



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MARIA ANGELA MOREIRA DIAS

**O ENFERMEIRO NA HEMOVIGILÂNCIA:
SUA FORMAÇÃO E COMPETÊNCIAS**

RIO DE JANEIRO

2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA EDUCAÇÃO E SAÚDE
EM ENFERMAGEM - NUPESEnf

Maria Angela Moreira Dias

O ENFERMEIRO NA HEMOVIGILÂNCIA: SUA FORMAÇÃO E COMPETÊNCIAS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Profª Drª Ligia de Oliveira Viana

Rio de Janeiro

Novembro / 2009

Dias, Maria Ângela Moreira

O Enfermeiro na Hemovigilância: sua formação e competências / Maria Ângela Moreira Dias. – Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2009.

x, 174 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

Orientadora: Ligia de Oliveira Viana

Referências: 141 - 1478f.

1. Formação. 2. Formação em Enfermagem. 3. Competências. 4. Vigilância Sanitária. – Teses. I. Viana, Ligia de Oliveira (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação, Enfermagem. III. Título.

CDD 613.73

O ENFERMEIRO NA HEMOVIGILÂNCIA: SUA FORMAÇÃO E COMPETÊNCIAS

Maria Angela Moreira Dias

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

.....
Presidente: Prof^a Dr^a Ligia de Oliveira Viana
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

.....
1^a Examinadora: Prof^a Dr^a Sonia Regina de Souza
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / UNIRIO

.....
2^a Examinadora: Prof^a Dr^a Gláucia Valente Valadares
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

.....
Suplente: Prof^a Dr^a Elizabeth Carla Vasconcelos Barboza
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa / UFF

.....
Suplente: Prof^a Dr^a Neiva Maria Picinini dos Santos
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

Agradecimentos

Em forma de uma prece
 Quero lembrar e agradecer
 Aqueles que merecem
 Que eu venha reconhecer
 Toda sustentação e carinho
 Todo apoio e compreensão
 Que promoveram em meu caminho
 Ao longo desta dissertação.
 Em primeiríssimo lugar, a Deus
 Que me permitiu, no dom da vida,
 Na escolha de uma carreira,
 Entre outras vitórias conseguidas,
 Ter a formação de Enfermeira.
 Ao meu Anjo Guardião
 Incontinentemente ao meu lado
 Promovendo intuição
 Imantando minha mente.
 Agradeço a cada cliente
 Nos vinte e nove anos de profissão
 E a todos da equipe de enfermagem
 Pois, alicerçaram-me a bagagem
 Estando inclusos nesta apresentação.
 Ao meu filho Daniel,
 Com seu autismo e amor,
 Presença marcante e fiel
 Neste processo empreendedor.
 A Tatiane, filha amada e minha
 No início da profissão
 Na dança ou em Engenharia
 Atue sempre com o coração.
 Ao Fernando pelo incentivo
 Desta empreitada promissora.
 A Dr^a Ligia Viana
 No papel de orientadora
 Muito mais que uma presença
 Muito além de professora...
 Dr^a Gláucia Valadares
 Que me indicou o caminho
 Respeito e reconhecimento
 Por todo o seu carinho
 Dr^a Sonia de Souza
 Pelo incentivo e conselho
 De fazer este Mestrado
 Você para mim, um espelho

Dr^a Elisabeth Barboza
 Por vir compor essa mesa
 Dr^{as} Neiva Picinini e Manuela Cardoso
 Dr^{as} Ann Mary Tinoco, Lúcia Andrade
 e Soledade dos Santos
 Pessoas não menos importantes
 E seus apoios foram tantos...
 A Dr^a Vilma de Carvalho
 Pelo auxílio com seu trabalho
 Enf^{as} Angélica e Zilmar
 Minhas Diretoras de Enfermagem
 Não pouparam em apoio
 Para q'eu alçasse esse vôo
 Mestre Gilce Erbe de Miranda
 Incentivadora da Especialização.
 Equipe da Educação Continuada
 Que cantou até ciranda
 Na falta de uma empregada.
 Jorge e Sonia da pós-graduação
 Que em todo tempo me ajudaram
 A equipe da recepção,
 Sempre com sorrisos preparados
 E na biblioteca da escola ?
 Sempre havia uma "cola"
 Nos materiais indicados.
 Os sujeitos do estudo
 Cerne dessa dissertação
 Laçados pelo Projeto Sentinela
 Mesmo assim, sobretudo
 Investindo em formação
 Ampliaram meu estudo.
 E aos que compareceram
 Para assistir minha defesa
 Meu muito obrigado e carinho.
 Tenham na vida, a certeza
 Que todo sonho é possível
 Na busca do conhecimento
 Todo esforço é cabível
 Para vivenciar este momento.

Que Deus permaneça nos abençoando!

Maria Angela Moreira Dias

11/10/2009

RESUMO

DIAS, Maria Angela Moreira. O Enfermeiro na Hemovigilância: sua formação e competências. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

A presente dissertação está inserida no Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem (NUPESEnf) tendo por objeto a formação do enfermeiro para competências em Hemovigilância. Seus objetivos foram discutir a formação do enfermeiro em Hemovigilância e descrever as competências do enfermeiro em Hemovigilância. A fundamentação teórica foi calcada na implantação do Projeto Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no ensaio histórico da transfusão sanguínea ao longo dos tempos e nas reações transfusionais. É uma pesquisa qualitativa, descritiva, multicêntrica que teve por cenário oito Hospitais Sentinela da cidade do Rio de Janeiro. Seus sujeitos foram oito enfermeiros que trabalhavam na Gerência de Risco ou no Serviço de Hemoterapia tendo por critério de inclusão a notificação de eventos adversos em transfusão, sendo respeitados os aspectos éticos da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos foram submetidos a entrevistas abertas, gravadas em aparelho MP4, tendo suas respostas analisadas a partir dos conceitos de competências de Philippe Perrenoud (2000) em seu livro *“Dez Novas Competências Para Ensinar.”* Emergiram do estudo cinco unidades temáticas denominadas: *a formação para o cotidiano da prática do enfermeiro em Hemovigilância, educação permanente para a formação do enfermeiro em Hemovigilância, recursos humanos de enfermagem em Hemovigilância, sistematização das condutas de enfermagem em Hemovigilância e sentimentos e ressentimentos da equipe de enfermagem sobre Hemovigilância.* Concluiu-se que o enfermeiro tem formação autodidata para aquisição de conhecimentos na temática e foram descritas as competências do enfermeiro na atuação em Hemovigilância.

Palavras-chave: Formação, Formação em Enfermagem, Competências, Vigilância Sanitária.

RESUMEN

DIAS, Maria Angela Moreira. Las enfermeras en Hemovigilancia: su formación y habilidades. Rio de Janeiro, 2009. Disertación - La Escuela de Enfermería Anna Nery, Centro de Ciências de la Salud. De la Universidad Federal de Rio de Janeiro, 2009. Orientación: Prof^a Dr^a Ligia de Oliveira Viana.

Este trabajo se inserta en el Centro de Investigación en Educación y Salud en Enfermería e tenga por objeto la formación de enfermeros para la competencia en Hemovigilância. El objetivos fue dar a conocer la formación de las enfermeras en Hemovigilancia y describir las competencias de las enfermeras en Hemovigilancia. La base teórica fue el Proyecto Centinela implementado por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Agência Nacional de Vigilância sanitária - ANVISA), pruebas de la historia de la transfusión de sangre a través del tiempo y las reacciones de la transfusión. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, multicéntrico, escenario que tuvo el ocho Hospitales Centinela en Río de Janeiro. Sus temas fueron ocho enfermeros que trabajan en gestión de riesgos o la Servicio de Hemoterapia y los criterios de inclusión para la presentación de informes de eventos adversos en la transfusión, de acuerdo con los aspectos éticos de la Resolución 196/1996 de lo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Los sujetos fueron sometidos a entrevistas abiertas registradas en el reproductor de MP4 y de sus respuestas analizaron los conceptos de competencias del Philippe Perrenoud (2000) en su libro "Diez nuevas competencias para enseñar". Surgió del estudio a cinco unidades temáticas llamado: la formación para la práctica cotidiana de las enfermeras en Hemovigilancia, la educación continua para la formación de enfermería en Hemovigilancia, el personal de enfermería en Hemovigilancia, sistema de atención de Hemovigilancia y sentimientos y resentimientos del equipo de enfermería sobre Hemovigilancia. Se concluyó que la enfermera nos ha enseñado el formación autodidácta para adquirir conocimientos en el tema y se describen las competencias de las enfermeras en las operaciones de hemovigilancia.

Palabras clave: Formación; Formación en enfermería; Competências; Vigilancia sanitaria

ABSTRACT

DIAS, Maria Angela Moreira. The Nurse in Haemovigilance: their training and skills. Rio de Janeiro, 2009. Dissertation – School of Nursing Anna Nery, Center of Sciences of the Health, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Person who orientates: Teacher Ligia de Oliveira Viana.

The present dissertation meets inserted in the Nucleus of Research in Education and Health in Nursing, having as object nursing educations for skills in Haemovigilance. It has for objectives: to report the training of nurses in Haemovigilance and describe their skills in nursing Hemovigilância. The theoretical base was the implementation of Sentinel Project Surveillance by the Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a summary history of blood transfusion over time and transfusion reactions. It is a qualitative research, descriptive, multicenter on which the scene were eight Sentinel Hospitals in the city of Rio de Janeiro. The citizens were eight nurses that worked at Risk Manager or Hemotherapy Services having as inclusion criteria the notification on adverses events in transfusion, being respected the ethical aspects from the Resolution number 196/1996 from Conselho Nacional de Saúde. The citizens were submitted to opened interviews that were recorded in MP4 equipment having the answers beeing analised by the concepts of skills from Philippe Perrenoud (2000) in his book *“Ten New Skills to Teach.”* Emerged from the study five tematics units called: training of daily practical of the nurse in Haemovigilance; continuing education for nursing training in Haemovigilance; nursing staff in Haemovigilance; care sistem in Haemovigilance and feelings and resentments of staff nursing in Haemovigilance. It was concluded that the nurse is self-educated to acquire knowledge in the subject and were described the competencies of nurses in operations Haemovigilances.

Key words: Training; Training in nursing; Skills, Surveillance Health.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	1
1. O Projeto Sentinela influenciando minha formação profissional	1
✓ Objeto	14
✓ Questões	16
✓ Objetivos	16
✓ Justificativa	17
✓ Relevância	18
2. Minha realidade em um Hospital Sentinela	19
CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
1. Subsidiando o tema	28
2. Rede Sentinela de Vigilância – situação atual	29
3. Terapia com o sangue – ensaio histórico	36
4. Reações transfusionais – bases fisiopatológicas do estudo	41
Tipos de reações transfusionais	42
Reação hemolítica aguda	42
Reação febril não hemolítica	45
Reação alérgica	46
TRALI (edema agudo não cardiogênico)	47
Doença do Enxerto <i>versus</i> Hospedeiro	49
Imunomodulação	50
CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO	54
1. As competências de Philippe Perrenoud relacionada à formação em Hemovigilância	55
CAPÍTULO IV – REFERENCIAL METODOLÓGICO	69
✓ Tipo de pesquisa	69
✓ Instituição-cenário	70
✓ Sujeitos	74
✓ Critério de inclusão	74
✓ Aspectos éticos	75
✓ Técnica de coleta de dados	77
✓ Instrumento de coleta de dados	77
✓ Critério de Confiabilidade	78
✓ Tratamento dos dados	79

(continua)

(continuação)

CAPÍTULO V – ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	80
▪ Primeira Unidade Temática – A formação para o cotidiano da prática do enfermeiro em Hemovigilância	82
1.1 Atuação da equipe de enfermagem nos eventos adversos em transfusão	82
1.2 Atuação diferenciada do enfermeiro Gerente de Risco e do enfermeiro Hemovigilante	86
1.3 A busca ativa de eventos sentinela	90
1.4 O envolvimento da equipe de enfermagem assistencial em Hemovigilância	93
▪ Segunda Unidade Temática – Educação permanente para a formação do enfermeiro em Hemovigilância	98
2.1. A experiência anterior do enfermeiro em Hemovigilância	98
2.2. O esforço autodidata do enfermeiro em Hemovigilância	101
▪ Terceira Unidade Temática – Recursos humanos de enfermagem em Hemovigilância	107
3.1. Composição da equipe de enfermagem em Hemovigilância	107
3.2. Autonomia da equipe de enfermagem em Hemovigilância	109
3.3. Atuação do médico junto à equipe de enfermagem em Hemovigilância	115
▪ Quarta Unidade Temática – Sistematização das condutas de enfermagem em Hemovigilância	123
▪ Quinta Unidade Temática – Sentimentos e ressentimentos da equipe de enfermagem sobre Hemovigilância	129
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
REFERÊNCIAS	141
APÊNDICES	149
A – Solicitação ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN / UFRJ	150
B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	151
C – Entrevista aberta	152
D – Declaração orçamentária	153
E – Declaração de 1º Centro	154
ANEXOS	155
A – Aprovação do CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ	156
B – Aprovação do CEP do Hospital Naval Marcílio Dias	157
C – Aprovação do CEP do Instituto de Cardiologia de Laranjeiras	158
D – Aprovação do CEP do Hospital dos Servidores do Estado	159
E – Aprovação do CEP do Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas / FIOCRUZ	160
F – Aprovação do CEP do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ	161
G – Aprovação do CEP do Hospital Geral de Bonsucesso	162
H – Aprovação do CEP do Instituto Nacional do Câncer	163
I – Aprovação do CEP do Instituto Fernandes Figueira	164

**LISTA DE QUADROS, TABELAS, GRÁFICO,
ESQUEMAS E ALGORÍTIMOS**

Quadro 1 – Distribuição da Rede Sentinela por Região no Brasil	30
Quadro 2 – Rede Sentinela no Estado do Rio de Janeiro	31
Quadro 3 – Perfil dos Sujeitos da Pesquisa	76
Quadro 4 – Síntese das Competências do Enfermeiro em Hemovigilância a partir dos conceitos de Perrenoud	134
Tabela 1 – Parcelas de Remuneração dos Hospitais Sentinela	33
Tabela 2 – Notificações em Hemovigilância no Brasil em 2008	34
Gráfico – Notificações em Hemovigilância no Brasil em 2008	34
Esquema da Reação Hemolítica Aguda	44
Esquema da Reação Febril não-Hemolítica	45
Esquema da Reação Alérgica Urticariforme	46
Esquema TRALI	48
Algoritmo A – Cuidados Pré-Transfusionais	52
Algoritmo B – Cuidados Transfusionais	53

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. O Projeto Sentinela influenciando minha formação profissional

Em 2002, após vinte e dois anos atuando em Unidades de Terapia Intensiva (Adultos, Cirurgia Cardíaca e Coronária), a convite da Divisão de Enfermagem do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), no qual trabalho, concluí o “Curso de Captação de Doadores de Sangue” no HEMORIO, que é o principal Centro em Hemoterapia e Hematologia do Estado do Rio de Janeiro. O objetivo deste curso é conscientizar os profissionais de saúde da necessidade do esforço diário em recrutar cidadãos para a doação de sangue no intuito de manter os estoques de hemocomponentes das instituições de saúde.

Na época, além da assistência, também respondia pela Educação Continuada dos funcionários e preceptoria dos residentes e estagiários no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de adultos. Utilizei os conhecimentos adquiridos no curso de captação para, nos momentos de visita, incentivar os familiares dos pacientes internados no CTI a efetuarem doações de sangue no hospital.

Naquele momento, no cenário nacional, o Ministério da Saúde através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹, implantava o “*Projeto Hospitais Sentinela: uma estratégia de vigilância para a pós-comercialização de*

¹ ANVISA – Órgão normatizador e fiscalizador do Ministério da Saúde que executa a Vigilância Sanitária nos diversos setores da área da saúde no território nacional. (<www.anvisa.org.br> Acesso em novembro, 2007).

produtos de saúde” na condição de projeto piloto, no período de dezembro de 2001 à novembro de 2002 (ANVISA, 2001, p. 1 - Projeto Hospitais Sentinela).

Tal projeto representava o empreendimento de hospitais escolhidos entre os maiores e mais complexos centros de saúde do país, os quais sustentavam a intenção de obter informações qualificadas a respeito da qualidade dos produtos de saúde e do seu perfil de risco-benefício, tendo em vista o subsídio de ações de regulação de mercado. Neste documento está especificado que este projeto

[...] tem como objetivo construir uma rede de hospitais em todo o país, preparados para notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, insumos, materiais e medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso no Brasil. (BRASIL, 2001a, p. 1)

Esta iniciativa foi justificada no referido projeto devido à ausência de tradição dos profissionais e dos dirigentes de serviços em notificar a ocorrência de falhas ou de eventos adversos envolvendo produtos de saúde. Nos parágrafos iniciais do *Projeto Piloto Hospitais Sentinela* constava a seguinte afirmação:

A dificuldade de obter notificação de reações adversas, agravos e queixas técnicas sobre produtos de saúde, compromete a atuação da ANVISA pois a notificação espontânea não tem atingido o volume e o grau de confiança desejáveis para embasar a regularização do mercado mediante reavaliações futuras de um dado produto. (BRASIL, 2001c, p. 1)

Entre os critérios que foram estabelecidos para participar da Rede Sentinela de Vigilância, destaco que o hospital deva ser público, universitário, de grande porte, de alta complexidade e estar incluído no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste direcionamento especificado no documento de 2001 da ANVISA, chamado “Histórico da Rede Sentinela”, inclui-se também os maiores hospitais do Brasil com programas de residência médica na relação do

Ministério da Educação. Outro critério de elegibilidade é a concordância da ANVISA quanto à qualidade da unidade de saúde, a partir da avaliação do formulário denominado “*Termo de Referência*”.

O perfil da instituição, quanto à qualidade de atenção à saúde, é identificado através deste documento o qual apresentava o Projeto Sentinela à direção dos hospitais candidatos com a proposta de integralização à *Rede Sentinela de Vigilância*. Nele ficaram explicitados os objetivos, as atividades a serem desempenhadas pelas equipes dos hospitais envolvidos, a contrapartida da ANVISA, o perfil dos gerentes de risco, a natureza de gastos previstos, a sustentabilidade² das ações e a duração do mesmo, tendo em anexo um cronograma aprazando os compromissos.

Destacamos que, dentre as atividades a serem desempenhadas pela equipe do Hospital Sentinela, constavam a elaboração de relatório bimensal pela Gerência de Risco, devendo este descrever as ocorrências e providências, a realização de palestras, oficinas de trabalho e treinamentos para o público interno visando disseminar informações sobre as ações corretivas e as ações da própria Gerência de Risco, enfatizando a importância das notificações de eventos adversos.

As instituições convidadas que aceitaram se tornar um “*Hospital Sentinela*”, encaminharam ofício à Gerência de Vigilância em Serviços de Saúde (GVISS) solicitando a participação na rede. Atendendo um dos pré-requisitos, indicaram, através de currículo, um profissional – médico, enfermeiro, engenheiro ou farmacêutico - para Gerente de Risco Sanitário Hospitalar.

²A sustentabilidade refere-se à prorrogação do prazo do Projeto Sentinela após avaliação favorável dos relatórios anuais dos hospitais envolvidos, mediante outros acordos de trabalho (ANVISA, 2001).

Segundo o Projeto Sentinela, este cargo deve ser ocupado por um profissional, do quadro permanente de pessoal da instituição sendo desejável especialização em Vigilância Sanitária, Controle de Infecção Hospitalar, Epidemiologia, Saúde Pública ou Administração Hospitalar. Deve dispor de uma carga horária mínima de vinte horas semanais e experiência prévia em comissões e áreas de apoio hospitalar.

Entre agosto de 2001 e dezembro de 2002, primeiro ano de implementação do projeto, de acordo com o *“Histórico dos Hospitais Sentinela”*, as instituições candidatas prepararam-se através da capacitação de uma média de mil e duzentos profissionais envolvidos nas áreas de Hemoterapia, Farmácia e Engenharia Clínica. Oito grandes oficinas em cursos com carga horária de vinte horas foram instituídas, sendo seis de capacitação de equipe multiprofissional dos hospitais envolvidos e duas específicas de capacitação de profissionais de saúde para atuarem como gerentes de risco.

Quatro outras oficinas foram ministradas entre maio de 2003 e agosto de 2004, após a aprovação da prorrogação do projeto em cada hospital, para capacitação de gerentes de risco, e outra oficina para profissionais das equipes das gerências de risco abordando conhecimentos em Epidemiologia Clínica aplicada à investigação de eventos adversos.

O Projeto Sentinela instituiu que para as oficinas de sensibilização promovidas pela ANVISA, cada hospital deveria encaminhar seis profissionais envolvidos com a Tecnovigilância³, a Farmacovigilância⁴ e também com a

³ Tecnovigilância é a identificação, análise e prevenção dos eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos e materiais hospitalares durante a prática clínica. (BRASIL, 2001a).

⁴ Farmacovigilância é a identificação, análise e prevenção dos efeitos adversos, agudos ou crônicos, causados pelo uso de medicamentos durante o seu período de comercialização. (BRASIL, 2001a).

Hemovigilância⁵. Chamo a atenção para a necessidade de incremento do quadro de profissionais para que sejam satisfeitas essas exigências, sem que haja detrimento da qualidade da assistência, visto que tais funcionários certamente abdicariam de suas atividades anteriormente desenvolvidas para se dedicarem a essa nova frente de trabalho.

O Projeto Sentinela especificava algumas áreas hospitalares que fazem interface nos Hospitais Sentinela com a Gerência de Risco. Essas áreas foram apontadas devido ao seu grau de complexidade, à sua especificidade ou ao tipo de material utilizado para execução de suas tarefas. Foi levado em conta, também, o potencial de risco de evento sentinela⁶ nesses setores.

Constam como área de interface com a Gerência de Risco a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a Farmácia Hospitalar; a Engenharia Clínica / Manutenção; as Comissões de Padronização de Materiais / Medicamentos; as Comissões de Compras / Licitação; os Serviços de Hemoterapia; o setor de Gerenciamento de Resíduos; a Higienização e Limpeza Hospitalar e o Serviço de Lavanderia.

Para ser inserida na Rede Sentinela de Vigilância, uma instituição hospitalar deve preencher alguns formulários / questionários. Tal documentação objetiva delinear o perfil da unidade orientando à ANVISA quanto às prioridades a serem consideradas em cada hospital. Dentre esses impressos, cito: Avaliação da qualidade do Serviço de Farmácia Hospitalar; Roteiro de inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar; Questionário para avaliação

⁵ Hemovigilância é a identificação e análise dos efeitos indesejáveis da transfusão de sangue em todo o processo: desde a captação dos doadores, cadastro dos candidatos à doação, triagem hematológica, triagem clínica, coleta de sangue venoso, diagnóstico sorológico, classificação imunoematológica, fracionamento de hemocomponentes, armazenamento e transporte das unidades, a instalação do hemocomponente e o acompanhamento e registro da transfusão. (BRASIL, 2001a).

⁶ Evento sentinela é uma não conformidade ocasionada pela utilização de produtos de saúde, gerando agravos ou efeitos adversos relacionados ao seu uso (BRASIL, 2001a).

dos Hospitais Sentinela (critérios para fins de Tecnovigilância e outro para fins de Hemovigilância); Informações sobre produtos saneantes utilizados em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e Questionário diagnóstico sobre o Uso Racional de Medicamentos.

Em 2002, o hospital em que trabalho foi avaliado como candidato ao Projeto Sentinela. Ao preencher o “*Questionário para Avaliação dos Hospitais Sentinela em Hemovigilância*”, seu item “D” solicitava informações sobre Recursos Humanos. Na listagem do perfil dos funcionários ligados diretamente ao Serviço de Hemoterapia da instituição, o sub-item D 1 – 4 questiona sobre a quantidade de enfermeiros existentes no serviço e respectivas cargas horárias. Naquele momento, foi constatada a falta de um profissional enfermeiro no Serviço de Hemoterapia do hospital. No bojo dessa necessidade, tive meu nome indicado para ocupar esse espaço, sendo também convidada para participar do Comitê Transfusional da Instituição.

Possuir um “Comitê Transfusional” é uma das exigências da ANVISA, que, na alínea A5 da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC)⁷ 153/2004, adverte:

O serviço de saúde que tenha serviço de hemoterapia deve constituir um comitê transfusional, multidisciplinar, do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia que o assiste. Este comitê tem como função o monitoramento da prática hemoterápica na instituição. (BRASIL, 2004a)

O Comitê Transfusional deste hospital é composto por: cirurgião, pediatra, clínico, anestesiológico, hemoterapeuta, gerente de risco, enfermeiro e um assessor da Divisão Médica, que monitoram as transfusões realizadas no

⁷RDC 153 de 14/06/2004 - Resolução da ANVISA que determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea.

hospital para detecção de não conformidades quanto à indicação e condutas transfusionais. Estes profissionais reúnem-se bimestralmente para discutir e avaliar, através da análise dos registros nos prontuários dos pacientes transfundidos, a execução de todo o processo da utilização do sangue, desde os critérios de solicitação dos hemocomponentes até sua instalação, além dos desdobramentos em caso de eventos adversos.

Fica aqui destacado o viés multidisciplinar que requer as ações em Hemoterapia as quais impõem aos profissionais uma postura de ações transdisciplinares. Durand (2003, p. 315) estabelece a diferença entre esses dois conceitos, afirmando ser a multidisciplinaridade “a utilização paralela de várias disciplinas sem estabelecer relações entre elas”, e a interdisciplinaridade “a utilização combinada de várias disciplinas [...] que provoca transformações recíprocas dessas disciplinas em seus conceitos, leis ou métodos”.

Inicialmente, ao assumir no Comitê Transfusional e já lotada no Serviço de Hemoterapia, senti necessidade de uma formação específica nessa especialidade, o que me motivou a realizar um estágio profissional voluntário de cento e quarenta e duas horas no HEMORIO. Pude, assim, familiarizar-me com a atuação específica do Enfermeiro no Ciclo do Sangue.

Torna-se necessário dar ênfase à formação do enfermeiro em hemoterapia. Entendo que esta se dá a partir do curso de Graduação, responsável pelo embasamento teórico-prático que sustenta o profissional ao longo de sua carreira para aquisição de conhecimentos que englobam uma generalidade, servindo de alicerce para um processo contínuo de aprendizado que pode ser complementado a partir das especialidades. Torna-se fundamental que o profissional apresente um perfil funcional que o habilite

ao cargo desejável.

Carvalho (2006, p. 260) afirma que nas diversas áreas relacionadas com a formação profissional, o sentimento mais legítimo é o de que aquilo que conhecemos, ou pensamos, está em contradição permanente com aquilo que fazemos, ou aquilo que aprendemos. Para esta autora (Op. cit., p. 309), a educação continuada deve ser apontada aos estudantes como meta permanente e a especialização deve ser indicada como necessidade de aprofundamento do conhecimento de enfermagem.

No caminho da formação, o enfermeiro tem que ter a subjetividade do *“aprender a aprender”* o que requer, em muitos momentos, humildade em reconhecer aquilo que não sabe e esforço em esclarecer dúvidas, muitas vezes, de maneira autodidata diante da lacuna de conhecimentos que certos temas ainda trazem.

A formação é um processo que transcende os programas curriculares. Além do cabedal teórico, o cotidiano fornece oportunidades inesperadas de aprendizados específicos. Extrair desses momentos a essência do conhecimento, vai depender do interesse e percepção de cada um. Aprender a aprender pode se tornar desafiante e surpreendente. Concordo com Valadares (2001, p. 13) quando afirma que a formação expande-se para além da visão de escola, uma vez que o ser humano, em sua dimensão profissional, está em permanente processo educativo. A autora cita ainda:

Penso que seja preciso compreender o todo, porém, também, dominar a parte, em uma espécie de flexibilização do conhecimento, isto é, um movimento reflexivo do todo para a parte e da parte para o todo, com vistas à adequação da realidade. (VALADARES, 2001, p. 16)

Consoante Severino (2007, p. 27), o conhecimento é a grande estratégia do homem por ser o referencial diferenciador do agir humano em relação ao agir de outras espécies. Este autor (Op. cit., p. 28) define educação como “o processo mediante o qual o conhecimento se produz, se reproduz, se conserva, sistematiza, se organiza, se transmite e se universaliza.”

Este pensamento se ajusta perfeitamente na atuação em Hemovigilância, que impõe ao enfermeiro uma atitude educadora a partir de uma nova proposta de política de saúde trazida pelo Projeto Sentinela. O conhecimento não é adquirido na forma de um produto, mas sim através de um processo investigador na busca de causas responsáveis por não conformidades que determinem eventos adversos.

Ramos (2006, p.27) analisa formação e competências relacionadas no mundo do trabalho e afirma que “esse processo visa promover a possibilidade de o homem desenvolver-se e apropriar-se do seu ser de forma global”. A graduação em enfermagem não poderia contemplar todos os saberes necessários para o desenvolvimento de habilidades dentro de todas as especialidades. Como também, não é imperativo que todo especialista será obrigatoriamente competente. No entanto, todos esses fatores se complementam enquanto formação para aquisição de competências que se alicerçam ao sabor da experiência que os anos impõem.

Apesar de constar no meu currículo duas especializações (Cirurgia Cardíaca e Administração Hospitalar), entre outros cursos de extensão, na realidade, era uma iniciante na área de Hemoterapia. Durante a minha graduação, este tema não foi explorado e, apesar de ter realizado inúmeras transfusões nos setores de Terapia Intensiva em que trabalhei, muitas eram

minhas dúvidas quanto à competência do enfermeiro neste âmbito. Tal fato estimulou-me a realizar outros cursos na área e dentre eles destaco, pela sua complexidade e abrangência, o de Gestão de Qualidade em Serviços de Hemoterapia, em 2005, coordenado pela ANVISA.

Nesse mesmo ano, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução 291/2005 (COFEN, 2005), fixou a Hemoterapia como especialização para o enfermeiro; e no ano seguinte, a Resolução COFEN 306/2006 (COFEN, 2006) especificou as competências do enfermeiro e sua equipe em Hemoterapia. Estes são fatos marcantes para a nossa profissão por oficializar o trabalho de enfermagem em uma área até então velada à nossa categoria.

Baseada nessas duas Resoluções, em 2008 concluí a especialização em Hemoterapia, Hematologia e Terapia de Suporte na primeira turma de enfermagem *lato sensu* no país dentro desta área, que foi promovido pela Universidade Gama Filho (Rio de Janeiro).

Essa especialidade vem estabelecer um marco no atendimento ao cliente em tratamento com sangue, tendo em vista o momento histórico na Hemoterapia com a inserção do enfermeiro especialista trazendo a especificidade de um cuidado indireto com a unidade de hemocomponentes, e um cuidado direto na execução do transplante intervivos de células sangüíneas. Embasada nesses princípios, elaborei a monografia de conclusão do curso de especialização com o título: “*O Sangue enquanto Objeto de Cuidado: um novo enfrentamento para o Enfermeiro.*” (DIAS, 2008).

Naquele momento, pude concluir que a bolsa de sangue impõe uma atenção diferenciada, voltada para os aspectos físicos dos hemocomponentes

que exigem uma especificidade a qual provoca o enfrentamento do conhecimento de um novo cuidado indireto em busca da qualidade do produto hemoterápico. Apliquei a expressão “*cuidado indireto*”⁸ para fazer referência a uma série de ações específicas, exigidas e aplicáveis única e exclusivamente a uma unidade de hemocomponentes para que esta possa suprir as necessidades metabólicas do paciente com segurança e eficácia.

Em Hemoterapia, o cuidado direto é aquele realizado ao doador e ao paciente, a partir da sistematização de enfermagem em coleta e transfusão. O cuidado indireto é aplicado à bolsa de hemocomponente, revertendo-se na identificação, armazenamento, fracionamento, testagem, transporte e descarte da unidade de hemocomponentes tendo como objeto principal de todas essas ações, o cliente.

Urge atentar para a necessidade de incentivo constante ao aprendizado dos conceitos em hemoterapia, até que a equipe de enfermagem esteja realmente engajada e segura no desempenho de suas atribuições com as unidades de hemocomponentes.

A formação de um profissional requer a busca constante do saber para adequação necessária dos seus conhecimentos às atividades requeridas pela prática. É um processo automático que se dá no dia-a-dia através das experiências vivenciadas, mas que deve sempre ter embasamento teórico que justifique as tomadas de decisões ante as situações do seu cotidiano.

Essa automatização não anula o processo cognitivo da aprendizagem, mas infere o fato de que o cotidiano da prática estabelece uma aquisição que, algumas vezes não é intencional, é uma simples consequência da rotina.

⁸ Grifo meu.

Perrenoud (2000, p. 15) infere que as competências profissionais constroem-se, em formação, mas também ao saber da navegação diária do profissional, de uma situação de trabalho à outra. Polanyi (2003) traz o conceito de “*saber tácito*”, especificando que este saber está na mente das pessoas, porém, por uma dificuldade de comunicação, não é possível expressá-lo.

