

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS DOADORES DE SANGUE - A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Nursing care provided to blood donors - from the perspective of integral healthcare

Atención de enfermería a los donantes de sangre - perspectiva integral de la salud

Nereida Lucia Palko dos Santos¹, Marlucci Andrade Conceição Stipp², Ana Lúcia Abrahão da Silva³, Marléa Chagas Moreira⁴ e Josete Luzia Leite⁵

Recebido em 29/05/2013, reapresentado em 30/06/2013 e aprovado em 05/08/2013

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a lógica que opera no campo do cuidado de enfermagem aos doadores de sangue. Métodos: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, à luz da etnometodologia, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUCFF sob o número de protocolo 138/07. Foram entrevistados 26 doadores de sangue entre 18 e 65 anos de ambos os sexos. Resultados: Apresenta-se a lógica que opera no campo do cuidado de enfermagem aos doadores de sangue, destacando-se o modelo biomédico vigente na micropolítica local em tensa relação com a proposição da integralidade como eixo norteador do cuidado na macropolítica de saúde. Conclusão: Este é um cenário com possibilidades para a transição entre as tecnologias de saúde, sem a proposição de uma nova forma de modelar a demanda, mas com a proposta de que é possível, no espaço micropolítico, que as enfermeiras encarnem os pressupostos do SUS tendo a integralidade como eixo norteador nas relações e nas práticas cotidianas do cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem. Doadores de sangue. Assistência integral à saúde. Bancos de sangue.

Abstract

Objective: to analyze the operative rationale in the field of nursing care provided to blood donors. Method: This is a descriptive, qualitative study, with an ethnomethodological approach. The study was approved by the Institutional Review Board at HUCFF (protocol No. 138/07). A total of 26 blood donors aged between 18 and 65 years old, both genders, were interviewed. Results: Present the operative rationale in the field of nursing care provided to blood donors, highlighting the biomedical model existing in the local micro-politics with a tense relationship with the proposition of integrality as a guiding axis of care in health macro-politics. Conclusion: This is a possible scenario for transitioning between health technologies, without intending to impose a new way to model the demand for healthcare, but proposing what is possible within the micro-political space, where nurses encompass the SUS assumptions with integrality as the guiding axis of daily relationships and care practices.

Keywords: Nursing. Blood Donors. Comprehensive Health Care. Blood Banks

Resumen

Objetivo: Analizar la lógica que opera en el campo de los cuidados de enfermería a los donantes de sangre. Métodos: Estudio descriptivo, cualitativo, con un enfoque etno-metodológico, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de HUCFF (Protocolo 138/07). Se entrevistó a 26 donantes de sangre entre 18 y 65 años, de ambos sexos. Resultados: La lógica en el campo de los cuidados de enfermería a los donantes de sangre es basado en el modelo biomédico de la micropolítica local. Existen tensiones con la proposición de integralidad como guía de la atención en la macropolítica de salud. Conclusión: Este es un escenario posible para la transición entre las tecnologías de la salud, con la proposición de un espacio en el micropolítico donde las enfermeras puedan abarcar los presupuestos del Sistema Único de Salud, más allá de las relaciones y las prácticas cotidianas de cuidado.

Palabras clave: Enfermería. Donantes de Sangre. Atención Integral de Salud. Bancos de Sangre

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

³Universidade Federal Fluminense. Niterói – RJ, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

⁵Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

autor correspondente: Nereida Lucia Palko dos Santos E-mail: santosnereida@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir do texto da Constituição Federal Brasileira de 1998¹, tendo como pressupostos a equidade, a universalidade, e a integralidade. Entre as razões para a sua concepção e desenvolvimento constaram o estado de saúde da população e a responsabilidade do Estado de intervir com eficácia na elevação dos baixos patamares que expressam desigualdades econômicas e sociais da sociedade brasileira, com a provisão de ações e serviços necessários para assegurar o direito à saúde. Entretanto, a perspectiva de igualdade em uma sociedade desigual se dá de forma heterogênea, e apesar da definição legal do SUS: um sistema único, público, universal e gratuito, sua implantação se configurou como um processo de formulação da política de saúde cujo resultado foi a consolidação de um sistema híbrido – público e privado².

