atribuindo ao HC, de âmbito estadual, como referência para todo o estado. Aos municípios, entre as suas atribuições, de acordo a legislação que orienta a política, incluem: formular, juntamente com o estado, a política estadual de sangue, componentes e hemoderivados; coordenar, em seu território, as ações na área

de sangue, componentes e hemoderivados; adequar, em articulação com os estados, os parâmetros assistenciais do plano diretor municipal de sangue, componentes e hemoderivados; garantir o acesso da população de sua área de abrangência à assistência hemoterápica; garantir a assistência à saúde dos portadores de doenças hematológicas, pactuando com o estado as referências e contrarreferências; alimentar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue e hemoderivados<sup>8</sup>.

Algumas ações na área de sangue, coordenadas pelo município e que foram mencionadas, referem-se àquelas do serviço hematológico, por meio da disponibilização de hematologista na rede especializada municipal, sendo citada a existência de articulação com o HC para esse tipo de serviço, especialmente quando há necessidade do uso do hemocomponente como, por exemplo, para os pacientes falcêmicos, como citado pelo entrevistado E5:

*Tem pessoas que frequentam os ambulatórios especializados que tem doença falciforme e precisam fazer a transfusão, então tem esse processo de encaminhamento e de diálogo.*

Quanto à assistência hemoterápica, nota-se que não há uma percepção dos entrevistados referente às ações sob responsabilidade dos municípios nessa área, sendo a assunção dessas responsabilidades, majoritariamente, da gestão estadual.

No que se refere às ações e serviços relacionados com tal política mencionados nos documentos analisados dos dois municípios, sublinha-se que os achados foram restritos. Foi possível observar que raras ações versam sobre a hemoterapia, sendo que a maior parte trata das ações voltadas para a hematologia, com destaque à doença falciforme. No Doc1X, em que está apresentado um quadro com a quantificação de procedimentos realizados no município, entre eles a “coleta de sangue para transfusão e seus hemocomponentes”, enquanto

nos Doc1Z, assim como no Doc2X, não foram encontradas referências a tais termos. Algumas menções foram feitas exclusivamente no que se refere à atenção aos portadores de doença falciforme, no Doc2Z, por exemplo, identifica-se a previsão de ações voltadas para “*implementação do Programa de Atenção Integral aos Portadores de Anemia Falciforme*”.

Foram identificadas ações realizadas e outras com desenvolvimento previsto, tais como palestras (Doc3X), implementação da Vigilância Epidemiológica da Anemia Falciforme (Doc3Z) e a capacitação de profissionais para o diagnóstico da Anemia Falciforme (Doc4X). No Doc4Z, as abordagens versaram sobre: investimentos em implantação nos serviços de atendimento médico com diversas especialidades, entre elas, o hematologista; aumento do atendimento à anemia falciforme nas unidades básicas; ampliação do acesso aos procedimentos de média e alta complexidade para esses pacientes e implantação da Linha de Cuidado para Doença Falciforme. A abordagem voltada para o atendimento a esse público com “*garantia de oferta do exame de Doppler transcraniano*” também foi citada nos Doc5X e Doc6X, além dos “*processos de encaminhamento*” para realização desses exames ofertados pela rede estadual e a “*garantia do acompanhamento de 100% dos bebês com doença falciforme cadastrados*” (Doc5X). Nesse aspecto, nota-se a articulação do trabalho da gestão municipal com a gestão estadual, incluindo envio de lista nominal desses pacientes para o serviço de referência.

Nos documentos que dizem respeito às atas de reuniões colegiadas, foi possível identificar que uma das pautas se refere à hemoterapia, no entanto, entre os achados dos registros, sua maioria refere-se também à anemia falciforme. Segundo o Doc7Z, há previsão de que seja “*construído um serviço de hemoterapia pela iniciativa privada, mas que será credenciada pelo Estado*”, o registro afirma ainda que “*a proposta aprovada será encaminhada para a CIB/BA*”, enquanto no Doc7X não foram encontradas ações relacionadas.