A relação entre o saber e o fazer, no tocante ao aprendizado e à prática, é referenciado por Viana (1995, p. 68) quando relata que já na década de 30, a Escola de Enfermeiras Anna Nery procurou estabelecer as responsabilidades e competências dos diferentes atores sociais na formação de enfermeiros, seja na escola ou hospital. A autora afirma que a definição desses aspectos deixa clara esta relação, tendo em vista fortalecer o vínculo entre teoria e prática na formação dos alunos. Em sua tese de doutorado, mergulha no estudo da formação do enfermeiro no Brasil e em suas considerações finais conclui que na área da saúde

[...] há um discurso que defende saúde para todos, mas que orienta a formação e a ação, principalmente, para a assistência hospitalar e recuperadora; e um discurso que propugna a assistência holística, mas que, na prática, dirige-se para a formação especializada. (VIANA, 1999, p. 135)

Andrade (2002, p. 36) ressalta que vivemos na sociedade dos especialistas e, nesse contexto, o mercado de trabalho reconhece os especialistas e valoriza o seu trabalho. Opina ainda, que o caminho da prática especialista poderá ser elemento relevante para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, contribuindo para que seja reconhecida socialmente e alcance maior prestígio e remuneração justa.

Dentro da especialidade a formação promove um profissional autônomo e eficiente, detentor de um saber diferenciado aplicado a um campo específico

que só a prática lhe concede. Mesmo após um curso *stricto sensu* em determinada área, somente a vivência proporciona a real formação do especialista.

A formação profissional e o enfrentamento do conhecimento novo são temas explorados por Valadares (2006 p. 93-94) em sua tese de doutorado que afirma: *“O enfermeiro, mesmo sem experiência na especialidade, precisa assumir papéis, desempenhar funções, adotar atitudes e práticas, constituindo no momento inicial um peso [...] o peso da realidade”*.

Perrenoud (2000, p. 16) classifica o especialista como um profissional que *“tem olhos nas costas”*, por ser capaz de apreender o essencial do que se passa em várias cenas paralelas, sem ficar *“siderado”* ou estressado. Penso que esta aquisição é a conquista de uma formação diária, contínua, atingida com a aliança do saber reflexivo sobre as ações desenvolvidas ao longo de uma carreira. O autor supracitado (2000, p. 158) refere que administrar sua formação contínua é bem mais do que saber escolher com discernimento entre diversos cursos em um catálogo.

O “Documento Base” da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde realizada em Brasília (BRASIL, 2001, p. 43), esclarece que a política de educação na saúde tem como grande desafio superar a tradição da formação e desenvolvimento que era realizada no setor da saúde. Essa tradição entende a educação como um componente operacional, centrado nas capacitações e treinamentos aplicados ao cotidiano imediato dos serviços, onde os trabalhadores são os únicos responsáveis pela qualidade da atenção e pela qualidade da gestão que se faz em saúde. No item que trata da execução da educação na saúde, propõe:

Atender aos legítimos interesses de uma formação e especialização dos profissionais orientada pelas necessidades de saúde e de uma gestão educacional preocupada com a destinação e responsabilidade social das instituições formadoras para que estas cumpram seu papel de elevação da capacidade e qualidade educativa e estabeleçam práticas de produção e disseminação do conhecimento técnico e científico socialmente necessário. (BRASIL, CNS, 2005, p.45)

Nessa busca da continuidade do meu caminho em educação, desenvolvo o presente estudo tendo por objeto a formação do enfermeiro para competências em Hemovigilância. Schön (2000, p. 79) esclarece que o paradoxo de aprender uma competência realmente nova é não poder inicialmente entender o que precisa ser aprendido. Afirma, ainda que se pode aprender somente educando-se a si mesmo e só se pode educar começando a fazer o que ainda não entende.

Competência é uma qualidade que deve ser adquirida por profissionais ao longo de uma carreira e que pode ser analisada sobre vários prismas. Não se deve afirmar que uma formação *stricto sensu* é suficiente para a aquisição de competências, da mesma forma que não se pode concluir que somente a prática fornece subsídios para a competência profissional. Isto porque competência não é unicamente o produto das ações do enfermeiro em seu trabalho, o que poderia estar refletido na mecanicidade de repetições de procedimentos sem embasamento científico.

Benner (1984), ao descrever a competência clínica na assistência de enfermagem, identifica cinco níveis em que os enfermeiros se inserem: novatos, avançados, competentes, proficientes e experientes. A autora estabeleceu esses critérios a partir da análise das contingências cotidianas do trabalho de enfermagem. Ela esclarece:

O esquema de enfermagem requer um programa educacional bem planejado. A aquisição de um esquema baseado em experiência é rápido e seguro quando está alicerçado em bases educacionais. (BENNER, 1984, p. xii)

Para Mussak (2006), a competência vem estabelecer um diferencial que destaca um profissional, a partir de variáveis bem delimitadas que abrangem desde a intelectualidade do saber até a praticidade nas ações. O autor define competência como:

O resultado da multiplicação entre conhecimentos (saber, know-how da atividade, atualização constante, aprendizagem contínua); habilidades (saber fazer, utilizar o conhecimento, visão individual e diferenciada, saber pensar e agregar valor) e atitudes (características pessoais, modo de pensar, agir, postura, valores éticos e morais), que distinguem os profissionais de alto desempenho e os diferencia dos demais. (MUSSAK, 2006, p. 28)

Para Carvalho (2006, p. 307), perfil e competências profissionais devem plasmar-se no encontro direto com os clientes, nas ações e atos de ajudá-los, de assisti-los, de cuidá-los. Para esta autora, perfil e competência tem início e término na sociedade, ou seja, nas áreas da saúde que interessam ao domínio público.

Consoante Perrenoud (2000, p. 162), ser competente é estar pronto para enfrentar crises, no momento em que elas sobrevêm, em geral de improviso, pois exigem uma reação tão imediata quanto adequada. Este autor afirma ainda não ser fácil manter competências de ponta que não possam ser exercidas senão de maneira episódica.

Estabelecendo uma interface entre as considerações de Schön, Carvalho, Benner e Mussak a respeito de competências, os conceitos de Perrenoud e minha formação e experiência em Hemoterapia, na certeza de que a Hemovigilância vem impor uma nova forma de visualizar e aplicar a

assistência de enfermagem, questiono: Quais as competências dos enfermeiros em Hemovigilância? Que percursos os enfermeiros trilharam para a formação e aquisição dessas competências?

Na intenção de responder tais questões, formulei os seguintes objetivos:

- Discutir o percurso de formação do enfermeiro em Hemovigilância;
- Descrever as competências dos Enfermeiros em Hemovigilância;

No acesso aos *sites* científicos, realizei busca de pesquisas com os descritores: serviço de hemoterapia, vigilância sanitária e sangue. Quando cruzados com assistência de enfermagem, formação, educação continuada e permanente, foram identificados cento e trinta e cinco materiais que, de alguma maneira, se referiam à Hemovigilância. Um deles, o *Manual de Hemovigilância* publicado pela ANVISA; e dois outros que eram os *Manuais das Oficinas em Hemovigilância* aplicadas aos Gerentes de Risco.

Um estudo bibliográfico realizado por Araújo, Brandão e Leta (2006) sobre produção científica de enfermagem em Hemoterapia, Hematologia e Transplante de Medula Óssea, em um recorte temporal de 2000-2004, apontou um total de 88 publicações, sendo 73 em Anais de congressos. Os trabalhos originaram-se principalmente no Sudeste (49) predominando a abordagem quanti-qualitativa (29) e na área assistencial (51).

No *site* da ANVISA referente a estudos desenvolvidos na Rede Sentinela, identificamos que vinte e uma pesquisas científicas receberam aval e financiamento para o ano de 2009, porém nenhuma delas se refere à Hemovigilância e, até o momento, nenhuma foi desenvolvida na área da enfermagem.

Não encontramos literatura referente à Hemovigilância como

responsabilidade específica do enfermeiro, ou referência quanto à formação desse profissional para aquisição de competências para exercê-la. Visto este tema não ser contemplado nos cursos de Graduação em Enfermagem, e não ser mencionado em outras especialidades da categoria em que a hemotransfusão é atividade constante, proponho este estudo evidenciando sua justificativa na certeza que trará subsídios em vários momentos da profissão.

A visão de Hospitais Sentinela precisa ser mais difundida junto aos profissionais de enfermagem porque sua atuação é pontual na detecção de eventos adversos. Este estudo aponta o enfermeiro como um expoente no processo transfusional que, a partir da Hemovigilância, não se limita ao término da infusão de uma bolsa de sangue. A assistência não se prende ao atendimento *in loco* das intercorrências, mas se estende às notificações e repercussões referentes aos eventos transfusionais.

O Projeto Hospitais Sentinela sinaliza para o enfermeiro a decadência de um paradigma dominante, pois o convida a mergulhar em uma nova fronteira do conhecimento e conseqüente atuação no momento de detectar, identificar, intervir e notificar um evento adverso em transfusão. Emerge daí um novo paradigma que almeja reflexão e prudência a partir do conhecimento. Soares (2005) afirma que:

A enfermagem não se encontra imune nem à crise paradigmática, nem à transição para este novo paradigma, ao contrário, apresenta-se aberta a favor da emancipação. Tentamos sair da visão biologicista, tecnicante, retificadora, para valorizar a integralidade do ser. (SOARES, 2005)

No Núcleo de Pesquisa em Educação e Saúde em Enfermagem (NUPESEnf), da Escola de Enfermagem Anna Nery, do qual sou membro-fundadora, emergirão novos aspectos da formação profissional visto a

especificidade que representa a Hemovigilância dentro da Hemoterapia enquanto especialidade em Enfermagem. O ineditismo do tema como pesquisa no campo da enfermagem valoriza a nossa profissão, no momento em que uma política de saúde insere o enfermeiro em um campo de investigação diagnóstica de situações de não conformidades.

Este estudo faz nexos com pesquisas anteriormente concluídas dentro do NUPESEnf, como as dissertações e teses de Andrade (1999; 2001), Valadares (2001, 2006) e de Valente (2006, 2009) que exploram o conhecimento dentro das especialidades; assim como o estudo de conclusão de Mestrado de Carvalho (2007), que trazem Perrenoud para discussão de competências para o enfermeiro.

Para os alunos dos Cursos de Graduação, a visão do ato transfusional como responsabilidade específica do enfermeiro e o delineamento das reações transfusionais embasarão uma atuação mais segura de um procedimento que, com certeza, estará muitas vezes presente no cotidiano da sua prática.

A partir das análises deste estudo, emergirá material para futuras pesquisas na abrangência do tema que descortina várias possibilidades de investigação, visto a riqueza do cenário que um Serviço de Hemoterapia apresenta, a multiplicidade de ações e a transdisciplinaridade que a equipe multiprofissional desse setor possibilita.

Na assistência, a contribuição de um embasamento teórico oferecido para a prática das hemotransfusões com o viés da Hemovigilância. Este modela a conduta da equipe diante de eventos adversos, ampliando a atuação do enfermeiro que pode agora, em uma atuação relevante, obter dados para a garantia da qualidade na terapêutica transfusional e um caminho para

sua auto-formação.

2. *Minha realidade em um Hospital Sentinela*

Ao assumir a gerência de enfermagem do Serviço de Hemoterapia de um Hospital Sentinela, a Hemovigilância passou a ser uma das minhas responsabilidades, isto é, a detecção de reações adversas em hemotransfusões para posterior notificação à Gerência de Risco que, por sua vez, comunica o evento à ANVISA por rede informatizada. Quanto a esta norma, a RDC 153 na letra 'L', item L.1, que se refere à detecção, notificação e avaliação das complicações transfusionais, determina que:

Todo serviço de hemoterapia deve ter um sistema para a detecção, notificação e avaliação das complicações transfusionais, que inclua procedimentos operacionais para a detecção, o tratamento e a prevenção das reações transfusionais. (BRASIL, 2004a)

Ao observar a rotina do processo transfusional realizada no serviço de hemoterapia em questão, identifiquei algumas situações que não se coadunavam com as determinações da RDC 153/2004 sobre os procedimentos em hemoterapia e também com a Resolução nº 200/97 do COFEN⁹ quanto à responsabilidade do enfermeiro em transfusão.

Cabe aqui ressaltar que ao assumir o serviço, em 2003, a Hemoterapia ainda não era especialidade para a enfermagem, o que só ocorreu em 2005 com a Resolução COFEN nº 291/2005, sendo que as competências do Enfermeiro em Hemoterapia foram fixadas na Resolução COFEN nº 306 somente a partir do ano de 2006.

⁹ Resolução que determinava a atuação do enfermeiro em hemotransfusão antes da Hemoterapia ser aprovada como especialização para a Enfermagem.

Através de um relatório endereçado à Divisão de Enfermagem, diagnostiquei todas as situações de não conformidade no Serviço de Hemoterapia, tendo como base a legislação vigente, e apontei a necessidade da composição de uma equipe de enfermagem para que fosse possível readaptar a rotina do serviço, atendendo às determinações da ANVISA e do COFEN quanto a transfusões de hemocomponentes em serviços de hemoterapia.

Toda transfusão é um transplante, pois sendo o sangue um composto de diferentes células, qualquer hemocomponente infundido pode gerar reações adversas no sistema imunológico, podendo ocasionar riscos sanitários, inclusive a morte. Uma única gota de sangue quando transfundida, jamais poderá ser retirada do leito vascular de um receptor.

Os incidentes transfusionais classificam-se em imediatos e tardios. Os tardios são relacionados às doenças infecciosas transmitidas pelo sangue (ex: HIV, Chagas, Hepatites, HTLV, Sífilis, Malária) - que poderão ser diagnosticadas a partir da segunda semana de contaminação. Os imediatos envolvem o sistema imunológico (reações hemolíticas e não hemolíticas) e podem ser diagnosticados nas primeiras vinte e quatro horas após a instalação do hemocomponente.

Por isso a necessidade de uma equipe treinada, capacitada e em constante formação para que os erros se tornem cada vez mais raros, e para que os pacientes tenham suas necessidades de reposição sanguínea realizadas de forma segura, apoiada por uma equipe que possua controle na qualidade do hemocomponente e habilidade para atuar diante das diversas intercorrências passíveis em um processo transfusional.

A Divisão de Enfermagem, através do processo seletivo que ocorreu em 2004, encaminhou funcionários para compor uma equipe de enfermagem no Serviço de Hemoterapia. Inicialmente, esta equipe foi composta por seis enfermeiros e doze auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros atuavam em triagem clínica de candidatos à doação de sangue, sala de coleta de sangue de doadores e em transfusão de hemocomponentes; e os auxiliares de enfermagem, em triagem hematológica de candidatos à doação, sala de coleta de sangue de doadores e transfusão de hemocomponentes.

Na ocasião, tive a oportunidade de realizar uma entrevista com os referidos profissionais, quando pude identificar que somente uma enfermeira tinha conhecimentos em Hemoterapia por ser, na época, residente de enfermagem do HEMORIO. Os demais não apresentavam experiência além da instalação de unidades de hemocomponentes em pacientes, alguns sem nenhum critério específico.

Nesse momento, percebi a necessidade de investir na formação da equipe para que a mesma pudesse prestar os cuidados inerentes ao ciclo do sangue, consoante Perrenoud (2000, p. 161), quando afirma que profissionais precisam delimitar os problemas, estabelecer diagnóstico, construir estratégias e superar obstáculos.

Dentre as ações referentes à gestão, tive a oportunidade de elaborar os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) das rotinas de enfermagem em Hemoterapia, especificando o passo a passo de cada atividade. Juntamente com o aval do biomédico da Imunoematologia, estabeleci algumas ações para serem inseridas nos POP da equipe dos técnicos de laboratório, no intuito de que as funções das duas equipes ficassem determinadas, identificadas e

delimitadas de acordo com a formação básica de cada profissional.

Quanto às ações referentes à formação, procurei instituir e coordenar dois cursos internos específicos, intitulados “Conceitos Básicos em Hemoterapia”, que foram ministrados de maio à agosto de 2005 (54 horas) e de junho à agosto de 2006 (48 horas), direcionados à toda equipe multidisciplinar do Serviço de Hemoterapia, ambos realizados em parceria com a Divisão de Ensino e Pesquisa do hospital como apoio estratégico para a confecção de certificados de conclusão.

O conteúdo programático dos cursos atendeu as necessidades de conhecimentos tanto da equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros), quanto ao restante da equipe multidisciplinar do setor (técnicos de laboratório, biólogos, farmacêuticos e biomédicos). Contamos também, com o apoio da equipe médica.

Com o intuito de divulgar os conceitos em Hemoterapia a outros profissionais da saúde, principalmente àqueles lotados no Hospital em questão, em 2005, 2006 e 2007 coordenamos a I, a II e a III “*Semana do Profissional de Saúde Doador de Sangue*” no mês de novembro, em comemoração ao ‘Dia Internacional do Doador de Sangue’ (25 de novembro), com o curso: “*Ciclo do Sangue – do doador ao paciente*” e outras palestras com temas variados dentro do assunto (20 horas).

Na oportunidade, apresentamos o trabalho da *Equipe de Enfermagem Transfusional* (nome que nos identificava dentro da instituição) para que todo o corpo de enfermagem do Hospital tomasse ciência da nossa inserção no cenário hospitalar. Apresentamos a nova rotina que envolvia a transfusão com a atuação da Equipe de Enfermagem Transfusional e a interface necessária entre

ela e todo o corpo de enfermagem na identificação de eventos adversos na transfusão.

Esclarecemos que todos os esforços deviam ser acionados e que todos estavam envolvidos com o processo de Hemovigilância. Ressaltamos a importância da doação de sangue, tanto como exercício da cidadania quanto como cooperação altruísta. Certificados também foram conferidos pelo Centro de Estudos aos duzentos e vinte e oito inscritos, nos três dias do evento de 2005; aos cento e setenta e oito participantes do evento de 2006; e aos noventa e dois presentes em 2007. Reiterando esse tipo de evento, reverenciamos Perrenoud ao citar:

Enquanto a formação contínua fora do estabelecimento procede de uma escolha individual e afasta o profissional de seu ambiente de trabalho. Uma formação comum, no estabelecimento, faz evoluir o conjunto do grupo, em condições mais próximas do que uns e outros vivem cotidianamente. (PERRENOUD, 2000, p. 165)

O número decrescente de participantes nos três momentos deve-se ao fato de que, na época da I Semana do Doador, os profissionais das outras clínicas do Hospital não conheciam essa nova frente de trabalho da Hemoterapia; logo, houve uma enorme procura de inscrições para o curso. Nos anos posteriores, uma grande parte da equipe de enfermagem já estava familiarizada com nossa rotina. Somente funcionários recém admitidos e alguns outros que não puderam comparecer anteriormente, participaram do evento nos anos posteriores.

Consideramos tais ações importantes para o processo de formação desses profissionais, e essenciais para o sucesso das notificações em hemovigilância no Hospital. Foi grande o número de funcionários que se pronunciou relatando não ter recebido na sua formação, instruções a respeito

do processo transfusional e da importância da captação de doadores.

Destacamos a colaboração direta da Gerência de Risco do Hospital nesses momentos, a partir da apresentação dos objetivos do Projeto Sentinela e do relato sobre o compromisso da Instituição enquanto participante da Rede Sentinela de Vigilância, estimulando a atuação dos profissionais de enfermagem na Tecnovigilância, na Farmacovigilância e na Hemovigilância. Muitos funcionários somente nessa oportunidade tomaram ciência desse novo empenho da instituição.

Esta atuação da gerente de risco cumpre satisfazer uma das exigências do Termo de Referência do Projeto Sentinela cujo item 4, apresenta as atividades a serem desempenhadas pelas Gerências de Risco dos Serviços Sentinela, determinando

a realização de palestras, oficinas de trabalho e treinamentos para o público interno para disseminar informações sobre as ações corretivas e as ações da Gerência de Risco e a importância das notificações. (BRASIL, 2001b, p. 4)

Nesta citação está explícita a preocupação da ANVISA com a formação dos profissionais e a necessidade da colaboração dos mesmos na vigilância sanitária dos produtos de saúde. Identifica-se na pessoa do gerente de risco o elo deflagrador das ações que garantirão a abrangência, a fidelidade e o êxito das notificações.

Em outros momentos, membros da nossa equipe foram encaminhados ao HEMORIO para realização de cursos de extensão no ciclo do sangue, através de uma parceria realizada entre a Divisão de Desenvolvimento e Recursos Humanos do nosso hospital e o Centro de Estudos do Hemocentro do Rio de Janeiro.

Desde 2007 o Serviço de Hemoterapia do Hospital dos Servidores

aceitou fornecer campo de estágio para os enfermeiros do curso *lato sensu* de Especialização em Hemoterapia, Hematologia e Terapia de Suporte, da Universidade Gama Filho. Em contrapartida, o curso oferece uma bolsa integral por turma para um enfermeiro da nossa equipe. Hoje (2º semestre de 2009), temos uma enfermeira no terceiro período, e outra finalizando o estágio da especialização do referido curso.

Todos esses esforços têm sido envidados no sentido de investir na formação dos profissionais de enfermagem em Hemoterapia e, conseqüentemente, em Hemovigilância. Ao longo desses anos, desenvolvemos sete pesquisas com residentes e funcionários do Serviço de Hemoterapia do HSE, sendo algumas apresentadas em encontros, semanas científicas e congressos.

Tenho sido convidada para ministrar aulas em universidades (EEAP / UNIRIO¹⁰; EEAN / UFRJ¹¹; UCG / Go¹²; UGF¹³; UNISUAM¹⁴) e palestras sobre o tema. Coordenei três eventos na área pela Divisão de Ensino e Pesquisa do Hospital dos Servidores do Estado, co-orientei duas monografias de conclusão de curso de graduação e duas de residência em enfermagem e, atualmente, oriento uma monografia de pós-graduação em Hemoterapia e Hematologia da Universidade Estácio de Sá, todas com a Hemoterapia como pano de fundo.

¹⁰ Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/ Universidade do Rio de Janeiro

¹¹ Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro

¹² Universidade Católica de Goiânia/Goiás

¹³ Universidade Gama Filho

¹⁴ Universidade Augusto Mota

Perrenoud esclarece que

A lucidez profissional consiste em saber igualmente quando se pode progredir pelos meios que a situação oferece (individualmente ou em grupo) e quando é mais econômico e rápido apelar para novos recursos de auto-formação: leitura, consulta, acompanhamento de projeto, supervisão, pesquisa-ação ou aportes estruturados de formadores, suscetíveis de propor novos saberes e novos dispositivos de ensino-aprendizagem. (PERRENOUD, 2000, p. 163)

Senti necessidade de todo esse detalhamento para comprovar minha preocupação e envolvimento na formação profissional. Destaco que essa preocupação não é somente com a minha formação, mas também com a de todos os funcionários pertencentes à equipe que estava sob minha coordenação naquela época. Para estender o processo formativo àqueles que sustentam o aparato transfusional, em 2008 convidei um grupo de profissionais – doutores, mestres e especialistas em Hemoterapia/Hematologia - para docência do I Curso Técnico em Hemoterapia no Rio de Janeiro.

Tendo como público-alvo técnicos de enfermagem e técnicos de laboratório, elaborei o projeto e o encaminhei à Divisão de Ensino e Pesquisa do HSE propondo o referido curso. Tal empreendimento apoiava-se na Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) nº 862, publicada no Diário Oficial da União de 9 de junho de 2005 (BRASIL, 2005), que promoveu o Hospital dos Servidores do Estado a instituição de ensino e pesquisa, com isso permitindo a elaboração de cursos de especialização na educação profissional.

O Curso Técnico em Hemoterapia foi organizado, sendo preconizadas duração de nove meses e carga horária de trezentos e sessenta horas, divididas em cento e vinte horas teóricas e duzentas e quarenta horas práticas, com um conteúdo que abrangia todas as etapas do ciclo do sangue. Esta

turma concluiu o curso em cinco de dezembro de 2008, com quarenta e dois alunos, dentre os quais dez eram funcionários do Serviço de Hemoterapia do HSE. Apóio-me mais uma vez em Perrenoud quando afirma que

[...] para “ultrapassar o limite”, é preciso alguma espécie de salto qualitativo que passe pela construção de novos modelos de ação pedagógica e didática, por conseguinte, por um trabalho de autoformação que apele para *aportes externos*. (PERRENOUD, 2000, p. 163)

Este autor relata ainda (Op. cit., p. 167) que os partidários das novas pedagogias e do ensino recíproco descobriram há muito tempo que formar alguém é uma das mais seguras maneiras de se formar. Pude comprovar esta afirmativa visto o esforço, muitas vezes autodidata, que tive que empreender para promover o conhecimento do conteúdo programático proposto pelo referido curso.

CAPITULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Subsidiando o tema

Neste capítulo trago temas cujo desenvolvimento subsidia este estudo. Para Carraro (2001, p. 33) neste momento a pesquisa “proporciona ao profissional a evidência de que ele necessita para embasar suas ações, apontando e justificando por que selecionar um determinado problema para estudo.” Ela afirma ainda que a fundamentação teórica proporciona o foco que ilumina os caminhos a serem percorridos pelo profissional para atingir seus objetivos assistenciais (CARRARO, 2001, p. 34).

Discorrer sobre a Rede Sentinela de Vigilância trará ao leitor o esclarecimento necessário para a compreensão da relevância da proposta do Projeto Sentinela como estratégia em política de saúde. Os meandros da implantação do mesmo em uma unidade hospitalar, a contrapartida da Anvisa e o compromisso da instituição sediadora revelará conhecimentos específicos que poucos profissionais dominam na saúde.

Apresentando os aspectos históricos do sangue evidencio a importância que o senso comum deu a esse fluido ao longo dos tempos. Demonstro o caminhar das diversas tentativas em utilizá-lo e, conseqüentemente, os insucessos que a falta de conhecimento no assunto proporcionou. Destaco as reações adversas com os hemocomponentes as quais compõem o pano de fundo no processo de Hemovigilância. Dessa forma penso orientar o leitor no esclarecimento de questões que nortearão a compreensão dos objetivos que proponho alcançar.

A fundamentação teórica é um capítulo esclarecedor em uma pesquisa, pois revela todo o conhecimento adquirido pelo autor no seu momento inicial quando realiza a busca de publicações que tragam informações que servirão de base para o arcabouço teórico a ser desenvolvido. Aproprio-me da afirmação de Carraro (2001, p. 36) ao referir que este capítulo “conduz ao fazer reflexivo, proporcionando satisfação na Prática Assistencial de Enfermagem, tanto para o profissional quanto para o ser humano que está sob seus cuidados.”

Consoante essa afirmação, compus os próximos tópicos que, com certeza, fortificarão este estudo tanto em relevância quanto em contribuição a partir dos conceitos esclarecedores que eles proporcionam identificando o exercício da profissão de enfermagem como o elo essencial e insubstituível para o cumprimento da Hemovigilância.

2. Rede Sentinela de Vigilância – situação atual

Neste momento, novembro de 2009, a “Rede Sentinela” está composta por cento e oitenta e oito hospitais em todo o território nacional¹⁵. O Projeto Sentinela foi um dos dez vencedores do Prêmio Inovação da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) em 2006. Por meio dessa premiação, o Laboratório de Experiências Inovadoras em Gestão Educacional procura atender às necessidades de conhecimento, disseminação e monitoramento, além de tornarem públicas e disponíveis às redes e aos sistemas de ensino as experiências consideradas inovadoras em gestão educacional.

Por ocasião do prêmio, o concurso estava na sua 11ª edição e entre os sessenta e seis projetos concorrentes naquele ano, o referente à Rede

¹⁵ www.anvisa.gov.br - acessado em 23.04.2009 às 18:38 h

Sentinela de Vigilância foi o terceiro escolhido entre os melhores com o título “*Projeto Hospitais Sentinela: uma estratégia de vigilância de pós-comercialização.*”

Os Quadros 1 e 2 apresentam a distribuição da Rede Sentinela de Vigilância no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro, respectivamente:

Quadro 1 - Distribuição da Rede Sentinela por Região no Brasil

REGIÃO	Nº DE HOSPITAIS
Norte	18
Nordeste	41
Centro-Oeste	13
Sudeste	80
Sul	36
Total	188

Fonte: <www.anvisa.gov.br> 2009

Quadro 2 - Rede Sentinela no Estado do Rio de Janeiro

NOME DA INSTITUIÇÃO	MUNICÍPIO
Instituto Nacional do Câncer	Rio de Janeiro
Hospital dos Servidores do Estado	Rio de Janeiro
Hospital Geral de Bonsucesso	Rio de Janeiro
Hospital Geral Guaraús	Campos dos Goytacazes
Hospital Naval Marcílio Dias	Rio de Janeiro
Hospital Universitário Antonio Pedro	Niterói
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto	Rio de Janeiro
Hospital Universitário Vita	Volta Redonda
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas	Rio de Janeiro
Instituto Fernandes Figueira	Rio de Janeiro
Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras	Rio de Janeiro
TOTAL	12

Fonte: <www.anvisa.gov.br> 2009

Inicialmente o Projeto Sentinela foi lançado como “piloto”, com duração de dois anos (2002/2004). Com o término do piloto, investiu-se na elaboração da renovação para cinco anos (2005/2009). Na fase do projeto piloto, foram obtidas três mil notificações relacionadas a todos os tipos de produtos de saúde. Após essa fase, os hospitais que conseguiram cumprir os requisitos mínimos propostos no piloto (relatório de situação inicial e final, implantação de gerência de risco; planos de melhorias em áreas afeitas ao projeto e participação ativa no Sistema Nacional de Notificações de Eventos Adversos e Queixas Técnicas relacionados a produtos de saúde) foram incluídos na *Rede Sentinela de Vigilância*.

Para incentivo e fortalecimento da Rede Sentinela cada hospital recebe um investimento anual de 50.000,00 (cinquenta mil reais) para qualificação de trabalho e melhoria na segurança dos processos e produtos, gerando notificações de eventos adversos e queixas técnicas (BRASIL, 2005a, p.3). Neste documento, o item 11 estabelece o modo de remuneração que depende do cumprimento de exigências pré-estabelecidas com prazos determinados por cronograma que apresenta as atividades a serem desenvolvidas. Referente aos anos de 2007 e 2008 quanto à remuneração dos Hospitais Sentinela, obedeceu-se aos seguintes critérios:

Tabela 1 - Parcelas de Remuneração dos Hospitais Sentinela

Parcelas	Crítérios para pagamento	Data prevista	%	Valor R\$
1 ^a	Apresentação do Plano Racional de Tecnologias em Saúde	Mês 2 ^o	30%	15.000,00
2 ^a ;3 ^a ;4 ^a	Apresentação de Relatórios bimestrais de implantação do plano acima	Meses 4 ^o ; 6 ^o ; 8 ^o	15% por parcela	7.500,00 por parcela
5 ^a	Apresentação da conclusão do Plano Uso Racional de Tecnologia em Saúde	Mês 11 ^o	25%	12.500,00
	TOTAL		100%	50.000,00

Fonte: <www.anvisa.gov.br> 2009

Em cada Hospital Sentinela, o setor denominado “Gerência de Risco” é dotado de potencial para desenvolver processos internos de melhoria de qualidade, além de fornecer subsídios para tomada oportuna de decisão. O Gerente de Risco Sanitário Hospitalar articula as diversas áreas de apoio à assistência, prevenindo eventos adversos advindos do uso de produtos de

saúde, com ganho de qualidade e segurança para procedimentos e terapias.

A Hemovigilância, a Farmacovigilância e a Tecnovigilância são os instrumentos utilizados pelas Gerências de Risco para detecção de eventos adversos que passam a ser denominados *eventos sentinela*. Enfocamos, neste estudo, a Hemovigilância; esta, por sua vez, é citada por Fidlarczyk e Ferreira (2008, p. 143) como sendo:

[...] um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência [...], todos os efeitos indesejáveis e/ou inesperados, reações adversas, sejam agudas, imediatas ou tardias, estão sob a denominação de incidentes transfusionais. (FIDLARCZYK; FERREIRA, 2008, p. 143)

Os participantes da Hemovigilância são todos os serviços de hemoterapia, que realizam procedimentos integrantes do processo do ciclo do sangue. Estes devem se organizar para que tenham controle informatizado do processo do ciclo do sangue, da distribuição e da utilização da bolsa de sangue. Toda a Rede Sentinela tem acesso ao “Sistema de Informação de Notificação de Eventos Adversos relacionados à Produtos de Saúde” (SINEPS), que é um programa no qual, através de senha personalizada, o hospital pode efetuar a notificação de qualquer tipo de evento adverso, via internet.

Essa notificação é de responsabilidade do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar que também confecciona relatórios bimestrais encaminhados à ANVISA sobre as atividades desenvolvidas em Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância, por serem estes os norteadores das ações de vigilância sanitária implantadas nas unidades de saúde da Rede Sentinela.

No site da ANVISA, um *link* denominado “NOTIVISA” fornece as estatísticas mensais de todas as notificações. Através dele podemos constatar

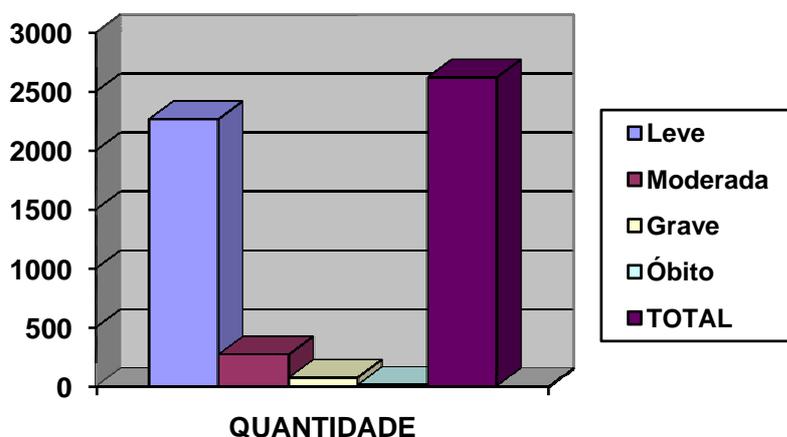
que no ano de 2008, ocorreram 2617 notificações em Hemovigilância em todo o território nacional. Entre elas, 2264 (86,5%) foram consideradas leves; 269 (10,3%) moderadas; 73 (2,8%) graves e 11 (0,4%) resultaram em óbito. Estes resultados, evidenciados na Tabela 2, podem ser confirmados pelo seguinte gráfico:

Tabela 2 - Notificações em Hemovigilância no Brasil em 2008

CLASSIFICAÇÃO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Leve	2264	86,5%
Moderada	269	10,3%
Grave	73	2,8%
Óbito	11	0,4%
TOTAL	2617	100%

Fonte: <www.anvisa.gov.br> 2009

Gráfico - Notificações em Hemovigilância no Brasil em 2008



Fonte: <www.anvisa.gov.br> 2009

Em fevereiro de 2009 já haviam sido notificados 377 eventos adversos em Hemovigilância, sendo 313 (83%) leves, 47 (12,5%) moderadas, 15 (4%) graves e 2 (0,5%) óbitos.

