

MANUAL DE GESTÃO DE DADORES

Domaine (Gestão de Dadores na Europa, ou em língua inglesa Donor Management IN Europe) é um projecto europeu que aborda as orientações necessárias na gestão de dadores.

O **objectivo geral** é o de **ajudar a criar a disponibilidade de sangue suficiente e seguro, comparando e recomendando boas práticas na gestão de dadores.**

O projecto contém 3 fases:

DO A Primeira fase do projecto, foi feito um inquérito para análise das práticas correntes na gestão de dadores de sangue por toda a Europa.

DO A Segunda fase abordou a estrutura geral do manual, identificando e recomendando as boas práticas de gestão de dadores.

DO A Fase final concentra-se na formação dos profissionais dos Serviços de Sangue nos aspectos abordados no manual. Um programa de Formação e Treino irá ficar disponível em 2011 e servirá para dar apoio e divulgar a informação contida no Manual de Gestão de Dadores nos Serviços de Sangue.

Este Manual de Gestão de Dadores é o resultado da Segunda fase. É destinado a gestores de dadores e a responsáveis por políticas dos serviços de sangue e aborda aspectos práticos da gestão da dádiva de sangue:

- Arquitectura e Infra-estruturas
- Base de dados de dadores
- Recrutamento de Dadores
- Fidelização de Dadores
- Colheita
- Doentes multi-transfundidos
- Situações especiais
- Gestão de Recursos Humanos
- Tecnologias da Informação
- Aspectos éticos

ISBN

978-90-815585-1-8

Participantes no projecto DOMAINE

Cruz Vermelha da Áustria
Serviço de Sangue da Cruz Vermelha Belga
Centro de Transfusão de Sangue da Eslovénia
Centro de Transfusão de Sangue da Cruz Vermelha Suíça
Serviço de Sangue de Chipre
Serviço de Sangue da Cruz Vermelha Finlandesa
Serviço de Sangue de França
Serviço de Recolha de Sangue da Cruz Vermelha Alemã
Serviço Nacional de Transfusão de Sangue da Hungria
Serviço de Transfusão de Sangue da Irlanda
Serviço Nacional de Transfusão de Sangue de Malta
NHS (Serviço Nacional de Saúde) Sangue e Transplante do Reino Unido

Hospital Regional do Norte da Estónia
Serviço de Transfusão de Sangue da Irlanda do Norte
Instituto Português do Sangue
Serviço Regional de Transfusão de Sangue da Cruz Vermelha Suíça, Berna
Fundação Sanquin de Sangue e Componentes da Holanda
Serviço Nacional de Transfusão de Sangue da Escócia
Cruz Vermelha da Eslovénia
Programa de Saúde e Segurança do Sangue do Sudeste Europeu
Federação Internacional de Talassémia
Serviço de Sangue de Gales, Reino Unido

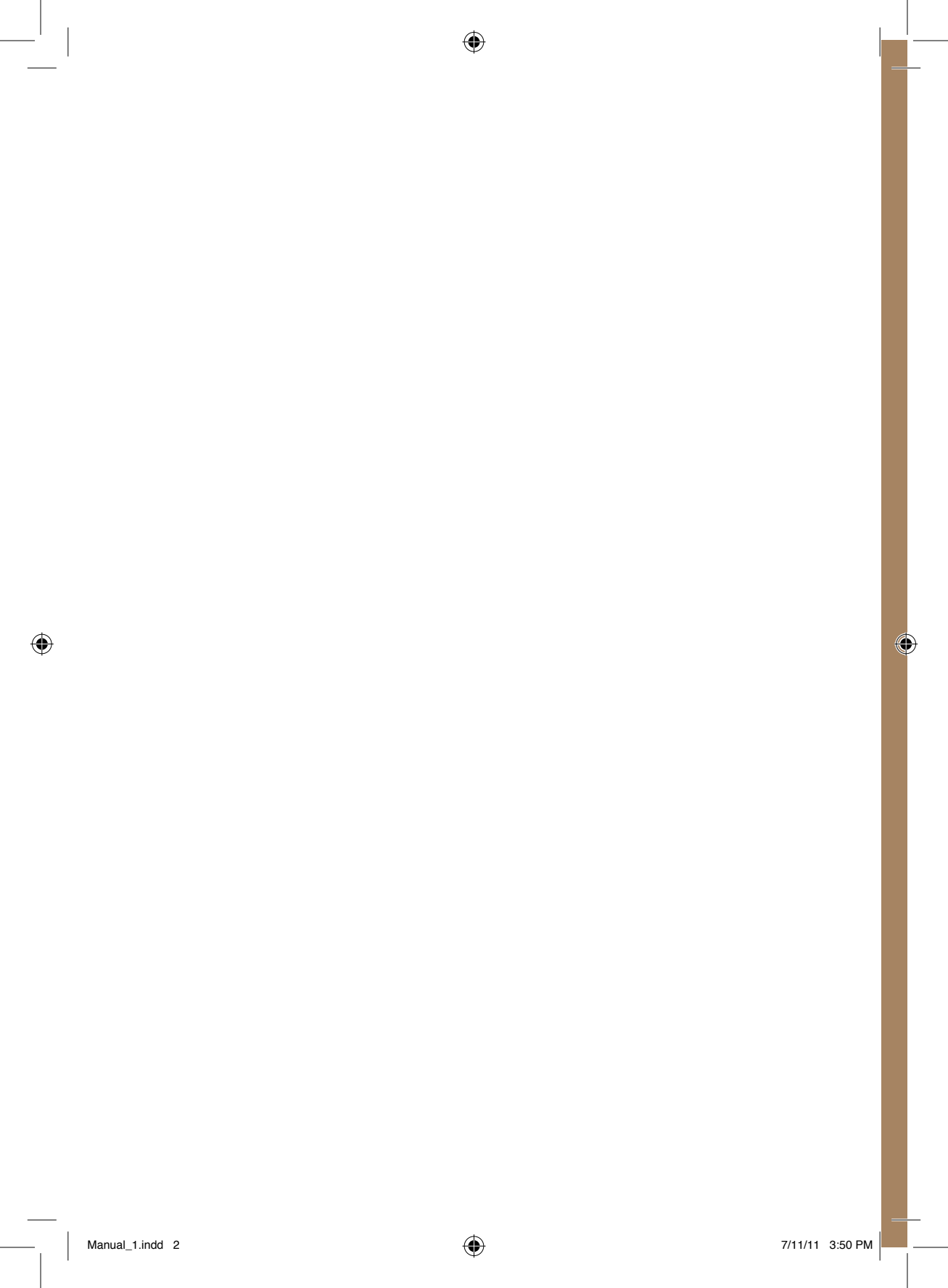
MANUAL DE GESTÃO DE DADORES

MANUAL DE GESTÃO DE DADORES

Editor
Wim de Kort

Editor Associado
Ingrid Veldhuizen

MANUAL DE GESTÃO DE DADORES



The background of the cover is a solid brown color. Overlaid on this is a complex, abstract pattern of concentric circles and light effects. These circles are drawn with thin, light-colored lines and are scattered across the page, creating a sense of depth and movement. Some circles are larger and more prominent, while others are smaller and more subtle. The overall effect is reminiscent of a starry night sky or a complex data visualization.

MANUAL DE GESTÃO DE DADORES

Endereço para correspondência

DOMAINE project
c/o Sanquin Blood Supply Foundation
P.O. Box 1013
6501 BA Nijmegen
The Netherlands

Copyright © 2010 Projecto DOMAINE

Todos os direitos reservados. Esta publicação não pode ser reproduzida total ou parcialmente, resumida, transmitida, transcrita, guardada num sistema recuperável, sob qualquer forma ou através de quaisquer meios, electrónicos, mecânicos, magnéticos, fotocópias, gravações, manuais ou outros, sem a prévia autorização da editora.

Revisão da Versão em Língua Portuguesa

Instituto Português do Sangue, IP: António de Sousa Uva; Isabel Pires; Mário Muon e Paula Toscano

ISBN

978-90-815585-1-8

Design Gráfico

www.studioduel.nl

Paginação

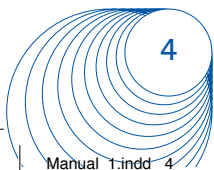
www.finalsolution.pt

Co-financiamento

Este manual está integrado no projecto DOMAINE, co-financiado pela União Europeia, enquadrado no Programa de Saúde Pública.

Renúncia Legal

O conteúdo deste manual não reflecte necessariamente a perspectiva da Comissão Europeia. A Comissão ou qualquer pessoa em nome desta não pode ser considerada responsável pela utilização que pode ser feita da informação presente neste manual. Os editores, autores e colaboradores ou participantes não assumem responsabilidade pela utilização que pode ser feita deste manual.



Manual
de Gestão
de Dadores

Editores

Editor

Wim de Kort

*Stichting Sanquin Bloedvoorziening
(Sanquin Blood Supply Foundation)*

Holanda

Editor Associado

Ingrid Veldhuizen

*Stichting Sanquin Bloedvoorziening
(Sanquin Blood Supply Foundation)*

Holanda

Conselho Editorial

Paddy Bowler

*Irish Blood Transfusion Service
Irelanda*

Gilles Folléa

*Établissement Français du Sang
(French Blood Establishment)*
França

Matheos Demetriades

*Thalassaemia International Federation
Chipre*

Crispin Wickenden

*NHS Blood and Transplant
Reino Unido*

Assistente do editor

Elze Wagenmans

*Stichting Sanquin Bloedvoorziening
(Sanquin Blood Supply Foundation)*
The Netherlands

Autores e participantes

Autores

Thomas Bart

*Blutspendedienst Schweizerisches
Rotes Kreuz
(Blood Transfusion Service of the
Swiss Red Cross)*
Suíça

Les Bartlett

*The Welsh Blood Service
Reino Unido*

Moira Carter

*Scottish National Blood Transfusion
Service
Reino Unido*

Angelo Degiorgio

*National Blood Transfusion Service
Malta
Malta*

Matheos Demetriades

*Thalassaemia International Federation
Chipre*

Alina-Mirella Dobrota

*South-eastern Europe Health Network
Roménia*

Dragoslav Domanovic

*Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino (Blood Transfusion
Centre of Slovenia)*
Eslovénia

Gilles Folléa

*Établissement Français du Sang
(French Blood Establishment)*
França

Stefano Fontana

Regionale Blutspendedienst Schweizerisches Rotes Kreuz Bern AG (Regional Blood Transfusion Service of the Swiss Red Cross Bern)
Suíça

Markus Jarnig

*Österreichisches Rotes Kreuz
(Cruz Vermelha Austriaca)*

Blutspendezentrale für Wien, Niederösterreich und Burgenland (Blood Center for Vienna, Lower Austria and Burgenland)
Áustria

Charles Kinney
Northern Ireland Blood Transfusion Service
Reino Unido

Wim de Kort
Stichting Sanquin Bloedvoorziening (Sanquin Blood Supply Foundation)
Holanda