No âmbito do SUS, a perspectiva de que os problemas de saúde surgem articulados a contextos sociais, culturais, econômicos e políticos, que influenciam o processo saúde-doença e extrapolam o campo das políticas exclusivamente de saúde, articula-se com a lógica do conceito ampliado de saúde. Nessa perspectiva, o modelo teórico-conceitual da biomedicina torna-se um obstáculo epistemológico para a proposta da integralidade, que ultrapassa a lógica calcada na “normalidade física” e que se pauta nas ações conjuntas entre a equipe multiprofissional, trabalhadores de saúde e os usuários; e entre os níveis e esferas do poder público que se relacionam com a saúde³.

Entre os três conjuntos de sentidos da integralidade⁴, conectamo-nos ao sentido voltado aos atributos das práticas de saúde, não como sinônimo do acesso a todos os níveis do sistema, entendendo que a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores.

Nesse sentido, deslocamo-nos do campo da observação empírica, pautado na vivência profissional no cenário da hemoterapia desde 1997, em que percebemos que os modelos de atenção e de gestão são balizados pelos rumos da macropolítica e da macroeconomia dominantes no país, e defendemos que é no nível da microgestão, do microprocesso de trabalho e da micropolítica, “do espaço do agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e o cenário em que se encontram”^{15:459}, que se pode acumular êxitos visíveis e alcançar mudanças significativas do SUS. Assim, o cenário do cuidado de enfermagem na hemoterapia é por onde perpassam tensões no diálogo entre a micro e a macropolítica, com a lógica de um modelo biomédico e hospitalocêntrico estruturados sob a prática do saber/fazer da primeira e os princípios de universalidade, equidade, integralidade e intersectorialidade agregados à segunda⁶.

Diante do exposto, justificamos o presente estudo tanto pela escassa produção científica na área quanto pela demanda

de problematização no cenário da especialidade da hemoterapia, considerando a perspectiva de possibilidades nos desenhos de práticas mais eficazes a serem construídas no cotidiano da atenção à saúde. Assim, trazemos o objetivo de analisar a lógica que opera no campo do cuidado de enfermagem aos doadores de sangue, tomando o princípio constitucional da integralidade como referência.

O serviço de hemoterapia e a triagem clínica

O serviço de hemoterapia (SH) tem a função de prestar assistência hemoterápica e/ou hematológica, recrutar doadores, processar o sangue, realizar os testes necessários à segurança do processo transfusional, armazenar e preparar transfusões, podendo ou não prestar atendimento ambulatorial. É um serviço caracteristicamente hospitalar, que, pela necessidade de doações de sangue feitas por parcela supostamente saudável da população, se depara, na triagem clínica (TC), com usuários típicos da atenção básica à saúde⁶.

A dependência da existência de pessoas que façam a doação do sangue, a matéria prima que possibilita todo o processo posterior, em um cenário que tem como foco central o atendimento especializado, concretizado nas transfusões, dá-se em uma frágil e tensa engrenagem que envolve o cuidado de usuários do SUS: os supostamente saudáveis e os determinados como doentes.

Os usuários candidatos a doadores de sangue são os homens e as mulheres entre 18 e 67 anos de idade, que terão avaliados individualmente os antecedentes e o estado atual de saúde, para determinar se a coleta pode ser realizada sem causar-lhes prejuízos e se a transfusão dos hemocomponentes preparados a partir dessa doação pode vir a causar risco para os receptores. Estes são inaptos à doação de sangue, na TC, quando existem motivos relacionados a parâmetros físicos considerados inadequados ou informações que emergem durante a entrevista individual⁷.

Cabe às enfermeiras que realizam a TC, no seu processo de trabalho, atuarem com base nas proposições do Ministério da Saúde, assegurando a aplicação do questionário individualmente, onde são abordadas questões sobre a saúde atual e passada do doador e seus hábitos de vida, além do desdobramento de questionamentos que se façam necessários para a avaliação do candidato a doador de sangue. A avaliação tem como base os critérios mensuráveis que compõem a triagem clínica, e os critérios subjetivos associados aos seus resultados, em um terreno que incorpora a definição da normalidade e que compõe a relação da trabalhadora e do usuário na condução da TC.

A partir dos encontros das enfermeiras com os usuários na TC, em fluxos operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos e subjetivos, há uma necessidade e também uma possibilidade de produção por meio do trabalho vivo em ato, com o uso das tecnologias de relações, produção de comunicação, acolhimento, vínculos e autonomização e

“tecnologias leves”, consumindo e produzindo tensões com a produção do trabalho morto, centrado nos procedimentos da tecnologia dura e leve-dura⁸.