Logo, o Projeto Hospitais Sentinela foi desenvolvido para responder a essa necessidade da ANVISA de obter informação qualificada, enquanto fomenta a criação de um meio intra-hospitalar favorável ao desenvolvimento de ações de vigilância sanitária em hospitais, o que resulta em ganhos significativos de qualidade para os serviços e pacientes.

Torna-se oportuno, nesta fase da pesquisa, esclarecer um pouco sobre o conceito de risco. Derivado da palavra italiana *riscare*, cujo significado original era navegar entre os rochedos perigosos, atualmente está relacionada à teoria das probabilidades, sistema axiomático oriundo dos jogos, na França do século XVII (DOUGLAS, 1987 p. 55).

Os mesmos avanços científico-tecnológicos que forneceram novos caminhos para a prevenção de doenças e promoção da saúde, também ofereceram chances de não conformidades a partir da utilização de certos elementos químicos, radioativos e biológicos. Este fato trouxe a necessidade de avaliação estatística e controle para evitar reincidências de eventos adversos originando, assim, o gerenciamento de riscos que vem aliar-se, dentro da saúde pública, aos serviços de vigilância sanitária.

Eventos adversos são situações contrárias aos resultados previstos de um determinado procedimento ou produto. Todo risco é um evento adverso, porém, nem todo evento adverso fornece risco. Costa (2008), ao abordar a perspectiva crítica sobre riscos, faz a seguinte afirmação:

A maioria dos problemas de saúde, incluídos aí os referentes aos riscos abordados pela vigilância sanitária, se caracterizam por um estado fluído e incompleto de conhecimento científico, acompanhado por imprevisibilidades inerentes aos sistemas complexos. (COSTA, 2008, p. 118)

Eventos adversos, em Hemoterapia, podem fornecer riscos potencialmente irreversíveis, tornando necessária a utilização da Hemovigilância como ferramenta de avaliação, controle e determinação de condutas preventivas de recorrências.

A partir deste comentário percebe-se que o Enfermeiro é o profissional indicado, a partir do seu perfil, para a complementação da lacuna do conhecimento científico detectado por Costa (op. Cit.) na resolutividade das imprevisibilidades a partir de dados testemunhados e detectáveis pela Equipe de Enfermagem.

3. Terapia com Sangue: ensaio histórico

Ao longo dos tempos, o homem sempre entendeu ser o sangue um componente primordial para a existência da vida. Seu estudo foi testemunha de muitos insucessos nas várias tentativas de transferir o sangue de um paciente para outro. Ele é fruto de lendas e mitos, pactos e superstições. Religiões cristãs e pagãs destacam o simbolismo do sangue. Historicamente, a crença de que o sangue que dá e sustenta a vida também é capaz de salvá-la, vem de tempos remotos.

À utilização de sangue eram atribuídos efeitos salutares e para isso ele tanto era ingerido quanto utilizado para os chamados “banhos cruentos”, em que se intencionava adquirir beleza, vitalidade e, até mesmo, recuperar a

juventude através deste líquido considerado miraculoso. Amorim Filho (2000, p. 12) relata que a condessa Elizabeth Bathory, uma nobre da região da Transilvânia, banhava-se diariamente no sangue resultante do sacrifício de virgens, com o intuito de adquirir a sua força e juventude. Daí a inspiração para a criação do mito do conde Drácula, o vampiro nascido neste mesmo local.

As importantes anotações de Giordano, Alfieri e Pazzini destacam as primeiras tentativas de transfusão, e datam da época em que os antigos egípcios realizavam essa prática em benefício das altas personalidades, e que as civilizações hebraica, árabe e romana também utilizavam o sangue. Podemos encontrar menções a transfusões sanguíneas em escritos de médicos da Grécia Antiga e do Império Romano (www.openlink.com.br).

O médico grego Galeno, reportando-se à teoria de Hipócrates, defendia a sangria na cura de qualquer doença. Alguns autores fazem referências a Tanaquila, esposa do rei Tarquinio Prisco (577 a. C.), que teria dado inutilmente o seu sangue na tentativa de salvar o seu rei mortalmente ferido (Op. cit.).

A descrição da circulação sanguínea por Harvey, em 1600, propiciou a prática das injeções venosas. Em 1628, Giovanni Colle di Cividale demonstrou ter noções precisas de transfusão veia a veia. As muitas tentativas mal sucedidas fizeram com que Patter, um teólogo inglês, insistisse para que os médicos abandonassem essa técnica, alegando que as mortes advindas dela eram presságios divino.

Experimentos de transfusão ocorreram entre animais, entre homens e animais e entre homens. Em 1666, Richard Lower realiza em Oxford a primeira transfusão entre animais que teve seus dados publicados. No ano seguinte, Jean Baptiste Denis, médico do rei Luis XV, realiza na França a transfusão de

um copo de sangue de carneiro através de um tubo de prata em Antoine Mauroy, de 34 anos e doente mental que perambulava nu pelas ruas da cidade. O paciente faleceu no terceiro experimento.

Este mesmo médico infundiu sangue de vitela para acalmar o delírio frenético de um paciente que apresentou dores no local da infusão, taquicardia, vômitos, diarréia e urina escura. Jean acreditava que, ao contrário do sangue humano, o sangue de animais estaria menos contaminado por vícios e paixões.

Em 1668, Clark publica no número 35 dos Atos da Sociedade Real de Londres, suas experiências com a injeção, em animais diversos, de vinhos, cervejas, leite, licores, soro e sangue utilizando uma cânula com dois cotovelos opostos para introduzir, com mais facilidade, um ramo da artéria de um animal ao ramo da veia do outro.

Jean Denis, ainda em 1668, transfunde um homem que morre quase que instantaneamente. A viúva move-lhe um processo que abala a opinião pública, e o tribunal de Chatelet proíbe a continuidade das experiências transfusionais em qualquer tipo de cobaia. Considerada de caráter criminoso, a transfusão heteróloga foi proibida nas Faculdades de Medicina de Paris, de Roma e na Royal Society da Inglaterra. Durante cento e cinquenta anos, as pesquisas em transfusão foram interrompidas.

James Blundell, em 1818, apresenta sucesso em transfusões realizadas entre animais da mesma espécie. Em Londres, transfunde mulheres com hemorragia pós-parto, com algum sucesso. Em 1825, Milne e Edwards confirmam essa prática. Em 1870, o livro “A transfusão de sangue humano” é

publicado por J. Roussel, relatando o sucesso em 16 das 35 transfusões realizadas homem a homem (www.prosangue.sp.gov.br).

Gradativamente, pequenos volumes de sangue são utilizados, retornando assim a prática transfusional. A dificuldade residia no fato de que era geralmente difícil controlar a sangria nos doadores que, por fim se apresentavam anêmicos. Ainda havia o problema da conservação do sangue em estado líquido, visto não serem conhecidos os anticoagulantes. Logo, eram comuns incidentes como embolias, formação de coágulos, reações de incompatibilidade e infecções (AMORIM FILHO, 2000. v. I).

O período científico é considerado a partir de 1900, quando Karl Landsteiner descobre os antígenos eritrocitários naturais na raça humana (A: B: O), e quatorze anos depois, o Fator Rh, favorecendo, assim, a compatibilidade nas transfusões. A transfusão sangüínea tornou-se, a partir daí, mais segura de acordo com o postulado ditado por Ottemberg, em 1914, de que a transfusão seria teoricamente possível, sempre que os glóbulos vermelhos do doador não fossem aglutinados pelo soro do receptor.

O sangue provém da medula óssea, a partir de células pluripotentes (*stem cells*) que produzem todas as linhagens de células sanguíneas. O plasma, parte líquida do sangue, é o carreador de substâncias, sendo formado de 90% de água e 10% de nutrientes como hormônios, proteínas, sais minerais e gorduras. Dentre as células sanguíneas, os eritrócitos carregam gases (O^2 e CO^2), os leucócitos são responsáveis pelas defesas orgânicas e as plaquetas, que são pedaços de células (megacariócitos), atuam na coagulação sanguínea.

Um serviço de hemoterapia é responsável por captar candidatos à doação de sangue na sociedade, triar tais candidatos de acordo com normas

vigentes, coletar sangue de doadores, realizar testes sorológicos e imunoematológicos em amostras desse sangue, extrair os hemocomponentes do sangue total, processar, armazenar e distribuir estes componentes de acordo com as solicitações e prescrições médicas.

A auto-suficiência em sangue e produtos sangüíneos se define como a capacidade de cobrir toda a necessidade transfusional de uma unidade hospitalar e, conseqüentemente, de um país. Esta auto-suficiência é recomendada por organizações sanitárias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Cruz Vermelha Internacional e a Associação Americana de Bancos de Sangue (AABB) (AMORIM, 2000, v. I).

Por isso a necessidade de um enfermeiro treinado, capacitado e em constante formação, para que a vulnerabilidade de intercorrências transfusionais seja cada vez mais rara. As necessidades de reposição sanguínea de um paciente devem ser atendidas de forma segura, apoiada por uma equipe de enfermagem que possua controle na qualidade do hemocomponente e habilidade para atuar diante das diversas intercorrências passíveis em um processo transfusional.

A equipe de técnicos de laboratórios do serviço de hemoterapia classifica o paciente e a bolsa de hemocomponente no sistema A,B,0 e fator Rh, analisando assim, a compatibilidade sanguínea entre a unidade do componente a ser administrado e o receptor. Realizam, ainda em ambos, a pesquisa de anticorpos irregulares (PAI), para identificar a exposição prévia do doador e do receptor a um antígeno humano não natural. Estes testes conferem segurança à transfusão e são mundialmente obrigatórios.

4. Reações Transfusionais – Bases Fisiopatológicas do Estudo

Reações Transfusionais são os efeitos adversos que podem ocorrer a partir de uma hemotransusão. Tais efeitos têm na Hemovigilância um instrumento que fornece controle sobre o processo transfusional garantindo sua segurança e primando pela sua qualidade.

O evento adverso ocorre nas transfusões quando o organismo reconhece um antígeno diferenciado proveniente do sangue infundido que provoca uma reação antígeno-anticorpo que, poderá ou não, ativar o sistema complemento. Sempre é uma situação preocupante, pois uma sensibilidade é deflagrada no paciente que reagirá de maneira leve, moderada ou grave, dependendo do tipo de agente envolvido.

A ANVISA (2001), quando determina a Hemovigilância como uma das áreas de apoio à Rede Sentinela, esclarece que a ela cabe a identificação, análise e prevenção dos efeitos indesejáveis imediatos e tardios advindos do uso de sangue e seus componentes. As reações transfusionais podem ter diferentes causas e se classificarão de acordo com o agente desencadeante das mesmas. Cada uma exige um conhecimento específico da equipe de enfermagem que precisa estar seguramente orientada para desempenhar suas funções de acordo com a sintomatologia apresentada.

A RDC 153/2004, adverte quanto às transfusões e possíveis reações transfusionais, no segundo parágrafo do item K.2:

O paciente deve ter os seus sinais vitais verificados e registrados antes do início da transfusão. Os primeiros dez minutos de transfusão devem ser acompanhados pelo médico ou profissional de saúde qualificado para tal, que deve permanecer ao lado do paciente durante este intervalo de tempo. Durante o transcurso do ato transfusional o paciente deve ser periodicamente observado para possibilitar a detecção precoce de eventuais reações adversas. Se

houver alguma reação adversa o médico deve ser chamado imediatamente. (BRASIL, 2004a)

Visto ser a equipe de enfermagem a responsável pelo ato transfusional e a única a permanecer invariavelmente 24 horas próximo ao paciente, é ela que deflagra a Hemovigilância a partir da detecção, identificação e alerta da ocorrência de um evento transfusional. Sem ela, o Projeto Sentinela não poderia contar com a utilização dessa ferramenta. O enfermeiro é peça essencial e insubstituível no momento em que a política de saúde enfatiza e prevê recursos para a realização da Hemovigilância. Logo, nada mais justo que sejam inseridas, também, estratégias de promoção e incentivo educacional para a equipe de enfermagem.

4.1 - Tipos de Reações Transfusionais

Os eventos adversos referentes ao sangue são considerados imediatos quando ocorrem durante ou até 24 horas após a transfusão, e têm caráter imunológico. Os eventos tardios estão relacionados a patologias contagiosas e são diagnosticados semanas, meses ou anos após a transfusão, graças à janela imunológica. São elas aquelas relacionadas a doenças epidemiológicas: malária, hepatites B e C; sífilis, HTLV, Chagas e HIV. Estas patologias são de notificação compulsória e em Hemoterapia têm como ferramenta de rastreamento a Retrovigilância.

O presente estudo tem por base as reações imediatas com o sangue as quais tem na Hemovigilância seu instrumento de monitoração, alerta e notificação. São elas:

4.1.1 - Reação Hemolítica Aguda

É a mais grave de todas e ocorre nos primeiros minutos de infusão de hemácias. É causada por erro humano através da troca de amostras, troca de nome de pacientes ou da bolsa do hemocomponente. Alertando quanto à possibilidade de haver erro humano, a RDC 153/2004 no item k.3 que se refere à identificação do receptor, adverte:

Imediatamente antes da transfusão, deve ser verificada com especial atenção a identidade do receptor, perguntando-lhe (ou a seu acompanhante) o seu nome completo. A identificação do receptor que consta da bolsa deve ser conferida com a identificação do paciente. (BRASIL, 2004a)

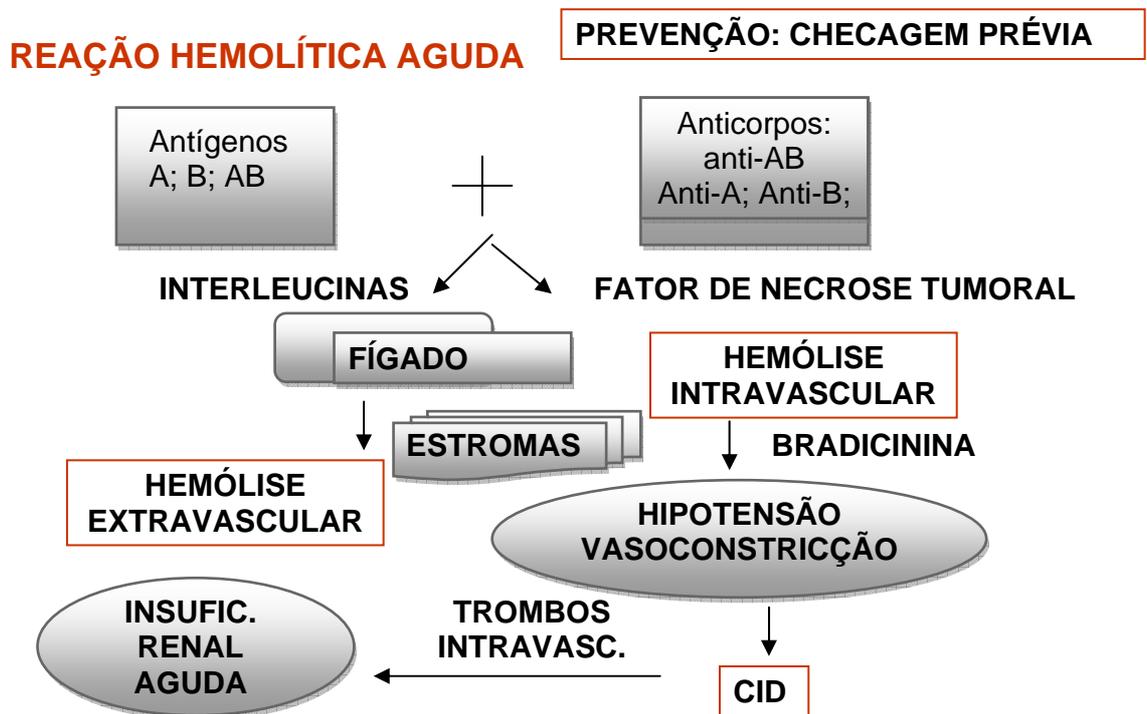
Tem como sintomatologia mal-estar geral, dor lombar, ansiedade, dor no trajeto da infusão, insuficiência renal (hematúria), icterícia e, finalmente, coagulação intravascular disseminada (CID). As hemácias do doador sendo de um grupo diferente das hemácias do receptor causam a quebra das mesmas dentro da corrente sanguínea colidindo uma reação em cascata que, se não detectada, interrompida e corrigida imediatamente, será fatal para o paciente.

De acordo com Darrel e Triulzi (2002), a fisiopatologia ocorre pela ligação de anticorpo natural (anti-A, anti-B, anti-AB) ou imune, presente no soro do paciente com o seu respectivo antígeno eritrocitário, contido na bolsa de sangue. A gravidade do quadro dependerá da quantidade de sangue incompatível transfundido, da classe de imunoglobulinas envolvida, isto é, se é IgM ou IgG, da capacidade do anticorpo se ligar às hemácias em temperatura corporal, da capacidade de este ativar a cascata de coagulação e da presença dos sítios de ligação do anticorpo.

A ligação antígeno/anticorpo desencadeia uma série de manifestações no paciente, seja pela ação direta da hemólise das hemácias transfundidas ou decorrente de liberação de citocinas, tais como as interleucinas do tipo 1 (IL-1),

fator de necrose tumoral (FNT) e interleucinas tipo 6 e 8 (IL-6 e IL-8). A interação do antígeno/anticorpo pode ativar a via intrínseca da coagulação por meio da ativação do fator de Hageman, resultando em coagulação intravascular disseminada (CIVD).

Outra consequência é a geração de bradicinina, que pode desencadear hipotensão arterial e vasoconstrição nos principais órgãos (rins, pulmões, baço, e vasos). A principal seqüela da reação hemolítica aguda não-tratada é a insuficiência renal por isquemia ou necrose tubular, resultado da vasoconstrição e da formação de trombos intravasculares. Esta fisiopatologia pode ser representada pelo seguinte esquema:



Esquema da autora

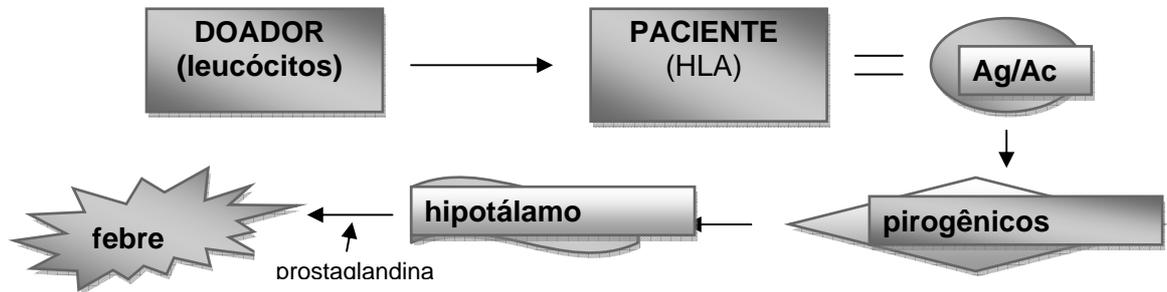
Diante de uma das queixas, a enfermeira fecha imediatamente o equipo de infusão, instala solução fisiológica na mesma via e compara os dados do cliente com os dados da bolsa e do prontuário. Constatado erro, comunica-o ao médico responsável pela transfusão, recolhe a bolsa juntamente com o equipo, colhe amostra sanguínea em tubo com EDTA (tampa roxa) e tubo seco (tampa tijolo) de outro sítio de punção, colhe urina para EAS e dosagem de hemoglobina e institui o tratamento sintomático a partir das orientações médicas. Todo o material colhido juntamente com a bolsa deve ser enviado ao Serviço de Hemoterapia para pesquisa pelo setor de Controle de Qualidade para testes imunohematológicos que confirmem o diagnóstico da reação.

4.1.2 - Reação Febril não Hemolítica

Ocorre pela interação de anticorpos anti-leucocitários do receptor que reagem com os leucócitos presentes no sangue transfundido. A reação antígeno-anticorpo resultante força os fagócitos liberarem pirogênios internos, levando a febre, esta resulta da produção de pirogênios (IL 1, IL6 e TNF-alfa) que agem no centro termo regulador no hipotálamo por intermédio da prostaglandina E2 (DARRELL; TRIULZI, 2002). Apresenta-se com febre, calafrios e tremores. A infusão deve ser interrompida, sendo instalada solução fisiológica e administrado antitérmico, conforme prescrição médica. Seu desencadeamento no organismo pode ser representado pelo seguinte esquema:

Reação febril não hemolítica

PREVENÇÃO: Leucorredução; antitérmico



Esquema da autora

Deve ser colhida amostra sanguínea em tubo com EDTA que será encaminhado juntamente com a bolsa e o equipo para análise do Controle de Qualidade do Serviço de Hemoterapia que avaliará a necessidade de utilização de filtro de leucócitos (leucodepleção) nas próximas transfusões que se fizerem necessárias. O item K.4.2 da RDC 153, se refere ao filtro universal e ao filtro específico para leucorredução.

K.4.2 - Todas as transfusões de hemocomponentes devem ser administradas através de equipos livres de pirógenos e descartáveis, que incluam um filtro de transfusão capaz de reter coágulos e agregados. Alternativamente, pode ser utilizado o filtro de leucócitos. Quando se utilizam filtros para leucorredução à beira do leito, não é necessário o uso de filtro padrão. (BRASIL,2004a)

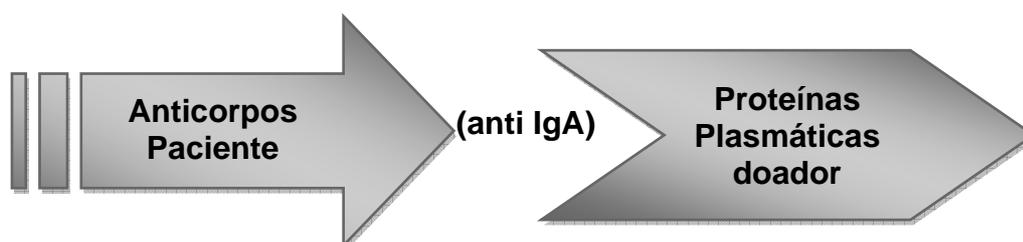
4.1.3 - Reação Alérgica

Os anticorpos para proteínas séricas, especialmente das subclasses de IgA, são considerados os responsáveis. Muitos pacientes que experimentam reações urticariformes apresentam anticorpos contra alotipos IgA, que não exigem reações, sendo que alguns pacientes com estas reações não possuem anticorpos demonstráveis. As reações urticariformes tendem a recorrer em

pacientes susceptíveis e são mais frequentes naqueles que sofreram transfusões múltiplas (CHAMONE; NOVARETTI; DORLHIAC-LLACER, 2001).

Não significa que, obrigatoriamente ocorrerá nas próximas transfusões pois pode acontecer reações com as proteínas especificamente da bolsa em questão. Náuseas, vômitos, hipotensão e urticária são os sintomas apresentados que, geralmente regredem com a administração de antiestamínicos e corticóides. Sua representação esquemática pode ser assim representada:

Reação alérgica ou urticariforme



PREVENÇÃO: ANTIHISTAMÍNICO; CORTICÓIDES; ADRENALINA

Esquema da autora

Quando não detectada em tempo hábil, pode chegar a uma reação anafilactóide que deverá ser tratada com adrenalina subcutânea, sempre a partir de indicação médica. Para as reações graves e recorrentes, faz-se medicação prévia (antihistaminicos e corticoides) e o Serviço de Hemoterapia orienta o uso de unidade de hemácias e plaquetas lavadas com solução salina à 9%.

4.1.4 - TRALI (Edema Agudo não Cardiogênico)

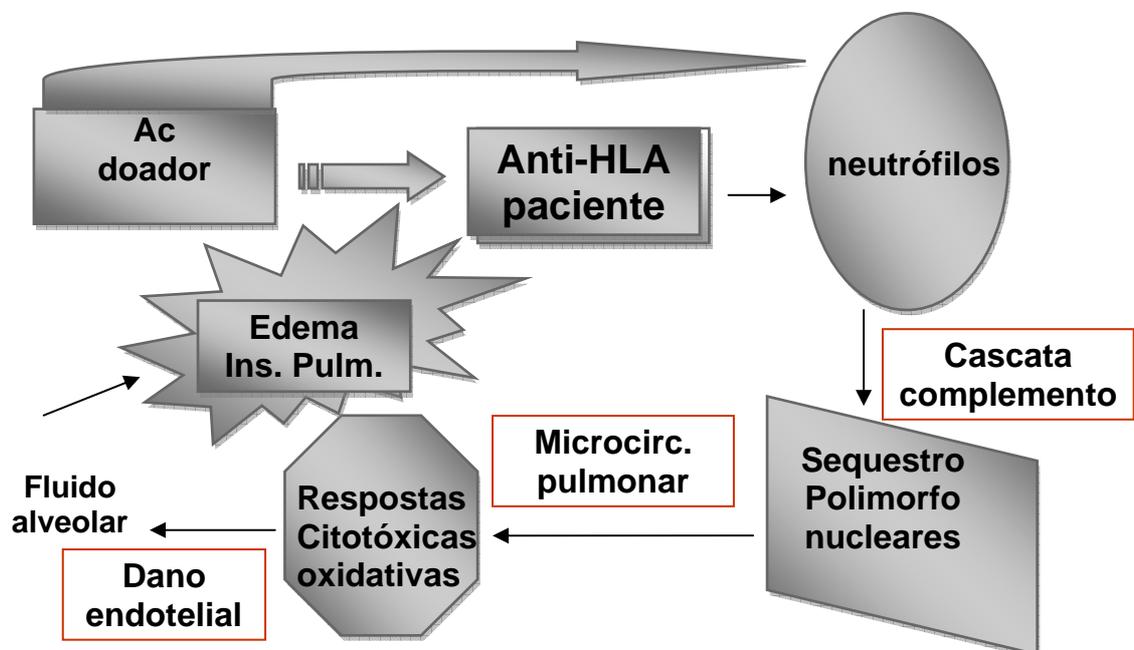
A sigla TRALI (*Transfusion Related Acute Lung Injury*) refere-se a um edema pulmonar não cardiogênico originado pela transferência passiva de altos

títulos de anticorpos anti-HLA ou antileucócitos (leucoaglutininas) dirigidos contra os leucócitos do receptor. Tem sido associadas a espectro de lesões pulmonares agudas que se manifestam como edema pulmonar.

Essa reação resulta da ativação dos neutrófilos do receptor nos pulmões com a produção de mediadores de anticorpos anti-HLA ou antileucócitos contidos em componentes com plasma, que reagem contra antígenos do receptor, é a causa mais comum desse tipo de reação. O doador da unidade envolvida é, em geral, mulher múltipara. Comumente, anticorpos do receptor dirigidos contra leucócitos do doador estão implicados como causadores da TRALI (FIDLARCZYK ; FERREIRA, 2008).

A representação esquemática desta fisiopatologia pode ser assim resumida:

TRALI



Esquema da autora

O protocolo de suspender a transfusão recolhendo a bolsa para ser enviada ao Serviço de Hemoterapia com infusão criteriosa de solução salina, coleta de amostra sanguínea em tubo de EDTA para análise e orientação quanto à necessidade de lavagem e leucodepleção das unidades de hemoconcentrados nas próximas transfusões, deve ser executado pelo Enfermeiro. Geralmente é necessário intubação oro-traqueal com suporte mecânico e permanência do paciente em unidade de terapia intensiva. O quadro costuma responder ao tratamento dentro de, no máximo, 48 horas.

4.1.5 - Doença do Enxerto *versus* Hospedeiro

A Doença do Enxerto *versus* Hospedeiro (DEVH) ocorre geralmente em pacientes imunodeprimidos que não reagem imunologicamente à infusão dos linfócitos presentes no componente transfundido. Tais linfócitos sobrevivem na circulação e, atuando principalmente no fígado, destroem os hepatócitos causando insuficiência hepática aguda; no intestino, provocam diarréias aquosas a sanguinolentas, e na pele apresentam erupções máculo-papulares do tronco para a periferia. Tudo acompanhado pela pancitopenia por falência da medula óssea.

Ela surge de 7 a 30 dias após a transfusão e, infelizmente, é 100% mortal. É evitada com a irradiação de raios gama no hemocomponente a ser transfundido e está indicada em pacientes transplantados de medula, nos submetidos à quimioterapia para a Doença de Hodgkin, nos recém natos com até 1,2 kg, nas transfusões intrauterinas e nas doações de sangue entre parentes de primeiro grau.

4.1.6 - Imunomodulação

Nesta reação, o receptor produz anticorpo contra os antígenos das hemácias transfundidas. Em geral, são anticorpos sem repercussão clínica, mas que podem intervir em transfusões futuras. Por isso, é importante fazer a pesquisa de anticorpos irregulares sempre que o cliente necessitar de transfusão. Todas as medidas são preventivas. Após a formação do anticorpo, não há como reverter o quadro (FIDLARCZYK; FERREIRA, 2008).

É dever da equipe de enfermagem questionar ao paciente sobre transfusões anteriores e ocorrência de reações nessas transfusões. Esta resposta do paciente pode evitar mais um evento adverso. A prevenção é feita mediante criteriosa indicação de transfusão. Devem-se preferir doadores fenotipicamente similares para os sistemas sanguíneos mais antigênicos (Rh, Kell, Kidd) (FIDLARCZYK; FERREIRA, 2008).

A prática de todos esses conhecimentos deve fazer parte do cotidiano de uma equipe de enfermagem que esteja engajada com o Serviço de Hemoterapia para que se assegure o atendimento específico e eficaz do paciente que apresente uma reação transfusional. A comunicação da ocorrência de um evento adverso com a rotina do serviço de hemoterapia necessita de um elo que garanta a pesquisa imunoematológica do caso e forneça o *feedback* dos resultados para o médico responsável pelo paciente evitando assim sua recorrência que pode se tornar fatal, se procedimentos especiais como filtragem, lavagem ou irradiação de uma bolsa não forem executados.