Maria Kral
Österreichisches Rotes Kreuz (Cruz Vermelha Austriaca)
Blutspendezentrale für Wien, Niederösterreich und Burgenland (Blood Center for Vienna, Lower Austria and Burgenland)
Áustria

Riin Kullaste
Põhja-Eesti Regionaalhaigla (North Estonian Regional Hospital)
Estónia

Guy Lévy
Blutspendedienst Schweizerisches Rotes Kreuz
(Blood Transfusion Service of the Swiss Red Cross)
Suíça

Socrates Menelaou
Κέντρο Αίματος Κύπρου (Cyprus Blood Establishment)
Chipre

Ellen McSweeney
Irish Blood Transfusion Service
Irlanda

Mário Muon
Instituto Português do Sangue, IP
Portugal
Satu Pastila

Suomen Punainen Risti Veripalvelu (Finnish Red Cross Blood Service)
Filandia

Gordon Redpath
Scottish National Blood Transfusion Service
Reino Unido

Zoe Sideras
Κέντρο Αίματος Κύπρου (Cyprus Blood Establishment)
Chipre

Anita Tschaggelar
Regionale Blutspendedienst Schweizerisches Rotes Kreuz
Bern AG (Regional Blood Transfusion Service of the Swiss Red Cross Bern)
Suíça

Ingrid Veldhuizen
Stichting Sanquin Bloedvoorziening (Sanquin Blood Supply Foundation)
Holanda

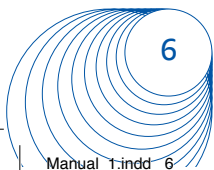
Elze Wagenmans
Stichting Sanquin Bloedvoorziening (Sanquin Blood Supply Foundation)
Holanda

Crispin Wickenden
NHS Blood and Transplant
Reino Unido

Participantes

Chantal Adjou
Établissement Français du Sang (French Blood Establishment)
França

Frédéric Bigey
Établissement Français du Sang (French Blood Establishment)
França



Paddy Bowler
Irish Blood Transfusion Service
Irlanda

Thomas Burkhardt
*Deutsches Rotes Kreuz Blutspende-
dienst Baden-Württemberg - Hessen
gGmbH (German Red Cross Blood
Donation Service)*
Alemanha

Erzsébet Egervári
*Országos Vérellátó Szolgálat
(Hungarian National Blood Transfu-
sion Service)*
Hungria

Ülo Lomp
*Põhja-Eesti Regionaalhaigla
(North Estonian Regional Hospital)*
Estónia

Polonca Mali
*Zavod Republike Slovenije za trans-
fuzijsko medicino (Blood Transfusion
Centre of Slovenia)*
Eslovénia

Clare McDermott
Irish Blood Transfusion Service
Irlanda

Markus Müller
*Deutsches Rotes Kreuz Blutspende-
dienst Baden-Württemberg - Hessen
gGmbH
(German Red Cross Blood Donation
Service)*
Alemanha

Boštjan Novak
*Rdeči križ Slovenije (Cruz Vermelha
Eslovena)*
Eslovénia

Piet Waterkeyn
*Het Belgische Rode Kruis Dienst voor
het Bloed
(Belgian Red Cross Blood Service)*
Bélgica

DOMAINE Conselho Consultivo
Jeroen de Wit
*Stichting Sanquin Bloedvoorziening
(Sanquin Blood Supply Foundation)*
Holanda

Filippo Drago
*International Federation of Blood
Donor
Organizations*
Itália

Androulla Eleftheriou
*Thalassaemia International Fede-
ration*
Chipre

Martin Gorham
*The Douglas-Gorham Partnership
Ltd*
Reino Unido

Angus McMillan Douglas
*The Douglas-Gorham Partnership
Ltd*
Reino Unido

Dirk Meusel
*Executive Agency for Health and
Consumers*
Luxemburgo

Erhard Seifried
*Deutsches Rotes Kreuz Blutspende-
dienst
(German Red Cross Blood Service)
Institute of Transfusion Medicine
and Immunohaematology*
Alemanha

PREFÁCIO

Caro(a) leitor(a),

Quase 50 instituições do sangue de 34 países europeus contribuíram para este manual, partilhando informação de modo “voluntário e não remunerado”, característica do universo da dádiva de sangue. O manual reúne conhecimento e experiência na organização e gestão da dádiva de sangue de toda a Europa.

O manual destaca o resultado da segunda de três etapas do projecto da Gestão de Dádiva na Europa (DOnor MAnagement IN Europe), chamado DOMAINE. O projecto é co-financiado pela Comissão Europeia. A primeira etapa compreendia uma extensa análise na gestão de dádiva de sangue na Europa cujos resultados foram exaustivamente utilizados neste manual. A terceira etapa consistiu na apresentação de um programa de formação e treino de organização e gestão da dádiva dirigida a gestores de dádiva. O programa de formação e treino deverá ser desenvolvido neste manual, de uma forma normativa.

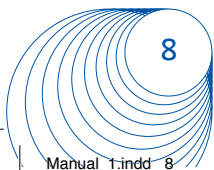
A gestão da dádiva de sangue é o primeiro de muitos passos na cadeia transfusional. O cumprimento correcto dos procedimentos na primeira fase facilitará todas as subsequentes etapas da cadeia de transfusão e tornará a terapêutica transfusional mais segura e mais económica. Fazer algo incorrectamente numa fase inicial, afectará todas as etapas e, muitas vezes, de modo irreparável.

Acreditamos que a utilização deste manual ajudará os serviços de sangue a estabelecer ou a ajustar as suas políticas e organizações de maneira a assegurar a disponibilidade de sangue consistentemente seguro e suficiente para os seus muitos doentes.

Por este motivo, apoiamos totalmente os participantes do DOMAINE que desejem ser bem sucedidos na disseminação dos conhecimentos presentes neste manual e no aperfeiçoamento da gestão na dádiva de sangue por toda a Europa.

Jeroen de Wit
Presidente do Conselho Consultivo do DOMAINE
Presidente da European Blood Alliance

Erhard Seifried
Membro do Conselho Consultivo do DOMAINE
Presidente da Sociedade Internacional de Transfusão de Sangue



8
Manual
de Gestão
de Dadores

ÍNDICE

Prefácio	8
----------	---

PARTE 1 ASPECTOS GERAIS

Introdução

1.1 Introdução	12
1.2 Estrutura do Manual	17

Questionário DOMAINE sobre Gestão de Dadores na Europa

2.1 Questionário DOMAINE sobre Gestão de Dadores na Europa	22
2.2 Resultados do Questionário	25

Arquitectura e Infra-estruturas

3.1 Organização dos Serviços de Sangue	32
3.2 Etapas do processo na gestão de dadores	33
3.3 Indicadores de Desempenho (ID)	41
3.4 Aspectos Financeiros	44
3.5 Competição de Empresas Privadas	52

Dádiva

4.1 Definições	60
4.2 Base de Dadores e o Processo de Gestão de Dadores	75
4.3 Base de Dados de Dadores e Tipos de Dadores	78
4.4 Base de Dados de Dadores e Características de Dadores	81
4.5 Tipo de Dádiva e Resposta ao Convite para Doar	88

PARTE 2 GESTÃO DE DADORES

Angariação e Manutenção de Dadores

5.1 <i>Marketing</i>	92
5.2 Princípios de <i>Marketing</i> aplicados a Dadores	96
5.3 Ferramentas do Posicionamento (Fase 1) para angariação	100
5.4 Ferramentas do <i>Marketing</i> Operacional (Fase 2) para angariação	109

Retenção de Dadores

6.1 <i>Marketing</i> e Manutenção	118
6.2 Ferramentas de Posicionamento para a Manutenção	119
6.3 Ferramentas de <i>Marketing</i> Operacional para a Manutenção	120
6.4 Ferramentas de <i>Marketing</i> Relacional para a Manutenção	126
6.5 Reconhecimento	133
6.6 Monitorizar a satisfação dos Dadores	135
6.7 Indicadores de Desempenho (ID) da Manutenção	137

Colheitas

7.1	Organização das Colheitas	140
7.2	Processo de Dádiva e Instalações	147
7.3	Logística	152
7.4	Indicadores de Desempenho para o Processo de Colheita	153
7.5	Seleção de Dadores	157
7.6	Suspensões	166
7.7	Flebotomia	174

Segurança do Dador

8.1	Eventos Adversos e Reacções durante a dádiva de sangue	180
8.2	Incidentes e Reacções Adversas: outras situações	193
8.3	Estabelecer serviços de aconselhamento a Dadores	195

Doentes Politransfundidos

9.1	Doentes Politransfundidos	206
9.2	Doentes Politransfundidos e mobilidade dos Dadores	212

Situações Especiais

10.1	Gestão de Dadores em situações de desastre	216
10.2	<i>Media</i>	232

PARTE 3 ASPECTOS DE APOIO

Qualificações Necessárias

11.1	Qualificações Necessárias	240
11.2	Formação	248

Informação Tecnológica

12.1	Questões Básicas	254
12.2	Aspectos Técnicos	259

Ética

13.1	Aspectos Éticos da Dádiva de Sangue	270
13.2	Aspectos Ético-Legais no tratamento de Dadores	278

Apêndices

Apêndice I	284
Apêndice II	285
Apêndice III	289
Apêndice IV	301
Apêndice V	317
Apêndice VI	327
Apêndice VII	337

Glossário

353



INTRO- DUÇÃO

Autores:
Wim de Kort
Ingrid Veldhuizen
Elze Wagenmans

01

INTRODUÇÃO

1.1.1 História

Várias tentativas para transfundir sangue de animais para humanos ou entre humanos datam dos séculos XV, XVI e XVII. Um dos primeiros e mais famosos exemplos, mas pouco documentados, de tentativas de transfundir alguém com sangue de outro é o do Papa Inocêncio VIII em 1492. A transfusão não o ajudou nem aos três jovens pastores, uma vez que todos morreram durante o processo. Todas as tentativas seguintes falharam invariavelmente e levaram à proibição oficial de transfusões em 1670.

Em 1818, um ginecologista britânico, James Blundell, foi o primeiro médico a tentar uma base experimental, transfundindo sangue directamente do dador para o doente. Só no início do século XX, após a descoberta dos grupos sanguíneos por Karl Landsteiner, é que as transfusões começaram a ser gradualmente bem sucedidas.



Figura 1.1. Pintura dos primórdios de uma transfusão de sangue (The Hague, Netherlands, A.C. van der Lee, 1933)

Banco de Sangue: Um importante aspecto dos então designados bancos de sangue é a possibilidade de armazenar as unidades de sangue colhidas. Para esse fim, o uso de anticoagulantes que foram desenvolvidos um pouco antes, foi indispensável.

Só na década de 1940 Charles Drew estabeleceu com sucesso o primeiro Banco de Sangue, para soldados feridos na linha da frente da batalha. Após a II Guerra Mundial, em muitos países, foram criados novos bancos de sangue. Especialistas, juntamente com outros elementos, conseguiram de modo mais ou menos bem sucedido criar Bancos de Sangue em pequena escala, quase sempre em hospitais. Por vezes, os governos assumiam a responsabilidade e organizavam Bancos de Sangue numa escala maior. A cooperação internacional na uniformização de procedimentos e especificações de produtos avançaram com alguma dificuldade.