Destaca-se, no Doc8Z, a discussão sobre

a oferta de hemocomponente, os trechos demonstram uma preocupação com a disponibilidade de bolsa no período do carnaval, visto que se trata de um evento de massa no qual aumenta o fluxo de pessoas na cidade e há ainda possibilidade de situações emergenciais, vide trecho a seguir: *“não existem bolsas de sangue na cidade capaz de atender uma emergência maior”*. Acrescenta-se a necessidade de estimular a doação de sangue (Doc8Z), e sobre isso, um dos atores afirma que este *“é um trabalho que deve ser educativo ao longo do ano”*.

A ampla discussão sobre aspectos voltados para hematologia, com foco na doença falciforme, pode estar relacionada com as pressões advindas da sociedade civil organizada, a exemplo dos movimentos sociais e, em diferente grau, da influência de um modelo de atenção à saúde centrado na doença. A pouca ênfase aos elementos relativos à hemoterapia nesses municípios pode estar relacionada com a falta de prioridade e (des)cumprimento das responsabilidades pela Política de Sangue no âmbito municipal/regional e/ou com o desconhecimento dos conselheiros e representantes sobre a importância do sangue enquanto recurso fundamental à redução do risco de morte e prevenção de complicações desencadeadas por grandes traumas e outras situações de emergência, além do suporte terapêutico às pessoas com doenças hematológicas.

Na perspectiva de organização das ações e serviços hemoterápicos, cabe destacar os seguintes aspectos: planejamento, sistemas de informação, avaliação e gestão da qualidade.

No que tange ao planejamento, Merhy<sup>11</sup> o aponta como um importante instrumento nos processos de gestão e que, no contexto das ações dos serviços hemoterápicos, ele pode contribuir para melhoria do acesso da população a tais serviços e assegurar a disponibilidade de oferta do hemocomponente. No município X, particularmente, foi adotada pela gestão do serviço uma estratégia para programação do uso do hemocomponente com a criação

de uma relação dos pacientes de fenótipo identificado (E3).

O uso de sistemas de informações na área de sangue foi mencionado por alguns dos gestores como instrumentos que auxiliam o planejamento e a avaliação. No município Z, um dos entrevistados citou o uso de dados do sistema para acompanhamento das ações desenvolvidas e identificação do nível de produção que está sendo realizado a fim de programar a necessidade de insumos do ano subsequente (E8). No município X, o uso do Hemoprod foi referido para avaliar e identificar *“se a demanda está sendo atendida”* (E3), no entanto, destacou sua fragilidade por se tratar de um sistema antigo, tornando-o insuficiente para atender às necessidades atuais.

Os parâmetros assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que visam a programação das ações<sup>12</sup>, são desconhecidos dos gestores da saúde do âmbito municipal (incluídos nesse grupo aqueles gestores das coordenações da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade) que participaram deste estudo, pois, ao serem questionados sobre tais parâmetros, as respostas se deram de maneira imprecisa, não os especificando para a área do sangue e hemoderivados.

Quanto à promoção de capacitações do corpo profissional, os gestores da SMS afirmaram desconhecer e/ou não participar de estratégias de capacitações, ou ainda responder de forma generalizada, não especificando a capacitação para área do sangue. Desse modo, é possível notar ausência da participação ou fomento dessas ações no âmbito municipal. Os gestores dos serviços hemoterápicos afirmaram haver capacitações e que elas são realizadas pela gestão estadual, sendo ofertadas para toda Rede Nacional de Serviços de Hematologia e Hemoterapia (Hemorrede) (E3; E7; E8), sendo, de modo geral, realizadas no HC. Além disso, alguns desses gestores mencionaram a realização da educação permanente na rotina dos serviços.

A educação permanente é referida na Constituição Federal como parte do escopo

das atribuições do SUS<sup>13</sup>, e na área de sangue, com vistas à garantia da qualidade e segurança na assistência hemoterápica, o Decreto nº 3.990/2011 atribui como competência da gestão a capacitação dos recursos humanos para essa área<sup>8</sup>. Acredita-se que, por meio da educação permanente, enquanto prática que resulta na produção de conhecimentos nas instituições de saúde<sup>14</sup>, seja possível estabelecer padrões de atendimento e procedimentos e segurança dos processos, tanto para o doador quanto para o profissional, além de ser primordial em caso de incorporação de nova(s) metodologia(s) de trabalho caso necessário<sup>15</sup>.