O fato do desconhecimento por parte de vários membros da saúde, dificulta a eficácia das ações prejudicando o normatizado pela ANVISA quanto a

notificação de todo e qualquer evento adverso comprovado pelos estudos imunohematológicos. Valadares, em sua dissertação, alerta:

Atentando para esse fato, a questão dos recursos humanos precisa ser entendida como ponto crucial para qualquer sistema que vise a qualidade e a segurança. Desta forma, é importante o treinamento de pessoal para as metodologias e para todas as atividades realizadas, bem como é necessário indicar as pessoas adequadas para implementá-lo, determinando a responsabilidade de cada indivíduo dentro do processo de capacitação. (VALADARES, 2001, p.2)

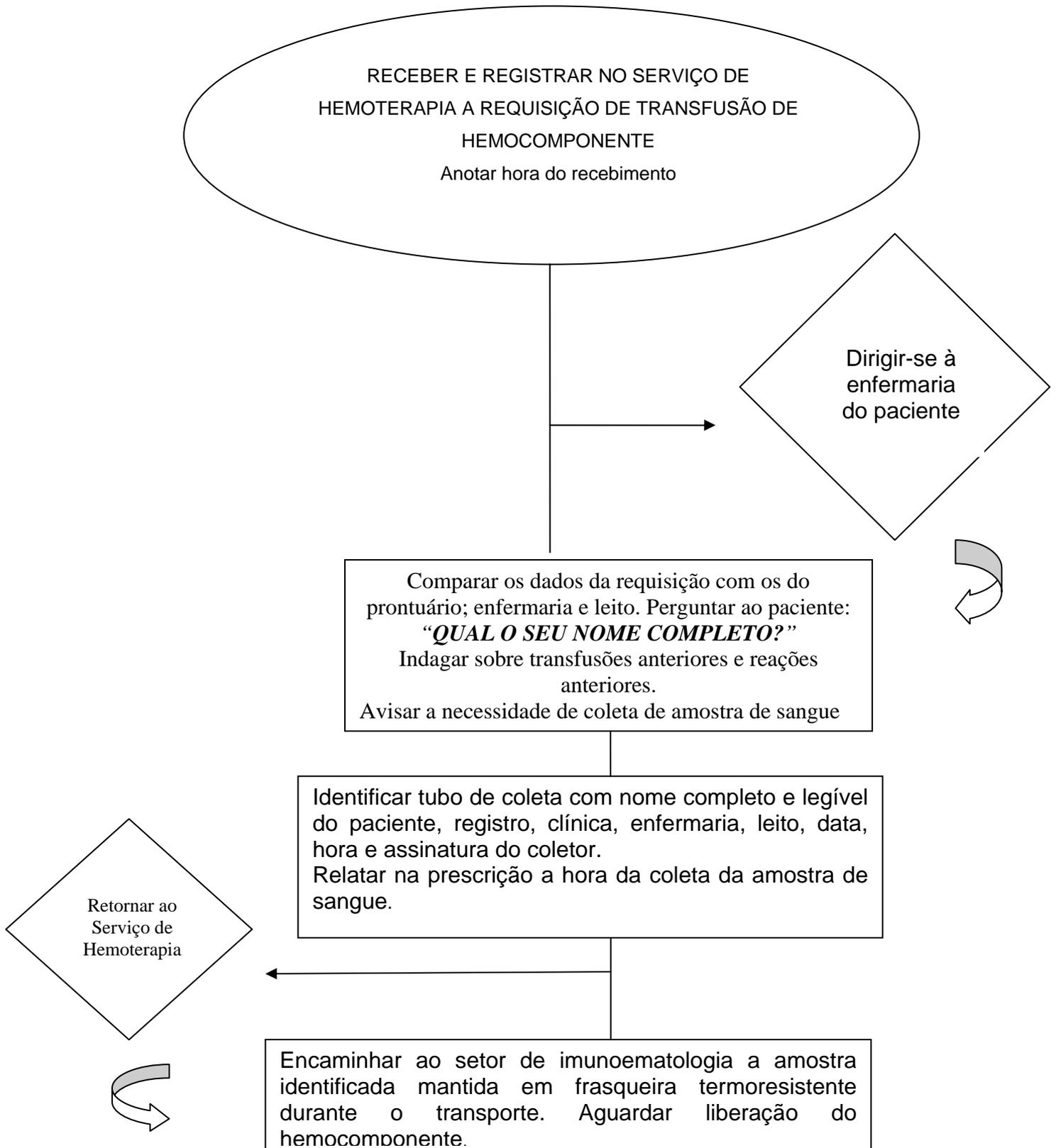
Para reafirmar ainda mais nossa posição, recorreremos à letra L da RDC 153/2004, que se refere às complicações transfusionais quanto a detecção, notificação e avaliação:

Todo serviço de hemoterapia deve ter um sistema para a detecção, notificação e avaliação das complicações transfusionais, que inclua procedimentos operacionais para a detecção, o tratamento e a prevenção das reações transfusionais. (BRASIL, 2004a)

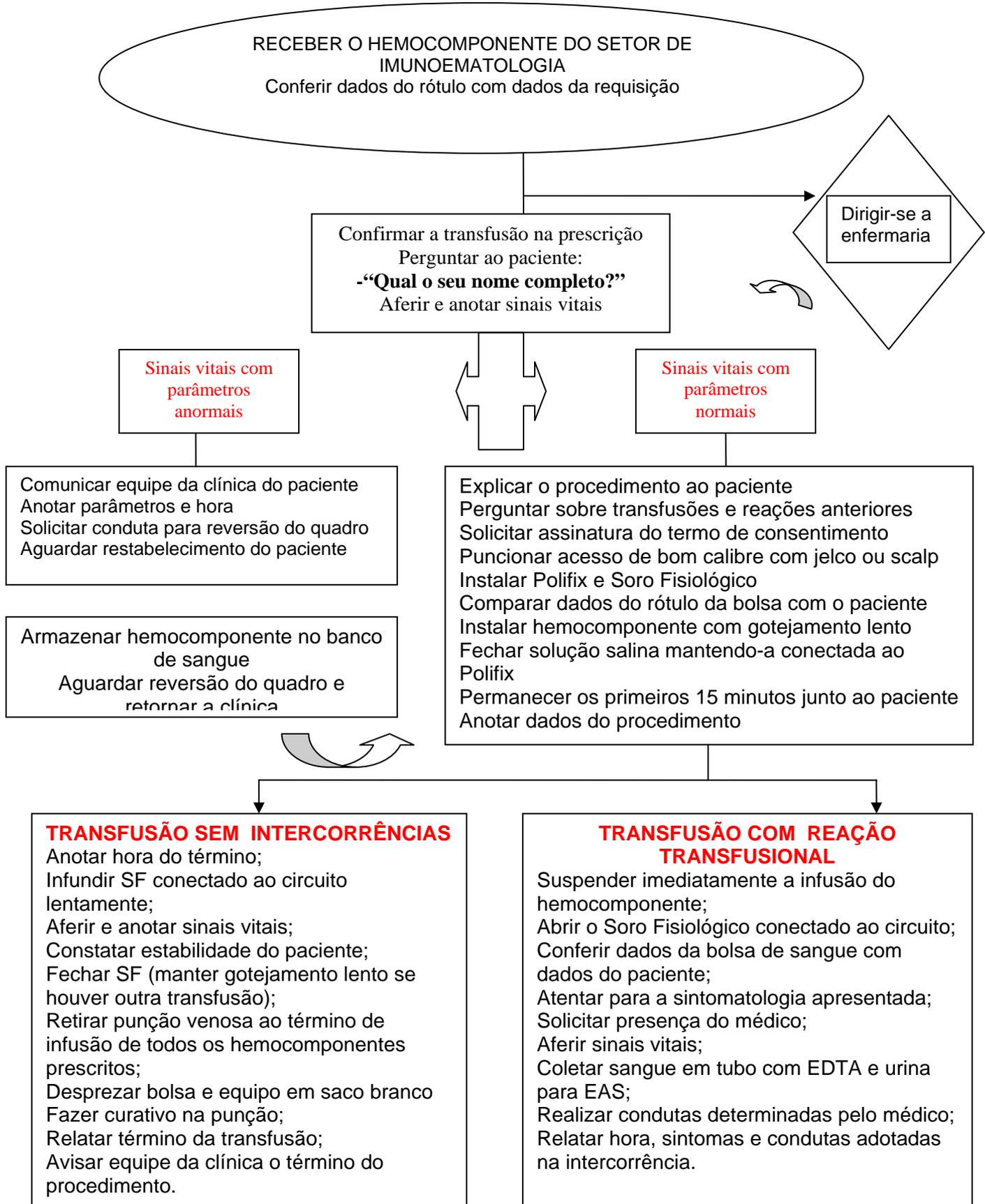
Torna-se assim, evidente a necessidade da formação dos profissionais de enfermagem em Hemoterapia através de cursos, treinamentos, avaliações e uma supervisão continuada de procedimentos operacionais padronizados que sejam executados no cotidiano transfusional pelos Enfermeiros de uma instituição comprometida com a Hemovigilância de um “Hospital da Rede Sentinela.”

Para facilitar a compreensão dos cuidados em transfusão, a seguir apresento dois algoritmos.

A) Algoritmo dos Cuidados Pré-transfusionais:



▪ **B) Algoritmo dos Cuidados Transfusionais:**



CAPÍTULO III REFERENCIAL TEÓRICO

As competências de Phillippe Perrenoud relacionadas à formação em Hemovigilância

Carraro (2001, p. 35) esclarece que a construção de marco teórico¹⁶ é um processo reflexivo que se configura num ir e vir aos conceitos, reformulando-os tantas vezes quantas forem necessárias para que estes reflitam o pensamento do seu autor. Para a formulação deste capítulo busquei um conceito que melhor embasasse o objeto da pesquisa para que os objetivos fossem atingidos de maneira concisa e consistente.

Visto ter este estudo como objeto a formação do enfermeiro para competências em Hemovigilância, penso que as 10 famílias de competências utilizadas por Perrenoud, é o referencial que mais se adequa para análise dos dados que foram coletados.

Philippe Perrenoud é um sociólogo suíço, professor na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade de Genebra. Autor de vários títulos importantes na área de formação de professores define competência (2002, p. 19) como a aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, micro competências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio.

¹⁶ Marco conceitual, referencial teórico, suporte teórico são sinônimas referentes ao capítulo que apresenta o teórico e os conceitos que sustentarão as análises de uma pesquisa. Adotarei o termo referencial teórico.

Em seu livro *10 Novas Competências para Ensinar*, datado de 2000 e reimpresso em 2008, ele classifica a atuação profissional em fases de análises específicas de situações relacionando o que é imprescindível saber para ensinar bem numa sociedade em que o conhecimento está cada vez mais acessível, e delimita as competências em dez categorias referentes a necessidades específicas que o profissional da educação deve adquirir ao longo da sua carreira. São elas:

- 1.^a Organizar e dirigir situações de aprendizagem;
- 2.^a Administrar a progressão das aprendizagens;
- 3.^a Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação;
- 4.^a Envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho;
- 5.^a Trabalhar em equipe;
- 6.^a Participar da administração da escola;
- 7.^a Informar e envolver os pais;
- 8.^a Utilizar novas tecnologias;
- 9.^a Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão;
- 10.^a Administrar sua própria formação contínua.

Minayo (2008) denomina teoria como um conjunto coerente de proposições que inter-relaciona princípios, teses e hipóteses e serve para dar organização lógica à interpretação da realidade empírica. Segundo a autora (Op. cit.), a essência de uma teoria consiste na sua potencialidade de explicar uma gama ampla de fenômenos por meio de um esquema conceitual ao mesmo tempo abrangente e sintético.

Apesar de Perrenoud ter seus conceitos voltados aos profissionais da educação, é possível fazer uma aproximação de suas afirmações com a área da saúde no que concerne à formação do enfermeiro para aquisição de uma determinada competência. Neste momento apóio-me deste teórico quando sugere:

Tentar explicitar as competências que faltam, a partir da análise das práticas, mas também utilizar um referencial existente, orientado para competências emergentes, para “reler” o que já se faz ou o que se procura fazer. (PERRENOUD, 2008, p. 174)

O delineamento que o autor faz ao delimitar os aspectos da competência na Educação permite que seus conceitos sejam perfeitamente adaptados à formação de professores de diversas áreas em qualquer nível do processo ensino-aprendizagem. Este fato pode ser comprovado com as várias dissertações e teses de enfermagem existentes que utilizam preceitos de Perrenoud como referencial teórico quando a formação é utilizada como pano de fundo da pesquisa.

Cito como exemplo as dissertações de Mestrado “*A formação do enfermeiro docente de ensino médio profissionalizante na relação do princípio da interdisciplinaridade*” (CARVALHO, 2006) e “*(Re)conhecendo as competências do enfermeiro professor*” (VALENTE, 2007), ambas orientadas por Viana (1996).

Nesse encadear de pensamentos, utilizo os conceitos de Perrenoud quanto às competências adequando o papel de professor referenciado pelo autor ao do enfermeiro envolvido com a notificação de eventos adversos em Hemovigilância e ao representado pelos alunos, à equipe de enfermeiros que está realizando a transfusão. O cenário da escola eu substituo pelo do hospital

inserido na Rede Sentinela de Vigilância. É nessa analogia que estabelecerei um comparativo nas questões que envolvem a formação do enfermeiro.

Devo esclarecer que, apesar do enfermeiro que realiza o ato transfusional não ser sujeito do estudo, entende-se que deva haver entre ele e o enfermeiro que notifica as intercorrências, uma intercomunicação ativa para que as informações sejam passadas de maneira fidedigna e em tempo hábil no intuito de que as notificações não se tornem obsoletas.

Sendo assim, ousou me apropriar das afirmações de Perrenoud inserindo-as em um cenário prático, assistencial, onde uma nova competência é proposta ao enfermeiro aumentando assim, o grau de responsabilidade e comprometimento de sua atuação, em um momento em que a política de saúde não sustenta um quantitativo de pessoal adequado à demanda de ações na maioria das instituições, tanto públicas quanto privadas.

Hoje, a realidade empírica me faz observar que a procura dos profissionais de enfermagem por cursos tanto no nível *lato sensu* quanto no *stricto sensu* é muito grande. Isto pode vir a ser confirmado com o interesse dos enfermeiros em primarem pela continuidade da aquisição de saberes.

Perrenoud (2008, p. 158) reconhece que *“todas as dimensões da formação inicial são retomadas e desenvolvidas em formação contínua.”* Complementa ainda que *“alguns paradigmas novos aí se desenvolvem antes de serem integrados à formação inicial”*.

Consoante o autor (2008, p. 162), às vezes a análise leva à constatação de que há coisas que não se sabe fazer e que não se pode aprender a fazer simplesmente refletindo sobre elas e treinando-se. Ele afirma que alguns incidentes críticos acontecem muito raramente para que o desenvolvimento de

competências se faça pelo simples registro do erro. Para momentos como esses, Perrenoud adverte:

É um paradoxo das competências: as mais elevadas permitem enfrentar situações de crise que, por definição, salvo em alguns ofícios – urgências, tratamentos intensivos, por exemplo – não acontecem todos os dias. Ser competente é estar pronto para enfrentar essas crises, no momento em que elas sobrevêm, em geral de improviso, pois exigem uma reação tão imediata quanto adequada. (PERRENOUD, 2008, p. 162)

Valho-me dessa afirmação para relacioná-la a eventos adversos detectáveis pela Hemovigilância. A não conformidade em Hemoterapia acontece raramente, mas, quando detectada não se deve dar chance a recorrência. A raridade da ocorrência não permite o aprendizado através do erro, até mesmo porque, este pode ser fatal.

Projeto Hospitais Sentinela e, mais especificamente, Hemovigilância são temas tão novos direcionado aos profissionais envolvidos com a política do sangue que, mesmo o fato de trabalhar em Hemoterapia não garante ao enfermeiro pleno domínio sobre o assunto visto os poucos estudos direcionados a essa área. Perrenoud (2008, p. 175) cita que o sistema educacional exige níveis de especialização cada vez mais elevados. Complemento essa citação afirmando que em certos momentos a prática exige saberes tão delimitados que refletem amplitude e relevância ímpar a uma especialidade.

Nesse contexto entendo que o Projeto Sentinela vem estabelecer um novo comportamento do enfermeiro diante da ocorrência de eventos adversos em Hemoterapia com a proposta da notificação das não conformidades o que exige um direcionamento para a auto-formação em Hemovigilância.

Apresento aqui as correlações estabelecidas neste estudo entre os aspectos essenciais da Hemovigilância com as 10 famílias de competências

defendidas por Philippe Perrenoud para o alcance dos objetivos propostos. Na categorização, o autor inicia com “*Organizar e dirigir situações de aprendizagem.*” Esta família tem como significado:

Desprender energia e tempo e dispor das competências profissionais necessárias para imaginar e criar outros tipos de situações de aprendizagem, que as didáticas contemporâneas encaram como situações amplas, abertas carregadas de sentido e de regulação. (PERRENOUD, 2000, p. 25)

Frente ao fato da Hemovigilância ser uma nova vertente de tarefa a ser desempenhada pelo Enfermeiro, torna-se realmente necessária a espera de um tempo e o desprendimento de energia para que este profissional possa se apropriar dos conhecimentos inerentes ao Projeto Sentinela, adequando sua formação no atendimento às necessidades para o cumprimento de mais essa função.

A 2ª competência intitula-se: “*Administrar a progressão das aprendizagens*”. Nesta competência, Perrenoud (2000, p. 42) se refere a “conceber e administrar situações-problema ajustadas ao nível e às possibilidades dos alunos”. Ele afirma (2000, p. 43) que “*a necessidade de resolver que leva o aluno a elaborar ou a se apropriar coletivamente dos instrumentos intelectuais necessários à construção de uma solução*”.

Este mesmo conceito poderá ser aplicado aos profissionais diante de eventos adversos em transfusão, pois o Enfermeiro responsável pela Hemovigilância terá que avaliar o conhecimento dos membros da equipe e adequá-lo às necessidades de prevenção de situações recorrentes. As não conformidades detectadas no processo transfusional trazem a equipe a esforçar-se para construção de soluções que se adéquem a uma resolutividade.

“*Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação*” é a 3ª

competência, onde Perrenoud (2000, p. 57) refere sobre a administração da heterogeneidade no âmbito de uma turma. Aplico essa idéia ao hospital devido aos seus diversos cenários delimitados pelos tipos diferenciados de clientela, que exigem tratamentos específicos a partir do perfil de sua patogenicidade. A Hemovigilância deverá ser aplicada de forma a atingir seus objetivos de monitoração do uso racional do sangue, independente da clínica e do estado em que o paciente esteja.

Nesse sentido, na 3ª competência, o autor conclui que “*o trabalho em espaços mais amplos exige novas competências*” (2000, p. 59). Ele afirma ainda que algumas delas giram em torno da cooperação profissional. Esta família de competências auxiliará a analisar o grau de homogeneidade da aplicação da Hemovigilância no âmbito hospitalar.

Na 4ª competência (*Envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho*), Perrenoud observa:

Salvo para alguns, aprender exige tempo, esforços, emoções dolorosas: angústia do fracasso, frustração por não conseguir aprender, sentimentos de chegar aos limites, medo do julgamento de terceiros. (PERRENOUD, 2000, p. 70)

Por representar uma nova fonte de responsabilidades para os profissionais de enfermagem, tanto naqueles que promovem a monitoração do ato transfusional na assistência como nos que desempenham tarefas específicas de notificação em Hemovigilância, pode ocorrer uma espécie de rejeição em cumprir mais essa atividade ou até mesmo, apresentar dificuldades para adesão ao processo por sentirem-se “*afogados*” com mais uma atribuição a executar.

Essa família de competências auxiliará na compreensão do proceder do

envolvimento dos profissionais dos diversos setores na execução de mais essa incumbência do enfermeiro no sentido de que a Hemovigilância não permaneça subnotificada.

A 5ª competência chamada “*Trabalhar em equipe*”, para Perrenoud (2000, p. 80) torna-se uma necessidade ligada mais à evolução do ofício do que a uma escolha pessoal. O autor afirma que o trabalho em equipe é uma questão de competências e que pressupõe igualmente a convicção de que a cooperação é um valor profissional (PERRENOUD, 2008 p. 81).

A Enfermagem por si só já é composta por atores sociais de níveis intelectuais diferentes (auxiliares, técnicos e enfermeiros) fato que, muitas vezes, é fonte de dissensões e conflitos dentro da própria equipe. Além disso, o cenário da Hemoterapia impõe um relacionamento interdisciplinar. Um repensar sobre o profissional enfermeiro diante da Hemovigilância, com suas atuações específicas na equipe multidisciplinar, será contemplado a partir dessa família de competências.

“*Participar da administração da escola*” é a 6ª competência. O teórico (2000, p. 97) nesse sentido se pergunta: “*Por que as mesmas pessoas, que trabalham na mesma instituição, não poderiam, da mesma forma, envolver-se em um projeto comum?*” Esta questão adequa-se perfeitamente visto o estudo versar sobre a proposta da introdução de um novo projeto nas instituições de saúde no momento em que o cenário “*escola*” utilizado por Perrenoud seja adaptado a “*Hospitais Sentinela*” como exige a lógica do estudo.

A proposta de estar inserido à Rede Sentinela de Vigilância impõe ao enfermeiro a participação no Projeto, pois, quando ele identifica uma reação transfusional já está executando a primeira etapa da Hemovigilância. A partir

desse momento a administração das ocorrências determinará ou não a total adesão desse profissional na idéia do controle dos produtos de saúde em Hemoterapia.

Através da família da 7ª competência “*Informar e envolver os pais*”, Perrenoud (2000, p. 115) propõe reuniões de informações e debates. Ele pondera ainda que nem todo professor tem o poder de encontrar e de manter um público feito “*sob medida*” invariavelmente com suas escolhas didáticas e pedagógicas (PERRENOUD, 2000, p. 121).

Nesse aspecto, pode ter-se essa sugestão inicialmente aplicada aos Comitês Transfusionais das instituições envolvidas, no intuito de universalizar e monitorar as informações em Hemovigilância e mantê-las como guias para novas condutas a serem implantadas. Por outro lado, a compreensão de que nem todos os membros da equipe de enfermagem adotarão esses conceitos com a mesma facilidade, exige perseverança e avaliação constante das determinações estabelecidas.

Como 8ª competência tem “*Utilizar novas tecnologias*”. Sobre essa competência Perrenoud afirma:

No ritmo em que vão as coisas, a comunicação por correio eletrônico e a consulta na *Web* irão tornar, em alguns anos, tão banais quanto o uso do telefone. [...] Formar para novas tecnologias é formar [...] a representação das redes, de procedimentos e de estratégias de comunicação. (PERRENOUD, 2000, p. 128)

Perrenoud (2008, p. 135) valoriza a comunicação à distância por meio da telemática através das ferramentas da multimídia. O Projeto Sentinela sugere a informatização dos serviços para possibilitar a notificação dos eventos adversos em Hemoterapia à Anvisa. Temos conhecimento que alguns dos Hospitais Sentinela no município do Rio de Janeiro ainda não possuem tal recurso. Nesse

ponto teremos a oportunidade de constatarmos como se faz a comunicação das não conformidades dessas unidades para adequar sua formação às limitações do sistema de saúde.

A 9ª competência é “*Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão*”. Consoante Perrenoud:

Fazer justiça requer não só probidade, mas também competências precisas. [...] A solidariedade e o senso de responsabilidade são estreitamente dependentes do senso de justiça. [...] Ainda aqui, os princípios de formação disputam com as lógicas de ação. (PERRENOUD, 2000, p. 152)

Os aspectos místicos inerentes ao sangue são, em muitos momentos, deflagradores de situações éticas e bioéticas em relação à clientela. Além disso, existem os posicionamentos a serem tomados diante de um evento adverso com os funcionários envolvidos no caso. Prima-se por uma ação educativa evitando-se punições, mas, por vezes, dilemas éticos podem ser enfrentados. Será interessante descobrir até onde a formação do enfermeiro em Hemovigilância contempla esses aspectos.

Sendo a 10ª competência “*Administrar sua própria formação contínua*”, seu enunciado já reflete a íntegra do seu significado. O autor inicia este capítulo com a seguinte pergunta (2000, p. 155): “*Por que fazer disso uma das 10 competências profissionais a desenvolver com prioridade?*” Ele mesmo responde: “*Porque ela condiciona a atualização e o desenvolvimento de todas as outras*”.

Perrenoud (2000, p. 156) afirma que: “*Os recursos cognitivos mobilizados pelas competências devem ser atualizados, adaptados a condições de trabalho em evolução*”. Ele esclarece e incentiva a formação contínua como meio de organizar, dirigir e administrar situações de aprendizagem. Explicita ser

necessário que o professor envolva seus alunos nesse processo enfrentando os deveres e dilemas éticos da profissão

Dannemann se refere ao:

Caráter permanente que deve ter a formação profissional em função do qual se propiciam ao indivíduo, no curso de sua vida, oportunidades de contínuo ajustamento às mudanças que se operam no seu mundo de trabalho e social [...] em que visa tanto à capacitação ou aperfeiçoamento do profissional, quanto ao aprimoramento da personalidade do indivíduo e das condições sociais do cidadão. (DANNEMANN, 2004, p. 2)

Perrenoud afirma: *“No entanto, uma competência que supõe uma nova aprendizagem não está disponível para dar conta das situações presentes, não passa de uma promessa de competência”*. Complementa ainda: *“A formação contínua conserva certas competências relegadas ao abandono por causa das circunstâncias”* (PERRENOUD, 2000, p.155).

O ineditismo que o tema Hemovigilância representa no cabedal de conhecimentos de enfermagem, requer do profissional um esforço nos momentos de aprendizado devido à escassez de material direcionado à equipe sobre o assunto. Em Hemovigilância tais circunstâncias são peculiares, pois a especificidade dessas questões ainda não oferece campo vasto para ser explorado exigindo, muitas vezes, que o profissional seja autodidata na área e, a partir de dados aleatórios, “readapte”¹⁷ certos conceitos à essa nova realidade.

Para o ano de 2009, a ANVISA custeará vinte e um projetos de pesquisa que solicitaram financiamento na Rede Sentinela. Nenhum deles é sobre Hemovigilância e, até o momento, a Enfermagem não teve um estudo que fosse fomentado pelo Projeto Sentinela que, todo ano, oferece esse tipo de recurso

¹⁷ Grifo da autora.

aos profissionais interessados.

A 10ª Competência subdivide-se em seis fases: saber explicitar as próprias práticas; estabelecer seu próprio balanço de competências e seu programa pessoal (equipe, escola, rede); envolver-se em tarefas em escala de uma ordem de ensino ou do sistema educativo; acolher a formação dos colegas e participar dela e, finalmente, ser agente do sistema de formação contínua.

Por ser essa a competência que melhor se adequa na análise do estudo explicitarei cada fase da mesma adequando-as a realidade que me proponho investigar na certeza de que os preceitos estabelecidos por Perrenoud ao dissertar sobre a 10ª Competência, sustentarão as falas dos sujeitos e nortearão o estabelecimento das categorias.

“Saber explicitar as próprias práticas”, para Perrenoud significa enfatizar a reflexividade e ele afirma que esse adjetivo presta-se a confusão (2000, p. 160): *“Toda prática é reflexiva, no duplo sentido em que seu autor reflete para agir e estabelece a posteriori’ uma relação reflexiva com a ação realizada.”* Entendo ser esta a base da própria formação. É o auto-analisar-se, repensar sobre sua atuação que alicerça a competência de agir melhor em um mesmo tipo de situação no futuro.

Essa atitude, aliada ao acréscimo de novos saberes, promove a autonomia do profissional que ao investir em si mesmo reflete nas suas ações o seu aprendizado permitindo um termo de comparação de suas atuações anteriores, numa auto-reflexividade que garante um crescimento intelectual-prático.

Explicitar as próprias práticas significa capacidade para subsidiar uma discussão na defesa de seu ponto de vista; ter argumentação embasada em

conhecimento teórico e experiência prática que sustente deliberações, ações e reações tanto diante de uma situação nova quanto ao reverenciar fatos já rotineiros do contexto profissional. Acredito que a própria entrevista proporcionará, a partir dessa competência, a emersão de uma reflexividade em relação às experiências dos sujeitos sobre si mesmo.

Ao “*estabelecer seu próprio balanço de competências e seu programa pessoal de formação contínua*”, Perrenoud (2000, p.164) afirma que se pode ser importante, instruído e inteligente sem saber exatamente do que necessita. Trabalhar em Hemovigilância reflete um *status* profissional diferenciado para o enfermeiro, visto ser uma função que requer um conhecimento novo. Porém, a escassez de experiência pode gerar incerteza e, conseqüentemente, uma atuação piloto, em forma de testagem na tentativa da resolução de situações-problema.

Portanto, a falta de recursos pode implicar na necessidade da busca de aprendizado quando na auto-análise de competências se conclui que há uma lacuna da formação contínua na tentativa de estabelecer um balanço próprio de conseqüências. Este repensar é oriundo da reflexividade das ações e demonstra amadurecimento do profissional ante as questões de sua prática.

Quanto à “*negociar um projeto de formação comum com os colegas (equipe, escola, rede)*” Perrenoud (2000, p. 165) infere que “*em inúmeros estabelecimentos em que a cooperação profissional é incipiente, é justamente em torno da formação contínua que ela pode começar.*” O fato do serviço de hemoterapia ser um cenário que abriga profissionais de diversas formações, possibilita oportunidades enriquecedoras de composição de projetos uni e transdisciplinares.

Tais iniciativas, além de reforçar o relacionamento interpessoal, promovem trocas de experiências e impulsionam o conhecimento, alicerçando cada vez mais a autonomia dos profissionais a partir da interdisciplinaridade. A possibilidade de publicações e apresentações das conclusões de estudos realizados em equipe em eventos científicos, divulga os saberes além de promover realização pessoal e coletiva.

Em relação à *“envolver-se em tarefas em escala de uma ordem de ensino ou do sistema educativo”*, Perrenoud (2000, p. 166) defende que é uma via de formação contínua muito fecunda. Penso que a promoção dos diversos meios de aquisição de conhecimentos fortalece a profissão, assegura a continuidade das ações e oportuniza outros profissionais a atualizarem-se e, possivelmente, galgarem novos espaços em seus ambientes de trabalho.

Há que se ressaltar também o crescimento individual no campo profissional, além da respeitabilidade que a coordenação de cursos ou a administração de eventos confere àqueles que se envolvem com o ensino e/ou a pesquisa. O elo entre a prática e a teoria alicerça o saber, oficializando o conhecimento na comunidade científica.

“Acolher a formação dos colegas e participar delas” é a fase seguinte dentro da 10ª Competência. Perrenoud (2000, p. 168) diz que *“é preciso atingir um certo nível de especialização para pretender formar outrem.”* Essa afirmação é compreensível pois é necessário experiência para assumir a responsabilidade de contribuir para a formação de um outro profissional.

Ter ou ser estagiário é sempre enriquecedor, tanto para quem fornece informações como para quem as recebe. Quando essa troca é realizada com funcionários de um mesmo local de trabalho, um fortalecimento de equipe é

provocado a partir da oportunidade de permuta de novos saberes trazidos por aqueles que passaram recentemente por processos de aperfeiçoamento.

Em “*ser agente do sistema de formação contínua*”, Perrenoud ressalta que nesse momento deve haver um envolvimento inclusive da “cúpula” administrativa para facilitar a obtenção de recursos que se façam necessários para efetivar a formação dos profissionais. Entendo ser essa competência a complementação de todas as outras. Quando investimos no processo ensino-aprendizagem, há uma dupla via de aquisição de conhecimentos tanto individual quanto coletivo na compreensão de um processo cíclico e cumulativo na aquisição de conhecimentos.

CAPÍTULO IV

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Neste momento apresento a base metodológica através da qual foi estruturado este estudo. Minayo (2008, p.44 a) entende por “Metodologia” a apresentação adequada e justificada dos *métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos*¹⁸ que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação. Segundo a autora (Op. cit.), “Pesquisa” é a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. Esta é uma pesquisa de campo, qualitativa, descritiva, multicêntrica, que se propõe estudar a formação do enfermeiro para competências em Hemovigilância.

Minayo (2009, p. 57 a) infere que a pesquisa qualitativa permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. A autora supracitada (Op. cit., p. 64 a) infere que trazer a discussão da saúde para a arena política e vivencial tem por fundamento a convicção de que ela é um bem social compartilhado.

A pesquisa qualitativa, de acordo com Leopardi (2001, p.135) permite uma maior aproximação do pesquisador com a realidade estudada favorecendo uma interação espontânea com cada um dos sujeitos da pesquisa.

Minha escolha pela abordagem qualitativa se justifica por pretender trabalhar com questões não quantificáveis, tais como a formação e a competência do Enfermeiro em Hemovigilância. As notificações provenientes de uma Hemovigilância bem estruturada vêm a ser um indicador de qualidade

¹⁸ Grifos da autora.

capaz de avaliar a assistência prestada aos pacientes submetidos à hemotransfusões.

Vergara (2000, p.47) argumenta que a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza.

Para Minayo (2008, p. 57 a), esse tipo de pesquisa desvela processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

Para esta pesquisa, foi determinado um cenário constituído pelos Hospitais Sentinela do Município do Rio de Janeiro. No mês de janeiro de 2009, quando iniciei a solicitação aos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) das instituições-cenário, constavam no *site* da ANVISA que, entre os cento e oitenta e oito Hospitais Sentinela nos estados brasileiros, doze estavam localizados no município do Rio de Janeiro.

Ao me aproximar do cenário, constatei que somente dez deles mantinham requisitos para fazer parte da pesquisa, visto que dois ainda eram considerados pela ANVISA na condição de hospitais colaboradores (INCA 2 e INCA 3), isto é, não atendiam no momento a todos os critérios necessários¹⁹ para receberem a contribuição monetária da ANVISA, apesar de notificarem eventos adversos.

Penso que este tipo de contrapartida da ANVISA é importante ser considerada no estudo, porque a partir dela, a Instituição terá melhores condições de investimentos em estratégias para o desempenho da

¹⁹ Especificados no 2º parágrafo da página 2 desta dissertação.

Hemovigilância, por contar com recursos monetários que são essenciais na manutenção de padrões de qualidade em saúde.

Entre essas dez instituições, uma não aceitou ser cenário por ainda não ter constituído um Comitê de Ética e Pesquisa para que o projeto pudesse ser submetido; e numa outra não conseguimos obter a aquiescência tanto da chefia do serviço de hemoterapia quanto da gerente de risco para realização do estudo. Portanto, os Hospitais Sentinela que formam o cenário para esta pesquisa foram: o Instituto Nacional do Câncer (somente a unidade denominada INCA 1 por ser a única considerada Sentinela), o Instituto Fernandes Figueira, o Hospital Naval Marcílio Dias, o Instituto de Cardiologia de Laranjeiras, o Instituto Evandro Chagas, o Hospital dos Servidores do Estado, o Hospital Geral de Bonsucesso e o Hospital Universitário Pedro Ernesto, perfazendo um total de oito instituições.

Em todas elas o projeto foi apresentado aos respectivos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) sendo aprovado como campo para cenário, além do devido 'de acordo' do enfermeiro envolvido com a notificação dos eventos transfusionais como sujeito no estudo, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Há que citar também, que o primeiro CEP a ser submetido foi o da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), por ser a instituição a qual esta pesquisa está vinculada para obtenção do título de mestre. Ela foi por mim apontada como "1º Centro" (Apêndice E), atendendo aos requisitos da Resolução nº 346/2005 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), devido ao aspecto multicêntrico²⁰ da investigação. Os documentos comprobatórios das

²⁰ Ter mais de um cenário como campo de coleta de dados.

aprovações dos CEP(s) compõem os anexos de nº 1 à 9 desta pesquisa.

Penso que obter as aprovações do Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN em um mês (dezembro/2008), de sete instituições sentinela dentro de um período de três meses (fevereiro à maio/2009) e de uma outra em quatro meses (fevereiro à junho/2009), reflete um empenho considerável de pesquisadora. Torna-se necessário primar por apresentar um projeto que atenda as especificidades de todos os CEP que, embora estejam sob a administração oficial e única do Conselho Nacional de Pesquisas (CONEP), apresentam peculiaridades diferentes na formulação de exigências e formatação burocrática.