À luz da integralidade, olhamos para este campo entendendo-o fértil para a proposição do cuidado na TC, para além de uma diretriz básica do SUS⁹, como o campo que traz a possibilidade de conectar-se a uma forma de indicar características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas⁴.

O estudo alinha-se ao disposto na Resolução COFEN 306 / 2006¹⁰ que incentiva a produção científica na área da enfermagem em hemoterapia; e a Agenda de Prioridade de Pesquisa em Saúde¹¹ – 18.1.1, propondo-se a compreensão da integralidade como um dispositivo de promoção da saúde em um dado “recorte” da prática de enfermagem, impactando na magnitude, dinâmica e compreensão dos agravos e eventos, trabalhando na lógica do conceito ampliado de saúde, e trazendo contribuições para o campo de articulação / tensão da micro e macropolítica.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, desenvolvido com abordagem qualitativa, à luz da etnometodologia, no cenário em que os atos de saúde das enfermeiras destinados aos candidatos a doadores de sangue são permeados por interações em um processo dinâmico de organização e reorganização, onde habitam a micropolítica, o processo de trabalho em saúde e o cuidado de candidatas à doação de sangue.

Os sujeitos do estudo foram 26 candidatas à doação de sangue ou de seus hemocomponentes do Serviço de Hemoterapia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, com idade entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos, e que voluntariamente aceitaram o convite para participar do estudo, tomando ciência e dando anuência a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no período de 2 a 7 de janeiro, e de 16 a 31 de outubro de 2008.

Na análise dos dados buscou-se identificar e compreender como os participantes das situações sociais de interação as utilizaram para interpretar e atuar no interior dos mundos sociais que constroem em suas práticas. Estes foram tratados e categorizados a partir do discurso¹² dos entrevistados, tendo sido captados em uma interação dialógica a partir da proposição de uma entrevista semiestruturada, assim como dos registros da observação participante em diário de campo.

Os dados relacionados à construção do perfil dos doadores de sangue foram oriundos do banco de dados do cadastro dos doadores do cenário e de questionamentos diretamente apresentados aos doadores durante a entrevista. As informações quantitativas que compõem o perfil dos doadores foram tratadas com frequência simples, média e mediana. Com estes resultados, tem-se a intenção de subsidiar

a análise qualitativa – metodologicamente prioritária – das entrevistas, sendo a análise quantitativa suplementar àquela.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, sob o número de protocolo 138/07 em 06 de novembro de 2007. O anonimato dos sujeitos da pesquisa foi mantido, assim como o dos profissionais que atuam no cenário. Garantiu-se, por intermédio do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a autorização para a divulgação das respostas e informações previstas dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS

A TC, uma das etapas do ciclo do sangue, consiste numa entrevista privativa com o candidato a doador, visando a proteção deste, diante de possíveis riscos à doação de sangue e dos receptores de hemocomponentes. É uma das estratégias que visa assegurar a qualidade do sangue que vai ser doado, com a finalidade de selecionar candidatos aptos à doação de sangue e excluir os inaptos. Deve ser executada por profissional de saúde de nível superior, qualificado e capacitado, sob supervisão da equipe médica⁷.

Em termos gerais, a TC é realizada, entre cinco a dez minutos, e, neste período de tempo, são abordadas questões como a situação clínica e os aspectos comportamentais dos candidatos. Os critérios de inclusão e exclusão dos doadores à doação são determinados pelo Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos (RTPH)⁷, e por protocolos de cada unidade, podendo haver critérios mais ampliados, sem desconsiderar o regulamento vigente.

O grupo pesquisado

No grupo de 26 participantes da pesquisa, os homens (80,0%) têm sua distribuição por idade da seguinte forma: são 23,1% (6) entre 30 e 34 anos, seguidos por 15,4% (4), tanto entre 18 e 24 anos quanto entre 25 e 29 anos; 7,7% (2) representam doadores nas faixas etárias entre 35 e 39 anos e entre 45 e 49 anos; e, finalmente, daqueles entre 40 e 44 anos, 50 e 54 anos e 55 e 59 anos, registramos 3,8% (1) para cada uma dessas três faixas. Entre as mulheres (5 - 19, 2%), a faixa etária com maior número de doadoras foi entre 25 e 29 anos (7,7%), seguida pelas faixas entre 30 e 34 anos, 35 e 39 anos e 60 e 64 anos, com 3,8% cada.