Necessidades iniciais: No início da utilização das transfusões de sangue, a procura de componentes sanguíneos não era elevada e havia dadores disponíveis suficientes. Apesar de haver a indicação do seu grupo sanguíneo específico, as características individuais do dador não eram consideradas e a elegibilidade para dar sangue não era um problema concreto. Esses dias estão longe dos procedimentos da actualidade.

Muitos desenvolvimentos tiveram lugar durante a última década. Actualmente, na Europa, apenas alguns países não têm capacidade para fornecer unidades de sangue aos hospitais^{1, 2}. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como requisito mínimo o uso de 10 concentrados eritrocitários por 1.000 habitantes por ano, para a prestação de cuidados de saúde adequados¹. Em 2004, o número anual de colheitas de sangue na Europa por 1000 habitantes era 42 e variava entre 3 e 74.² As diferenças culturais e o nível educacional são prováveis explicações para essa variação.

Requisitos para o sangue: Vários grupos de doentes beneficiam de transfusões de sangue. As suas necessidades decorrem de traumatismos, cirurgias e doenças do sangue como a leucemia, a anemia falciforme ou a talassémia. Outros grupos de doentes, como aqueles com hemofilia ou portadores de deficiências de imunoglobulina, beneficiam de terapêutica com derivados de componentes sanguíneos. Serviços de sangue por toda a Europa colhem actualmente por dia mais de 20.000.000 unidades de sangue de 13.000.000 dadores. A elegibilidade do dador tornou-se um factor mais exigente e crucial na cadeia transfusional devido, entre outros, a critérios de selecção cada vez mais rigorosos.

As práticas médicas Europeias confiam no fornecimento seguro e suficiente de sangue que é da responsabilidade dos serviços de sangue. Para que possam cumprir o seu papel, os serviços de sangue têm de manter dadores elegíveis em número suficiente. Para isso é necessária uma Boa Gestão de Dadores que se define como o conjunto de acções que conduzem à existência de uma base de dadores em número suficiente e seguro, seleccionada da população em geral. Para atingir esse objectivo, este manual tem como objectivo fornecer orientações aos gestores de dadores dos serviços de sangue.

1.1.2 *Guidelines* da União Europeia (UE) para serviços de sangue

Muitas normas dos serviços de sangue já foram estabelecidas cumprindo as normas europeias. Contudo, estas directivas referem-se predominantemente aos aspectos técnicos e médicos.

Normas gerais: A Directiva UE 2002/98/CE⁴ estabelece normas gerais para a qualidade e segurança do sangue e componentes sanguíneos humanos.

Normas técnicas: Normas mais detalhadas ou requisitos técnicos foram estabelecidos na Directiva 2004/33/CE⁵.

Sistemas de Qualidade: Especificações relacionadas com os sistemas de qualidade poderão ser encontradas na Directiva 2005/62/CE⁶.

Rastreabilidade: Detalhes nos requisitos de rastreabilidade e notificação de eventos adversos graves e reacções estão descritos na Directiva 2005/61/CE⁷.

Com as directivas a focarem aspectos técnicos e médicos, existe pouca orientação relativamente a outros aspectos da gestão do relacionamento com os dadores. Existem critérios de elegibilidade, mas não há regras em como encontrar e tratar os dadores.

Os dadores são fundamentais. Não há sangue sem dadores. Na ausência de componentes sanguíneos artificiais, não há nenhuma alternativa ao sangue de dador (componentes). Contudo, até à data, na Europa, o papel da gestão de dadores de sangue não foi seriamente avaliado. Apenas algumas práticas foram efectivamente identificadas. Ao longo dos últimos anos houve aumento da necessidade de cooperação europeia na área de gestão de dadores. São necessários dadores de sangue com diferentes tipos sanguíneos atendendo ao aumento da movimentação de doentes com as suas doenças, em toda a Europa.

1.1.3 DOMAINE

A Gestão de Dadores na Europa (DOnor MANagement IN Europe) ou projecto DOMAINE foi desenvolvido para fornecer as orientações necessárias, na gestão de dadores. Os serviços de sangue de 18 países Europeus⁸, a Federação Internacional da Talassémia e um representante da *South-eastern Europe Health Network* uniram esforços no DOMAINE. O projecto tem co-financiamento da União Europeia no contexto do Programa de Trabalho de Saúde Pública⁹.

Missão: O objectivo geral do DOMAINE é o de ajudar a criar a disponibilidade de sangue suficiente e seguro, pela recomendação e comparação de boas práticas na gestão de dadores.

Pesquisa DOMAINE: Em 2008, o DOMAINE iniciou uma pesquisa (ou inquérito) sobre as práticas correntes na gestão de dadores nos serviços de sangue europeus. Os dados recolhidos nesse estudo foram amplamente utilizados para desenvolver o Manual DOMAINE de Gestão de Dadores.

Este manual é orientador e não obrigatório. Os autores concluíram que na gestão de dadores não há uma “boa prática” geral. Contudo, existem bons elementos. Como os ingredientes duma receita, conjugados na ordem e quantidades certas, o resultado é uma deliciosa refeição. O contrário dará origem a algo que ninguém comerá.

Mais ainda, é essencial adicionar sabores locais à receita de modo a ir ao encontro dos gostos locais. O mesmo acontece com este manual. Deve ter-se em conta as circunstâncias locais ao definir elementos de boas práticas na gestão de dadores. As diferenças culturais, organizacionais e orçamentais são o “sabor local” para se obter o efeito desejado.

Apesar dessas diferenças, os serviços de sangue europeus partilham princípios básicos. A primeira, e de longe a mais importante característica na gestão de dadores, é que estamos a lidar com pessoas cuja autonomia e direitos individuais têm de ser respeitados. Os dadores dão o seu valioso sangue e a única coisa que damos em troca é o bem-estar associado a uma “boa sensação” com o reconhecimento de que estão a contribuir para o bem-estar geral dos seus concidadãos.

1.1.4 DOMAINE e outros projectos Europeus

Várias organizações de transfusão de sangue em toda a Europa uniram esforços em projectos co-financiados pela UE. Três destes projectos estão relacionados com o DOMAINE, mas focam partes diferentes da cadeia transfusional.

1. O projecto EU-Q-Blood-SOP que terminou em 2008 formulou uma série de Procedimentos Operacionais Normalizados (PON) para serem aplicados em bancos de sangue. O projecto desenvolveu uma metodologia pan-Europeia de procedimentos operacionais reflectindo as melhores práticas na área, no que diz respeito à qualidade e segurança do sangue. Incluía as seguintes actividades principais¹⁰:

- Avaliar a existência de manuais e *guidelines* actualmente usados em 16 serviços de sangue de modo a identificar (i) manuais de PON internacionais e nacionais a ser aplicados e (ii) as práticas de inspecção correntes;
- Desenvolver um manual para apoiar os serviços de sangue a desenvolverem e a implementarem os seus próprios PON;
- Testar a nova metodologia PON nas instituições parceira;

- Produzir o manual em 5 línguas e distribuir nos principais serviços de sangue.

2. O Projecto Europeu de Inspecção de Sangue (EuBIS, 2008-2010) está a desenvolver e a implementar critérios e normas consensualmente aceites para assegurar um reconhecimento equivalente na inspecção aos serviços de sangue entre os Estados da UE. Tal será alcançado através da preparação de um manual que definirá ¹¹:

- Critérios e normas universais para a inspecção nos Serviços de Sangue;
- Requisitos para a implementação (ou expansão) dos sistemas de gestão de qualidade a serem inspecionados;
- Elaboração de *checklists* para a inspecção de acordo com a Directiva 2002/98/EC e os seus anexos técnicos;
- Critérios de avaliação para inspecções e sistemas de comparação (*benchmarking*) relativamente a desvios e acções de melhoria.

3. O Projecto UE de Uso Óptimo do Sangue (EUOBUP, 2007-2010) pretendeu definir normas pan-Europeias para o uso óptimo do sangue. Partilha as melhores práticas na formação relativamente ao uso óptimo de componentes sanguíneos através do desenvolvimento e partilha de um conjunto de ferramentas que pode ser usada em parceria pelas equipas dos serviços de sangue, serviços de medicina transfusional e departamentos clínicos hospitalares, para benefício dos doentes. Para além disso, criou uma rede de comparação (*benchmarking*) sobre a utilização de sangue nos hospitais Europeus. Este projecto procurou identificar boas práticas e iniciar a criação de um sistema de gestão de qualidade Europeu para uso terapêutico de componentes sanguíneos, através das seguintes etapas¹²:

- Diagnóstico da situação actual nos estados participantes de modo a identificar variações em toda a Europa na utilização de sangue, efeitos adversos, práticas terapêuticas e de formação
- Desenvolver ferramentas na forma de um manual que facilitará a implementação das melhores práticas em toda a Europa, aumentando a sensibilização e formação das equipas de saúde sobre o uso de componentes sanguíneos
- Criar um *website* do projecto que facilite a partilha das melhores práticas, o fornecimento de informação sobre as melhores práticas de medicina transfusional baseadas na evidência.

ESTRUTURA DO MANUAL

1.2.1 A importância de um manual de gestão de dadores

O processo de gestão de dadores envolve muitos factores que os serviços de sangue devem ter em conta de forma a poder fornecer componentes de sangue em quantidade e qualidade para a transfusão. Este processo inclui:

- Desenvolvimento e utilização de estratégias para angariação de dadores;
- Organização de sessões de dádiva de sangue;
- Desenvolvimento e utilização de estratégias de fidelização de dadores;
- Gestão de informação sobre de dadores de sangue;
- Aconselhamento e cuidados ao dador.

Resumir e descrever estas actividades poderá ser interessante, mas terá pouco efeito prático. Este Manual de Gestão de Dadores possibilita a oportunidade de considerar aspectos que devem ser incluídos como os relativos a pessoal, equipamentos, instalações, tecnologias da informação (TI) e comunicação, sistemas de qualidade e aspectos financeiros.

O projecto DOMAINE inquiriu os serviços de sangue em toda a Europa, analisando a sua organização e práticas e identificando os pontos fortes e fracos dos vários sistemas (ver Capítulo 2). Por motivos históricos, culturais, políticos e outros, as práticas de gestão de dadores de sangue variam muito entre países. Não há soluções claras relativamente às melhores práticas que possam ser aplicadas universalmente. Contudo, este manual contém informação sobre práticas que se provaram serem eficazes.