Minayo (2008a) adverte que a entrada em campo deve prever os detalhes do primeiro impacto da pesquisa, pois possibilita iniciar uma rede de relações. Apresentar o projeto em nove Comitês (EEAN e oito hospitais da Rede Sentinela) foi uma oportunidade ímpar para interagir com membros de alguns CEP e explicitar, de forma clara e concisa, aspectos éticos e específicos desta investigação.

Cito o nome de cada uma das instituições pelo fato de, ao aprovar a realização de uma investigação em um determinado campo de pesquisa, o CEP fornece um documento com o nome e timbre da Instituição para ser incluído nos anexos do estudo. Este documento revela claramente o campo em que os dados foram coletados. Quando o cenário é formado por um único estabelecimento, torna-se necessário requerer uma permissão formal para citação do nome do mesmo.

Como neste caso o estudo é multicêntrico, esta formalidade não foi essencial, visto que em nenhum momento, os dados serão descritos com

vieses que permitam a identificação dos sujeitos e suas respectivas instituições. Este é um ponto importante que me foi esclarecido por mais de um coordenador de CEP quando solicitei um comprovante de permissão para mencionar o nome do hospital em questão.

Algumas vezes fui convocada por eles para discutir sobre o tema pelo fato da pesquisa não ser clínica e nem quantitativa. Esclareceram-me que pesquisas qualitativas não são comumente apresentadas em comitês hospitalares e nenhuma das instituições havia recebido, até aquele momento, estudo sobre a Rede Sentinela de Vigilância. Esclareci que o critério aqui não é numérico por abranger a compreensão de competências do enfermeiro imposta por uma nova política de saúde.

O ineditismo do tema e a relevância da pesquisa para as instituições sempre foram enfatizados por esses profissionais. Todos fizeram questão de referenciar a importância que representará a entrega do relatório final com os resultados do estudo, que poderão subsidiar novos rumos para a Hemovigilância em seus serviços. Houve CEP que exigisse um compromisso, por escrito, da apresentação oral dos resultados para o *staff* do hospital em data a ser combinada.

Um dos pareceres consubstanciados emitidos pelos CEP considera o projeto *“um marco na sistematização das aquisições de competências em Hemovigilância necessárias para enfermagem em busca de tomada de decisão”*. Em outro documento, o estudo é citado como de *“temática relevante ao cotidiano da Assistência de Enfermagem em Hemovigilância”*. Foi relatada também a opinião de que *“o referido estudo contribuirá para o acervo bibliográfico da enfermagem fornecendo subsídios para outras pesquisas”*.

Por questões de esclarecimento prévio para compreensão da análise das unidades temáticas, torna-se necessário explicar que o serviço de hemoterapia realiza todo o ciclo do sangue, isto é, desde a captação do doador até a transfusão sanguínea no paciente. Uma agência transfusional não realiza coleta de sangue em doadores, se responsabilizando unicamente com as transfusões. Estas agências são supridas pelo Hemocentro da cidade que faz a coleta e todo o tratamento necessário às unidades de hemocomponentes encaminhando para as referidas agências o quantitativo necessário de bolsas para suprir suas necessidades transfusionais.

Das instituições que foram cenário, seis têm serviços de hemoterapia em seu organograma e duas, funcionam sob o padrão de agência transfusional. Cinco delas possuem equipe de enfermagem trabalhando em várias etapas do ciclo do sangue; em uma delas há somente um enfermeiro no serviço de hemoterapia e, nas duas que funcionam como uma agência transfusional, não há enfermeiro lotado nas mesmas.

Torna-se oportuno esclarecer que, devido o Serviço de Hemoterapia do Hospital dos Servidores do Estado ser um dos campos da pesquisa, desde outubro de 2008 estou lotada no Serviço de Educação Continuada, pois, minha presença, enquanto gerente de enfermagem, no cenário onde a Hemovigilância é realizada, poderia exercer algum tipo de influência no depoente que, no caso, seria meu subordinado. Em tal situação, corre-se o risco de gerar informações que não sejam fidedignas com a realidade e inviabilizar a pesquisa.

Nesse entendimento os sujeitos desta pesquisa são os enfermeiros que trabalham na Gerência de Risco ou nos Serviços de Hemoterapia dos Hospitais Sentinela estabelecendo como critério de inclusão atuar diretamente com a

notificação em Hemovigilância.

No momento da coleta de dados, estabeleci contato prévio com os enfermeiros que se incluíam nos critérios do estudo para comporem o quadro de sujeitos. Eles foram convidados para participar e indicaram locais e data para nosso reencontro, momento em que assinaram o TCLE sendo-lhes explicado objeto e objetivos da pesquisa e garantido respeito aos parâmetros da Resolução 196/96 do CNS quanto à pesquisa com seres humanos.

Após certificação que todas as dúvidas quanto aos esclarecimentos da sua participação no estudo haviam sido sanadas, era-lhes apresentada uma pequena caixa de madeira que continha papéis dobrados com nomes de castelos e títulos de nobreza para que, escolhendo aleatoriamente um dos mesmos, fosse sorteado o castelo que nomearia sua instituição e o título referente ao seu próprio codinome garantindo assim o anonimato das informações. Todos concordaram com esse tipo de procedimento para resguardar as identidades dos sujeitos e das instituições.

A escolha deste tipo de identificação para cenários e sujeitos se justifica pelo elemento nobre que é o sangue no organismo humano. Sua multiplicidade de funções, sua presença essencial em toda a superfície corpórea, seu conteúdo insubstituível na hemodinâmica e, sobretudo, a necessidade da empatia e solidariedade no envolvimento da sua doação confere-lhe uma nobreza ímpar.

Sendo assim, as instituições receberão os nomes dos seguintes castelos: Pessegueiro, Thor, Sesimbra, Mouros, Bragança, Mafra, Alcobaça e Estremoz e os sujeitos os seguintes títulos: viscondessa, duquesa, princesa, marquesa, rajá, imperatriz, arquiduquesa e condessa.

Para facilitar a compreensão do perfil dos sujeitos do estudo, apresento um quadro com dados que demonstram tanto o tempo de cada um em Hemovigilância, quanto apontam seus investimentos no momento profissional em que optaram por uma pós-graduação. Verifica-se que todos primam por investir em suas formações, sendo que, metade dos sujeitos possui títulos em nível *lato sensu* e os outros, são mestres em enfermagem.

Quadro 3 - Perfil dos Sujeitos da Pesquisa

CODINOME SUJEITO	TEMPO GRADUAÇÃO	ADMISSÃO HOSPITAL	TEMPO HEMOVIG	PÓS GRADUAÇÃO	SETOR TRABALHO
Marquesa	10 anos	5 anos	5 anos	Especialização: Hemato/Hemot Obstetrícia	Serviço Hemoterapia
Arquiduquesa	27 anos	10 anos	5 anos	Especialização: Terap. Intens. Administração	Gerência Risco
Viscondessa	28 anos	15 anos	3 anos	Mestrado Materno Infantil	Gerência Risco
Duquesa	23 anos	20 anos	5 anos	Mestrado Hemotransfusão	Serviço Hemoterapia
Rajá	20 anos	6 anos	6 anos	Mestrado Hematologia	Serviço Hemoterapia
Princesa	6 anos	3 anos	3 anos	Residência: Hemato/Hemot	Serviço Hemoterapia
Condessa	17 anos	10 anos	6 meses	Mestrado em História da Enfermagem	Chefia de Enfermagem
Imperatriz	25 anos	20 anos	7 anos	Especialização em Administração em Serviços de Saúde	Serviço de Hemoterapia

Como critério de inclusão dos depoentes, destaco a realização da notificação dos eventos à Anvisa.

A partir de entrevistas abertas com os sujeitos intencionei elucidar os objetivos propostos por este estudo. Triviños (1987) privilegia este tipo de

entrevista porque, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Minayo (2008b) classifica a entrevista como uma técnica privilegiada de comunicação afirmando que, a partir dela, é possível a construção de informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Ela afirma que esse tipo de técnica propicia profundidade às reflexões.

A partir da escolha de entrevista como instrumento de coleta, foi possível estabelecer condições para que os depoentes discorressem livremente sobre o tema, proporcionando riqueza aos dados a partir de um aprofundamento no objeto. Penso que em uma entrevista aberta, o pesquisador é o principal instrumento da pesquisa, pois é a partir da abordagem dele que o entrevistado se sentirá mais coeso ao tema contribuindo bem mais com suas informações. Confiabilidade e domínio são imprescindíveis neste momento.

As entrevistas aconteceram no período de março à agosto de 2009 e foram gravadas em aparelho MP4, posteriormente transcritas e armazenadas em CD-R que guardarei por cinco anos (2014), apagando seu conteúdo após este período, como estipulado pela Resolução nº 196/96 do CNS. As mesmas duraram, entre 30 e 48 minutos. Foi proposto aos sujeitos ouvi-las para que tivessem oportunidade de retirar questões que os mesmos não quisessem que fossem reveladas. Após transcrição, enviei o material por e-mail a cada depoente para oferecer aos mesmos mais uma oportunidade de refletirem sobre suas declarações. Todos as mantiveram na íntegra. Somente depois do aval deles, iniciei as análises.

Esta é uma proposta que vem atender ao princípio do *critério de confiabilidade*²¹ quando recorremos a estratégias que garantam aos depoentes a utilização unicamente dos dados permitidos pelos mesmos. Alves-Mazzotti (2004, p. 171-172) esclarece que esse tipo de atitude, quando adotada, demonstra preocupação com o rigor com que o pesquisador pretende conduzir sua investigação. A autora (Op. cit.) acrescenta ainda, que é um momento em que os participantes podem avaliar precisão e relevância das suas contribuições.

Para análise das entrevistas os dados foram lidos por mim, inicialmente, de maneira flutuante e depois repetitivamente até que me apropriasse ao máximo dos seus detalhes, no intuito de poder explorar bem o material. A idéia de desbravar as revelações dos depoentes através das análises me estimulava a mergulhar mais e mais na leitura.

Gaskell (2002) *apud* Minayo (2008b) infere que a finalidade de uma abordagem qualitativa não é contar opiniões e pessoas, mas sim explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações acerca de um assunto que se está estudando. Neste sentido, explorei o material de forma a reunir linhas de pensamento único entre os sujeitos como também, detectar segmentação em seus depoimentos, apoiando-me nos conceitos de Perrenoud para dar significado tanto às convergências quanto às divergências de situações.

A partir dessa compreensão, extrai as unidades temáticas do estudo, sempre me atentando ao objeto estipulado com vistas nos objetivos pré-determinados para o levantamento de competências do enfermeiro em Hemovigilância embasadas na sua formação e no trabalho prestado por ele

²¹ Grifo meu.

até o momento.

Minayo (2008a, p. 179) classifica categorias de análises como *“elaborações do pesquisador; é sua sensibilidade e acuidade que lhe permitem compreendê-las e valorizá-las, à medida que vai desvendando a lógica interna do grupo (objeto) pesquisado”*. Penso que o pesquisador precisa se afinar com os meandros dos depoimentos para captar, em cada mensagem, a essência a ser decodificada.

A partir da leitura do material coletado emergiram cinco unidades temáticas que envolvem questões comuns aos enfermeiros em Hospitais Sentinela responsáveis pela notificação em Hemovigilância. São elas:

1. A formação para o cotidiano da prática do enfermeiro em Hemovigilância;
2. Educação permanente do enfermeiro para uma formação em Hemovigilância;
3. Recursos Humanos de enfermagem em Hemovigilância;
4. Sistematização de enfermagem em Hemovigilância;
5. Sentimentos e ressentimentos da equipe de enfermagem sobre Hemovigilância.

Portanto, ao longo dos tópicos supra-relacionados, apresentarei a estrutura de análise utilizando a expressão dos pensamentos dos enfermeiros quanto aos seus pontos de vista, formação, atuação e experiência em Hemovigilância, no intuito de que, a partir da compreensão dos dados em si, o objeto seja contextualizado com o fim de alcançar os objetivos propostos.

CAPÍTULO V

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Apresento neste capítulo a correlação dos depoimentos coletados através das entrevistas realizadas, com as competências referidas por Philippe Perrenoud (2000). Enfatizo, mais uma vez, que este autor direcionou tais competências a professores em situações de ensino-aprendizagem com o objetivo de aplicar suas ações na busca de melhores resultados de seus alunos na aquisição de conhecimentos. Apropriar-me-ei dessa teoria, da maneira já especificada no Capítulo do Referencial Teórico dessa dissertação, para aplicá-la aos enfermeiros que respondem pela Hemovigilância nos Hospitais Sentinela atendendo os objetivos propostos por esta dissertação de discutir o percurso de formação do enfermeiro em Hemovigilância e descrever suas competências.

Os depoimentos que sustentam o presente capítulo demonstram como o enfermeiro está aplicando sua formação tanto com bases generalista quanto especializada na tentativa de resolutividade das ações em Hemovigilância. Apresento inicialmente a problematização das questões originadas dos diálogos das entrevistas, contraponho-as com os conceitos de Philippe Perrenoud quando se refere às questões que podem ser correlacionadas com as unidades temáticas propostas e concluo o pensamento a partir das idéias formuladas.

Esclareço que uma mesma unidade apresentou vários problemas os quais são tratados de per si apontando o caminho através do qual o enfermeiro está desenvolvendo a Hemovigilância. Sendo assim, quatro unidades temáticas são subdivididas em sub-temas. A quinta é apresentada em um único bloco.

Ao final da análise de cada uma das unidades temáticas, correlaciono-as

com as competências de Perrenoud atendendo os objetivos dessa dissertação quanto ao percurso da formação do enfermeiro em Hemovigilância, identificando e descrevendo suas competências nesta área a partir dos postulados deste autor. Ele afirma (2000, p. 96) que para descrever uma competência, é preciso explicitar práticas de referências. É justamente a partir da explicitação das práticas dos depoentes que pautarei esta análise.

1ª UNIDADE TEMÁTICA

▪ A FORMAÇÃO PARA O COTIDIANO DA PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM HEMOVIGILÂNCIA

Da leitura das entrevistas foram identificados conteúdos que nortearam a composição de cada uma das unidades temáticas. Nessa primeira destacaram-se os eventos adversos, a busca ativa, a atuação diferenciada do enfermeiro gerente de risco daquele que é unicamente hemovigilante e o envolvimento de toda a equipe de enfermagem do hospital no tocante à Hemovigilância.

▪ 1.1 - Atuação da equipe de enfermagem nos eventos adversos em transfusão

Todos os Hospitais Sentinela têm uma estratégia convencional na Instituição quanto a cuidados específicos com o sangue, e um direcionamento em relação a eventos adversos. A atenção ao cliente submetido à hemotransfusão é responsabilidade do enfermeiro, que sempre está presente promovendo recursos necessários para detectar, identificar e atenuar sintomas, o que pode ser comprovado pelos seguintes relatos:

Sempre que se identifica uma reação transfusional, chamamos a equipe e notificamos a essa equipe. (DUQUESA)

O profissional que está fazendo a transfusão ao detectar interrompe, chama a equipe médica, prepara para fazer o primeiro atendimento. (ARQUIDUQUESA)

No início tem os sinais vitais pré-transfusionais, tem os transfusionais e os pós transfusionais e a assinatura de quem colocou. (PRINCESA)

Há evolução no prontuário, se houve alguma intercorrência durante o processo de transfusão ou mesmo tardiamente, onde foi feita a punção, o que venha acontecer com esse nosso cliente (CONDESSA)

No entanto, o compromisso da notificação é que não é abordado regularmente com a fidedignidade que o Projeto Sentinela requer. Tornou-se evidente que, nos Castelos Bragança e Estremoz, por exemplo, as enfermeiras exerciam suas atividades em Hemovigilância, mas estavam alheias à abrangência da sua responsabilidade em relação à mesma. Isto pode ser observado diante das seguintes respostas:

Sei nada, nem sabia que este Hospital era Sentinela. [...] Eu tento avaliar onde está esse erro e tento trabalhar em cima dele. Eu acredito que isso seja um pouco de Hemovigilância, mas não fui treinada para isso. (MARQUESA)

Até descobrir que era um Hospital Sentinela. O que é um Hospital Sentinela? O que estamos fazendo? Nós somos? Como é isso? (CONDESSA)

Pode ser observado, diante das respostas destas enfermeiras, que não é o fato da instituição ser Hospital Sentinela que direciona a atuação do profissional frente a não conformidades. Esta responsabilidade está implícita na racionalidade assistencial do enfermeiro que, na prática, está habituado a se posicionar frente a adversidades de maneira a resolvê-las, ou pelo menos, atenuá-las.

Ao descrever a própria prática, os enfermeiros referem desenvolver muitas outras funções que os impedem de uma dedicação específica nas investigações necessárias em Hemovigilância. Demonstram que tais atividades, apesar de inerentes ao processo, fazem com que se sintam sobrecarregados. Observemos os seguintes depoimentos:

Eu sou a única enfermeira do serviço de hemoterapia deste hospital. Trabalho todo o ciclo do sangue. [...] Eu faço a entrevista com todos os doadores, o treinamento com as residentes, todo o processo de coleta externa, trabalho na sala de coleta e tento melhorar cada dia mais meu serviço na Hemoterapia. (MARQUESA)

Especificamente na Hemovigilância a minha participação está restrita ao Comitê Transfusional, a captação das notificações e a participação em alguns cursos relacionados aos cuidados com o sangue e hemocomponentes. (VISCONDESSA)

O cotidiano de um enfermeiro em um hospital de Hemovigilância, como no meu caso, é um pouco complicado porque, além de fazer a Hemovigilância, realizo outras atividades, como por exemplo, a triagem clínica de candidatos à doação. Isso no plantão e com isso, realmente é um fator complicador. (RAJÁ)

Na realidade eu não tenho como função só a Hemovigilância, então meu cotidiano durante a minha estada no Castelo de Sesimbra é fazer triagem do doador, fazer treinamento também com as equipes de transfusão dos andares e além de vigilância aqui, a gente atua como captador. (PRINCESA)

Perrenoud (2000, p. 16) infere que *“entre os recursos mobilizados por uma competência maior, encontram-se, em geral, outras competências de alcance mais limitado”*. Um serviço de hemoterapia que denota uma grande competência exige a presença do enfermeiro em várias frentes de trabalho, visto que o direcionamento de sua assistência enfoca elementos sociais com características totalmente diferenciadas: o doador, o paciente e a bolsa de sangue.

Logo, se os elementos são diferenciados, os recursos mobilizados e as competências também terão alcances hierarquicamente diferenciados. Essa hierarquia não representa um grau de superioridade entre as ações, mas sim, um grau de prioridade que precisa ser estabelecida pelo enfermeiro no atendimento das necessidades apresentadas por estes diversos elementos sociais que são objetos da sua atuação.

Habilidades específicas vão estabelecer o “*know that*”²², representado pelo conhecimento que o profissional aplicará para promover resolutividade ante uma dada situação e o “*know how*”²³ do enfermeiro em Hemoterapia, que estabelecerá as estratégias para o alcance desta resolutividade que, conseqüentemente, contribuirá na otimização em Hemovigilância.

Esta Hemovigilância deve ser exercida em todo o ciclo do sangue, pois a qualquer momento não conformidades podem ocorrer, porém a atuação do Hemovigilante tem que ser pontual e o mesmo deve sempre ter condições tanto referentes a tempo quanto a espaço na tentativa de corrigir possíveis intercorrências. Acredito que o fato de o profissional estar envolvido em outras atividades ao ponto de ser obrigado a postergar suas ações em Hemovigilância, pode ser perigoso para a segurança do sangue e/ou do paciente, além de possibilitar a sub-notificação.

As especialidades em enfermagem enquanto crescem em quantidade, ainda deixam a desejar quanto ao seu *status quo*²⁴, pois em Hemoterapia, por exemplo, o enfermeiro hoje, tem que demarcar suas ações diante uma equipe multiprofissional, visando uma interdisciplinaridade que contemple seus diversos clientes (doador, paciente e familiar) em um ambiente diferenciado, portador de alta tecnologia e rotinas completamente diferentes da assistência convencional.

Portanto, o *status quo* do enfermeiro em Hemoterapia, confere-lhe um posicionamento de vigilância constante com concomitantes reflexões sobre suas próprias ações como também sobre as ações dos outros profissionais da

²² Conhecimento a aplicar diante de um problema. (WIKIPÉDIA)

²³ Conhecimento processual de como executar alguma tarefa. (WIKIPÉDIA)

²⁴ Situação atual do ambiente interno da empresa; do estado atual das coisas; na situação em que se encontra. (WIKIPÉDIA)

equipe na busca de riscos, obstáculos, falhas e erros. A Enfermeira Duquesa na posição de Hemovigilante, em seu relato confessa: “Eu me sentia meio guarda.”

Ao se referir ao trabalho a partir do erro e dos obstáculos, Perrenoud (2000, p. 30) infere que uma verdadeira situação-problema obriga a transpor um obstáculo graças a uma aprendizagem inédita, quer se trate de uma simples transferência, de uma generalização ou da construção de um conhecimento inteiramente novo. Mas, devo lembrar que o aprendizado pelo erro em hemoterapia, pode ser letal para o paciente e traumatizante para o profissional.

▪ 1.2 - Atuação diferenciada do Enfermeiro Gerente de Risco e do Enfermeiro Hemovigilante

Pude também perceber que é visivelmente diferente a atuação do Enfermeiro Gerente de Risco comparada ao Hemovigilante²⁵ que trabalha exclusivamente no Serviço de Hemoterapia. Atentemos inicialmente para os depoimentos de dois profissionais que são Gerentes de Risco:

Na realidade eu sou Gerente de Risco, eu não trabalho diretamente na busca de dados, na área assistencial. Eu recebo as notificações investigadas pela responsável da Hemovigilância. (ARQUIDUQUESA)

[...] ficando a Hemovigilância toda sendo realizada pela agência transfusional desta instituição. [...] Eu sou gerente de risco. (VISCONDESSA)

É importante lembrar que, o critério de inclusão dos sujeitos nesta dissertação é a realização de notificações. Nos relatos supra citados, a Hemovigilância está entregue a um profissional médico que realiza toda a busca ativa, analisa os dados e os entrega as Gerentes de Risco, que nestas instituições são enfermeiras, para serem notificados à Anvisa. Portanto, são

²⁵ Profissional de saúde que realiza a busca ativa dos eventos transfusionais.

elas, embora gerentes de risco, que em suas instituições se incluem como sujeitos nesta pesquisa.

No Castelo Pessegueiro, onde trabalha a Gerente de Risco Viscondessa, não há profissional de enfermagem lotado na agência transfusional. O enfermeiro da assistência é quem realiza a transfusão. Lá é estabelecido que esta atividade seja exclusiva deste profissional não sendo, portanto, realizada por técnicos ou auxiliares de enfermagem.

No Castelo dos Mouros, onde trabalha a Arquiduquesa, as enfermeiras lotadas no Serviço de Hemoterapia realizam triagens clínicas e aféreses, somente se envolvendo com as hemotransfusões ambulatoriais. As transfusões que são realizadas nas diversas clínicas do hospital ficam sob a responsabilidade do enfermeiro da assistência.

Ao tratar sobre o trabalho em equipe, Perrenoud (2000, p. 82) afirma que *“saber trabalhar eficazmente em equipe e passar de uma ‘pseudo-equipe’ uma verdadeira equipe, é uma grande competência”*.

O COFEN, no Artigo 1º da Resolução nº 291/2005, que nomeia a Hemoterapia como especialidade para o enfermeiro, determina na letra “I” que este participe da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao doador, receptor e familiares.

Na letra “I” desta mesma Resolução, o COFEN estabelece que o enfermeiro também participe da definição da política de recursos humanos. Isso significa que o Órgão que nos normatiza assegura-nos a competência do dimensionamento da equipe de enfermagem, incluindo a identificação das necessidades de criação de novos espaços de atuação. Essa necessidade começa a ser apontada pelo Hemovigilante:

Nós não temos equipe de transfusão aqui na Hemoterapia por falta de pessoal de enfermagem, apesar de vários pedidos, de vários documentos enviados à direção do hospital. Por falta de pessoal, não temos. (IMPERATRIZ)

Um profissional enfermeiro que se envolvesse com a Hemovigilância a partir do ponto de partida das unidades de sangue, garantiria uma melhor abrangência nas notificações por ter uma atuação pontualmente direcionada para as não conformidades e não estar envolvido diretamente com a assistência, como acontece com os enfermeiros que transfundem os hemocomponentes nestas instituições.

Porém, existem situações em que o Hemovigilante não sente a necessidade de uma equipe específica para realizar as transfusões:

Não somos um macro hospital. Temos somente 31 leitos. [...] Mas tem necessidade de uma equipe transfusional em um hospital que não tem “n” transfusões por dia? Não, não tem. (CONDESSA)

Esta situação é singular, pois, dentre os Hospitais Sentinela do município do Rio de Janeiro, este é o único que apresenta um reduzido número de leitos. Logo, a equipe deve se adequar ao *status quo* da instituição. O cotidiano apontará as necessidades que deverão ser supridas, inclusive as de pessoal.

Acompanhemos as atuações do cotidiano dos Hemovigilantes que estão lotados nos Serviços de Hemoterapia das instituições sentinela.

[...] detectando os erros e tentando direcionar, orientar aquele funcionário que está atuando naquele setor, tentando melhorar. (MARQUESA)

Então, geralmente, eu vejo no livro de ordens e ocorrências se há algum registro de alguma transfusão que houve algum evento ou não [...] Após fazer essa primeira visita e não encontrar a primeira ficha preenchida, eu perco tempo e, muitas vezes, não consigo visualizar o que aconteceu na reação transfusional. (RAJÁ)

É feito uma outra etapa da Hemovigilância que é a busca ativa. Nós vamos até o prontuário dos pacientes que fizeram transfusão para fazer a busca ativa e a gente realiza uma avaliação dos prontuários dos pacientes transfundidos. (DUQUESA)

Procuramos todos os componentes que foram utilizados [...] Então fazemos a busca ativa dos pacientes que utilizaram, vemos se houve alguma intercorrência, se realmente foi alguma reação transfusional ou se foi algum viés que esse paciente já apresentava. (PRINCESA)

Nos relatos acima, o envolvimento dos enfermeiros lotados nos Serviços de Hemoterapia é bem maior, pois estes se sentem diretamente responsáveis pelo processo atuando *in loco*, no foco da intercorrência - tanto quanto a não conformidade relativa a funcionários como quando é referente a eventos em pacientes - analisando os prontuários, gerenciando realmente a questão da investigação em Hemovigilância. Este fato, com certeza, contribui para a fidelidade dos dados e garante maior segurança para as futuras transfusões de um paciente reativo.

Perrenoud (2000, p. 104) afirma que quando existe um diretor na instituição, seu papel é principalmente de facilitar a cooperação dos diversos profissionais, apesar das diferenças de atribuições, de formação e de estatuto. É fato que o Gerente de Risco não é um diretor, mas a ANVISA o outorga a administrar os três instrumentos hospitalares de vigilância sanitária (Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância). Logo, é de se esperar desse profissional a tentativa de um entrosamento interdisciplinar, com a consequente viabilidade de o enfermeiro assumir uma atuação mais definida na

Hemovigilância. Inclusive, a lógica seria que o enfermeiro que ocupa um cargo de Gerente de Risco, se interessasse por ter outro no Serviço de Hemoterapia que, em regime de parceria, corroborasse na detecção de dados a serem notificados.

Carvalho e Tyrrel (2006) alertam que os riscos e os atritos ligados à superposição de atividades e de funções complementares precisam de análise, discussão e de enfrentamento crítico, nos grupos que tratam dos problemas pertinentes, da adoção de normas ou de protocolos de condutas comuns, ou de regulação dos assuntos de consenso coletivo.

• 1.3 - A busca ativa de eventos sentinela

A busca ativa consiste em pesquisar entre as transfusões realizadas, a existência de alguma suspeita de não conformidades que possa confirmar um evento adverso. Esta investigação é realizada através dos relatos nos prontuários especificados através do registro de queixas dos pacientes e dos sinais e sintomas detectados pelas equipes médica e de enfermagem durante ou após as transfusões, além de achados laboratoriais.

Questionadas sobre o responsável pela análise direta dos dados de reações transfusionais, três enfermeiras direcionam esta atividade para o profissional médico através da busca ativa:

Dentro da Hemovigilância nós temos especificamente uma médica que está fazendo isso em todas as questões. Havendo transfusão ela vai diretamente à beira do leito. Então com isso tem melhorado, mas não dá conta porque ela é da rotina. O tempo que ela tem, nem sempre consegue fazer no que acredita. Ela tem experiência de outro hospital então tentou implantar, mas não tem tempo para fazer isso. (VISCONDESSA)

O Banco de Sangue recebe essa informação e através da médica responsável faz uma avaliação do paciente para detectar se realmente o incidente transfusional caracteriza uma reação dos tipos que se espera encontrar. [...] Ela faz essa avaliação, investiga, avalia, conclui e depois de tudo, ela emite esse laudo do próprio Notivisa, que já tem uma ficha própria e envia aqui para a Gerência de Risco. (ARQUIDUQUESA)

Só consegue detectar que o paciente teve reação no outro dia quando a médica volta no setor e conversa diretamente com o paciente, quando ele é lúcido e orientado. (MARQUESA)

Nas outras instituições temos a mesma busca ativa realizada pelo profissional enfermeiro que, reconhecidamente, ante os demais profissionais da equipe de saúde nas instituições em que trabalham, é considerado competente para coletar, analisar e notificar os dados da investigação em Hemovigilância.

Pegamos aleatoriamente uma média de cinco à dez por cento das transfusões das últimas 48 horas, vamos à beira do leito, observamos o prontuário, registramos, identificamos as alterações que tiveram nas últimas 24 horas após as transfusões. (DUQUESA)

A busca ativa é feita diariamente. [...] Quando ele recebeu mais de um componente verifica-se qual foi o mais provável ou investiga a relação de todos com a reação adversa. (PRINCESA)

Inicialmente quem fazia esse *link* era o gerente de risco porque tem que ter uma senha. O setor de Hemovigilância da ANVISA inicialmente tinha problema porque não conseguíamos acesso para que eu pudesse ter uma senha para fazer a notificação. Mas depois de um bom tempo e várias tentativas conseguimos ter a senha então passei a fazer essa notificação. (RAJÁ)

Nós fazemos a busca ativa das reações transfusionais nas enfermarias. Vamos a todos os pacientes que foram transfundidos e fazemos uma pesquisa se houve alguma intercorrência durante a transfusão e de que maneira essa transfusão ocorreu. (IMPERATRIZ)

Porém, apesar de realizar a busca ativa, a enfermeira Princesa é vetada para escrever a conclusão dos resultados das investigações nos prontuários dos pacientes internados no Castelo de Sesimbra. A instituição a considera competente para realizar várias etapas da investigação em Hemovigilância,

porém a mesma não tem autorização de registrar oficialmente o resultado de seu trabalho. Este fato é identificado quando a depoente relata:

Aí também tem o médico que atua junto para escrever no prontuário: *“somente hemocomponente lavado”*. Só o médico pode fazer isso. No caso eu já fiz: conforme solicitação de doutor²⁶ fulano, *“usar somente tal componente.”* Mas por serem ainda algumas pessoas centradas no médico e as pessoas olharem como se os enfermeiros quisessem pegar alguma coisa dos médicos; essas coisas do ato médico. (PRINCESA)

Este tipo de situação também é discutida por Perrenoud quando se refere a coordenar e dirigir uma escola com todos os seus parceiros. Ele comenta (Op. cit., p. 104) a respeito de relacionamento multidisciplinar que *“quando profissionais de especializações diferentes convivem, é raro que cada um deles sinta-se reconhecido em suas competências específicas, sem temer que usurpem seu território ou suas prerrogativas.”*

A Imperatriz, juntamente com outros membros da equipe multiprofissional, também realiza toda a investigação e a entrega pronta para o médico:

Tem um médico que o responsável pela Hemovigilância aqui na hemoterapia. Nós vamos à enfermaria, fazemos a pesquisa, preenchemos aquele formulário quando há um evento adverso, pegamos as mostras, os biólogos fazem a pesquisa laboratorial e é encaminhado ao médico responsável pela Hemovigilância, depois de tudo preenchido. (IMPERATRIZ)

O envolvimento do profissional médico em Hemovigilância será mais bem explorado na análise da categoria referente a recursos humanos. Porém, em hospitais a hegemonia médica é fato, além de interferir, muitas vezes na autonomia do enfermeiro e, conseqüentemente, na sua atuação.

Mas é notoriamente cômodo ter um outro profissional executando toda a

²⁶ Entonação na voz da depoente.

parte operacional de um procedimento e, no término do mesmo, aproximar-se do prontuário somente para escrever e assinar o resultado final da investigação. Logo, neste caso, em termos jurídicos, o Hemovigilante é única e exclusivamente o médico, tornando a atuação do enfermeiro camuflada e insignificante.