Dezesseis (61,53%) doadores eram de reposição, e a maioria (12 - 46,1%) se candidatou a doar, na instituição, pela primeira vez, sendo: uma (3,8%) mulher e 11 (42,3%) homens.

Os dados sobre o corpo e o cuidado na TC

Os dados analisados pelas enfermeiras, que ora nomeamos de dados sobre o corpo, são os dados referentes a verificação dos sinais vitais, das medidas antropométricas e da avaliação hematemétrica antes da TC. Referente a estes, fazemos dois destaques sobre a lógica que opera neste campo, diretamente relacionados à prevenção e promoção da saúde na

esfera das doenças cardiovasculares: a hipertensão arterial (HA) e a obesidade.

O RTPH apresenta como níveis de pressão arterial considerados compatíveis com a doação de sangue os limites máximos de pressão sistólica de 180mmHg e de pressão diastólica 100mmHg. Na prática, se considerarmos esta variante isoladamente, uma pessoa com a pressão arterial de 180×100mmHg é considerada apta para a doação de sangue, entretanto, uma pessoa que apresente valores de pressão arterial maiores ou iguais a 140×90mmHg em uma verificação em consultório carece de avaliação por outros métodos de aferição e definição diagnóstica¹³.

No grupo participante do estudo, 19,2% apresentava situação limítrofe para a HA; 23% com HA em estágio 1; e 3,8% com HA em estágio 2. Dos doadores entrevistados, 46% deveriam receber orientação e até mesmo encaminhamento para acompanhamento e controle deste risco cardiovascular e de suas consequências para o organismo. Nestes casos, é comum que os doadores inaptos sejam orientados a procurar assistência à saúde, seja por meio de plano ou seguro de saúde privado, quando o possuem, seja por meio do serviço de atenção básica mais próximo de suas residências. As orientações e explicações são dadas verbalmente e versam sobre os motivos e o período da inaptidão, os cuidados a serem tomados e a necessidade, quando existente, de acompanhamento e (ou) tratamento do doador, expressando, em certa medida, os atos e as tecnologias de saúde nessa estação de cuidado – a TC.

Entretanto, as orientações verbais, protocolarmente realizadas, acerca dos cuidados e riscos da HA não dão conta do cuidado do doador. A depender de inúmeros fatores, nesse contexto, são atos de saúde distantes da proposição de projetos terapêuticos singulares, individuais, pois mais se aproximam da simples aplicação dos conhecimentos sobre a doença do que da perspectiva da integralidade, da negociação entre profissionais de saúde e usuários com compreensão dos contextos específicos dos diferentes encontros⁴.

Nessa mesma abordagem, o segundo destaque que fazemos refere-se ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), função do peso pela altura ao quadrado, comumente considerado em desfechos de saúde como a mortalidade¹⁴. A mediana do IMC dos participantes do estudo foi de 27,4 kg/m²; 38,5% dos doadores estavam com sobrepeso e 30,7% com graus variados de obesidade.

Como não é um índice avaliado no RTPH, que considera o limite mínimo de 50 kg como critério de aptidão para a doação de sangue, no cotidiano do SH esta situação é subdimensionada, quando não raro, ignorada.

Eu tenho uma saúde que eu considero ótima, em relação ao que eu me cuido. Eu sou uma pessoa que, poxa, não tenho essa questão de ir ao médico por causa de bobeira. Ah! Qualquer coisinha. [...] Como eu sei que estou acima do peso, e já tenho

trinta anos, eu sei que já é a hora de eu me cuidar [...] Tô tentando mesmo perder um pouco de peso porque eu sei que, daqui para frente, eu não vou me beneficiar. [...] Não prejudica em nada a minha vida, mas eu sei que vai começar. De resto, eu não tenho nada, nunca tive dor de dente – entendeu? –, nunca quebrei um braço. Eu tenho uma saúde, assim, que considero boa. (E1).