Os autores esperam que esta informação seja útil para organizar e melhorar as importantes actividades na gestão de dadores da seguinte forma:

- **Encorajar** as organizações a avaliar criticamente os seus processos e procedimentos;
- **Partilhar** informação e sugestões de unidades Europeias relativamente à gestão de dadores;
- **Apoiar** as unidades no desenvolvimento das suas estruturas já existentes;
- **Aprender** com e comunicar mais amplamente práticas inovadoras desenvolvidas por toda a Europa;
- **Sugerir** formas de melhorar o desempenho das suas organizações;

- **Antecipar** desafios futuros que possam aparecer em contextos culturais específicos.

1.2.2 Programa de formação DOMAINE

Complementarmente ao manual, o projecto DOMAINE desenvolverá um programa de formação para disseminar a informação nos serviços de sangue em todos os países Europeus. Como as circunstâncias locais da gestão de dadores variam de país para país, e de região para região, esta formação oferecerá a possibilidade de adaptação aos contextos locais. O programa de formação estará disponível em meados de 2010.

1.2.3 Organização do manual

Este Manual de Gestão de Dadores contém 3 partes: aspectos gerais, prática de gestão de dadores e questões de apoio. Cada parte está dividida em capítulos, descrevendo vários aspectos da gestão de dadores.

Parte 1. Aspectos gerais

2. Resultado do inquérito realizado. Um resumo que realça vários resultados do questionário realizado em 2008 pelo DOMAINE relativamente a práticas correntes na gestão de dadores de sangue por toda a Europa.

3. Arquitectura e infra-estrutura de serviços de sangue, incluindo estruturas organizacionais, aspectos financeiros e índices de desempenho.

4. Base de dados de Dadores. A gestão de informação tem-se tornado cada vez mais importante em todo o processo de gestão de dadores onde uma base de dados clara e o bom uso dos dados é crucial.

Parte 2. Prática de gestão de dadores

5. Angariação de dadores, incluindo estratégias e aspectos práticos. Análoga à abordagem de *marketing* à economia, este capítulo apresenta um sistema de *marketing* aplicável tanto para a angariação de dadores como para a sua manutenção.

6. Fidelizar os dadores. Usando os mesmos princípios de *marketing* do Capítulo 5, este capítulo discute importantes aspectos de como manter os dadores.

7. Colheita incluindo organização das colheitas, convites, critérios de selecção e exclusão de dadores.

8. Incidentes e reacções adversas que podem ter lugar no processo. Este capítulo dá indicações para estabelecer um serviço de aconselhamento a dadores.

9. Doentes poli-transfundidos. Um aspecto em crescimento no universo das transfusões de sangue é a necessidade de muitos doentes fazerem múltiplas transfusões durante um período prolongado de tempo de muitos doentes.

10. Situações especiais – gestão de dadores em situações de desastre e como lidar com os *media*

Parte 3. Questões de apoio

11. Gestão de recursos humanos, incluindo requisitos de qualificação e aspectos de formação.

12. Tecnologia da informação. São discutidos neste capítulo aspectos básicos da gestão de dados de dadores e dádiva e aspectos técnicos relativos a *hardware* e *software*.

13. Considerações éticas gerais e específicas na gestão de dadores, incluindo aspectos ético-legais.

Apêndices: Directivas da Comissão Europeia e sites úteis.

Bibliografia

1. Os níveis padrão da OMS para fornecimento suficiente de sangue para as necessidades básicas dos hospitais é de 10 unidades de eritrócitos por 1.000 habitantes. Fonte: Organização Mundial de Saúde (2009) *Global blood safety and availability. Facts and figures from the 2007 Blood Safety Survey*. Retirado a 17 de Março de 2010 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/index.html>
2. Van der Poel CL, Janssen MP & Borkent-Raven B (2007). *Report on the collection, testing and use of blood and blood components in Europe in 2004*. Conselho da Europa, Comité Europeu (Acordo Parcial) na Transfusão de Sangue
3. Kort de W, Wagenmans E, Dongen van A, Slotboom Y, Hofstede G & Veldhuizen I (2010). Blood collection and supply: just a matter of money? *Vox Sanguinis*, 98(3), e201-e208. doi: 10.1111/j.1423-0410.2009.01297.x
4. Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de Janeiro de 2003 que estabelece normas de qualidade e segurança em relação à colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de sangue humano e de componentes sanguíneos e que altera a Directiva 2001/83/CE. Jornal Oficial da União Europeia, L33, 8/02/2003, p.30
5. Directiva 2004/33/CE da Comissão de 22 de Março de 2004 que dá execução à Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho no que respeita a determinadas exigências técnicas relativas ao sangue e aos componentes sanguíneos. Jornal Oficial da União Europeia, L91, 30/03/2004, p.25
6. Directiva 2005/62/CE da Comissão de 30 de Setembro de 2005 que dá execução à Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho no que respeita às normas e especificações comunitárias relativas ao sistema de qualidade dos serviços de sangue
7. Directiva 2005/61/CE da Comissão de 30 de Setembro de 2005 que aplica a Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho no que se refere aos requisitos de rastreabilidade e à notificação de reacções e incidentes adversos graves. Jornal Oficial da União Europeia, L256, 1/10/2005, p.32
8. Alemanha, Áustria, Bélgica, Chipre, Escócia, Eslovénia, Estónia, Finlândia, França, Holanda, Hungria, Inglaterra, Irlanda, Irlanda do Norte, Malta, País de Gales, Portugal e Suíça
9. Programa de Saúde Pública 2007, acção 2.1.2.4 Segurança do sangue, tecidos e células, órgãos, que promove a qualidade, segurança e disponibilidade de substâncias de origem humana (sangue) usados para propósitos terapêuticos associados com a sua colheita, processamento, distribuição e utilização
10. Consultado em 17 de Março de 2010 de www.eu-q-blood-sop.de/pages/objectives.php
11. Consultado em 17 de Março de 2010 de www.eubis-europe.eu/objectives.php
12. Consultado em 26 de Janeiro de 2010 de www.betterblood.org.uk/EUOptimal-BloodUseProject/ReasonfortheProject/ObjectivesoftheProject/tabid/110/Default.aspx



QUESTIONÁRIO DOMAINE SOBRE GESTÃO DE DADORES NA EUROPA

Autores:
Ingrid Veldhuizen
Elze Wagenmans

02

QUESTIONÁRIO DOMAINE SOBRE GESTÃO DE DADORES NA EUROPA

2.1.1 Introdução

Em 2007, o projecto DOMAINE recolheu informação na Europa sobre as actuais práticas de gestão de dadores de sangue. Foi pedido aos serviços de sangue que fornecessem informação sobre as suas práticas de gestão de dadores. Muitos dos resultados foram incorporados ao longo dos capítulos deste manual. Esta secção descreve a metodologia usada e faz uma sinopse dos resultados mais importantes.

2.1.2 Conteúdo do questionário

O projecto DOMAINE desenvolveu um questionário de forma a obter informação sobre vários tópicos na gestão de dadores. No início, deveriam ser incluídos temas como estratégias para angariação e manutenção de dadores, procedimentos, critérios de exclusão e políticas dos serviços de sangue relativos a doentes que requerem transfusões ao longo de muito tempo. O questionário abrangia também questões relativas a algumas características do dador de sangue e composição da população de dadores no que diz respeito à idade e número de dádivas.

Para a construção do questionário, foram exploradas diversas perspectivas de várias partes interessadas:

- **Serviços de sangue:** Foram realizadas entrevistas individuais com profissionais de diversos serviços de sangue Europeus. As entrevistas permitiram obter informação e ideias a um nível geral sobre tópicos específicos da gestão de dadores a serem incluídos.
- **Dadores de sangue:** Para assegurar a perspectiva dos dadores de sangue foi também entrevistado um representante da Federação Internacional das Organizações de Dadores de Sangue (IFBDO). Esses tópicos foram igualmente discutidos com a Associação Holandesa de Dadores;

- **Receptores de sangue:** Foram reunidas opiniões de serviços de sangue relativamente aos receptores de sangue através de entrevistas presenciais com representantes da Federação Internacional de Talassémia.

A informação obtida nas entrevistas permitiu construir uma lista de *itens* que identificam semelhanças e diferenças na gestão de dadores. Esses elementos foram usados para estruturar o questionário DOMAINE contendo as questões presentes na Tabela 1:

Tabela 1. Lista de tópicos abordados no questionário DOMAINE

Organização	Aspectos relacionados com a organização dos serviços de sangue (incluindo associações com a Cruz Vermelha, presença de associações de dadores, pessoal e aspectos da garantia de qualidade, certificações)
População de dadores	Descrição da população de dadores: números e tipos de dadores, números e tipos de dádivas
Processos	Aspectos relacionados com o processo de dádiva (incluindo o número de locais de colheita, horários de atendimento para recolha de sangue, percentagens de todo o sangue colhido nos dias úteis e fins de semana, não remuneração, elegibilidade, exame médico, métodos de convite)
Angariação de dadores	Aspectos relacionados com a angariação de dadores (incluindo critérios de angariação, factores que tornam o angariação mais difícil, métodos e actividades para angariação, motivos para tornar-se num dador alvo em várias campanhas de angariação, material informativo)
Manutenção de dadores	Diferentes características da fidelização de dadores (incluindo as práticas de manutenção, as estratégias de manutenção dirigida a grupos específicos de dadores, reconhecimento e agradecimento dirigidos ao dador, tempo de espera, procedimentos de reclamação dos dadores, queixas mais comuns, satisfação do dador)
Exclusão de dadores	Aspectos da exclusão de dadores (incluindo critérios e políticas de exclusão, exclusões temporárias e permanentes, taxa total de exclusões, aconselhamento do dador, informação disponível aos dadores em caso de exclusão)
Doentes	Aspectos relacionados com a gestão de dadores para doentes com necessidades especiais de transfusão (incluindo estratégias para este tipo de gestão de dadores, grupos de doentes envolvidos, painel de dadores, informação para dadores sobre necessidades especiais de sangue, procedimentos especiais de angariação)

2.1.3 Logística e período temporal do questionário DOMAINE

Em Outubro 2008, a versão final do questionário DOMAINE foi enviada para 48 serviços de sangue de 34 países Europeus representados no Comité Europeu de Transfusão de Sangue (CD-P-TS, Conselho da Europa). Para o DOMAINE, o Reino Unido foi dividido em Escócia, Irlanda do Norte, País de Gales e Inglaterra. O número de países destinatários totalizou por isso os 37. Nem todos os países eram membros da UE.

Nos países participantes no projecto DOMAINE o questionário foi preenchido pelo respectivo membro DOMAINE e, se aplicável, por outro responsável de um serviço de sangue importante no fornecimento de sangue do país. Nos países não representados no DOMAINE, o questionário foi enviado para o delegado do Comité Europeu de Transfusão de Sangue, com um pedido para que o completasse e o distribuisse por outros serviços de sangue, caso fossem responsáveis por uma parte importante da distribuição de sangue a nível nacional.

Resposta

Dos 48 questionários enviados, 42 foram preenchidos e devolvidos, o que perfaz uma taxa de resposta de 87,5% (42/48). Dos 37 países incluídos na pesquisa, foram recebidos 35 questionários preenchidos, sendo portanto a taxa de resposta 94,6% (35/37).