• 1.4 - O envolvimento da equipe de enfermagem assistencial

Outro fator a ser considerado é que toda a equipe assistencial de enfermagem em uma instituição sentinela está envolvida com a Hemovigilância, visto estar ela mais próxima do hemocomponente para avaliar não conformidades e do paciente para detectar, em primeira mão, os sinais de reações adversas. Os depoimentos que seguem comprovam este fato:

Só da assistência; de ela dar conta, de ter, mais ou menos, uma noção do que é uma reação transfusional e como tem que proceder. (ARQUIDUQUESA)

O protocolo da instituição é: quando o paciente apresenta uma reação qualquer, o profissional do andar tem que fechar imediatamente o hemocomponente que está sendo transfundido, abrir o Soro Fisiológico, chamar o médico assistente, encaminhar o hemocomponente para o serviço de hemoterapia e entrar em contato com a hemoterapia informando qual é o tipo de reação. (MARQUESA)

Se houve intercorrência ele vai marcar o tipo de reação e a conduta realizada. E a equipe é orientada para que se houverem algumas dessas intercorrências a comunicar ao serviço de hemoterapia. (DUQUESA)

Quem transfunde é a própria equipe de enfermagem nos setores, nos andares. (PRINCESA)

Eles acompanham os primeiros quinze minutos da bolsa e evoluem qualquer intercorrência que detectem, o mais rápido possível, para que possam ser tomadas as providências. (CONDESSA)

Portanto, toda a equipe de enfermagem que está no campo assistencial coleta dados nas áreas determinadas pelo Projeto Sentinela de Vigilância. Em Hemovigilância todos os entrevistados enfatizaram a subnotificação, que prejudica a análise global dos dados obtidos através do Notivisa. Isto é revelado nas seguintes falas:

Existe a sub-notificação, compreende-se isto; talvez pelo não reconhecimento do início, por isso que fazemos o treinamento periódico das equipes. (PRINCESA)

Participava efetivamente em diversos momentos de pacientes com transfusões, mas nunca houve a necessidade de trabalhar as reações. Pouco detectava reações transfusionais, raramente conseguíamos detectar. (ARQUIDUQUESA)

Agora quando chega na prática, devido a quantidade de procedimentos que eles tem que fazer no dia-a-dia, isso²⁷ muitas das vezes não é feita. (MARQUESA)

Não, ele não pensa em Hemovigilância. Ele tenta melhorar a anemia, melhorar o quadro infeccioso. Como ele administra um medicamento, ele está administrando o sangue. (VISCONDESSA)

Muitas vezes o que acontece? Você não tem registro nenhum e isso dificulta a Hemovigilância. (RAJÁ)

Mas se acabou a transfusão, na mente deles acabaram as reações. Então se o paciente apresenta depois, eles não associam. (DUQUESA)

Existe a sub-notificação. Existe bastante. (IMPERATRIZ)

Perrenoud (2000, p. 97) aborda sobre negociar um projeto na instituição. Ele afirma que individualidades reunidas quase por acaso, não conseguem facilmente constituir-se em *ator coletivo*²⁸, particularmente no campo de uma profissão ainda muito individualista. O teórico complementa que:

²⁷ A detecção.

²⁸ Grifo de Perrenoud.

[...] os poderes organizadores que chamam os estabelecimentos a formarem projetos, e até mesmo os exigem, frequentemente dão provas de uma inconsequência que explica, por si só, o fracasso dessa política. (PERRENOUD, 2000 p. 99)

Quando se trata de trabalho de enfermagem tem-se a idéia de ações em equipe, porém, na prática, sabemos que nem sempre as rotinas são fielmente cumpridas devido ao acúmulo de funções associadas ao reduzido quantitativo de pessoal diante de um número de clientela cada vez maior. Em alguns momentos o enfermeiro prioriza as ações em face ao critério de urgência pela qual elas se apresentam, postergando algumas ações para um momento mais propício. Não se trata aqui, de negligenciar o cuidado, mas de adequá-lo as condições presentes no sistema.

Uma nova política requer um investimento na formação dos indivíduos para aquisição de conhecimentos específicos no desempenho do novo empreendimento, além de um incremento no quadro profissional para garantir condições de execução da proposta. Estes dois aspectos dão subsídios para as próximas categorias referentes à educação permanente e a recursos humanos em Hemovigilância.

Analisando a unidade temática “o cotidiano da prática do enfermeiro em Hemovigilância”, posso afirmar que quanto à sua atuação frente aos eventos adversos relacionar-se à 1ª, 2ª e 10ª competências de Perrenoud: “*Organizar e dirigir situações de aprendizagem*”; “*Administrar a progressão de aprendizagens*” e “*Administrar sua própria formação contínua.*”

Ao detectar, avaliar e trabalhar uma não conformidade, o enfermeiro atua a partir da representação de uma situação-problema, construindo e planejando dispositivos de resolução que não precisam, obrigatoriamente, estar atrelados a

uma política de saúde, pois a resolutividade nas ações é fator nato no enfermeiro. Perrenoud (2000, p. 16) na sua 1ª competência se refere a *“natureza dos esquemas de pensamento que permitem a solicitação, a mobilização e a orquestração dos recursos pertinentes em situação complexa e em tempo real”*.

O enfermeiro de uma unidade sentinela que atua em Hemovigilância precisa estar atualizado com as políticas envolvidas na área de vigilância sanitária. Quando uma enfermeira declara não saber que a instituição em que trabalha é um hospital sentinela, percebe-se aí, uma lacuna na comunicação das decisões da cúpula gerencial com a assistência.

Perrenoud em sua 2ª competência, ao comentar sobre estabelecer laços com as teorias subjacentes às atividades de aprendizagem, afirma que:

A maioria das organizações humanas funciona de acordo com rotinas amplamente desconectadas de suas razões de ser, e é necessário não apenas competência, mas também energia e, às vezes, coragem para se questionar constantemente porque se faz o que se faz... (PERRENOUD, 2000, p. 49)

Schön (2000) ao trabalhar a reflexão-na-ação convida o profissional a não agir mecanicamente ou simplesmente por obediência, mas atuar imprimindo significado em suas ações que devem ser embasadas no saber científico e espelhadas em uma prática consistente. O autor (Op.cit., p. 55) esclarece que cada ação é um experimento local que contribui para um experimento global de reconstrução da concepção do problema. Ele conclui que algumas ações sofrem resistências enquanto outras geram fenômenos novos.

A administração da própria formação contínua (10ª competência de Perrenoud) perpassa ao longo de toda essa unidade, pois, ao mesmo tempo em que investe conhecimentos e estratégias na prática da Hemovigilância, o

enfermeiro está se aprimorando tanto em técnica quanto em teoria a partir de não conformidades detectadas.

Portanto, a concatenação de idéias comentadas nesta unidade temática, possibilita o levantamento de competências do enfermeiro em Hemovigilância a partir das 1ª, 2ª e 10ª competências de Perrenoud. Posso, então, apontar como competências para o cotidiano da prática do enfermeiro em Hemovigilância:

- Organizar e dirigir programas de educação continuada em Hemovigilância;
- Administrar e avaliar a progressão das atividades da equipe de enfermagem em Hemovigilância;
- Administrar sua própria formação contínua em Hemovigilância.

2ª UNIDADE TEMÁTICA

▪ EDUCAÇÃO PERMANENTE DO ENFERMEIRO PARA UMA FORMAÇÃO EM HEMOVIGILÂNCIA

Por ser uma atividade nova para o profissional, penso que o mesmo devesse ser instruído previamente sobre essa função. Em algumas instituições o enfermeiro nega ter tido em sua educação permanente e continuada a abordagem do tema Hemovigilância. Este fato justifica o levantamento desta segunda categoria referente à *Educação permanente para formação do Enfermeiro em Hemovigilância*.

As abordagens que emergiram nesta unidade temática foram a escolha do profissional para o cargo a partir da sua experiência anterior e o esforço autodidata do enfermeiro em Hemovigilância.

• 2.1 - A experiência anterior do enfermeiro de Hemovigilância

No momento de se escolher o Hemovigilante, quatro instituições optaram por um profissional com experiência na área de Hemoterapia e Hematologia, o que pode ser comprovado pelas afirmações:

Eu fiz residência de Hematologia e Hemoterapia.
(PRINCESA)

Eu já tenho alguns anos em Hematologia (RAJÁ)

Então eu comecei a estudar um pouquinho de transfusão em neo-natal. Fiz meu mestrado nessa área, e comecei a investigar que as dúvidas dos enfermeiros eram comuns e eu montei um protocolo de transfusão em neo-natal aqui para o hospital que gerou o capítulo de um livro. (DUQUESA)

Eu trabalhei durante cinco anos em um serviço privado de Hemoterapia. (MARQUESA)

Alguns depoimentos apontam lacuna de conhecimento em Hemoterapia na formação básica do enfermeiro:

Quando eu vim para Gerência de Risco para ocupar a função na unidade aqui, foi uma situação muito complicada porque eu era uma enfermeira, não tenho formação em Hemoterapia. [...] Peguei essa área para implementar e quando se falou em Hemovigilância eu fiquei bastante preocupada. Primeiro porque não tinha o conhecimento, a habilidade de identificar. (ARQUIDUQUESA)

Muitas vezes, como você sabe, nas faculdades, nos cursos de graduação em enfermagem, ninguém informa, ninguém tem uma luz sobre Hemoterapia. (RAJÁ)

O diferencial que o conhecimento em Hemoterapia representa na formação do enfermeiro e do médico é justificado pelo fato de que, na assistência, estes profissionais terão, em vários momentos, que se deparar com uma hemotransfusão com todas as suas peculiaridades, considerando o fato de que, um indica a transfusão e o outro, a executa. Há que se ter domínio nesta área.

Os responsáveis pelo Projeto Sentinela, preocupados provavelmente também com esse fator, disponibilizam verbas para serem aplicadas em Hemovigilância, inclusive na capacitação do pessoal. A respeito das mesmas a Imperatriz afirma:

Eu desconheço. Não tenho nenhum conhecimento a respeito dessa verba, do que é feito.

Porém, percebe-se, que não há das instituições um investimento no conhecimento específico na área para desempenho de funções relacionadas à Hemovigilância. Mesmo nos encontros anuais promovidos pela Anvisa, esses enfermeiros nem sempre têm acesso. Somente os gerentes de risco são contemplados. Observemos os relatos:

Existe em todas as áreas dos Hospitais Sentinela, mas específico para Hemovigilância, não. Dentro daquele período em que nós ficamos, de quatro dias, sempre tem uma aula, uma palestra voltada para a Hemovigilância. Mas um treinamento específico para o Gerente de Risco em Hemovigilância, nunca vi, e eu estou aqui desde 2004. (ARQUIDUQUESA)

Que houvesse um preparo dessas pessoas que se dedicam a essa parte da Hemovigilância, eu acho que seria muito importante. Que esses encontros na Anvisa fossem voltados à hemotransfusão e que a instituição se encarregasse de levar esse profissional a esses encontros. [...] Porque eu percebo que esses encontros existem e quem participa são os gerentes de risco. (RAJÁ)

Em 2007 nós tivemos um congresso em S. Paulo de Hospitais Sentinela. Então, ele não era específico para Hemovigilância. Não existe ainda, nem dentro do Ministério da Saúde, um Comitê de estudos de Hemovigilância. (DUQUESA)

Existe no Ministério, se não me engano, um treinamento específico para Hemovigilância. Eu vi uma vez no *site* do Ministério dizendo que já estava acabando o curso. Não sei se depois desse já reabriu ou se vai reabrir. (PRINCESA)

Eu adquirei conhecimentos dentro de um curso que a ANVISA programa uma vez por ano para Gerentes de Risco que fala de Hemovigilância. Mas não é uma coisa profunda. (VISCONDESSA)

Nestes relatos pode-se observar que a abordagem do tema pela Anvisa não satisfaz a necessidade de conhecimento dos Hemovigilantes e que, alguns deles, ainda estão excluídos do processo de educação continuada proposta por este órgão. Nota-se também que a mesma informação não é passada para todas as instituições visto que há enfermeiros que não sabiam, previamente, do evento promovido pela Anvisa.

Perrenoud, ao trabalhar a formação de uma equipe pedagógica ante um projeto, afirma que:

O desejo difuso de trabalhar de maneira mais cooperativa daria, com mais frequência, origem a uma equipe, se as competências requeridas para sustentar essa dinâmica fossem melhor *partilhadas*²⁹. Muitas vezes, a gênese de uma equipe aborta por falta de habilidade, excesso de precipitação, ausência de escuta ou de organização, de memória ou de método. (PERRENOUD, 2000 p. 88)

A ANVISA disponibiliza em seu *site* o Manual em Hemovigilância, onde informações imprescindíveis são apresentadas e que tem norteado a atuação da maioria dos profissionais que se dedicam a essa ferramenta sanitária. Encontramos também neste *site* todo o material apresentado nos eventos anuais denominados *Encontros de Gerentes de Risco*. A maioria dos encontros realizados nos primeiros anos é composta por dados quantitativos que demonstram o número de notificações realizadas por região e por estado no Brasil a partir de cada uma das reações transfusionais.

Através desse mesmo *site*, pode-se notar que está havendo, ultimamente, uma preocupação maior da Anvisa em fornecer informações mais substanciais aos profissionais. É permitido acessar, em formato *power point*, o material disponibilizado nos encontros de gerentes de risco. A *Oficina de Sensibilização para Notificação em Hemovigilância*, realizada dias 29 e 30 de abril de 2009 na cidade de São Paulo, reuniu representantes dos Hospitais Sentinela da Região Sudeste. Nele apontou-se a necessidade de capacitar profissionais para a identificação de reações transfusionais; tanto das equipes de saúde, do banco de sangue como da gerência de risco.

Foi ressaltada a impossibilidade de calcular indicadores de incidência de reações transfusionais devido à dificuldade de obtenção do número total de transfusões realizadas no país.

²⁹ Grifo de Perrenoud.

O programa “*Sentinelas em Ação*” é apresentado, via Internet em rede nacional, todas as terças-feiras em torno das 11 horas³⁰ da manhã e as Gerências de Risco dos hospitais são responsáveis por sensibilizar os profissionais a assistirem. Neste momento, se tem a oportunidade de digitar dúvidas que são sanadas on-line pelo palestrante convidado.

Porém, se o método presencial contemplasse os profissionais realmente envolvidos, ou se os gerentes de risco presentes assumissem uma postura de multiplicadores do conhecimento adquirido nos eventos que participam, ou se o material abordado viesse ao encontro das dificuldades reais dos Hemovigilantes, a fidelidade dos dados notificados seria mais garantida e, conseqüentemente, a segurança do paciente e a qualidade das investigações.

• 2.2 - O esforço autodidata do enfermeiro em Hemovigilância

Há que se destacar, porém, o espírito autodidata com que esses enfermeiros têm enfrentado suas dificuldades, lançando-se em busca do conhecimento para garantir um melhor aprendizado e conseqüente desempenho de suas habilidades.

Quando questionados sobre onde adquirem conhecimento para trabalhar em Hemovigilância responderam:

Leitura e experiência. (RAJÁ)

Então eu procuro mesmo na internet, em livros, *manuais e periódicos, artigos. E conversado “en passant”, em sessão clínica junto com os médicos também.* (PRINCESA)

Apesar de ter sido autodidata em relação à Hemovigilância, eu estudei em cima do material trazido. Eu acho que falta bastante treinamento e discussão. (IMPERATRIZ)

³⁰ Horário da cidade do Rio de Janeiro.

Então surgiu de um estudo, eu fiz minha dissertação de mestrado em termo de protocolo transfusional, do saber fazer do enfermeiro, das dúvidas, conhecimentos, que ele tinha. E depois eu comecei a estudar Hemovigilância. (DUQUESA)

Uma capacitação mais profunda eu tenho que ser autodidata; eu discuto com a responsável do banco de sangue. (VISCONDESSA)

Em seu livro, Perrenoud (2000, p. 164) discute sobre como negociar um projeto de formação comum com a equipe, e afirma que, quando há um coletivo forte em nível de instituição, com um andamento de projeto, é relativamente fácil definir necessidades de formação conectadas ao projeto comum.

É uníssona a carência que os Hemovigilantes sentem a respeito de investimento educacional, logo, a necessidade de formação já está definida, o que falta são estratégias de educação continuada direcionadas aos reais executores e responsáveis pela Hemovigilância.

A fala dos depoentes denota que, mesmo ante todas as dificuldades de aquisição de conhecimentos, há ações efetivas nas instituições em favor dos que estão realmente engajados na assistência direta aos pacientes. O que é realizado, muitas vezes, não é pontual e nem freqüente, mas revela esforço e seriedade em todas as unidades, como se pode perceber a partir das seguintes declarações:

Em relação às enfermeiras já foi dada uma aula para todas as enfermeiras do hospital, inclusive para as residentes também, traçando as condutas do que deve ser feito em uma reação adversa. (MARQUESA)

Então anualmente é feito um treinamento de protocolo transfusional. [...] Esse treinamento é coordenado entre o setor de hemoterapia e o serviço de treinamento de enfermagem. (DUQUESA)

São programados dois cursos ao ano, mas este ano não teve. Ainda não estipulamos uma grande importância de abrangência. Então é feito o curso, mas é voluntário, quem quer. Os enfermeiros participam. (VISCONDESSA)

Os novos enfermeiros contratados quando houve o processo dos seletivos temporários, nós tivemos uma apresentação sobre a importância da Hemovigilância, sobre as três áreas da Gerência de Risco. [...] Mas só nesses momentos. A residência de enfermagem, mas também é só uma vez por ano. (ARQUIDUQUESA)

Nós fazemos anualmente cursos. Um encontro entre os próprios funcionários técnicos e administrativos do setor falando sobre as suas ações. [...]. No momento, estou participando de um curso dado pelo próprio banco de sangue que é aberto para o público externo que faz com que o funcionário se atualize para poder estar passando essas informações ao público. (RAJÁ)

Então esse treinamento é feito no setor em um horário cedo, onde a equipe que está saindo de noite pode ficar e a equipe de manhã também que está chegando pode participar. [...] A princípio a gente falou sobre boas práticas na transfusão de sangue e reconhecimento das reações transfusionais e está preparando um outro estudo só sobre reações transfusionais para a equipe. (PRINCESA)

Nós fazemos somente treinamentos pontuais. Há a não conformidade, e se tenta fazer o treinamento com equipe que teve a não conformidade. (IMPERATRIZ)

Nós fizemos um curso de imunoematologia básica com público alvo de enfermeiros e alguns técnicos, já com nível superior em enfermagem. A meta é que o enfermeiro tome conta, seja função dele essa prática de transfusões e detecção de reações imediatas e também as tardias. (CONDESSA)

Concordo com Perrenoud (2000, p. 70) quando diz: *“Do desejo de saber à decisão de aprender, o caminho é tortuoso.”* Não é fácil estimular funcionários a investirem em sua educação permanente. A dupla jornada, o cansaço físico, os baixos salários, a falta de planos de carreira desestimulam os poucos que ainda buscam algum tipo de saber na enfermagem. Há que se reconhecer que é louvável a concretização de ações educativas em Hemovigilância deflagradas em todas essas instituições. Cada uma, a partir de seus próprios recursos se mobilizou, de alguma forma, em algum momento, para promover informações aos seus companheiros.

A Gerente de Risco do Castelo Pessegueiro afirma que a educação é tudo dentro de um procedimento. Segundo ela, se não tem a educação

específica, aprofundada desse conhecimento, do sangue, “*tão nobre*”, então, não tem como gerir. A lacuna deixada pela graduação ou ao longo da carreira deve ser preenchida pela grande oportunidade que o Projeto Sentinela vem estimular, mas torna-se necessária a participação real de todos os envolvidos, em todas as esferas: a ANVISA, a Instituição Sentinela, os Gerentes de Risco, os Hemovigilantes, enfim, a equipe de saúde.

O Manual de Hemovigilância e o programa “Sentinelas em Ação” são, realmente, meios de grande infiltração nas metrópoles. Porém, no interior do país, o acesso a esse tipo de informe será eficaz? Pude constatar que o Castelo de Alcobaça, em plena cidade do Rio de Janeiro, ainda não tem informatização em seu serviço de hemoterapia. Isso nos reporta à 8ª competência de Perrenoud: *Utilizar novas tecnologias*.

A senha fornecida pela ANVISA para notificação das reações transfusionais, é um meio rápido e eficaz na promoção da comunicação e de manutenção da informação. Toda vez que os profissionais, por meio da Internet, acessam o site para obtenção de informações a respeito da Rede Sentinela de Vigilância, o faz a partir de tecnologia de ponta. Entretanto, a falta de informatização no serviço de hemoterapia do Castelo de Alcobaça, burocratiza todo o processo do ciclo do sangue e retarda a notificação dos eventos adversos em transfusão.

Este fato obriga a procura de conhecimentos por meios próprios em horários divergentes da escala de serviço na busca de elucidação de conceitos para formulação de estratégias que supram as necessidades apresentadas ao longo do processo da Hemovigilância.

O detalhamento dessa unidade temática nos reporta à 10ª competência

de Perrenoud: *administrar sua própria formação contínua*, pois, mesmo que haja todo esforço da ANVISA ou da instituição em que o profissional trabalha, o interesse individual sempre será o alicerce básico para subsidiar o enfermeiro em conhecimento. O ineditismo deste processo exige um empenho reconhecidamente autodidata que sustente as ações de enfermagem em Hemovigilância.

Para Perrenoud (2000, p. 159), competência é a base de uma autoformação. Os enfermeiros em Hemovigilância informaram já estar neste caminho. A preocupação de disseminar este aprendizado específico com os companheiros reafirma o compromisso do enfermeiro na Educação.

A utilização de tecnologias é o outro destaque desta unidade temática. De acordo com Perrenoud (2000, p. 125), as novas tecnologias da informação e da comunicação transformam espetacularmente não só nossas maneiras de comunicar, mas também de trabalhar, de decidir, de pensar.

Portanto, as competências relativas à educação permanente para formação do enfermeiro em Hemovigilância, embasadas na 8ª (*utilizar novas tecnologias*) e 10ª (*administrar sua própria formação contínua*) competências de Perrenoud, são:

- Utilizar novas tecnologias em Hemovigilância;
- Administrar sua própria formação contínua em Hemovigilância.

3ª UNIDADE TEMÁTICA

▪ RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM EM HEMOVIGILÂNCIA

Toda nova atividade proposta para a equipe de enfermagem esbarra no grande problema de quadro de pessoal que, geralmente, é sempre abaixo do contingente necessário para atendimento das demandas da assistência. Este eixo é de suma importância e já pode ser confirmado pela primeira unidade temática deste estudo, quando os enfermeiros afirmaram que, além das ações em Hemovigilância, realizam outros procedimentos que não têm ligação direta com a investigação proposta.

Para esta unidade temática as questões perpassadas pelos depoentes foram a composição da equipe em Hemovigilância; a autonomia desta equipe e a atuação do médico no momento da detecção do evento transfusional.

• 3.1- Composição da Equipe em Hemovigilância

A questão recursos humanos foi trabalhada pela Enfermeira Duquesa, do Castelo de Alcobaça, com recursos da própria ANVISA a partir da contrapartida monetária que este órgão propõe investir nas instituições sentinela. A enfermeira esclarece como:

Porque normalmente os alunos de enfermagem ficam identificando, dentro da universidade, projetos que eles possam participar. Essas duas iniciaram já porque elas queriam trabalhar algum projeto dentro da instituição e eu tinha o projeto da Hemovigilância. Elas entraram no projeto e nós o enviamos para a Anvisa e conseguimos bolsa. Então elas ficaram durante dois anos como bolsistas. Só que uma perdeu a bolsa e a outra foi deslocada. (DUQUESA)

Esta iniciativa comprova que, a partir da ANVISA, têm-se possibilidades de investir em iniciação científica e contribuir em recursos humanos das

instituições sentinela e na formação dos futuros profissionais. A Enfermeira Duquesa explicita ainda mais sobre essa investida:

Nós tínhamos seis bolsistas dentro da Gerência de Risco: duas da Hemovigilância, duas da Tecno e duas da Farmacovigilância. Só que a Hemovigilância está andando bem, de certa forma, então eu perdi uma bolsista. Ela foi deslocada para a Farmaco, eu fiquei só com uma e essa uma que ficou eu perdi a bolsa. Então essa que ficou está fazendo um trabalho voluntário e eu estou tentando conseguir uma bolsa de estudos para ela.

Essa bolsa teve tanto significado para esta aluna que, mesmo perdendo-a, a mesma permanece na atividade de maneira voluntária. Este fato denota que pode haver crescimento a partir do momento que este tipo de parceria seja proposta à ANVISA, mesmo sabendo que tais recursos não se façam permanentemente presentes.

Alunos e profissionais em fase de estágio, não podem ser contados no contingente de funcionários de uma instituição e essa estratégia não é resolutive para a questão recursos humanos. Porém, não se pode negar que a participação de profissionais nesta fase da carreira proporciona apoio tanto em situações operacionais quanto administrativas.

A experiência de manter residentes, bolsistas ou acadêmicos ligados a Gerência de Riscos, propiciaria um novo conhecimento, ampliando a visão de enfermeiros iniciantes que seriam futuros multiplicadores das ações de investigação de não conformidades nas instituições que viessem trabalhar, mesmo que elas não fossem sentinela. Dar-se-ia oportunidade a novos estudantes ao mesmo tempo em que se investiria na própria instituição.

Perrenoud (2000, p. 38) afirma que *“um projeto de conhecimento não é, pois, fácil de transvestir em projeto de ação ou de colocar em uma perspectiva prática”*. Em outro momento, referindo-se ao envolvimento de alunos à

atividade de pesquisa, o autor cita ainda que uma situação-problema se organiza em torno de um obstáculo e desaparece quando ele é ultrapassado. Um procedimento de pesquisa parece mais ambicioso, pois leva os alunos a construírem eles próprios, a teoria (PERRENOUD, 2000, p. 38).

No Castelo Thor, a Hemovigilância não tem um processo contínuo devido à escassez de enfermeiros. Observemos o seguinte relato:

Tem vários momentos em que eu não tenho pessoal. Teve uma enfermeira em licença de gestação, uma aposentadoria e ficamos sem fazer Hemovigilância por um bom tempo. Quando eu tenho pessoal eu faço, quando não tenho, não há como fazer. Então, simplesmente, não se consegue fazer Hemovigilância quando se tem alguém afastado, licenciado ou de férias. Não tem uma regularidade até o momento. (IMPERATRIZ)

Já no Castelo dos Mouros, as enfermeiras do serviço de hemoterapia não se envolvem com a questão da Hemovigilância. Estas profissionais realizam a triagem clínica dos doadores, atendem intercorrências na sala de coleta de sangue e atuam em procedimentos de aféreses realizadas no próprio serviço. A respeito delas a Enfermeira Arquiduquesa comenta:

Elas pertencem a Divisão de Enfermagem, mas toda a hierarquia delas é voltada para a chefia médica de serviço. Ela³¹ tem que autorizar, vamos dizer assim.

Esta situação vai ao encontro do próximo item desta unidade temática.

• 3.2 - Autonomia da Equipe de Enfermagem em Hemovigilância

O envolvimento hierárquico das enfermeiras do serviço de hemoterapia é diferenciado dentro de toda equipe de enfermagem do Castelo dos Mouros. Pode ser percebido pelo depoimento da enfermeira Arquiduquesa, que as

³¹ A médica.

mesmas demonstraram certa resistência em colaborar na educação continuada da equipe de enfermagem, quando solicitadas e a garantia da presença da médica é referenciada pela própria divisão de enfermagem, como “a chefia” dessas enfermeiras:

Nós percebemos a capacitação delas, o que elas têm de conhecimento nesse primeiro momento em que foram convidadas, e aí a Divisão de Enfermagem fez uma pressão maior: - E você vai, vamos fazer, você vai ficar conosco, junto com a Gerente de Risco e vamos apresentar com a presença da chefia de vocês, chefia médica. (ARQUIDUQUESA)

Essa divergência gerencial se reflete no desinteresse dessas enfermeiras no investimento científico da equipe de enfermagem da instituição, pois se sentem compromissadas exclusivamente com os interesses específicos do serviço de hemoterapia e não do hospital como um todo, como revela a Enfermeira Arquiduquesa:

E mesmo assim nós não vimos interesse. Se houvesse interesse, elas estariam voltadas. Tentei estimulá-las: - Vamos fazer um trabalho nesse nível, um trabalho científico. - Ah, não, não tenho muita vontade. Meus trabalhos científicos já são feitos dentro lá do serviço, voltados para lá. (ARQUIDUQUESA)

É notória a resistência das enfermeiras da hemoterapia em relação à influência hierárquica da gerência de enfermagem neste hospital diante dessa situação, pois a enfermeira Arquiduquesa comenta:

Aí nós vimos que têm um potencial incrível. Uma delas sabe bem, transmitir o conhecimento. Mas não consigo libertá-las.

Na maioria dos hospitais as hemotransfusões são realizadas pela equipe que presta assistência direta ao paciente. Em dois dos oito hospitais abordados, o serviço de hemoterapia não tem profissional de enfermagem em seu quadro de funcionários. Estes fatos podem ser comprovados pelos seguintes

depoimentos:

Aqui no Castelo de Sesimbra não temos uma equipe responsável pela transfusão. Não tem uma equipe transfusional no setor, o que seria o ideal. (PRINCESA)

O profissional da enfermagem que recebe a bolsa de sangue para transfundir realiza a transfusão no setor. (ARQUIDUQUESA)

A equipe de transfusão é a equipe de enfermagem do hospital. A equipe de enfermagem sob a coordenação do enfermeiro. Então nós não temos uma equipe centralizada de transfusão. (DUQUESA)

O profissional da agência transfusional chega com o sangue ou hemoderivado do paciente a ser transfundido, entrega no departamento (clínica)³² [...] Coloca o carimbo, entrega o sangue e o enfermeiro fica responsável para a administração. (VISCONDESSA)

No Castelo Mafra, único da Rede Sentinela do município do Rio de Janeiro que há cinco anos possui uma equipe de enfermagem transfusional oficializada, reconhecida e respeitada por todos os profissionais do hospital, a gerente de enfermagem saiu do serviço de hemoterapia por solicitação da chefia médica do setor, permanecendo todos os profissionais de enfermagem subordinados a gerência médica. Esse tipo de conduta envolve fatores éticos que implicam com o código do exercício da nossa profissão. Com certeza, este fato repercute no desempenho das ações de enfermagem desse grupo, que está sendo coordenado por profissional cuja formação não coaduna com conhecimentos específicos de assistência de enfermagem.

Tosoli e Oliveira (2005) relacionam autonomia com formação quando afirmam:

Neste processo de conquista da autonomia, diversas dificuldades podem ser citadas, dentre as quais destacamos a formação profissional não fomentadora de uma prática autônoma e a ausência de especificidade do papel próprio como geradora de limitações ao exercício de uma prática autônoma. (TOSOLI; OLIVEIRA, 2005)

³² Esclarecimento meu.

Ao tratar sobre problemas éticos da profissão, Perrenoud (2000, p. 145) esclarece que a violência não são só golpes, ferimentos, furtos e depredações. É a agressão à liberdade de expressão, de movimento, de comportamento. Sempre que o enfermeiro tem lesada a sua atuação por um membro da equipe de saúde de outra categoria, fica expressa a ameaça velada que a presença permanente da equipe de enfermagem representa na instituição.

Esta ameaça relaciona-se ao fato do contingente de profissionais de enfermagem em uma instituição de saúde ser bem maior do que o de qualquer outra categoria profissional da área. Logo, uma decisão tomada por toda uma equipe de enfermagem de um hospital teria, certamente, uma significativa repercussão social e política dentro da instituição. Se essa decisão fosse assumida pelas equipes de enfermagem dos vários segmentos institucionais, essa progressão tornaria realmente ameaçadora, afetando o *status quo* da saúde no país.

Será que a nossa equipe já se deu conta disso? Temos consciência da força, e conseqüentemente, do poder que o nosso conhecimento impõe a partir de um trabalho ininterrupto da categoria de maior número de representantes em qualquer unidade de saúde? O conhecimento em Enfermagem garante o nosso poder e certifica o nosso saber, pois, o saber engendra poder.

Mesmo assim, com a autonomia de enfermagem do Castelo Mafra visivelmente fragilizada, a Hemovigilância permanece sendo realizada por haver um enfermeiro que, apesar de também desempenhar a função de triador de doadores, é o Hemovigilante e emite sua opinião:

Então dentro de um grande hospital que trabalha com sangue a equipe de transfusão é recente, embora tenha sido um **marco**³³ trabalhar com uma equipe só para isso. Mas acho importante que em todas as unidades que trabalham com sangue, sempre que haja um paciente para transfundir, deveria ter alguém responsável pela transfusão.
(RAJÁ)

Concordo plenamente com o Enfermeiro Rajá ao referir-se a Equipe de Enfermagem Transfusional do Castelo Mafra como um “marco” no desempenho de enfermagem em Hemovigilância. Há que haver, dos gestores de enfermagem, um posicionamento resolutivo na questão recursos humanos para que o requisito fidedignidade das notificações possa ser concretizado. Nomear e investir na formação de profissionais de enfermagem para o desempenho das atividades inerentes a eventos sentinela vem demonstrar da gerência de enfermagem do Castelo Mafra, um amadurecimento na compreensão de novas competências na prática de enfermagem em vigilância sanitária.

Para uma efetiva transcendência do objetivo maior do enfermeiro, promoção do cuidado com qualidade e segurança, a organização do trabalho necessita de metas que ousem ultrapassar o convencional e invista em novos caminhos, na busca da excelência por meios ainda considerados céticos, na testagem do inédito, na procura do ideal, transpondo inclusive, as barreiras da transdisciplinaridade. Instaurar uma equipe de profissionais de enfermagem em hemotransfusão vem ao encontro da especificidade da proposta do Projeto Sentinela fortificando as bases da pesquisa em Hemovigilância.