Um outro conjunto de informações que são considerados na TC pelas enfermeiras, muito embora apareça documentalmente como “sim” ou “não”, é fruto de questionamentos sobre os hábitos, a história e o estilo de vida do doador; as enfermeiras têm o respaldo de sua atividade profissional para indagar sobre as situações inerentes à vida particular dos doadores. É neste espaço, em sua atividade profissional, que é possível criar vínculo com os doadores e ouvir as suas necessidades de saúde. Esta questão se relaciona com situações como a percepção de doença, sendo maior entre os que ganham menos, e conforme a condição de acesso às tecnologias de saúde disponíveis no sistema, e a inadequada distribuição de equipamentos e profissionais, também pelas desigualdades de renda e demais iniquidades sociais.

Eu tenho vontade de fazer tratamento de dente, mas o dinheiro não dá, tô desempregado. Desempregado não tem o que fazer. [...] Eu só tenho uma doença, que só Jesus é que cura: falta de dinheiro [...] [a esposa trabalha para sustentar a família]. Ela é quem tá segurando a casa, que não sei o que é que eu tinha... muito emprego, eu era procurado, eu era chamado, não sei o que foi que aconteceu [...]. Acho que tá na crise de emprego mesmo. [...] É! Pro feijão e pro arroz, nós tamos se virando, até o dia que Deus quiser. (E2).

Assim, cabe às enfermeiras encamparem o SUS, tendo como pressupostos na organização do serviço estabelecer processos e práticas que garantam a universalidade do acesso e do acolhimento aos usuários, assim como assumir a responsabilidade com a geração de vínculo entre profissionais e população e com a integralidade na atenção, observando a estratégia de regionalização, descentralização e hierarquização dos serviços, para melhor gestão e adequação das realidades locais, e efetivação da intersetorialidade, referência e contrarreferência na rede, como demandado pelo fragmento da narrativa do usuário apresentada a seguir:

[...] Eu tô acostumado a resolver problemas; o meu perfil é esse; eu nunca vou dizer para a senhora que eu não tenho condições de fazer alguma coisa se eu achar que tenho a mínima possibilidade. [...] Essa situação é emocionalmente desgastante

demais pra mim [chorando] e fisicamente também. [...] Acho que dormi umas três horas, meus dados clínicos estão normais, só o meu sistema nervoso é que está um pouco alterado. [...] É porque eu não consigo descansar em casa, eu não consigo dormir, entende? Pra mim, tá difícil até ir para casa, porque eu só consigo dormir [pausa] se alguém não me der remédio... e não é bom pra mim também. [...] Eu queria ter tranquilidade, agora, pra poder descansar, mas a realidade é que eu não vou ter tranquilidade agora. (E17).

Diante das necessidades individuais identificadas a partir de mensurações físicas, ou de informações obtidas na entrevista, o SH depende do compromisso de cada enfermeira para o cuidado aos candidatos, incorporando, ou não, o SH na rede de atenção à saúde, com articulação com os níveis de assistência do SUS. Nessa perspectiva, em parte, depositamos no RTPH a ausência da explicitação da ordenação de fluxos para a condução da TC como integrante da rede de atenção à saúde. Lembramos que o SH ora apresentado como cenário do cuidado de enfermagem integra um campo atravessado por lógicas de funcionamento, circuitos e fluxos de usuários, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser submetidos a uma única racionalidade ordenadora; por isso o tema da integralidade, como agenciador do pensar esta prática na lógica da rede de atenção à saúde.

DISCUSSÃO

Diante do exposto, fica patente como o corpo físico e as informações concretas, mensuradas com o uso da tecnologia dura e leve-dura, têm grande importância para a TC. A enfermeira, ao analisar estas informações, lança mão do seu arsenal de conhecimentos, construído teórica e tecnicamente, para embasar sua decisão quanto à doação do candidato. Constrói argumentos para a tomada de decisão quanto à aptidão ou inaptidão do doador visando proteger tanto sua integridade física para o ato da doação quanto a dos futuros receptores, mas não avança diante da recusa ao reducionismo e da objetivação dos sujeitos, numa tentativa de superar a dissociação entre as práticas de saúde pública e assistencial, olhando para a integralidade não apenas como uma atitude, mas como um modo de organizar o processo de trabalho⁴.