A equipa DOMAINE finalizou o relatório do questionário em Junho de 2009 após um processo interactivo de comentários e a realização de um plenário de discussão com todos os participantes do DOMAINE.

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO

2.2.1 Introdução

O relatório do questionário DOMAINE contém todos os dados inquiridos e uma análise descritiva desses dados. A estrutura do relatório segue a lista de tópicos mencionada na **Tabela 2.1.** na secção anterior, sendo salientados os resultados mais importantes. Por motivos de confidencialidade, os dados não revelam os países nem serviços de sangue a que se referem. Quando apropriado algumas partes desta secção reaparecem noutros capítulos, completados com mais resultados e mais detalhados.

2.2.2 Organização

Todas as organizações que devolveram os questionários não tinham fins comerciais.

É de realçar que 20% dos inquiridos relataram a presença dum serviço de sangue comercial no seu país. Mais de metade dos inquiridos eram entidades públicas governamentais.

Outros eram organizações em serviços de sangue com base num hospital ou organizações não-governamentais sem fins lucrativos (ver Figura 1.1.). Mais de 80% das organizações são independentes. Outras são parte de uma organização maior como a Cruz Vermelha ou um hospital. Cerca de 60% tinha ligação com a Cruz Vermelha. Estas organizações pertenciam à Cruz Vermelha ou cooperavam com ela. No último caso, frequentemente os departamentos da Cruz Vermelha eram responsáveis pelas actividades de angariação ou manutenção dos dadores ou a entidade providenciava voluntários para as campanhas de colheita de sangue e angariação de dadores. O Capítulo 3 descreve os aspectos organizacionais com mais detalhe.

Mais de metade dos países tinham associações de dadores a nível local (17%), nacional (17%) ou ambos (26%). Para a maior parte, estas associações de dadores de sangue promovem sessões de colheita e estão envolvidas nas actividades de angariação e fidelização de dadores.

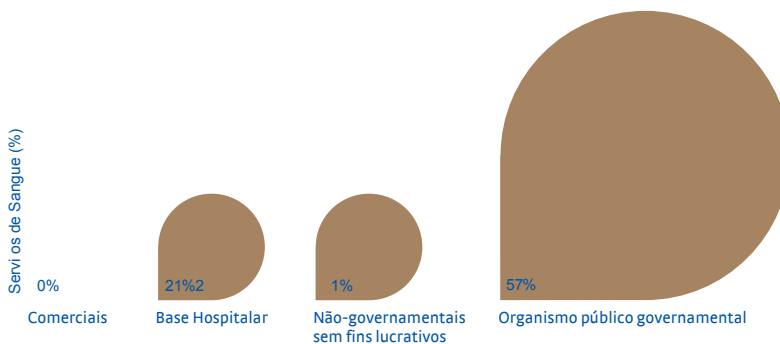


Figura 2.1 Tipos de organização (responderam 42 Serviços de Sangue)

2.2.3 População dadora

Como foi difícil conseguir dados fiáveis relativamente à população dadora dos sistemas de processamento de dados, apenas 50% dos que responderam tiveram a possibilidade de fornecer informação sobre a composição da população dadora. Os serviços de sangue que responderam, reportaram que a idade média dos dadores homens é de 38,3 anos e, nas mulheres, 37,4 anos. A média de dadas por dador em 2007 foi de 1,6, incluindo os dadores de primeira vez e 1,9 excluindo estes. A composição da população dadora em termos de tipo de sangue varia consideravelmente entre países. A **Figura 2.2** mostra um exemplo anónimo das proporções dos tipos sanguíneos da população dadora. Mais ainda, os resultados do questionário mostraram que muitos serviços de sangue obtiveram as suas dadas maioritariamente de pessoas que fizeram poucas dadas no seu tempo de vida: uma a cinco dadas. Apenas alguns serviços de sangue têm uma percentagem grande de dadores frequentes. Uma descrição mais abrangente da base de dadores é discutida no Capítulo 4.

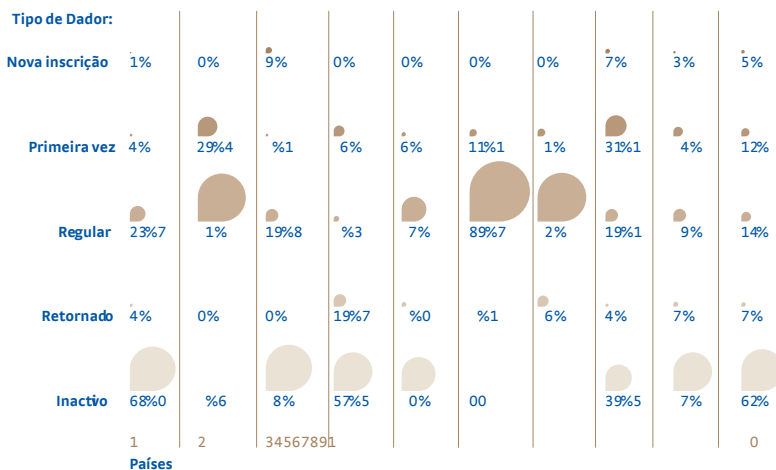


Figura 2.2 Exemplo das proporções do tipo de dadores na população dadora

2.2.4 Processos

Métodos de convite: Os métodos pessoais mais frequentemente usados para convidar o dador a fazer uma dádiva foram as cartas e as chamadas telefónicas. O envio de *e-mails* e *sms* foi menos utilizado. Foram usadas por mais de 75% dos serviços de sangue convite aos dadores, utilizando métodos mais gerais através dos *media* locais. Em mais de 80% dos casos os dadores doaram sem terem recebido uma notificação. O convite aos dadores é um dos temas do Capítulo 5.

Locais de colheita: Os serviços de sangue colhem sangue em três tipos de locais: postos fixos, postos móveis e veículos móveis (ver **Glossário** para definições). De todas as colheitas, uma média de 1,5% são efectuadas em locais fixos; 85% em locais móveis e 13,5% em veículos móveis. Todos os serviços de sangue têm sessões de colheita nos dias úteis. Em 55% dos serviços que responderam ao inquérito praticam-se sessões de colheita aos fins de semana. Poderão ser encontrados mais detalhes no Capítulo 7.

Seleção de Dadores ou Triage médica: A avaliação clínica para a primeira dádiva é diferente da avaliação em dádivas regulares em 45% dos serviços que responderam ao inquérito. A maior parte dos serviços, para esses casos, usam um questionário mais extenso e detalhado (ver Secção 7.5).

Stock de eritrócitos: Para 44% dos serviços, o seu *stock* foi considerado suficiente para os 365 dias por ano. Os restantes 56% consideram não ter eritrócitos suficientes para 365 dias por ano, tendo essa insuficiência variado entre 5 e 130 dias.

Remuneração e compensação: A **figura 2.3** mostra as percentagens de serviços de sangue Europeus que não remuneraram os seus dadores pelas dádivas. A **figura 2.4** ilustra o tipo de compensação (outra que não remuneração) que os dadores receberam pelo seu tempo ou despesas. As remunerações e compensações são também um tópico do Capítulo 13.

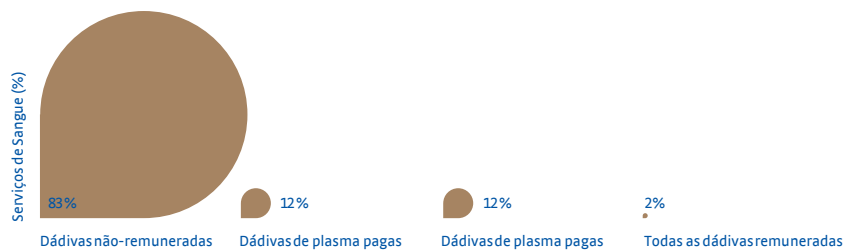


Figura 2.3. Remunerações aos dadores por doações (responderam 42 Serviços de Sangue)

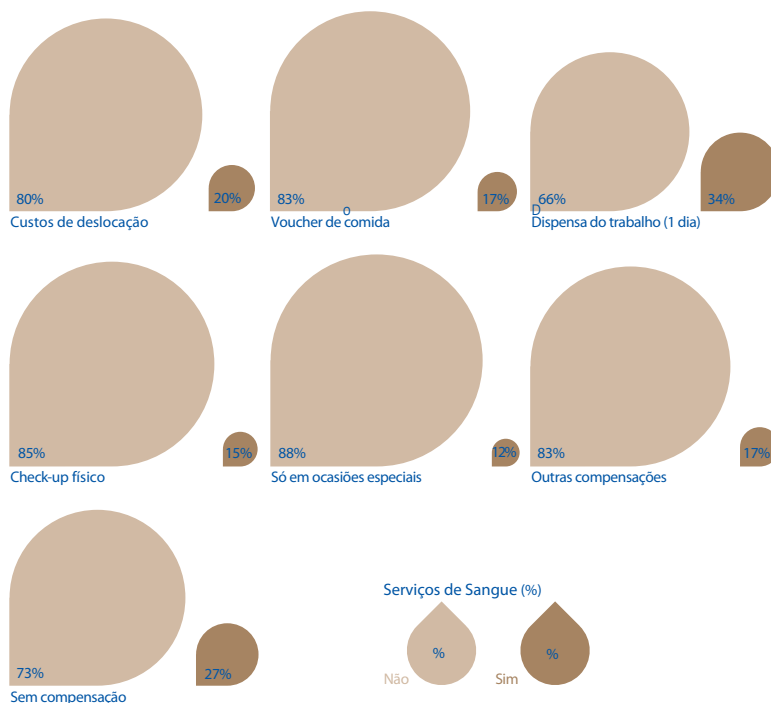


Figura 2.4. Compensações por tempo e despesas ao dador (responderam 41 Serviços de Sangue)

2.2.5 Angariação de dadores

O questionário mostrou que os métodos mais eficientes de angariação de dadores não são necessariamente os mais utilizados. Métodos reportados como sendo os mais eficazes foram os anúncios na rádio e televisão nacionais e locais, campanhas de angariação de dadores, anúncios em jornais e angariação em grandes empresas. Contudo, os métodos mais usados são *websites*, folhetos, angariação em grandes empresas, anúncios nas rádios e televisão locais e programas nas escolas. Mais de metade dos serviços de sangue seleccionou grupos especiais como alvo de angariação, como jovens dadores, minorias étnicas ou pessoas com um grupo sanguíneo específico.

No Capítulo 5 são discutidos com mais detalhe os vários aspectos do angariação.

2.2.6 Manutenção ou Fidelização de dadores

As taxas de manutenção ou fidelização de dadores variam significativamente em toda a UE. Como forma de manter os dadores, todos os serviços de sangue expressam a sua gratidão aos dadores, incluindo cartas de agradecimento, cerimónias, medalhas, exames médicos e pequenas prendas. Os métodos de manutenção de dadores indicados como mais eficientes foram os telefonemas e o contacto pessoal directo ao dador. Foi considerado benéfico para a sustentabilidade da disponibilidade de sangue a taxa elevada de resposta às sessões de colheita de sangue. Quando os dadores não aparecem após convites, quase 70% dos serviços de sangue empreendem acções, predominantemente através do envio de um segundo convite ou dum telefonema (ver Figura 2.5).