A presença de uma equipe transfusional torna a busca de eventos adversos realmente ativa, pois, ao final de cada infusão de hemocomponente, o transfusionista retorna ao cliente para aferir os sinais vitais e avaliar com o

³³ Grifo meu.

paciente e equipe assistencial a ocorrência de algum tipo de evento referente a transfusão tomando, então, as medidas cabíveis para a investigação.

A equipe de enfermagem transfusional é um “sonho” que a maioria deseja alcançar, mas no Castelo Pessegueiro a enfermeira entrevistada confessa ainda não ter pensado nessa possibilidade. Sobre a idéia de possuir uma equipe específica de enfermagem para trabalhar em transfusão, ela relata:

Eu faço parte do quadro de profissionais daqui que ainda não buscou dar a devida importância de colocar uma equipe monitorando só esse procedimento. [...] Eu faço planejamento; se eu já tivesse, de repente, um conhecimento mais profundo da necessidade, eu já teria feito um planejamento voltado para isso. Mesmo que fosse a médio prazo. (VISCONDESSA)

Perrenoud (2000, p. 83) define equipe como um *“grupo reunido em torno de um projeto comum, cuja realização passa por diversas formas de acordo e de cooperação.”* Ele afirma (Op. cit.) que uma equipe reunida para levar adiante um empreendimento definido pode, ao seu final, envolver-se em uma nova aventura e criar uma rede permanente de cooperação. Quanto a conflitos existentes entre equipes ele sugere: *“Apenas deixemos de diabolizar o conflito, consideremo-lo como um componente da ação coletiva e perguntemo-nos como podemos utilizá-lo de maneira mais construtiva do que destrutiva”* (PERRENOUD, 2000, p. 90).

Tanto os exemplos do Castelo de Alcobaça, em relação à aquisição de bolsistas na disseminação do saber, quanto do Castelo Mafra, mantendo uma equipe de enfermagem transfusional, podem vir a serem seguidos por outros Hospitais Sentinela tanto como disseminação do conhecimento como para apoio na eficácia de investigação na hemotransfusão.

• 3.3 - Atuação do médico junto à equipe de enfermagem em Hemovigilância

A composição da equipe de Hemovigilância nos Hospitais Sentinela, na atualidade, pode ser analisada pelos seguintes depoimentos:

A minha equipe de Hemovigilância é composta por uma médica que é do serviço²⁹ e está participando em termo de avaliar algumas reações [...] e uma bióloga, que é responsável, por exemplo, identificou uma reação transfusional: Cadê a amostra? Fez prova cruzada de novo? O PAI depois desse paciente deu negativo? Houve erro? Repete a prova cruzada? Então a bióloga continua responsável por isso. (DUQUESA)

Fizemos uma reunião e basicamente dali eu fechei uma proposta de montarmos uma equipe. Estavam presentes as enfermeiras do serviço, médicos do serviço²⁹ e dali tentei alinhar pessoalmente com as pessoas presentes de elas fazerem parte de uma equipe que estaria trabalhando uma proposta. Comecei falar em proposta de implantação da Hemovigilância em todo o hospital. Dali, mais ou menos, fechou as pessoas. Uma médica, uma enfermeira e uma técnica estariam comigo. [...] Em julho de 2006 recebemos uma médica que precisava trabalhar em sistema de plantão e a direção a encaminhou para a Hemoterapia e essa, por sua vez, veio assumir a Hemovigilância (ARQUIDUQUESA)

Quem faz a busca ativa são três enfermeiros. Quem são os responsáveis da Hemovigilância é um enfermeiro e um médico. Em conjunto trabalham e tomam as decisões. (PRINCESA)

Então ela³⁴ vai até a beira do leito e conversa com este paciente para ver se ele apresentou alguma reação. (MARQUESA)

Aqui no hospital nós temos uma equipe de transfusão. [...] Temos também uma médica que é da equipe. Sempre eu faço uma consulta com ela, quando há dúvidas e nós podemos conversar sobre o assunto e um ajuda o outro. Discutimos o assunto e chegamos a conclusão de qual foi o tipo de reação. (RAJÁ)

Dentro da Hemovigilância nós temos especificamente uma médica que está fazendo isso. Havendo transfusão ela vai até lá, diretamente na beira do leito; então com isso tem melhorado. (VISCONDESSA)

Ele é bioquímico e trabalha há mais de 20 anos nessa parte de sangue. Foi do HEMORIO e depois veio para cá. Tem o que foi do INCA e está há uns três anos com ele e substituiu nessa parte da agência transfusional. (CONDESSA)

³⁴ A médica do serviço de Hemoterapia.

Porém, quando continuamos a analisar a conduta dos médicos na atuação direta com o paciente no momento das reações transfusionais, temos os seguintes relatos:

Se iria ter médico; a grande preocupação de todos quando começamos a divulgar a importância da reação transfusional era quem ia atender. [...] Nunca foi definida na instituição a possibilidade da existência do médico ficar ao lado do enfermeiro durante uma reação. (ARQUIDUQUESA)

Porque muitas vezes se constatou que os médicos ficavam muito de fora do que estava acontecendo na parte transfusional. (PRINCESA)

Porque ela³⁵ é da rotina. Então o tempo que ela tem, nem sempre consegue fazer o que ela acredita. Ela tem experiência de outro hospital então ela tenta. Tentou implementar, mas não tem tempo para fazer isso. (VISCONDESSA)

Eu acho que quando ela³⁶ não é preenchida pelo médico que visualizou, a reação é um problema crítico em todo o processo. (RAJÁ)

Eram bons médicos, mas eles não estavam muito preocupados com os resultados. (DUQUESA)

Só vai ser acionado se houver alguma reação. Se não houver reação nenhuma, ele só vai ver o prontuário pela manhã. Aí eles vão pedir hematócrito e hemoglobina e acabou. Eu não vejo um envolvimento da equipe médica não, muito pelo contrário. (CONDESSA)

Essa falta de envolvimento do médico no momento da reação transfusional talvez possa ser explicada na questão do conhecimento a respeito do assunto. Nos momentos de educação continuada sobre o tema a equipe médica não concretiza a intenção de promover a disseminação dessa abordagem, o que pode ser observado a partir dos depoimentos:

Havia uma proposta de nós irmos para a residência médica e passarmos a Hemovigilância, mas nunca conseguimos também avançar. (ARQUIDUQUESA)

³⁵ A médica.

³⁶ A ficha de identificação da reação transfusional.

É o que também eles estão querendo fazer; uma coisa mais sistematizada com os outros médicos, com os anestesistas. Porque, assim, como na faculdade de enfermagem isso é passado muito superficialmente, na faculdade de medicina também é superficial. Então tem que ter um conhecimento mais abrangente, mais profundo sobre vários aspectos, por ser uma ciência nova. (PRINCESA)

No Castelo Pessegueiro, a enfermeira Viscondessa disse que o treinamento dos enfermeiros das clínicas é realizado pelas duas médicas hemoterapêutas da agência transfusional da instituição, as quais não direcionaram nenhum tipo de encontro para esclarecer os médicos do hospital sobre o assunto. Mesmo em relação ao que é realizado com a equipe de enfermagem, Viscondessa comenta:

Não existe especificamente uma preocupação de apropriar, aprofundar mesmo o conhecimento em Hemovigilância.

Porém, de alguma forma, existe a preocupação com a formação em enfermagem:

Colocamos isso na pós-graduação e em todos os cursos. Também temos aqui dois cursos ao ano para os técnicos de enfermagem. Então sempre se coloca a questão da Hemovigilância, mais relacionado ao impacto de observação de reações. Então não seria "Hemovigilância",³⁷ é uma coisa mais básica. (VISCONDESSA)

Perrenoud (2000, p. 165) esclarece que um projeto de formação contínua pode reforçar uma cultura de cooperação. Segundo o autor (op. cit.) o processo de validação de conhecimentos experienciais amplia gradualmente o círculo dos profissionais capazes de auto-avaliarem suas competências.

Penso que a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade são imperiosas em Hemovigilância, sendo necessário que os profissionais formem

³⁷ Entonação na voz da depoente.

uma rede de conhecimentos, colaboração e solidariedade em prol da investigação de eventos adversos em transfusão, que trará benefícios aos pacientes e mérito à instituição.

“*A Interdisciplinaridade na Formação em Hemoterapia*” é título de um artigo que está, no momento, sendo submetido à avaliação de um periódico para publicação, onde enfatizo que a presença das várias categorias profissionais em um serviço de hemoterapia fortifica e exige uma atuação interligada que vai além do multidisciplinar. Neste estudo conclui-se que:

A multiplicidade de ações que converge em uma interdisciplinaridade demanda uma interação entre diversas categorias em prol de um objetivo comum: o sangue enquanto instrumento terapêutico. [...] Este estudo reafirma a importância que a Hemoterapia confere aos profissionais enquanto especialidade, sendo, porém relevante atentar para o perímetro de atuação de cada categoria em um mesmo cenário, respeitando a atuação a partir da formação profissional. (DIAS; CARDOSO; VALADARES & VIANA, 2009)

Portanto, analisando a unidade temática “*Recursos humanos de enfermagem em Hemovigilância*”, posso afirmar que o item referente à composição da equipe na Hemovigilância está inserido na 7ª competência de Perrenoud (*envolver os pares*) quando contempla graduandos em iniciação científica e quando compõe uma equipe específica para atuação em Hemovigilância. A referência que Perrenoud (2000) faz em relação aos pais de alunos, pode ser aplicada aos estudantes de enfermagem quando diz que o saber os leva a valorizar a resposta correta, extraída do raciocínio evidente.

A inserção de futuros profissionais alicerça a continuidade das ações em Hemovigilância e amplia o leque de opções desses enfermeiros, no porvir, quanto a sua atuação no mercado de trabalho, a partir de uma experiência somente vivenciada em instituições sentinela. Da mesma forma, a constituição

de uma equipe de enfermagem transfusional dinamiza o processo do ato transfusional propiciando oportunidade de tornar as notificações fiéis aos dados reais.

Refere-se também a 6ª competência (*participar da administração da escola*), substituindo-se o cenário da escola pelo do hospital, no momento em que se reúne com outros segmentos para providenciar a implantação da Hemovigilância na instituição. Perrenoud (2000) na competência supracitada alerta que decidir coletivamente é assumir, também, os erros de estratégia.

Quando o enfermeiro se reúne com outros profissionais para definir equipe e normas de implantação da Hemovigilância, ele transcende seu campo de ação e assume uma postura transdisciplinar dentro da equipe de saúde. Compartilhar responsabilidades reflete amadurecimento e conquista no campo da ação.

A 9ª competência: *enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão*, está expressa no item “*autonomia da equipe de enfermagem em Hemovigilância.*”, ao falar de discriminação na escola, Perrenoud (2000) cita que a formação passa pelo conjunto do currículo e por uma prática reflexiva dos valores a inculcar. No ensino de graduação de todas as categorias em saúde, o respeito aos outros profissionais e o valor de suas competências, deveria ser tema a ser explorado e enfatizado em disciplina referente ao exercício profissional, no intuito de prevenir futuros embates que prejudicam, em última instância, o cliente.

A 5ª competência de Perrenoud é *Trabalhar em equipe*, que está integralmente relacionada com esta unidade temática. Ao aprofundar a discussão sobre entrosamento entre profissionais na realização de um projeto,

o autor especifica:

Cada um dos participantes tem interesse em que sua equipe funcione, mas, às vezes, é envolvido em questões de poder, em projetos a defender, em jogos relacionais ou emoções que provocam divergência, incerteza ou desordem no funcionamento coletivo. (PERRENOUD, 2000 p. 85)

A transdisciplinaridade é uma condição que deverá ser conquistada paulatinamente pelos profissionais. A constatação do saber que o enfermeiro demonstre em Hemovigilância trará aos outros profissionais de saúde envolvidos nesta temática, a convicção de que aquele espaço é realmente para ser ocupado por ele. Este enfermeiro deverá manter viva a chama da educação permanente e promover condições de ensino-aprendizagem como um elo entre os profissionais da assistência apresentando os resultados do investimento da equipe de enfermagem frente à Hemovigilância, trabalhando assim também, a interdisciplinaridade.

Quanto à participação do médico no momento do evento transfusional, ao discorrer sobre conjunto de situações complexas, práticas e problemas profissionais na competência referente ao trabalho em equipe, Perrenoud adverte:

O verdadeiro trabalho de equipe começa quando os membros se afastam do “muro das lamentações” para agir, utilizando toda a zona de autonomia disponível e toda a capacidade de negociação de um ator coletivo que está determinado, para realizar seu projeto, a afastar as restrições institucionais e a obter os recursos e os apoios necessários. (PERRENOUD, 2000 p. 89)

A equipe de enfermagem deve sinalizar, através de relatos de ocorrências, a ausência do médico no momento das intercorrências transfusionais e, por sua vez, a gerência de enfermagem do setor e direção da equipe levar o fato, de maneira oficial, as instâncias correlatas para resolução.

A insistência neste tipo de posicionamento na equipe de enfermagem evidenciará determinação na intencionalidade da qualidade da assistência e, para isso, a necessidade de um trabalho transdisciplinar. A transdisciplinaridade atualmente é objeto de estudo muito enfatizado que esbarra na autonomia e hegemonia do outro quando correlacionada entre as equipes de enfermagem e médica.

Enquanto houver paciente internado em uma clínica, pelo menos um representante de cada uma dessas equipes deve se fazer presente, independente do estado de risco do paciente. Esta situação envolve questões legais do exercício da profissão e a omissão da equipe de enfermagem em sinalizar formalmente a ausência do profissional médico, a torna conivente caso não haja registro que comprove a solicitação da presença do médico. Esta é uma questão que em Hospitais Sentinela deva ser endereçada ao Comitê Transfusional para devidas providências.

Os relatos de enfermagem, nesse sentido, podem ser embasados a partir do Capítulo 3 do Código de Ética Médica que em seu Artigo 8º determina que “é vetado ao médico afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave”.

Para apoiar ainda mais o posicionamento do enfermeiro diante da ausência do médico durante um plantão, pode ser referida a Seção 1 do Código de Ética Profissional de Enfermagem, que trata de responsabilidades e deveres do enfermeiro. Na sua redação, lê-se no Artigo 21: “É responsabilidade do enfermeiro proteger a pessoa, familiar ou coletividade contra danos decorrentes de imprudência, negligência ou imperícia por parte de qualquer membro da

equipe de saúde”.

Perrenoud (2000, p. 150) ao se referir as regras de vida comum e sanções infere que, contrariamente ao que se imagina, às vezes, a negociação não conduz de modo algum ao laxismo³⁸, pois, quando as regras são adotadas pelo grupo, elas se impõem a todos, e cada um se torna o avalista de sua execução. Logo, a presença do médico tanto como a do enfermeiro, não deve ser negligenciada quando se trata de processo transfusional.

No serviço de hemoterapia, o hemoterapeuta deve ser uma presença diuturna, assim como os médicos das enfermarias tanto quanto o enfermeiro, pois todos estão sob juramento compondo a equipe de saúde. Qualquer atitude em contrário, fere ao código de ética de ambas as profissões, sujeitos as sanções civis e penais, pois envolve situações de negligência e omissão de socorro.

Nesse momento Perrenoud (2000, p. 151) nos adverte que um trabalho de alto risco exige que as pessoas se envolvam sem abusar de seu poder.

Na análise da unidade temática “*Recursos Humanos de Enfermagem em Hemovigilância*” afirmo que, a partir dos conceitos de Perrenoud, são competências do enfermeiro:

- Estimular e promover estratégias e condições do trabalho inter e transdisciplinar;
- Participar de reuniões e promover, na instituição, eventos referentes à Hemoterapia;
- Informar e envolver toda a equipe assistencial na rotina transfusional;
- Enfrentar e propor soluções para os dilemas éticos da profissão.

³⁸ Tendência em fugir ao dever e a Lei com base em razões pouco ou mal fundamentadas.

4ª UNIDADE TEMÁTICA

SISTEMATIZAÇÃO DAS CONDUTAS DE ENFERMAGEM EM HEMOVIGILÂNCIA

Por ser inovação na área de enfermagem, a Hemovigilância carece de organização e padronização do seu fazer, para que em todas as clínicas de uma instituição sentinela exista uma rotina que possibilite que as investigações possam ser submetidas aos mesmos critérios. Por este motivo, em dado momento da entrevista, perguntei sobre a sistematização em Hemovigilância.

A ANVISA visita os serviços de hemoterapia e as agências transfusionais, obrigatoriamente, pelo menos uma vez por ano. Entre outras exigências, seus agentes solicitam os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que são documentos que descrevem o passo-a-passo de cada procedimento em hemoterapia.

Nesse sentido, o enfermeiro confecciona os POP(s) referentes a condutas de sua equipe e prima por mantê-los atualizados. A sistematização aqui referida não é correlacionada ao Processo de Enfermagem (HORTA, 1999), mas sim, a uma normatização que subsidie e oficialize o ato transfusional e a investigação de eventos adversos em transfusão.

A partir do posicionamento de cada depoente sobre a padronização de uma rotina transfusional e de investigação de eventos adversos, se constitui esta fase de análise.

A padronização, em algumas instituições, foi construída gradualmente:

Passamos o ano de 2004 para 2005 sem nenhuma informação oficial. Então o que fiz com esses dados? [...] Vou fazer uma planilha e cadastrar, pelo menos para saber quem foi que notificou. (ARQUIDUQUESA)

Então se montou um protocolo, uma comissão de transfusão e eu era quem coordenava essa comissão. Comecei a trabalhar com um grupo de enfermeiros capacitando esse grupo. Nós começamos a discutir um pouquinho transfusão e daí foi surgindo a questão de trabalhar o protocolo. (DUQUESA)

Criamos uma ficha transfusional para ficar no prontuário após a transfusão. Essa ficha transfusional foi mudando para facilitar quando começamos a fazer o treinamento. (PRINCESA)

Há uma ficha de transfusão que é deixada no andar. Além de ser checado na prescrição médica e ter o registro na folha de evolução, é deixada no setor uma ficha do banco de sangue contendo os dados da bolsa que foi transfundida e os dados iniciais. (RAJÁ)

Porém, tais providências são insuficientes para garantir a efetividade das notificações:

Aqui no nosso hospital ocorre uma subnotificação muito grande dos pacientes que apresentaram alguma reação adversa. (MARQUESA)

Existe a sub-notificação, a gente compreende, talvez pelo não reconhecimento do início da reação, por isso que a gente faz o treinamento periódico das equipes. (PRINCESA)

Essas reações, na maioria das vezes, não têm sido notificadas. Isso é a nossa realidade. (RAJÁ)

Fizemos um protocolo bem grande numa gráfica, para deixar fixado na parede. Entraram em obras em algumas enfermarias, sumiram com o protocolo. O certo seria todo o profissional que entrasse, tomasse ciência dos protocolos. (IMPERATRIZ)

Montamos, junto com o pessoal da agência transfusional, os POP(s), as indicações, as intercorrências, o que é realizado quando acontece alguma coisa e uma bibliografia básica [...] enfim, um conhecimento básico sobre como realizar essas transfusões sanguíneas. (CONDESSA)

Relembro aqui que o fato de existir a sub-notificação não significa que o paciente não teve suas necessidades atendidas pela equipe de enfermagem no momento de uma reação transfusional. Esta notificação está diretamente relacionada à proposta do Projeto Sentinela em comunicar este acontecimento ao serviço de hemoterapia, para que seja deflagrada uma investigação cujo

resultado preveniria recorrências com este paciente, além do processo estatístico de eventos sentinela.

Perrenoud (2000, p. 63) faz o seguinte comentário a partir de outros autores:

A organização do trabalho em equipe levanta problemas de gestão, principalmente o da alternância entre as orientações e o trabalho coletivo e os momentos de trabalho em subgrupos. Essa complexidade sairá caro, se seu único efeito for justapor atividades que cada um poderia realizar sozinho. O desafio didático é inventar tarefas que *imponham*³⁹ uma verdadeira cooperação. (DANTEL; SCHLEIFER, 1996, Cap. 15)

Existe a avaliação do *feedback* do cumprimento das rotinas implantadas, o que também faz parte das investigações de quem está realizando a busca ativa, pois isso reflete o comportamento da equipe de enfermagem ante o evento transfusional. Atentemos para estes depoimentos:

Porque valorizamos o que ele escreveu, o que não escreveu, que bolsa que usou, por que não colocou o nº da bolsa no prontuário, que complicação tem isso... Então ele começa a entender e valorizar e temos que falar isso para ele, senão ele não entende. (DUQUESA)

Tem algumas resistências porque o enfermeiro é meio preguiçoso, não no fazer, mas no escrever. Então quando se diz para o enfermeiro que ele tem que relatar, ele elenca mil e quinhentas coisas que tem que fazer e escrever não é prioridade. Então essa é a maior resistência. (CONDESSA)

Caso aconteça alguma reação transfusional ele faz todo o procedimento de interromper a transfusão e imediatamente preenche a folha de notificação nossa que nós chamamos de '*Folha de Avaliação da Suspeita*' (ARQUIDUQUESA)

Mas, certamente, não se pode garantir que, em todos os momentos haverá esta compreensão e que nas instituições o cumprimento da sistematização será sempre fiel. Perrenoud (2000, p. 74) infere que a atividade que não tem nenhum componente escolhido pelo aluno tem muito poucas

³⁹ Grifo de Perrenoud.

chances de envolvê-lo. Ora, a nenhum profissional da equipe de enfermagem foi previamente proposto participar de notificações para o Projeto Sentinela. Quando essa informação chegou à equipe, o hospital já havia se comprometido diante da ANVISA a participar da Rede Sentinela de Vigilância.

Para Perrenoud (2000), a relação legítima com o saber é definida pelo contrato didático que intima, por exemplo, o aluno a trabalhar mesmo que não compreenda o objetivo de uma atividade.

Portanto os subsídios formais para a investigação, mesmo aqueles essenciais para a sustentação da assistência em transfusão, por vezes não acontecem:

Porque se percebe na questão mínima do preenchimento do carimbo⁴⁰. Fizemos uma avaliação rápida e encontramos sem preenchimento nem dos sinais vitais. Então como fazer uma avaliação de reação? (VISCONDESSA)

Às vezes tem que pular uma etapa porque não se consegue chegar ao final. Volto a falar aqui, essa primeira ficha que é da Hemovigilância é um problema crítico. (RAJÁ)

Alguns depoentes apontaram exemplos da efetivação do investimento em educação permanente para a promoção da sistematização em Hemovigilância, se mostrando até admirados quando o resultado é alcançado:

Conseguimos uma notificação no plantão noturno que para nós foi assim: Uau! Soltamos fogos! Foi na maternidade. Alguma coisa aconteceu. Embora não tenha aprofundamento do conhecimento, mas foi fruto das reuniões feitas, colocando o folheto que nós fizemos implantando a Hemovigilância. (VISCONDESSA)

⁴⁰ Nesta instituição foi adotado um carimbo utilizado no prontuário do paciente transfundido abordando os dados referentes à transfusão.

Vemos, realmente, que o número de reações anteriormente comunicadas era bem maior. Às vezes a transfusão era interrompida e descartado o componente, por causa de febre que não era febre. Ou então o paciente já estava com algum prurido, alguma coisa, mas não era de conhecimento da equipe devido à alta rotatividade, alguma coisa assim. Para mim, eu vi uma diferença, embora tenhamos sempre noção que é de pouquinho em pouquinho, um trabalho de formiguinha. (PRINCESA)

Programar e validar novas rotinas em toda uma comunidade hospitalar não é uma competência fácil, principalmente em se tratando da maior equipe de saúde em uma unidade – a enfermagem. Há de se reconhecer, porém, os esforços em todas as instituições em organizar uma estratégia para facilitar a investigação de eventos adversos. Acredito que passará ainda um tempo, para que o relato de dados referentes a não conformidades tenha uma maior atenção por parte da comunidade de profissionais.

Portanto, a unidade temática referente à sistematização das condutas de enfermagem em Hemovigilância, relaciona-se com a terceira e quarta competências de Perrenoud: *conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação e envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho*. Sendo que em Hemovigilância os alunos são comparados, analogicamente, a equipe de enfermagem do hospital que se envolve com a transfusão ao administrá-la, observá-la detectando não conformidades a ela relacionadas.

Aponto, pois, como competências do enfermeiro em Hemovigilância a partir desta unidade temática:

- Envolver a equipe de enfermagem na educação continuada em Hemovigilância;
- Programar e validar procedimentos operacionais padrão em Hemovigilância;

- Avaliar e incentivar a execução dos procedimentos operacionais padrão em Hemovigilância.

5ª UNIDADE TEMÁTICA

▪ SENTIMENTOS E RESENTIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A HEMOVIGILÂNCIA

Na maioria das entrevistas, os depoentes manifestaram a esperança de esta pesquisa apontar algum norteamento para seu trabalho em Hemovigilância. Nesta unidade temática, selecionei relatos que revelam algum tipo de angústia ou intenção desses profissionais sobre o tema.

Inicialmente, um depoimento que identifica o desconforto da equipe responsável pela não conformidade no momento da investigação:

Aí ficou aquele clima meio assim: *“Pôxa, nós estamos sendo notificados por não estarmos fazendo?”* Foi o grande questionamento da equipe. (ARQUIDUQUESA)

Existe sempre a possibilidade da negligência da notificação por medo de algum tipo de punição por parte das chefias. É importante que os funcionários tenham a certeza e a confiança de que as providências a serem tomadas serão educativas e jamais repreensivas. Referente ao depoimento supracitado, a Enfermeira Arquiduquesa, responsável pela investigação, explicou para a equipe:

Não, não é isso. Eu não estou classificando pelos serviços que não notificam, estou classificando como é que tem que funcionar. (ARQUIDUQUESA)

Este tipo de atitude vem corroborar para que eventos não sejam subnotificados e que a fidelidade seja garantida. Um trabalho de educação permanente com o funcionário responsável por um erro em transfusão, faz com que o mesmo reflita sobre sua própria ação. De acordo com Schön (2000), a reflexão-na-ação é uma investigação imediata na qual o imitador constrói e

testa, em suas próprias ações, as características essenciais da ação que observou.

A experiência que tenho com investigações em que foi possível detectar o erro de um profissional no processo transfusional, é que, a partir dali, ele se torna mais cuidadoso e reflete sobre cada uma de suas ações, tornando a recidiva no erro uma possibilidade cada vez mais remota. Além do mais, é possível contar com ele no processo preventivo, pois, alerta aos companheiros sobre possíveis erros que estes estejam prestes a cometer. Schön explicita esse tipo de comportamento através do seguinte comentário:

A reflexão do instrutor ou do aluno sobre seu próprio desempenho ou sobre o do outro, pode proporcionar uma descrição que saliente diferenças sutis, explicita as conexões em um conjunto longo e rápido de ações, ou revelar o entendimento que informa variações superficiais. (SCHÖN, 2000, p. 93)

Houve quem expressasse a esperança do sistema se envolver de maneira efetiva para solução dos problemas em Hemovigilância:

Que um dia possa ter uma equipe transfusional como existe em pouquíssimos lugares, mas existe. Que haja mais envolvimento nas esferas governamentais para que invista mais no profissional. Melhora de salário, porque às vezes, já se faz tanta coisa e tem empregos em outros lugares, está acumulando e não consegue doar totalmente aquilo que se tem. (PRINCESA)

O apelo para que sejam vistas as suas carências de formação:

Acho que experiência conta muito, mas não é tudo. Deveríamos ser direcionados a cursos para nossa formação. Não deveríamos ser escolhidos, mas, treinados e recebermos uma formação especial para isso, porque ganha a instituição, a equipe e os pacientes ganham muito mais com isso, porque vão receber uma transfusão de qualidade. (RAJÁ)

O medo da solidão ante a adversidade transfusional:

Nós ficamos muito assustados de acontecer uma reação muito mais grave, uma TRALI. Todo mundo morre de medo que ela aconteça; vai ser um caos! Ninguém vai saber como atuar. Se for durante o dia, pode ser que o médico venha dar uma cobertura. Se for durante a noite ficará a mercê do médico da emergência e da equipe detectarem se aquilo ali tem correlação. Então temos muito buraco aí. As notificações são feitas, a equipe de enfermagem faz, mas a qualidade dessa assistência deixa muito a desejar. Entendeu? (ARQUIDUQUESA)

A lacuna na transdisciplinaridade:

Mas é como se o ambiente hospitalar fizesse parte de uma outra estrutura. Há uma grande separação: o ambiente hospitalar está lá em cima (as enfermarias) e nós estamos embaixo (o serviço de hemoterapia). Fisicamente é dividido assim, então para ter esse contato; ele não existe. Ele é um tabu. Ah, ir para a assistência? Ah... É muito difícil. É muito complicado, muito isso, muito aquilo, muito complicado. (ARQUIDUQUESA)

A falta de entrosamento entre os Hemovigilantes pode ser detectada através da fala da Condessa que relata: *“Para mim falta conhecer o que seja um serviço estruturado, olhando de perto para ver como eles organizaram, para ter um ponto de partida.”* Rajá complementa esta idéia com a seguinte observação: *“ Se é um programa e fazemos parte de um grupo de Hospitais Sentinela, a própria Anvisa deveria levantar quem faz Hemovigilância e estimular a fazer um curso dentro da Anvisa.”*

Perrenoud (2000) pensa ser necessário transmitir aos recém-chegados informações que os ajudarão a assimilar a cultura da equipe e a compreender o *“porque se faz o que se faz.”*

A desigualdade do conhecimento na interdisciplinaridade pode ser comprovada pelo seguinte depoimento:

Mas nunca houve uma equipe ou um treinamento voltado para os médicos. E os médicos do serviço de hemoterapia, que seriam os mais indicados de estarem presentes tirando as dúvidas da equipe, em nenhum momento se mostraram muito favoráveis a dar esse tipo de cobertura... Não temos um Comitê Transfusional, não temos uma equipe médica preparada para atender. (ARQUIDUQUESA)

Percebe-se que, em vários momentos os enfermeiros estão navegando pela Hemovigilância sem instrumentos, o que pode tornar-se perigoso para ele mesmo como para o paciente. Os membros de uma equipe devem realizar a sua ação partindo para uma reflexão sobre a prática promovendo chances de discussão a respeito do trabalho executado em prol de otimização para alcance da qualidade plena.

A avaliação desta Unidade Temática sugere que os programas de educação continuada promovido, seja pela ANVISA ou pelas Instituições, não fornecem segurança às equipes nem tão pouco promove uma interligação entre elas.

Schön (2000) explica que o mostrar e o dizer do instrutor estão entrelaçados, da mesma forma que o ouvir e o imitar do estudante. Porém, afirma o autor que as instruções são sempre incompletas e, muitas vezes ambíguas, estranhas e incongruentes com as idéias do ouvinte.

Isso me faz crer que a 10ª competência de Perrenoud (*Administrar sua própria formação contínua*) está diretamente relacionada a esta unidade temática, pois, a partir de esforços próprios, o enfermeiro poderá acumular subsídios que o sustente na prática do atendimento em hemotransusão e suas repercussões em Hemovigilância. Inclusive seus sentimentos e ressentimentos em torno do tema poderão ser justificados e melhor compreendidos a partir de

um maior conhecimento e conseqüente envolvimento, embasados em conceitos que garantam qualidade e lhe promovam segurança pessoal no processo transfusional.

Proponho como competência do enfermeiro relacionada a seus sentimentos e ressentimentos em Hemovigilância:

- Administrar sua própria formação contínua em Hemovigilância

Para a melhor compreensão das competências propostas para o enfermeiro em Hemovigilância a partir desta pesquisa, apresento o seguinte quadro de síntese das análises, de acordo com as competências de Perrenoud.

QUADRO 4 – SÍNTESE DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM HEMOVIGILÂNCIA, A PARTIR DOS CONCEITOS DE PERRENOUD

10ª COMPETÊNCIA: ADMINISTRAR SUA PRÓPRIA FORMAÇÃO CONTÍNUA

UNIDADES TEMÁTICAS	COMPETÊNCIAS DE PERRENOUD	COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM HEMOVIGILÂNCIA
1ª- O cotidiano da prática do enfermeiro em Hemovigilância	1ª) Organizar e dirigir situações de aprendizagem 2ª Administrar a progressão das aprendizagens	Organizar e dirigir programas de educação continuada em Hemovigilância Administrar e avaliar a progressão das atividades da equipe de enfermagem em Hemovigilância
2ª- Educação Permanente do Enfermeiro para formação em Hemovigilância	8ª) Utilizar novas tecnologias 10ª) Administrar sua própria formação contínua	Ter acesso e utilizar a senha específica para notificação de eventos adversos à Anvisa Administrar a própria formação contínua em Hemovigilância
3ª – Recursos Humanos de Enfermagem em Hemovigilância	5ª) Trabalhar em equipe 6ª) Participar da administração da escola 7ª) Informar e envolver os pais 9ª) Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão	Estimular e promover estratégias condições do trabalho inter e transdisciplinar Participar de reuniões e promover eventos referentes a Hemoterapia na instituição Informar e envolver toda equipe assistencial na rotina transfusional Enfrentar e propor soluções para os dilemas éticos da profissão
4ª – Sistematização de enfermagem em Hemovigilância	3ª) Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação. 4ª) Envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho	Envolver a equipe de enfermagem na educação continuada em Hemovigilância Programar e validar rotinas em Hemovigilância 0 Avaliar e incentivar a execução da rotina de Hemovigilância
5ª – Sentimentos e ressentimentos da equipe de enfermagem em Hemovigilância	10ª) Administrar sua própria formação contínua	Administrar sua própria formação contínua em Hemovigilância

10ª COMPETÊNCIA: ADMINISTRAR SUA PRÓPRIA FORMAÇÃO CONTÍNUA

QUADRO DA AUTORA

Portanto, as análises das unidades temáticas apresentadas nesta pesquisa formulam as competências supracitadas que se adequam às especificidades da atuação do enfermeiro em Hemovigilância, na intencionalidade de inculcar qualidade em suas ações e segurança no processo transfusional, em atenção aos objetivos formulados para este estudo de discutir a formação do enfermeiro para atuar em Hemovigilância e descrever suas competências.