Nesse contexto que parte de critérios mínimos para habilitar o candidato a doar sangue e para protegê-lo fisicamente no processo de doação, cuidar dos doadores é uma ação individual de cada profissional, que, *no encontro*⁸, perpassam pelas situações sociais, comportamentais e individuais dos doadores. Conhecer o doador possibilita espaço para emergirem as necessidades de saúde e para a enfermeira cuidar de doadores e receptores, no estabelecimento de vínculo e relação entre eles, na articulação e uso de diferentes tecnologias de saúde.

Ademais, evidencia-se a necessidade da construção da ideia de rede entre os profissionais que operam a micropolítica local, pois a efetivação da integralidade carece da articulação entre os profissionais de saúde da unidade, destes com os usuários, entre os serviços de saúde de uma instituição e outras instituições. Várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços, superando a fragmentação de saberes pela especialização excessiva como proposição a um caminho na busca de soluções para a integralidade das ações em saúde¹⁵.

Nesse cenário, a enfermeira na condição de orientadora do processo relacional e da triagem, com seu saber formalmente estruturado e socialmente reconhecido, destaca-se no papel central para a efetivação da integralidade, e no lugar da produção da interlocução do sistema com as necessidades de saúde (NS) dos usuários. Há necessidades modeladas pela oferta de serviços, em que muitos cursam com a lógica da doença como uma conduta desviante, tanto em sua dimensão fisiológica como em uma resposta do indivíduo às pressões sociais¹⁶.

A micropolítica do processo de trabalho apresenta uma dinâmica pautada no modelo das especialidades, da fragmentação das ações nos serviços de saúde e da circunscrição da atenção à especificidade de "triar" doadores, sobrepondo-se a integralidade como possibilidade de ser o eixo estruturante do modelo de atenção operada localmente. Assim, entre os diversos fatores que interferem na efetivação do princípio da integralidade como eixo condutor do cuidado, podemos citar: as heranças recebidas pelo SUS, fruto do modelo hegemônico de atenção à saúde de enfoque curativista; a formação dos profissionais com currículos de base flexneriana; a conseqüente prática fragmentada dos profissionais e os interesses de mercado contraditórios ao SUS¹⁵.

Inversamente, para a efetivação da integralidade, é necessário incluir nas rotinas e processos buscas sistemáticas daquelas necessidades mais silenciosas, o que significa para os serviços a criação de dispositivos, a adoção de processos coletivos de trabalho que permitam oferecer as ações a partir de experiências individuais de sofrimento⁴. Estes elementos adensam o espaço em que se desenvolve a micropolítica, e expressam-se as experiências de vida, e as ações políticas ganham materialidade social, com formas de criação e apropriação da reprodução da vida coletiva, como um campo de observação das práticas institucionais¹⁷.

Nesse sentido, as enfermeiras terão que transcender o limite das questões do corpo físico, do modelo biomédico, para que formas diferentes de desenvolvimento do trabalho possam articular uma composição técnica com vistas ao emprego das tecnologias de saúde, considerando articuladamente o lugar que o núcleo das tecnologias leves ocupa e seu modo de operar os processos produtivos, e ainda as diferentes disputas dos modelos que competem nesses espaços⁶.

Em certas situações, terão que produzir rupturas com as redes em que estão presentes cenários de práticas serializadas, não singulares e com baixo nível de fluxos-conectivos e, ao mesmo tempo, no mesmo cenário, agenciar a operação de subjetividades desejantes em alta potência com o trabalho vivo em ato⁵. Essa configuração gera a expectativa de que esteja se compondo um momento de mudança, com a construção de uma transição entre o velho e o novo processo de trabalho na micropolítica de saúde do SH e suas implicações para o cuidado de enfermagem a doadores de sangue⁶.

Nesse processo, destacamos que a perspectiva da intersubjetividade transcende nossos conhecimentos sobre as doenças, o que julgamos conhecer acerca da produção da vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde, e implica na construção, com base nas tecnologias leves, de projetos terapêuticos individualizados⁴. Por isso, diante do exposto fazemos uma aposta na relação profissional-usuário, atravessada pela implicação e por processos de subjetivações; e no acesso às suas demandas por cuidado, para a superação do trabalho morto e do uso da tecnologia de saúde dura, para o cuidado na perspectiva da integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com nossa insistente busca pela centralidade do usuário no processo de cuidar, vislumbramos rumos apontados a mudanças paradigmáticas, do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde para uma aposta na integralidade como eixo norteador do processo de trabalho na TC, integrante da política de saúde oficial e, ao mesmo tempo, inserida no modelo de produção capitalista que tem como próprios uma diversidade de saberes, práticas e culturas de uma dada realidade¹⁸.