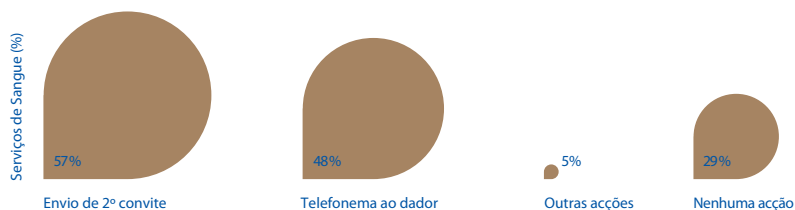


Figura 2.5. Medidas a tomar caso o dador não apareça quando convocado (responderam 41 Serviços de Sangue)

A manutenção dos dadores tem uma forte relação com a sua satisfação. Esta foi monitorizada em 76% dos serviços de sangue. As reclamações mais frequentes nos serviços de sangue Europeus dizem respeito aos tempos de espera demasiado longos. Outras queixas frequentes referem-se a problemas logísticos: horário de abertura, parqueamento e localização do posto de colheita.

O Capítulo 6 refere à manutenção de dadores com mais detalhe.

2.2.7 Suspensão de dadores

Nos serviços de sangue Europeus, a taxa total de exclusões (percentagem de todos os dadores excluídos temporária ou permanentemente) varia de 6 a 28%. A maior parte dos serviços (86%) informaram os dadores sobre o período de suspensão, por exemplo a data de quando se tornariam elegíveis para doar novamente. A maior parte dos serviços (93%) têm processos específicos para a gestão do processo de suspensão, muito frequentemente baseados em PONS (86%) e/ou algoritmos, árvores de decisão ou fluxogramas.

A maior parte dos serviços de sangue têm programas especiais para incentivar o regresso dos dadores suspensos. Os métodos mais amplamente utilizados consistem numa sessão de encorajamento para retorno para uma próxima dádiva (45%) e convite de rotina que o dador recebe automaticamente por correio (45%), telefone (19%) ou *e-mail* (12%). Cerca de um quarto dos serviços de sangue têm programas específicos para dadores suspensos pelo seu baixo nível de hemoglobina.

A secção 7.6 discute este tema com mais detalhe.

2.2.8 Gestão de dadores para doentes com necessidades especiais de transfusão

Mais de metade dos serviços de sangue têm uma política ou estratégia específica para a gestão de doentes com necessidades especiais de transfusão, desde registos de tipos de sangue raros até grupos especiais de dadores. Cerca de 30% têm procedimentos especiais de angariação de dadores. São envolvidos vários grupos de doentes com talassémia, leucemia, síndrome mielodisplásica e transplantes de células estaminais, por exemplo.

O Capítulo 9 desenvolve com mais detalhe a situação especial dos doentes com diferentes necessidades de transfusão de sangue.

Nota

Este capítulo e os seguintes citam várias partes do relatório sobre o questionário DOMAINE, escrito em 2009. A confidencialidade dos resultados não permite a publicação do relatório na íntegra.



ARQUITEC- TURA E INFRA- ESTRUTURAS

Autores:
Wim de Kort
Gilles Folléa

03

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SANGUE

3.1.1 Estrutura organizacional

A colheita e processamento dos componentes sanguíneos são fortemente regulados, mas não existe nenhuma lei, directiva ou regra sobre como organizar os serviços de sangue. Em alguns países existem leis que definem quem (ou qual) a entidade que deve colher e processar os componentes sanguíneos. Na verdade, hoje e não de forma surpreendente, a organização dos serviços de sangue por toda a Europa varia amplamente. O questionário DOMAINE sobre gestão de dadores na Europa (ver Capítulo 2) detectou que há 12 países Europeus que têm um único tipo de serviço de sangue. Três países têm apenas serviços baseados em hospitais. Nove países têm organizações a nível nacional, estruturadas em diversas formas.

- Cinco países têm um serviço de sangue governamental;
- Três países têm um serviço de sangue da Cruz Vermelha;
- Um país tem um serviço de sangue nacional independente.

Em todos os outros 25 países que responderam ao inquérito, ocorrem quaisquer combinações dos já mencionados tipos de organização dos estabelecimentos. A extrema diversidade das organizações observadas é provavelmente ainda maior, se as unidades dentro das diferentes organizações puderem ser divididas a nível geográfico: nacional, regional e local. Mais ainda, a angariação de dadores, colheita de sangue e processamento deste em componentes, pode ocorrer em serviços diferentes, sendo actualmente o caso de um número limitado de países. Muitas vezes os esforços de voluntários, quer individualmente ou através de organizações como a Cruz Vermelha, são inestimáveis ou impagáveis.

Este manual não disponibiliza uma recomendação geral sobre como organizar um serviço de sangue. Não há, simplesmente, melhores práticas disponíveis “à mão”. O modo como o sistema de saúde está organizado ou até receitas sobre as relações políticas, podem determinar a melhor maneira possível para organizar o fornecimento de sangue num ambiente em particular. O resto deste capítulo trata de aspectos de gestão dos serviços de sangue. A associação entre os aspectos de gestão e a situação local ajudará um serviço de sangue a funcionar correctamente.

ETAPAS DO PROCESSO NA GESTÃO DE DADORES

3.2.1 Introdução

A gestão de dadores para a colheita de componentes sanguíneos é um processo em cadeia. Cada etapa desta cadeia representa um conjunto de acções a ter em conta para a existência de uma quantidade adequada de componentes sanguíneos. Dado que este manual lida com a gestão de dadores, esta secção começa com a angariação de dadores e termina onde a gestão termina: quando o serviço de sangue colhe os componentes sanguíneos (sangue total, aférese/componentes sanguíneos, tubos de teste) dos dadores e os encaminha para as unidades de processamento. Esta secção dará também atenção aos cuidados pós-dádiva de dadores, mas não incluirá informação sobre testes para doenças infecciosas e processamento de componentes fora do departamento de colheita.

Esta secção descreve as distintas etapas na gestão de dadores. Tal serve de base para a secção 3.3, que inclui uma breve descrição do custo dos *itens* em cada etapa da gestão de dadores, e a secção 3.4, que descreve em detalhe os centros de custos dos processos: que custos podem ser identificados em cada etapa da gestão de dadores e quais as consequências para o orçamento do serviço de sangue? A secção 3.5 discute as consequências práticas da concorrência na gestão de dadores

3.2.2 Gestão de dadores em cinco etapas

Na gestão de dadores distinguem-se cinco etapas nesta cadeia. Cada etapa representa um conjunto distinto de acções para os Serviços de Sangue. Os números nesta secção descrevem as etapas com efeito na base de dados dos dadores. A base de dados de dadores compreende o conjunto de todos os dadores registados com os quais os serviços de sangue contam para a existência de sangue. Ao longo desta secção, são referidas várias noções sobre gestão e tipos de dadores. No Capítulo 4 as definições dos termos agora usados são discutidas com mais detalhe. As etapas discutidas são as seguintes:

- Angariação;
- Convite/convocatória;

- Triagem de dadores;
- Procedimentos de dadores;
- Manutenção ou Fidelização de dadores

3.2.3 Etapa 1, Angariação

A angariação envolve um conjunto de medidas necessárias para ajudar as pessoas a tornarem-se dadoras. Nem todas as pessoas na população geral (**a** na Figura 3.1) estão dispostas a tornarem-se dadoras. Caracteristicamente, parte da população geral está disposta a tornar-se dadora e esta subpopulação é denominada potenciais dadores (**b** na Figura 3.1). O número de potenciais dadores que existem na população em geral é desconhecido. Uma parte do processo de angariação consiste em aumentar a sensibilização para a dádiva de sangue nos potenciais dadores através de acções gerais não individuais. Outra parte da angariação envolve tipicamente acções individuais ou não que podem fazer os potenciais dadores tornarem-se dadores efectivos. O Capítulo 5 descreve o processo de angariação com mais detalhe.

Um aspecto importante na gestão de dadores é o registo dos dadores numa base de dados. Tipicamente, o registo de dadores é uma actividade de *back office*. Alguns serviços de sangue registam primeiro os dadores angariados e convidam-nos depois a fazer a primeira dádiva. Em muitos países, contudo, o registo de dadores e a primeira dádiva são feitos durante a primeira visita. Quando são os potenciais dadores a contactar o serviço de sangue local, podem registar-se directamente como dadores. De qualquer modo, a adição de dadores à base de dados altera (aumenta) o número de dadores registados (**c** na Figura 3.1). Como será explicado no Capítulo 4, estão incluídos nesta base de dados vários tipos de dadores, como novos registos, dadores de primeira vez, dadores regulares, dadores retornados e dadores inactivos. A designação de Dadores parados refere-se às pessoas que fizeram parte da base de dados, mas foram removidas, por exemplo, porque deixaram de ser elegíveis para doar. O registo é um processo contínuo, necessário para ter uma compreensão precisa da composição da base de dadores.

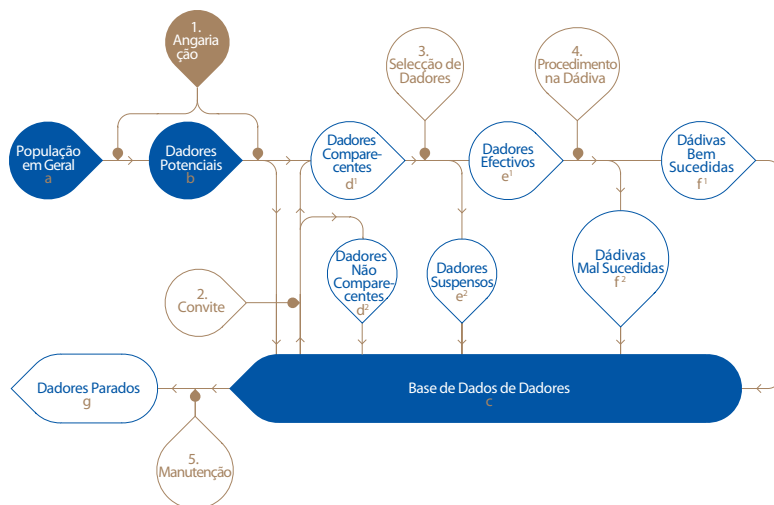


Figura 3.1. O primeiro passo na gestão de doadores, Recrutamento em relação a subpopulações onde exerce efeito

3.2.4 Etapa 2, Convite / Convocatória

Os convites aos doadores podem ser de origem pessoal ou geral. O número de convites personalizados é conhecido em contraste com o número de doadores convidados de maneira mais geral, como através de anúncios ou da rádio local. Neste manual a população de doadores abrange os convidados de maneira geral e pessoal. Para além disso, os doadores visitantes espontâneos, não convidados, incluindo potenciais doadores, são um fenómeno bem conhecido em quase todo o lado. **Ver Etapa 1, Angariação.**

Todas as pessoas que visitam um centro de colheita são chamadas doadores comparecentes (d1 na Figura 3.2). Este grupo de pessoas inclui aqueles que visitam o centro de colheitas espontaneamente e são registados como doadores no momento. Por outro lado, nem todos os que são convidados comparecem, resultando na população de doadores não-comparecentes (d2 na Figura 3.2).