## Dificuldades e desafios para a implementação de ações e serviços relacionados com a Política de Sangue

Entre as dificuldades e os desafios identificados a partir das realidades municipais analisadas (*quadro 1*), é possível relacioná-los à complexidade do próprio objeto, bem como às ações voltadas para a discussão e responsabilização dos gestores no desenvolvimento da Política de Sangue e à disposição de recursos para a implementação das ações e serviços relacionados.

Quadro 1. Dificuldades e desafios relacionados com o desenvolvimento de ações e serviços relativos à Política de Sangue em âmbito municipal

Dificuldades e desafios	Evidências	E*
Relacionados com a complexidade do objeto 'sangue'	- Subjetividade do 'sangue' enquanto objeto de trabalho; - Ausência de campanhas efetivas e dificuldades para a adesão/fidelização de doadores para o aumento da captação e garantia da oferta do hemocomponente em tempo hábil;	E3; E7
Relacionados com a discussão e responsabilização dos gestores no desenvolvimento da Política de Sangue	- Priorização da implementação da política; - Ampliação da discussão da política no município nos diversos níveis de atenção; - Articulação e responsabilização de ações nos âmbitos municipal e estadual;	E2; E6; E5 E2; E4; E6
Relacionados com a disposição de recursos para a implementação das ações e serviços referentes à Política de Sangue	- Capacidade instalada com restrição de recursos físicos e equipamentos sem manutenção preventiva; - Precarização dos vínculos, inexistência de quadro qualificado pela rotatividade das equipes e número de profissionais insatisfatório.	E3; E7

Fonte: Relatos das entrevistas.

\*E - entrevistado(a).

Quanto à subjetividade do objeto, o entrevistado E3 menciona que aspectos culturais ou de experiências passadas influenciam na percepção do indivíduo. Nessa perspectiva, o sangue pode representar algo bom ou ruim, e completa dizendo que, na sociedade, o sangue ainda é visto de forma negativa, e não como algo que pode salvar a vida de alguém:

*A gente tem essa questão dos tabus da doação de sangue, o medo, o medo da dor, a imagem negativa que algumas pessoas tem do sangue, associado à dor, à morte. Poucas pessoas associam o sangue à uma coisa boa, à vida. (E3).*

Sublinha-se ainda que, historicamente, o sangue esteve relacionado com o meio de

transmissão de doenças como a Aids, entre outras. Essa concepção tem grande influência da falta de segurança que envolveu os processos transfusionais antes da década de 1980, superada com a instituição de marcos regulatórios, estabelecimento de critérios visando à garantia da qualidade e ao aumento da fiscalização<sup>16</sup>.

A adesão da população à doação regular também foi apontada como um dos grandes desafios, já que esse aspecto impacta diretamente na garantia da oferta do hemocomponente. O entrevistado E3 refere que ainda é muito comum a realização de doação de reposição, aquela direcionada para uma determinada pessoa (geralmente parente, amigo ou pessoa próxima), *“As pessoas ainda fazem a doação na perspectiva de vou fazer para fulano”*, e há uma dificuldade de fidelizar esse doador. Registra-se que, no Brasil, ainda há um índice de doadores abaixo do ideal, estima-se que, atualmente, cerca de 1,78% da população seja doadora de sangue e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve figurar entre 3% e 5% da população<sup>17</sup>. Ressalta-se que o incentivo à doação voluntária e não remunerada consta nos termos da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados.

Rodrigues e Reibnitz<sup>18</sup> apontam a existência de três aspectos que têm forte impacto na adesão e fidelização: o acolhimento, as campanhas e estratégias educativas e chamam atenção também para a relação profissional-usuário na fidelização de doadores assíduos. O Ministério da Saúde ressalta que as ações de divulgação e mobilização de candidatos à doação, por meio de campanhas publicitárias e também ações de conscientização de doadores, em vários segmentos da sociedade, são essenciais para mobilização da sociedade<sup>15</sup>.