Assim, o espaço micropolítico onde a TC vive articulações e tensões apresenta, também, possibilidades que, em parte, dependem do autogoverno das enfermeiras junto aos usuários do Sistema Único de Saúde, na construção das necessidades de saúde dos doadores. Em outra parte, depende de articulação e modificação institucionais em relação às vias de trânsito entre os níveis de assistência, de forma que os doadores não precisem adequar as necessidades sentidas, que é a preocupação que as pessoas têm sobre seus problemas de saúde, ou o que desejam dos serviços, às necessidades normativas, que têm o foco central na visão do profissional e da norma estabelecida¹⁶.

A redefinição do modelo vigente poderá ser pensada a partir de uma rediscussão da filosofia de assistência no serviço e de uma necessária metodologia da assistência de enfermagem proposta para a unidade, considerando o consumo do trabalho morto pelo trabalho vivo; e em que as tecnologias leves possam ganhar expressividade, construindo-se nexos entre os atos de saúde das enfermeiras e as necessidades de saúde dos doadores.

Este é um cenário possível para a transição entre tecnologias de saúde, clarificando que não propomos a TC como uma nova forma de modelar uma demanda, e sim como uma possibilidade de, no espaço micropolítico de atuação das enfermeiras, encampar os pressupostos do SUS, com a associação de conhecimentos produzidos pela área da saúde coletiva aos da área de especialidade da hemoterapia, construindo a possibilidade de transcender as relações e as práticas cotidianas.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- 2- Menicucci TMG. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. Saúde e Sociedade. [on line] 2006 maio / ago; [citado 2013 maio 28]; 15 (2): [aprox. 16 telas]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/08.pdf>>.
- 3- Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc. Anna Nery. (Online). 2009 jan/mar; [citado 2013 maio 28]; 13 (1): [aprox. 7 telas]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>>.
- 4- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. saúde pública. [on line] 2004 set / out, [citado 2013 maio 28]; 20 (5): [aprox. 6 telas]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>.
- 5- Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R; Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 459-73.
- 6- Santos NLP, Stipp MAC. O itinerário de doadores de sangue: reflexões acerca da micropolítica no cuidado de enfermagem. Physis Revista de Saúde Coletiva. [on line] 2011; [citado 2013 maio 28]; 21 (1): [aprox. 16 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000100017&script=sci_arttext>
- 7- Portaria nº 1.353 de 13 de junho de 2011. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 14 jun 2011. Seção 1:1.
- 8- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 9- Viegas SMF, Penna CMM. A integralidade no trabalho da equipe saúde da família. Esc Anna Nery. [on line] 2013 jan / mar; [citado 2013 maio 28] 17 (1): [aprox. 9 telas]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a05.pdf>>
- 10- Resolução n.º 306, de 25 de abril de 2006. Normatiza a atuação do Enfermeiro em Hemoterapia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 25 abr 2006. Seção 1:1

Esc Anna Nery (impr.) 2013 out - dez ; 17 (4): 661 - 667

11- Ministério da Saúde(Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília(DF): MS; 2008. 68 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

12- Iñiguez L. organizadora. Manual de análise do discurso em Ciências Sociais. 2.ed. Tradução de Vera Lúcia Joscelyne. Petrópolis(RJ): Vozes; 2004.

13- Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensao e Nefrologia. V Diretrizes de Monitoração Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitoração Residencial da Pressão Arterial (MRPA). Arq. Bras. Cardiol. [online] 2011, [citado 2013 maio 28] 97(Suppl3): [aprox. 40 telas]. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2011001800001 >

14- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 - Itapevi, SP : AC Farmacêutica. [on line] 2009; [citado 2013 maio 28]: 3.ed.[aprox. 85 telas]. Disponível em http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf

15- Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface Comunicação Saúde Educação. . [on line] 2012 jan / mar; [citado 2013 maio 28] 16(40): [aprox. 11 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000100019&script=sci_arttext >.

16- Stotz EN. Necessidade de Saúde: mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde) [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

17- Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro(RJ): UERJ/IMS: ABRASCO; 2001.

18- Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro(RJ): IMS/ABRASCO; 2003. p.197-210.