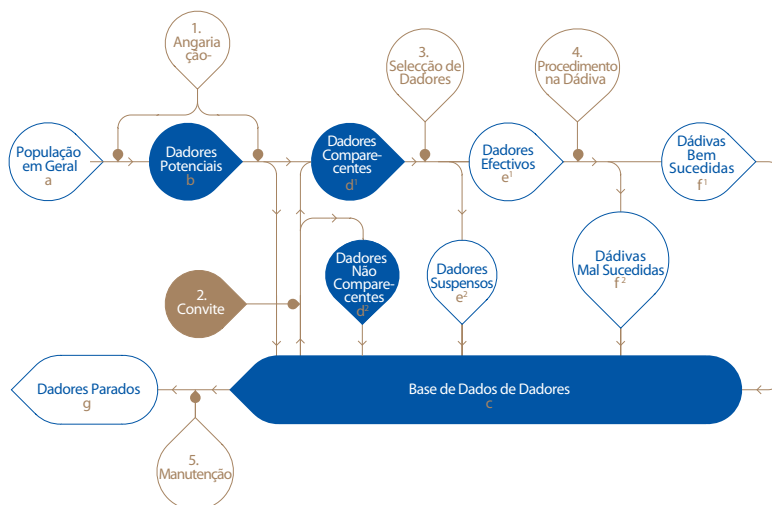


Figura 3.2. O segundo passo na gestão de doadores, Convites / Convocações em relação a subpopulações onde exerce efeito

3.2.5 Etapa 3, Triagem/ Selecção de Dadores

Avaliar a elegibilidade, seleccionar ou triar um doador é a etapa importante na gestão de doadores. O processo de selecção de doadores é tratado com mais detalhe nas Secções 7.5 e 7.6. Este processo inclui a avaliação de comportamento de risco, a ocorrência de doenças, os testes biométricos e a colheita de amostras de sangue para rastreio. Contudo, este manual foca os aspectos processuais da selecção de doadores e não desenvolve os conteúdos necessários ou critérios da avaliação médica. Todos os doadores que comparecem que passam esta fase com sucesso passarão a pertencer à população de doadores efectivos (e1 na Figura 3.3). A selecção de doadores poderá levar à suspensão resultando na população de doadores suspensos (e2 na Figura 3.3)

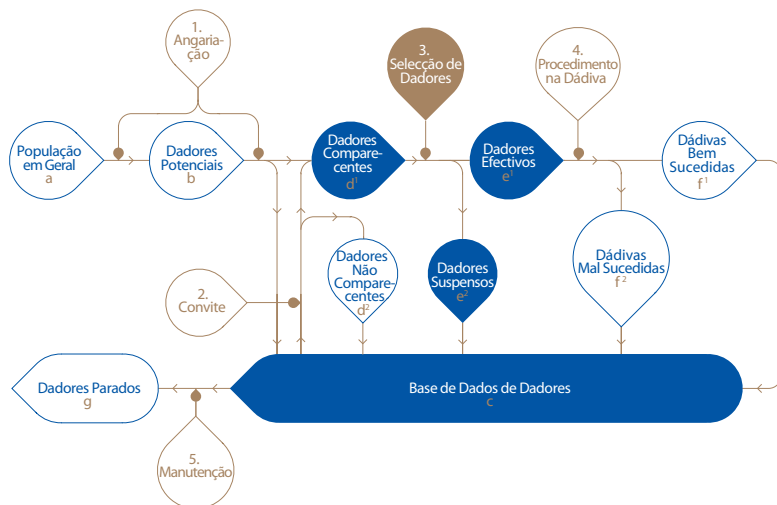


Figura 3.3. O terceiro passo na gestão de dadores, Avaliação médica em relação a subpopulações onde exerce efeito

3.2.6 Passo 4, Procedimentos na Dádiva

Os procedimentos na dádiva, Etapa 4, produzirão os componentes sanguíneos. O número de dadores com sucesso nos procedimentos de dádiva está representado por **f1** na figura 3.4. Em contraste, uma parte dos procedimentos de dádiva (**f2** na Figura 3.4) não são bem sucedidos. A punção venosa mal sucedida, fluxo sanguíneo insuficiente ou lipotímia do dador são todos exemplos de procedimentos na dádiva mal sucedidos.

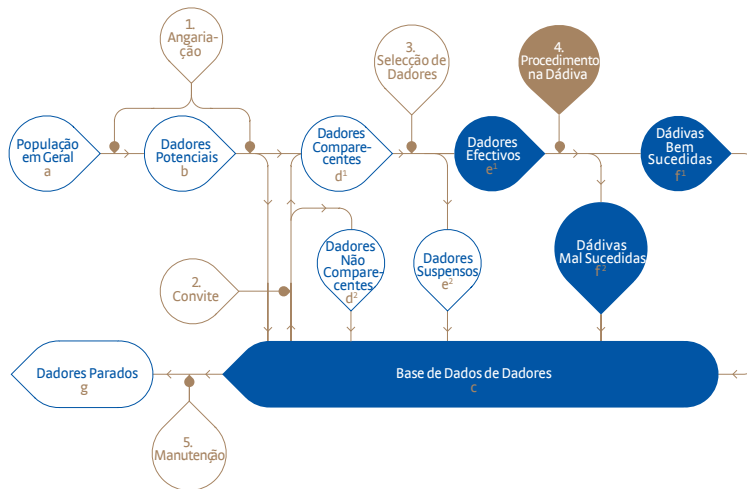


Figura 3.4 A quarta etapa na gestão de dadores, Procedimentos na Dádiva em relação a subpopulações onde exerce efeito

3.2.7 Etapa 5, Manutenção/Fidelização de Dadores

A quinta e última etapa na cadeia de gestão de dadores, às vezes desvalorizada, é denominada manutenção ou fidelização de dadores. O objectivo desta acção é minimizar a população de dadores parados (g na Figura 3.5). Uma boa manutenção aumenta o número de dadores registados. Uma manutenção mal sucedida resulta definitivamente em dadores parados, cujos dados são arquivados em concordância com as regras e regulamentos em vigor. Contudo, é sabido que uma parte substancial dos dadores parados está aberta se for encorajada a retomar a dádiva activa. A manutenção do dador é abordada com mais detalhe no Capítulo 6.

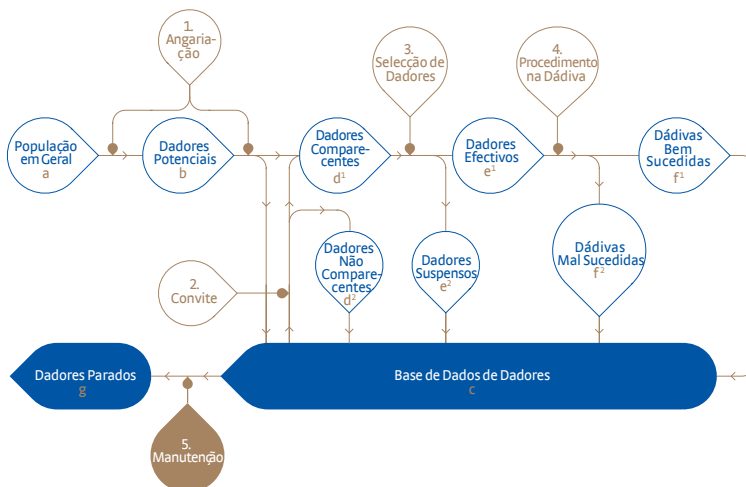


Figura 3.5 A quinta etapa na gestão de doadores, Manutenção/fidelização em relação a subpopulações onde exerce efeito

3.2.8 O processo completo de gestão de doadores

De uma forma geral, os serviços de sangue agrupam as etapas da gestão em unidades organizacionais. A estrutura organizacional concreta dependerá de factores locais, regionais ou nacionais, assim como no modo como os serviços de sangue estão integrados no sistema de saúde. Por exemplo, um serviço de sangue pode definir três unidades organizacionais no departamento de gestão de doadores (ver Figura 3.6):

- **Centro(s) de Colheita**, é onde as etapas 3 e 4 têm lugar. Dependendo do modo como as colheitas são organizadas, os locais de colheita estão em todo o serviço de sangue;
- **Unidade de Relações Públicas** (incluindo *marketing* para doadores) para as etapas 1 e 5. O raio de acção coincide com a do serviço de sangue, enquanto a base de operações será localizada perto da área administrativa
- **Unidade de Back Office**, incluindo unidades de apoio e gestão, para todo o trabalho de gestão, inclui a Etapa 2. Por regra, um serviço de sangue usará uma ou mais localizações para acomodar as tarefas ou actividades administrativas

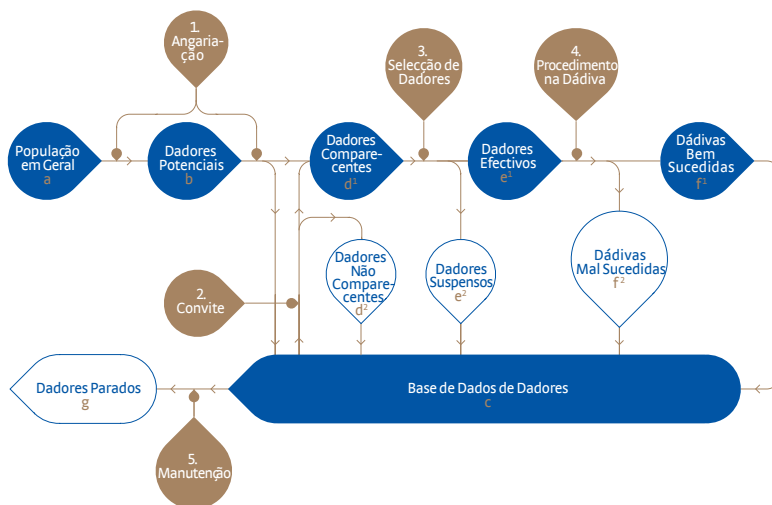


Figura 3.6 Todas as etapas na gestão de dadores em relação a subpopulações onde exercem efeito

INDICADORES DE DESEMPENHO (ID)

3.3.1 Introdução

Na direcção de um serviço de sangue, de tempos a tempos, o desempenho na gestão de dadores tem de ser avaliado. Para essa finalidade é necessário comparar os resultados obtidos com os definidos previamente (eficácia). Também poderá ser necessário comparar os resultados com os seus custos (eficiência). Poder-se-á ainda comparar os resultados com aqueles de outras unidades dentro do mesmo serviço de sangue ou de outros serviços (estudo comparativo – *benchmarking*).