Destaca-se o fato de “*administrar a própria formação contínua*”, aplicar-se ao longo de todo o processo de competências, como indicado no quadro supra citado, visto que, a cada atuação do enfermeiro, há o aprimoramento de suas ações sobre as ações anteriores, consoante com Schön (2000) ao referir-se sobre o aprimoramento proveniente das reflexões sobre as ações. Portanto, ao longo de toda sua carreira os profissionais aprimoram-se diariamente a partir da administração contínua de seus conhecimentos.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dissertar sobre formação envolve um arcabouço sócio-político-cultural, pelo fato do homem não ser considerado como uma “tábua-rasa”. No caso do enfermeiro em Hemovigilância, há um cabedal de conhecimentos prévios que sempre direciona suas ações, fato que ficou comprovado pelos diversos depoimentos apresentados.

Neste momento, cabe ressaltar a importância do profissional enfermeiro para o Projeto Sentinela, pois, seja em Farmacovigilância, em Tecnovigilância ou em Hemovigilância, ele é o principal fornecedor de dados a partir da sua prática ininterrupta, da oportunidade que tem de lidar com os mais variados insumos para realização de procedimentos e, sobretudo, por sua postura permanentemente vigilante.

Pode-se perceber que a formação em enfermagem garante ao profissional um olhar amplo nas situações inéditas e adequação de estratégias diante das adversidades. Em se tratando de adversidades, o enfermeiro não as enfrenta unicamente no momento das reações transfusionais; elas também estão presentes em situações trans e interdisciplinares.

A Hemovigilância traz ao enfermeiro um terreno fértil de crescimento profissional a partir do conhecimento do novo; de cidadania, em relação ao compromisso com as notificações e, sobretudo, uma grande oportunidade de refletir sobre suas ações e sobre as ações de seus companheiros de equipe, incentivando-os, por sua vez, a também pactuar neste sentido, a partir de suas próprias reflexões.

A obrigatoriedade da participação do enfermeiro para que a Hemovigilância possa ser fielmente efetuada denota, mais uma vez, o valor dessa profissão dentro da área da saúde. Valor que se expressa na criatividade e no compromisso de instaurar novos rumos assistenciais.

Os enfrentamentos apresentados ao longo da implantação do Projeto Sentinela nas diversas instituições, resultaram na aquisição de competências pelo enfermeiro, inerentes as dificuldades dissecadas no cotidiano. Resolutividade era a cobrança imposta pelas situações e o enfermeiro soube vencer os obstáculos com propostas viáveis, econômicas e eficazes.

É certo que não houve soluções para todos os problemas, mas o importante é que esses estão sendo identificados pelos enfermeiros que se empenham, geralmente por um viés educacional, em providenciar encaminhamentos com vistas a reverter tais situações.

Perrenoud, neste estudo, teve suas dez proposições adequadas à realidade do cotidiano da prática do enfermeiro em Hemovigilância, de onde emergiram competências específicas para um desempenho eficaz deste profissional ao longo de todo o processo que envolve transfusão e notificação sanitária.

O trabalho ao longo desta pesquisa fez-me perceber a aplicação da décima competência sobre mim mesma, visto que, ao debruçar sobre este tema administrei minha própria formação contínua. Este fato ocorre diariamente com os profissionais sem que os mesmos se conscientizem disto. Cada pequeno conhecimento adquirido no cotidiano embasa nosso saber e fortalece-nos ante os enfrentamentos oriundos de situações inusitadas e/ou adversas.

Pelo menos na cidade do Rio de Janeiro, onde esta pesquisa teve seu cenário, o espírito autodidata é imperioso entre os enfermeiros, e percebe-se que este interesse sustenta, às vezes de maneira ainda tímida, o infiltrar do conhecimento a partir da necessidade das notificações.

Embora os dez conceitos de Perrenoud alicercem o *know how* e o *know that* do enfermeiro em Hemovigilância, posso afirmar que a 10ª competência perpassa ao longo de todos os momentos, visto que, seja qual for a decisão ou o encaminhamento, há sempre um aprendizado incutido que será posteriormente percebido através das reflexões sobre as ações. A cada momento, em todas as decisões, a formação se aprimora ao sabor das experiências vivenciadas.

Concomitante ao interesse individual, cursos de nível *lato sensu* começam a alicerçar os profissionais interessados, e essa temática está sendo explorada cada vez mais em estudos de *stricto sensu*. Tal fato pode ser comprovado analisando o percurso de formação dos depoentes desta pesquisa. Foram desenvolvidas, a partir das conclusões das suas pós-graduações, duas dissertações de mestrado e duas monografias de especialização com a temática em Hemoterapia/Hematologia.

A contrapartida proveniente da ANVISA pode apoiar, em muito, os investimentos em prol da formação dos profissionais, provendo materiais necessários e promovendo oportunidades de participação em eventos científicos que fortaleçam o conhecimento e a troca de informações.

O reconhecimento e o respeito mútuo entre os diversos membros da equipe de saúde associado à responsabilidade individual e coletiva além do espírito de equipe, podem definir a autonomia de cada profissão dentro da

Hemovigilância contribuindo para prevenção de recorrências de eventos sentinela em transfusão.

Sugiro que os diversos profissionais envolvidos nesta temática poderiam promover encontros nos quais seriam discutidas as diversas questões envolventes, onde a experiência de uns alicerçariam a vivência de outros. As competências citadas por esta dissertação serviriam de base para discussão podendo ser validadas ao longo do processo ou reformuladas de acordo com a necessidade, no entendimento que, em ciência, nada é estanque.

O Projeto Hospital Sentinela está vivo e, neste movimento, as ocorrências podem determinar novas posturas que exijam um repensar na tentativa do aprimoramento das decisões. A Hemovigilância pode ser encarada como uma sub-especialidade, não menos importante que qualquer outro procedimento em Hemoterapia. Logo, é importante que se prime por manter profissionais que assumam especificamente esta responsabilidade como um fator primordial para garantia das notificações. É óbvio em administração que, ao ampliar o perímetro de ações de uma categoria profissional, é primordial o investimento no quadro de pessoal.

A partir de participação em eventos e publicação em periódicos, pretendo disseminar este conhecimento inclusive nas instituições cenário as quais fizeram questão de terem acesso a esses resultados. No Castelo Mafra já se tem uma data marcada para apresentação de alguns dados das unidades temáticas dissertadas.

Todos os profissionais que compõem o arcabouço da saúde são igualmente essenciais e suas atuações são importantes necessitando, porém,

fazerem-se presentes diuturnamente, assim como diuturna é a presença dos
pacientes em nossas vidas profissionais.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Thompson, 2004.

ANDRADE, Lúcia de Fátima Silva de. **A marca da complexidade e da (im)previsibilidade no dia-a-dia das enfermeiras que atuam na Terapia Intensiva Pediátrica**: um ensaio sobre a sua formação. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) , Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2002.

AMORIM FILHO, Luiz Hemoterapia: uma abordagem histórica e social. In **Textos de Apoio em Hemoterapia**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. [V. I e II].

_____. **Doenças transmissíveis pelo sangue**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

_____. A transfusão de sangue e Componentes Sanguíneos: indicações e aspectos práticos. In: **Textos de Apoio em Hemoterapia**. Organizado pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. [V.II]

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; BRANDÃO, Marcos Antonio Gomes; LETA, Jacqueline Um perfil da produção científica de enfermagem em Hematologia, Hemoterapia e Transplante de Medula Óssea. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 82-86, 2007.

ARAÚJO, Paulino Flores. **Manual Prático de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Litteris, 2000.

ARRUDA, Eloita Neves SILVA; Alcione Leite. Referências com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 82-92, jan/jun,1993.

BENNER, Patrícia. **From novice to expert: excellence and power in Clinical Nursing Practice**. Califórnia. Addison-Wesley Publishing Company. Menlo Park, Nursing Division, 1984.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília (DF) 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Projeto Hospitais Sentinela**: uma estratégia de vigilância para a pós comercialização de produtos de saúde. Brasília, 2001a. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>. Acesso em 22/10/2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Termos de Referência – Serviços de Saúde Sentinela: estratégia para a vigilância de produtos pós-comercialização. Grupo 2.** 2001b. Disponível em: <www.anvisa.gov.br> Acesso em maio/2008.

_____. **Histórico da Rede Sentinela.** Brasília, 2001c. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm> Acesso em 19/07/2008.

_____. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 153 de 14/06/2004. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, 24 de junho de 2004a. Órgão emissor: ANVISA. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br>> Acesso em 21/10/2007.

_____. **Manual Técnico de Hemovigilância.** Brasília, DF, 2004b.

_____. **Manual Técnico de Investigação s Transmissão de Doenças pelo Sangue** – Série A – Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2004c.

_____. RDC nº 306 de 07/12/2006. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, 10 de dezembro de 2004. Órgão emissor: ANVISA. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em 21/10/2007.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 196/96.** Pesquisa com seres humanos. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br> Acesso em 21/12/2006.

_____. **Resolução CNS nº 346/2005:** Estabelece a regulamentação da apreciação de Projetos de Pesquisa Multicêntricos. Disponível em <<http://www.conselho.saude.gov.br>> Acesso em 30/07/2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Portaria Interministerial nº 862/2005. DF. Publicada no **Diário Oficial da União** em 9 de junho de 2005.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução CNE nº 3,** de 3 de novembro de 2001. Brasília (DF).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 200/1996:** Estabelece a responsabilidade do enfermeiro e sua equipe no ato transfusional. Disponível em: <<http://www.cofen.br>> Acesso em 11/07/2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 311/2001:** Código de Ética Profissional de Enfermagem. Disponível em: <<http://portalcofen.br>> Acesso em 11/10/2009.

_____. **Resolução COFEN nº 291/2005:** Estabelece a especialização em Hemoterapia para profissionais de enfermagem. Disponível em: <<http://www.cofen.br>> Acesso em 11/07/2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) **Resolução COFEN nº 306/2006**: Determina as competências do Enfermeiro e sua equipe em Hemoterapia. Disponível em: <<http://www.cofen.br>> Acesso em 11/07/2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO (CRM/RJ). **Resolução CRM 1931/2009**: Código de Ética Médica. Disponível em <<http://www.gineco.com.br>> Acesso em 11/10/2009.

CARRARO, Telma Elisa. **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Santa Catarina: AB, 2001.

CARVALHO, Renato Silva. **A formação do enfermeiro docente de ensino médio profissionalizante na relação do princípio da interdisciplinaridade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Rio de Janeiro, 2006.

CARVALHO, Vilma de. **Sobre Enfermagem: ensino e perfil profissional**. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery, 2006.

CARVALHO, Vilma de; TYRREL, Maria Antonieta Rubio. Qualidade na formação da enfermeira para atuação na área perinatal: considerações substantivas e adjetivas do perfil profissional. In: CARVALHO, Vilma de (Org.). **Sobre Enfermagem: ensino e perfil profissional**. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ., 2006.

CHAMONE; Dalton de Alencar Fischer; NOVARETTI; Marcia Cristina Zago e DORLHIAC-LLACER; Pedro Enrique. **Manual de transfusão sanguínea**. São Paulo: Roca, 2001.

COSTA, Edná Alves. **Vigilância Sanitária - desvendando o enigma**. Universidade Federal da Bahia. Bahia: EdUFBA, 2008.

COSTA, M.A. F. da; COSTA, M.de F. B. da. **Metodologia da Pesquisa: conceitos e técnicas**. Rio de Janeiro: Interciência, 2001.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, Métodos e Criatividade**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

DANNEMANN, Robert Nicolaus. Atos e fatos da formação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, São Paulo, v. 30, n. 3, Set/Dez, 2004.

DANTEL, M.F.; SCHLEIFER, M. **La coopération dans la classe**. Montreal: Éditions Logiques, 1996.

DARRELL J. TRIULZI, MD. **Terapêutica Transfusional Manual para médicos EUA**. Editora Associação Americana de Banco de Sangue. 7. ed., 2002.

DIAS, Maria Angela Moreira. **O sangue enquanto objeto de cuidado: um novo enfrentamento para o Enfermeiro** - Monografia de conclusão do Curso *lato sensu* em Hemoterapia, Hematologia e Terapia de Suporte. Orientadora: Prof^a Dr^a Gláucia Valente Valadares. Rio de Janeiro. Universidade Gama Filho, 2008.

DIAS, Maria Ângela Moreira; CARDOSO, Camila do Nascimento; VIANA, Ligia de Oliveira; VALADARES, Gláucia Valente. **A interdisciplinaridade na formação em hemoterapia**. 2008. (artigo em avaliação para publicação).

DOUGLAS, M. Lês études de perception du risque: un état de l'art. In: FABIANI, J.L.; THEYS, J. Org.). La société vulnérable: évaluer et maîtriser les risques. Paris: École Normale Supérieure, 1987.

DURAND, Guy. **Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos**. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Loyola, 2003.

FABRON JR., Antonio. Insuficiência pulmonar aguda associada à transfusão. In: BORDIN, Jose Orlando. **Hemoterapia: fundamentos e prática**. São Paulo: Atheneu, 2007.

FIDLARCZYK Delaine; FERREIRA, Sonia Saragosa. **Enfermagem em hemoterapia**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2000.

GENELET, B.; ANDREU, G.; BIDET, J.M. **Guia de hemoterapia prática**. São Paulo: Atheneu, 1992.

HAMENING. O ato de doar sangue sob a ótica de técnicos e doadores. **Rev Bras Hemat Hemot**, S.José do Rio Preto (SP), v. 23, n. 2, Maio/Ago., 2001.

HORTA, Wanda de Aguiar. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1999.

<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public>. Acesso em 18 de maio de 2008.

<http://www.anvisa.gov.br/sangue/hemovigilância>. Acesso em 18 de maio de 2008.

<http://www.openlink.br>. Acesso em 24 de maio de 2008.

<http://www.wikipedia.com.br>. Acesso em 06 de outubro de 2009.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Editora Palloti, 2001.

LOPES, Maria Esther Duarte. Organização e Administração em Serviços de Hemoterapia. In: **Textos de Apoio em Hemoterapia**. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. [V. I].

LORE, Cecília Marx. **Competências da enfermagem sedimentadas no Sistema Primary Nursing**. Petrópolis: EPUB, 2006.

MARTINS, Amanda. **Instalação de Transfusão para Profissionais de Nível Superior**. Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO). Rio de Janeiro, Julho, 2005.

MAUCH, James E.; BIRTH, Jack W. **Guide to the successful tesis and dissertation: a handbook for students and faculty**. New York. 4th ed. Marcel Dekker, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. (2008 a).

_____. **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz., 2008. (2008 b).

MUSSAK, E. **Metacompetência: uma nova visão do trabalho e da realização pessoal**. São Paulo: Gente, 2003.

NEVES, Eloita Pereira; GONÇALVES, Lúcia N.T. As questões do marco teórico nas pesquisas de Enfermagem. **Anais do 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem** – Florianópolis, 1984.

PERRENOUD, Philippe. **As competências para ensinar no Século XXI. A formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: SC Artmed, 2002.

_____. **10 Novas Competências para Ensinar**. Tradução Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: SC. Artmed, 2000. [Reimpressão 2008].

POLANYI, Michael. **A lógica da liberdade: reflexões e réplicas**. Rio de Janeiro: Topbooks, 2003.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação**. São Paulo: Cortez, 2006.

SCHÖN, Donald. **Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA, Gilce Erbe de Miranda. **O cuidar da enfermeira em hemoterapia neonatal**: o caso de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

SOARES, Daniela Arruda. Um novo olhar sobre a Enfermagem: transição para um novo paradigma. **57º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Goiânia, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/387.htm>> Acesso em 19/04/2009.

THURLER; Monica Gather. O desenvolvimento profissional dos professores: novos paradigmas, novas práticas. In: Philippe Perrenoud. **As competências para ensinar no Século XXI**: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TOSOLI, Antônio Marcos; OLIVEIRA, Denize Cristina. The social representation of nurse's professional autonomy in public health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 393-398, 2005.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALADARES, Gláucia Valente. **O Trabalho da Enfermeira em Hemoterapia: Uma Prática Especialista**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **A formação do enfermeiro profissional e o enfrentamento do conhecimento novo**: a experiência do enfermeiro em setores especializados Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcant. **(Re)conhecendo as competências do Enfermeiro Professor**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIANA, Ligia de Oliveira. **A Formação do Enfermeiro no Brasil e as Especialidades: 1920 – 1970**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

VIEIRA, Sergio Domingos; POLI, Monica Camaño Cristóvão. Autotransfusão: Indicações e Técnicas. In: BORDIN, José Orlando **Hemoterapia**: fundamentos e prática. São Paulo: Atheneu, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA AO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

MARIA ANGELA MOREIRA DIAS, aluna regular do curso de Mestrado em Enfermagem através do Núcleo de Educação e Saúde em Enfermagem (NUPESEnf), tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Ligia de Oliveira Viana, vem mui respeitosamente solicitar aquiescência deste Comitê para a realização da pesquisa intitulada **“O ENFERMEIRO EM HEMOVIGILÂNCIA: sua formação e competências”**.

A mesma tem como objeto de pesquisa a formação do enfermeiro para competências em Hemovigilância. Os objetivos a serem alcançados são: discutir a formação do enfermeiro em Hemovigilância e descrever as competências do enfermeiro em Hemovigilância. Os sujeitos do estudo serão enfermeiros que atuam na notificação de eventos adversos em Hemovigilância. O cenário será composto pelas instituições que são Hospitais Sentinela no município do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 4 de dezembro de 2008.

Maria Angela Moreira Dias
Mestranda Pesquisadora
mdiasdt@gmail.com.br

Prof^a Dr^a Ligia de Oliveira Viana
Orientadora da Pesquisa
ligiaviana@bol.com.br

APÊNDICE C - ENTREVISTA ABERTA*

O ENFERMEIRO EM HEMOVIGILÂNCIA: sua formação e competências

Pseudônimo: _____

Castelo: _____

Cargo: _____ Sexo: () M () F

Tempo de Graduado: _____

Tempo na Instituição: _____

Tempo na função atual: _____

Cursos de Especialização:

() Mestrado () Doutorado () Pós Doutorado

Perfil da Instituição:

() hospital geral () emergência () médico-cirúrgico

() materno-infantil () especialidades

Nº leitos: _____ Nº CTI _____ Cirurgias/mês _____

Doadores/mês _____ Transfusões/mês _____

1-Ano em que a Instituição onde você trabalha se tornou um Hospital Sentinela?

() 2001 () 2002 () 2003 () 2004 () 2005

() 2006 () 2007 () 2008 () 2009

2-Como é o seu trabalho na Hemovigilância? Especifique seu cotidiano.

3-Onde você adquire conhecimentos para trabalhar em Hemovigilância?

4-Alguém investiu de alguma forma em você para o desempenho da sua função atual?

* 1ª versão em 26/01/2009.

APÊNDICE **D** - DECLARAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

MARIA ANGELA MOREIRA DIAS, pesquisadora principal do projeto de dissertação de mestrado intitulado “*O ENFERMEIRO EM HEMOVIGILÂNCIA: sua formação e competências*” declara que o mesmo não está sendo financiado por nenhum tipo de agência fomentadora e que toda e qualquer despesa oriunda do mesmo será de sua total responsabilidade.

MARIA ANGELA MORERIA DIAS
PESQUISADORA PRINCIPAL

APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE 1º CENTRO*

Em respeito à Resolução nº 346/2005 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), declaro que o projeto de dissertação de mestrado intitulado “**O ENFERMEIRO EM HEMOVIGILÂNCIA: sua formação e competências**” tem abordagem multicêntrica ficando, portanto, o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, como o 1º Centro. O cenário é composto por 10 instituições, sendo todas Hospitais Sentinela no município do Rio de Janeiro. As aprovações dos Comitês das mesmas estão sendo providenciadas e farão parte dos anexos no projeto final.

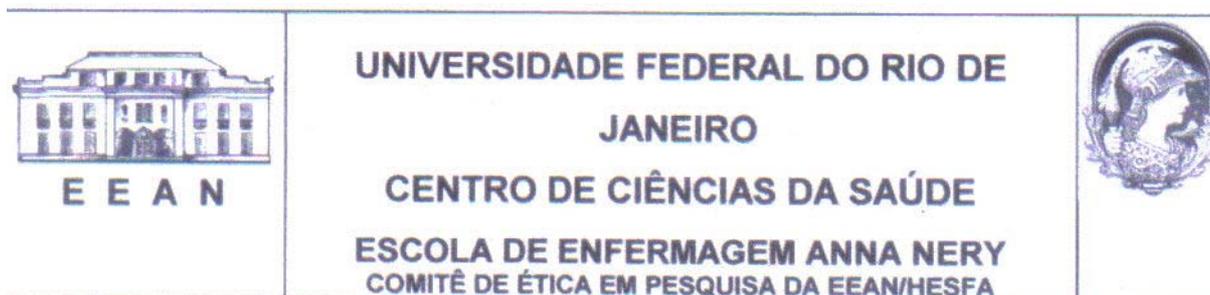
Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 2009.

MARIA ANGELA MOREIRA DIAS
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

* 1ª versão em 29/01/2009.

A N E X O S

ANEXO A



Protocolo nº 110 /08

Título do Projeto: A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA HEMOVIGILÂNCIA

Pesquisadora Responsável: LIGIA DE OLIVEIRA VIANA

Instituição onde a pesquisa será realizada: EEAN/UFRJ

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 04/12/2008

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada em 10 de Dezembro de 2008.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

ANEXO B

	<p>MARINHA DO BRASIL Hospital Naval Marcílio Dias Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HNMD) Rua: Cezar Zama 185, Lins de Vasconcelos – RJ. Tel: 2599-5572 / fax E-mail: hnmd202/hosmad/mar</p>
---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 004/2009

A comissão de Ética em Pesquisa - CEP, analisou as respostas das pendências contidas no parecer nº 003/2009, referente ao protocolo de pesquisa nº 02-3-2009, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo Seres humanos e emite seu parecer.

Projeto de Pesquisa: “*A Formação do Enfermeiro na Hemovigilância*”.

Pesquisador responsável: Maria Ângela Moreira Dias

Instituição Responsável: HNMD / EEAN

Protocolo no CEP/HNMD nº: 02.3.2009

Cadastro FR Nº: 239989 **CAAE Nº:** 0002.1.221.226-09

Área de Conhecimento: Grupo III

Vinculação da pesquisadora: Mestranda da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.

Objetivo geral:

Relatar a formação do enfermeiro para atuar na Hemovigilância e descrever as competências dos Enfermeiros em Hemovigilância.

Considerando que:

Após análise das pendências solicitadas no parecer nº 003 de 04 de março de 2009, observou-se que as mesmas foram atendidas, estando o projeto metodologicamente de acordo com os objetivos da pesquisa.

Acreditando que o referido estudo contribuirá para o acervo bibliográfico da enfermagem, fornecendo subsídios para outras pesquisas, bem como para o desenvolvimento de melhores medidas a serem utilizadas pelos profissionais de saúde que trabalham em Hemovigilância, este Comitê emite **PARECER FAVORÁVEL**.

CEP/HNMD, 10 de março de 2009.


BRUNO RIGUEIRA GEORG
 Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md)
 Coordenador do CEP

ANEXO C

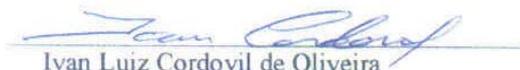
**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CARTA DE APROVAÇÃO

Prezado Senhor:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Cardiologia reuniu-se em 14 de Abril de 2009 e aprovou por unanimidade o “A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA HEMOVIGILÂNCIA”, assim como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Pesquisa sob a responsabilidade da Investigadora Principal MARIA ANGELA MOREIRA DIAS, sendo registrado neste CEP sob o n. °0228/16.02.2009.

Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2009.


Ivan Luiz Cordovil de Oliveira
Coordenador do CEP

ANEXO D**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Assistência à Saúde

Departamento de Desenvolvimento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde

Escritório de Representação do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro

Coordenação Geral das Unidades Hospitalares Próprias

3

HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO

O projeto de pesquisa é multicêntrico nacional e deverá ser desenvolvido em 10 centros de pesquisa no Município do Rio de Janeiro.

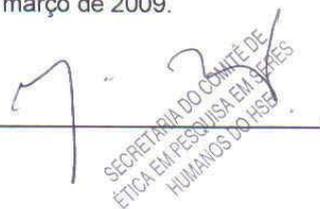
V - PARECER DO CEP:

O projeto de pesquisa encontra-se aprovado por este Comitê, estando de acordo com o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovados especificamente os seguintes documentos:

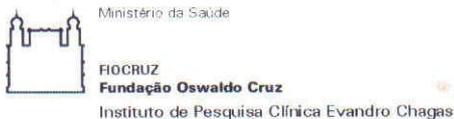
- Protocolo de pesquisa, 1ª versão de 23.01.09 e
- Termo de consentimento livre e esclarecido, 1ª versão de 29.01.09.

VI - DATA DA REUNIÃO: 09 de março de 2009.

Assinatura do Coordenador:



SECRETARIA DO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA EM SERES
HUMANOS DO HSE



Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO – 010/2009

Protocolo 0010.1.009.226-09

1. Identificação:

Título do Projeto: "A Formação do Enfermeiro na Hemovigilância".

Pesquisadora Responsável: Mestranda Maria Ângela Moreira Dias (EEAN/UFRJ).

Orientadora: Dra. Lígia de Oliveira Viana (EEAN/UFRJ).

Instituição Responsável: Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ.

Data de Apresentação ao CEP: 20/02/2009.

2. Sumário:

Visa a relatar a formação do enfermeiro para atuar em Hemovigilância e descrever as competências dos Enfermeiros em Hemovigilância. A fundamentação teórica aborda a Rede Sentinela de Vigilância, referente ao Projeto Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os aspectos históricos da terapia com o sangue e as reações transfusionais. As instituições envolvidas na pesquisa são o Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRZ), o Instituto Nacional do Câncer (INCA I), o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC/FIOCRUZ), o Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INCL), o Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), o Hospital São Vicente de Paula, o Hospital dos Servidores do Estado (HSE), o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ). Os sujeitos serão os enfermeiros que trabalham na Gerência de Risco e/ou enfermeiros dos Serviços de Hemoterapia desses hospitais sendo estabelecido como critério de inclusão atuar diretamente com a notificação em Hemovigilância. O procedimento metodológico será a entrevista semiestruturada. Este projeto já obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) sob o Protocolo nº 110/2008.

3. Observações Gerais: (Atendendo à Resolução CNS 196/96).

Projeto com delineamento adequado. As entrevistas serão feitas mediante prévia autorização do sujeito da pesquisa através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi elaborado em linguagem acessível. A pesquisadora principal declara que este projeto não está sendo custeado por nenhuma instituição e que todas as despesas geradas no período de seu desenvolvimento serão de sua inteira responsabilidade.

4. Diligências:

Não.

5. Parecer: APROVADO.

Data da Reunião: 13 de abril de 2009.

Assinatura do Coordenador:

Lígia Camillo-Costa
 Dr.ª Lígia Camillo-Costa
 Coordenadora do Comitê
 de Ética em Pesquisa
 IPEC / FIOCRUZ



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 22 de abril de 2009.

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Maria Angela M. Dias
Orient. Profª. Lígia de Oliveira Viana

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2357-CEP/HUPE) "A FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM NA HEMOVIGILÂNCIA" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sa., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Patrícia Maria C. O. Duque
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE/UERJ

ANEXO G



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso
PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 10/09.

<p>Coordenadora: Sonia Paredes de Oliveira (Médica).</p> <p>Vice Coordenador: Antonio Abílio P. Santa Rosa (Médico).</p> <p>Secretária Executiva: Cristina Carvalho V. de Araújo (Enfermeira)</p> <p>Membros Carlos Roberto Cabral (Representante dos Usuários) Fernanda Rocha (Advogada) Giuseppe Santa Lucia (Médico) Gustavo Antonio S. Nogueira (Assistente Social) José Maria Gonçalves Neto (Fisioterapeuta) Lia Cristina Galvão dos Santos (Enfermeira) Márcia Natal Batista Abreu (Psicóloga) Rosane Machado Bettamio (Nutrição) Virgínia Ribeiro Lima e Andrade (Enfermeira)</p> <p>Projeto: "A Formação do Enfermeiro na Hemovigilância".</p> <p>Pesquisadores responsáveis: Maria Ângela Moreira Dias Lígia de Oliveira Viana.</p>	<p style="text-align: right;">Rio de Janeiro, 21 de maio de 2009.</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, após avaliação, considerou o projeto (CEP-HGB 10/09) aprovado com recomendação, encontrando-se dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.</p> <p>Solicitamos rever a explicitação dos objetivos do estudo.</p> <p>Informamos a necessidade de que no mês de novembro de 2009, seja encaminhado a este CEP um relatório com os dados parciais da pesquisa.</p> <p>Enfatizamos a necessidade de que ao término da mesma seja encaminhada a esta Comissão, uma cópia eletrônica (CD-R) do Relatório Final da Pesquisa.</p> <p style="text-align: center;">  Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira Coordenadora do CEP-HGB. Dr. Sonia Paredes de Oliveira COORDENADORA DO CEP-HGB </p>
---	---

ANEXO H



Memo 92/09-CEP-INCA

Rio de Janeiro, 31 de março de 2009

A(o): Enf. Maria de Fátima Batalha
Pesquisador(a) Principal

Registro CEP nº 21/09 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)
Título do Estudo: A Formação do Enfermeiro na Hemovigilância

Prezado Pesquisador,

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **aprova** após re-análise, o **protocolo intitulado: A Formação do Enfermeiro na Hemovigilância** bem como seu **Termo de Consentimento (versão 1 de 16/01/09)**, em 01 de março de 2009.

Este Projeto é uma dissertação de **Mestrado** da aluna, **Maria Ângela Moreira Dias** vinculada à Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e tendo como Orientadora a Professora Lígia de Oliveira Viana – **Professora Titular do Departamento de Metodologia da Escola de Enfermagem Anna Nery**.

Ressalto que conforme descrito na folha de rosto (item 49), o pesquisador responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu protocolo que estão previstos para as seguintes datas: setembro/2009 e março/2010.

Atenciosamente,

Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

C/c – Enf^o – Ailse Rodrigues Bittencourt -Chefe da Divisão de Enfermagem/HC I
Dr. Paulo de Biasi – Diretor do HC I

ANEXO I – INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: A Formação do Enfermeiro na Hemovigilância		
Pesquisador Responsável MARIA ANGELA MOREIRA DIAS		
Data da Versão 19/02/2009	Cadastro 244187	Data do Parecer 18/07/2009
Grupo e Área Temática III - Projeto fora das áreas temáticas especiais		
Objetivos do Projeto - Relatar a formação do Enfermeiro para atuar em Hemovigilância; - Descrever as competências dos Enfermeiros em Hemovigilância.		

Sumário do Projeto
Projeto de temática relevante ao cotidiano da Assistência de Enfermagem em Hemovigilância. Busca identificar e entender quais as competências necessárias para a atuação do Enfermeiro em Hemovigilância e que percursos os Enfermeiros tem trilhado no sentido de direcionarem sua formação para aquisição de competências na assistência de Enfermagem em Hemovigilância. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com caráter descritivo e exploratório que utiliza como procedimentos para coleta de dados no campo a entrevista semi-estruturada. A análise dos dados será feita mediante análise do conteúdo das entrevistas à luz do referencial teórico das competências de Philippe Perrenoud. Os sujeitos do estudo serão os Enfermeiros das unidades de saúde, dentre elas o IFF, que trabalhem na Gerência de Risco ou que estejam lotados nos Serviços de Hemoterapia e que atuem na notificação em Hemovigilância.

Itens Metodológicos e Éticos	Situação
Título	Adequado
Autores	Adequados
Local de Origem na Instituição	Adequado
Projeto elaborado por patrocinador	Não
Aprovação no país de origem	Não necessita
Local de Realização	Própria instituição
Outras instituições envolvidas	Projeto Multicêntrico
Condições para realização	Adequadas

Comentários sobre os itens de Identificação

Título expressa com clareza a temática da pesquisa mediante redação concisa e objetiva. Autores têm aderência à temática estudada e não há conflito de interesses entre estes, a instituição e os sujeitos.

Introdução	Adequada
------------	----------

Comentários sobre a Introdução

Aborda com propriedade além da inserção do pesquisador na temática também relaciona de forma precisa as principais implicações e fatores intervinientes da formação do Enfermeiro e a Hemovigilância

Objetivos	Adequados
-----------	-----------

Comentários sobre os Objetivos

Objetivos descrevem com clareza o direcionamento do projeto.

Pacientes e Métodos	
Delineamento	Adequado
Tamanho de amostra	Total NÃO Local
Cálculo do tamanho da amostra	Não necessário (pesquisa quali)
Participantes pertencentes a grupos especiais	Funcionários da instituição
Seleção equitativa dos indivíduos participantes	Não se aplica
Crterios de inclusão e exclusão	Adequados
Relação risco- benefício	Adequada

APROVADO

Válido Até 31/12/2009

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730

Prof. Felipe Horowitz
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Página 1-2