Outros desafios para a implementação das ações também foram identificados, por exemplo, a entrada na agenda da gestão (E2; E6) e a ampliação da discussão da política no município nos diversos níveis de atenção (E5), além da necessidade de maior

responsabilização das ações no âmbito municipal e de articulação interfederativa entre município e estado para implementação das ações (E2; E4; E6).

A agenda de saúde representa o elenco de ações prioritárias do governo<sup>19</sup> e se constitui como um passo importante para evidenciar determinadas questões em meio à diversidade dos problemas existentes. Já o alcance dessa discussão, pelos diferentes níveis de atenção, está ligado à existência ou não de uma rede temática. No caso da área de Sangue, Componentes e Hemoderivados, um conjunto de serviços específicos de diferentes níveis de complexidade (segundo a RDC nº 151) conforma a denominada Hemorrede, no entanto, esse conceito distingue-se da caracterização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conformada pela organização de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si em diferentes níveis de atenção por uma missão única, e que visa prestar uma atenção contínua e integral<sup>20</sup>.

Quanto à articulação entre os entes federados, os entrevistados afirmaram que *“não existe uma articulação direta com o município”* (E4) e que é preciso *“o município abraçar também essa causa junto com o estado”* (E2). Sobre esse aspecto, Pinto et al.<sup>21</sup> registram a dificuldade de comunicação entre os três níveis de governo do SUS e atribuem parte disso ao desenvolvimento desigual existente entre as secretarias estaduais e municipais, herdado do modelo do antigo sistema que atuava de forma centralizada.

Ainda que o arcabouço legal do SUS preveja a divisão de responsabilidade entre os três níveis de gestão, entende-se que devem atuar de forma articulada. O Decreto nº 7.508, publicado em 2011, reforça a necessidade da responsabilização compartilhada entre os gestores com ênfase nas particularidades locais, no processo de regionalização, ficando instituídas as Comissões Intergestoras – instâncias de pactuação entre os entes federativos: a Comissão Intergestores Regional (CIR), no



âmbito regional; a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual; e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional<sup>22</sup>.

Quanto às dificuldades e desafios relacionados com a disposição de recursos, foram citados a “restrição de recursos físicos e equipamentos sem manutenção preventiva” e a “capacidade instalada” (E3). Tais restrições relacionadas com a estrutura e com as condições dos serviços de saúde não são particulares a essa área, de modo que problemas estruturais, físicos, de manutenção e conservação dos serviços têm sido relatados na literatura como problema geral do setor saúde, a exemplo do estudo realizado por Oliveira-Júnior et al.<sup>23</sup> que aponta para as condições de trabalho e a falta de equipamentos necessários para o desenvolvimento da assistência na atenção básica. Na área da hemoterapia, Bastos e Souza<sup>24</sup> constataram que os serviços do tipo Agência Transfusional (AT) apresentaram recorrência de não conformidades, o que, segundo as mesmas autoras, comprometem diretamente a garantia da qualidade da etapa final do ciclo produtivo do sangue, assim como a segurança do processo transfusional. Portanto, registra-se a necessidade de investimentos no que tange à estruturação dos serviços públicos de saúde e a sua adequação aos critérios e parâmetros estabelecidos pelos documentos legais.

Finalmente, no tocante aos recursos humanos, dificuldades e desafios relacionados com a disponibilidade de pessoas para o trabalho e a precarização dos vínculos (E3; E7) foram citados como fatores que impactam na gestão do trabalho e na qualidade das ações. Há uma série de elementos que envolve a chamada precarização do trabalho, na administração pública um destes seria a contratação por outros meios que não via concurso público<sup>25</sup>. Para E7, o

principal prejuízo quanto à incorporação de profissionais por demais vínculos é que estes tornam-se temporários, levando à rotatividade de profissionais, mesmo com o investimento em treinamentos e qualificação constantes, tem como fator dificultador “manter uma equipe capacitada permanente”, e ainda completa que, em grande parte, a saída do serviço é motivada pela busca de melhores salários. Eberhardt et al.<sup>26</sup> afirmam que o problema da precarização do trabalho tem sido uma preocupação em diversos campos do conhecimento, e no campo da saúde esse aspecto tem sido encarado como um desafio para a gestão do trabalho no SUS de modo geral.

## Considerações finais

Este estudo evidenciou diferenças no grau de conhecimento e envolvimento dos gestores quanto à coordenação e à implementação das ações voltadas para a Política de Sangue e Hemoderivados, tendo o estado maior destaque como âmbito de atuação nessa área.

A ênfase à política nos achados deste estudo esteve relacionada com os aspectos relativos à atenção às pessoas com doença falciforme.

Em geral, sobre as dificuldades e desafios para implementação das ações referentes à política de sangue, segundo a visão dos entrevistados, e sob diferentes aspectos, são também comuns àqueles enfrentados para implementação de demais políticas dentro do SUS.

A necessidade de superação das dificuldades e desafios apontados, portanto, está pautada na relevância da implementação efetiva da política e na sustentação de um sistema único, público e descentralizado que responda às necessidades da população, assegurando, assim, os direitos relativos à saúde garantidos constitucionalmente. ■

---

## Referências

1. Brasil. Lei nº 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. Diário Oficial da União. 22 mar 2001.
2. Bahia. Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia. Plano diretor de sangue, componentes e derivados do estado da Bahia 2016-2019. Salvador: Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia; 2016.
3. Silva Júnior JB, Costa CS, Baccara JPA. Regulação de sangue no Brasil: contextualização para o aperfeiçoamento. *Rev. Panam Salud Publica*. 2015; 38(4):333-338.
4. Souza RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002. 37 p. [acesso em 2017 maio 10]. Disponível em: [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/monografia\\_construindo\\_sus.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf).
5. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento em Pesquisa Qualitativa. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
6. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
7. Souza MKB, Costa EA, Lima YOR. Estratégias e desafios da gestão em saúde para a organização dos serviços hemoterápicos em municípios do estado da Bahia. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.
8. Brasil. Decreto nº 3.990 de 30 de outubro de 2001. Regulamenta o art. 26 da Lei nº 10.205/2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. Diário Oficial da União. 30 out 2001.
9. Pinto ICM, Silva LMV, Baptista TVF. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.
10. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociol*. 2006 jul-dez; 8(16):20-45.
11. Merhy EE. Planejamento como Tecnologia de Gestão: Tendências e Debates do Planejamento em Saúde no Brasil. In: Gallo E, organizador. Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 117-149.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único De Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
13. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). São Paulo: Editora Atlas; 1991.
14. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde [internet]. Rio de Janeiro: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [acesso em 2018 jan 20]. Disponível em: <http://www.eapsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Técnico em hemoterapia: livro texto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
16. Santos LAC, Moraes C, Coelho VSP. Os anos 80: a politização do sangue. *Physis*. 1992; 2(1):107-149.

17. Pereira JR, Sousa CV, Matos EB, et al. Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(8):2475-2484.
18. Rodrigues RSM, Reibnitz KS. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. *Texto Contexto Enferm.* 2011 abr-jun; 20(2):384-391.
19. Brasil. Ministério da Saúde. SUS Instrumentos de gestão em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
20. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2297-2305.
21. Pinto ICM, Teixeira CF, Solla JSP, et al. Organização do SUS e Diferentes Modalidades de Gestão e Gerenciamento dos Serviços e Recursos Públicos de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática.* Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
22. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 28 jun 2011.
23. Oliveira Júnior RG, Santos OE, Ferraz CAA, et al. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: Percepção dos profissionais de saúde. *Mundo Saúde [internet].* 2013 [acesso em 2018 fev 1]; 37(4):433-438. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/condicoes\\_trabalho\\_equipes\\_saude\\_familia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/condicoes_trabalho_equipes_saude_familia.pdf).
24. Bastos MS, Souza MKB. Agências transfusionais e conformidades com a legislação hemoterápica. *Revista visa em debate sociedade ciência e tecnologia [internet]. Vigil. Sanit. Debate.* 2016 mar [acesso em 2018 fev 13]; 4(2):27-34. Disponível em: <http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas e respostas.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
26. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde debate [internet].* 2015 jan-mar [acesso em 2018 jan 18]; 41(104):18-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>.