Indicadores de Desempenho: A utilização de Indicadores de Desempenho (ID) é a melhor forma de realizar essa avaliação. É da maior importância que os ID sejam calculados de modo inequívoco, usando termos e definições claros e evidentes. Esta secção define e elabora os ID da gestão de dadores. Para as definições dos diferentes tipos de dadores aqui utilizadas e as usadas para descrever a base de dadores, ver a Secção 4.1.

Outra condição necessária na avaliação de ID é a disponibilidade de um sistema de validação da base de dados. Esse sistema deve conter dados inequívocos lembrando o velho ditado “entra lixo, sai lixo”. O Capítulo 9 aborda com mais detalhe a gestão de dados.

Para ajustar a estratégia das organizações ou fazer planos futuros pode ser muito útil definir indicadores específicos na gestão de dadores, para além dos ID regulares, como o desempenho financeiro dos serviços de sangue ou os dados da Gestão de Recursos Humanos (GRH). Esta secção estabelece um conjunto de ID gerais que podem ser usados para esse fim. Os ID detalhados relacionados com as etapas específicas da cadeia de gestão de dadores, como descrito na Secção 3.2, são discutidos nos seus capítulos ao longo do manual.

Previsão de tendências: Uma vez definida uma rotina base, os ID podem ser usados para calcular tendências. Previsão de tendência – Uma vez recolhidas através de uma forma pré-definida, os indicadores de desempenho podem ser usados para calcular tendências. Gráficos simples de indicadores de desempenho em relação ao tempo são muito úteis para se constatarem tendências negativas, ou positivas. Uma vez que alterações ao longo do tempo ocorrem com grande frequência, gráficos das médias dos 12 meses ajudam a ajustar estas alterações sazonais.

3.3.2 ID gerais, relacionados com a gestão de dadores

Os ID gerais devem, permitir um entendimento rápido do estado da gestão de dadores no seu serviço de sangue (ver também o Capítulo 11) aos gestores de dadores. Estes ID gerais são denominados Indicadores Chave de Desempenho (ICD). Os ICD importantes são os seguintes:

ICD de base de dadores

- Número total de dadores registados;
- Número e percentagem de dadores;
 - No total da população da área do serviço de sangue;
 - Na população elegível para dádiva, da área do serviço de sangue;
- Número e percentagem de:
 - Dadores inactivos na base de dadores num determinado ano;
 - Todos os tipos de dadores de sangue total e de aférese na base de dadores;
 - Dadores com subgrupo de eritrócitos conhecido;
 - Dadores com HPA - Antígenos Plaquetares Humanos conhecidos;
 - Dadores com HLA - Antígenos Leucocitários Humanos conhecidos.

ICD na dádiva

- Número de dádivas colhidas;
 - Por 1.000 habitantes na área do serviço de sangue;
 - Percentagem do número de total de dádivas necessárias para as necessidades dos hospitais na área do serviço;
 - Percentagem do número de dádivas definido como objectivo.
- O número de dádivas bem sucedidas por número de elementos da equipa em equivalente de tempo integral (ETI) ou o seu recíproco;
- O número total de ETI na gestão de dadores por 1,000 dádivas;
- Percentagem de dádivas realizadas num posto fixo versus às realizadas em postos ou veículos móveis;
- Número de dádivas por dador (por ano);
- Número total de dádivas divididas pelo número total de dadores que fizeram pelo menos uma dádiva;
- Percentagem de dádivas efectuadas por dadores de primeira vez.

ICD de gestão geral

- Os ID financeiros de acordo com as regras de contabilidade geral. Estes ID não são especificados aqui (ver livros gerais sobre esta matéria). Na próxima secção, sobre aspectos financeiros são referidos alguns destes ID;
- Custos totais por 1.000 dádivas. A Secção 3.4 apresenta com mais detalhe os custos da gestão de dadores;
 - Percentagem total de custos em cada etapa;

- ID da Gestão de Recursos Humanos de acordo com os ID de GRH geralmente aceites; em particular, os seguintes:
 - Número de funcionários na gestão de dadores (a tempo inteiro, em part-time, em regime freelancer);
 - Distribuição por idades;
 - Anos de serviço;
 - Rendimento ;
 - Absentismo.

Estes ID não são especificados nesta secção.

- Os seguintes ID de GRH também valorizaram;
- O nível de formação de todos os trabalhadores;
- O número de voluntários na gestão de dadores;
- O número de horas de voluntariado despendido na gestão de dadores;
- O rácio entre o número de horas de contacto da equipa de dadores com os dadores e o número total de horas pagas às equipas de dadores.

ASPECTOS FINANCEIROS

3.4.1 Introdução

Esta secção descreve mais aspectos financeiros para cada uma das etapas da gestão de dadores. Portanto, o ponto de partida será o Custo Base de Actividade ou (CBA¹).

Frequentemente aplicado nas organizações empresariais, este CBA define em cada etapa do processo factores de produção, recursos e custos/despesas, como pessoal, material e equipamento. Na gestão de dadores consideramos as seguintes cinco etapas, definidas anteriormente:

1. Angariação
2. (Registo e) Convite/ Convocatória
3. Selecção de Dadores
4. Procedimentos na Dádiva
5. Manutenção/ Fidelização de dadores

Orçamentação: Para orçarmentar há objectivos e indicadores de desempenho que devem ser definidos desde o início. O objectivo na sua forma mais simples é colher a tempo componentes sanguíneos em quantidade suficiente e de boa qualidade. A maneira de atingir esse objectivo é construída com os ID definidos genericamente na Secção 3.3. Após quantificar os ID é fácil calcular os respectivos custos. Se, por exemplo, o número necessário de novos dadores é conhecido, os custos podem ser calculados para o seu angariação multiplicando este número pelo custo de cada novo dador registado. Este cálculo é feito para os ICD. Subsequentemente, pode ser calculado o orçamento total para a Unidade de Gestão de Dadores.

Para conseguir um orçamento equilibrado, a gestão de dadores deve ter um conhecimento detalhado do custo de todos *itens* relacionados com cada actividade, conforme está listado abaixo. Contudo, não serão listados estes em termos de valores absolutos em euros, mas de custos relativos de pessoal, equipamento, materiais e elementos de apoio. Esta secção não dará um orçamento detalhado para um serviço de sangue específico ou centro de colheita.

Outro aspecto importante é a política de custos de cada *item*, independentemente de quem realmente os paga. “Não existem almoços grátis” é uma citação conhecida que ilustra que todas as acções ou bens representam um valor

para alguém que tem de pagar o seu preço, seja em euros, seja em energia ou em matérias-primas.

3.4.2 Custo dos centros, orçamentação. Quem está a pagar?

A Tabela 3.1 mostra o custo relativo dos *itens* por etapa. Os custos totais estão padronizados, correspondendo a 100%. O número de cada célula representa a percentagem indicativa de cada *item* nos custos totais de um Serviço de Sangue. Contudo, o sistema financeiro de um serviço de sangue varia amplamente por toda a Europa. Portanto, não é possível obter um orçamento padrão para um serviço de sangue a partir desta tabela. Esta tabela apenas permite comparações relativas entre serviços de sangue.

Tabela 3.1. Impacto relativo dos custos de cada *item* no total na gestão de dadores. Os números dados são indicativos, percentagens arredondadas. Desta tabela pode-se concluir que, olhando para as etapas, somando 42% a Etapa 4 nos procedimentos de dádiva é a mais dispendiosa. Dentro da mesma linha, olhando para o custo individual, o custo com o pessoal corresponde a cerca de 32% dos encargos.

	Pessoal	Equipamento	Materiais	Espaço	Sistema Informático	Transporte/Logística	Avaliação de Qualidade	Despesas Gerais			Totais
								Gestão de Serviços	GRH	Gestão Executiva	
1. Angariação	2	0	4	1	0	1	0	0	1	0	9
Registo (Backoffice)	5	1	0	1	2	0	1	0	1	1	12
2. Convide/Convocatória (Backoffice)	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	5
Recepção	2	1	2	1	1	0	0	1	1	0	9
3. Triagem/selecção	4	1	2	1	2	0	2	1	1	1	15
4. Procedimentos na Dádiva	16	3	8	4	2	1	2	1	2	3	42
5. Manutenção/Fidelização	2	0	4	0	0	1	0	0	1	0	8
Outras actividades ex. Investigação											PM
Totais	32	7	21	8	8	4	5	3	7	5	100

Os custos de um serviço de sangue específico podem variar relativamente a outros serviços, porque têm menos impacto no orçamento do serviço de sangue. Os custos com pessoal e material diferem muito por toda a Europa, tornando a comparação de custos entre países difícil. Para além disso, os custos não são sempre cobrados a um serviço de sangue. Dois exemplos importantes disso são os fenómenos de voluntários e os patrocínios.

Voluntários

O questionário DOMAINE verificou que 76% dos serviços de sangue utilizam a ajuda de voluntários. Contudo, o número de voluntários colocados em cada serviço varia nos países Europeus.

Tarefas dos voluntários: Nos Serviços de Sangue, as tarefas que os voluntários estão autorizados a desempenhar são inúmeras e variam em complexidade. Frequentemente, os voluntários desenvolvem acções de angariação, registo e recepção. São também actividades frequentes dos voluntários conduzir, montar um espaço móvel de colheita de sangue, convidar dadores, divulgar a realização de brigadas de colheita móveis e trabalhar em *call centers*. Trabalhar com voluntários teve o efeito de baixar o orçamento dos serviços de sangue, já que os custos com o pessoal desceram: os voluntários não recebem salários, mas sim pequenas compensações e prendas – quer pessoais quer para as organizações às quais pertencem – isto é a regra e não a excepção.

Patrocínios

É frequente os serviços de sangue usarem instalações nos hospitais, empresas ou outros espaços pertencentes a escolas ou organizações como a Cruz Vermelha, sem pagarem renda. Por vezes os patrocínios são feitos por entidades ou organizações – sob a forma de dinheiro ou bens e consumíveis – que podem ser úteis na angariação de novos dadores ou para diminuir os tempos de espera.

Quando se faz um estudo comparativo é necessário ter-se em conta a existência de voluntários ou de patrocínios.

A Tabela 3.1 pode ajudar a avaliar os indicadores de desempenho em algumas situações.

3.4.3 Noções importantes sobre orçamento

Embora muitos livros tenham disponíveis cada uma destas noções, será feita uma breve descrição. O leitor interessado poderá consultar livros sobre contabilidade.

Fluxo de caixa (*Cash Flow*) e custos capitais

Devem ser considerados custos capitais os que decorrem da compra de edi-

fícios e equipamentos para serem usados na gestão de dadores; por outras palavras, custo capital é o custo total necessário para operacionalizar a colheita de componentes sanguíneos num serviço de sangue. Contudo, os custos capitais não são limitados à construção inicial de um centro ou espaço administrativo. Por exemplo, a compra de um novo aparelho de aférese que durará anos é também um custo capital. Os custos capitais não incluem custos laborais, excepto relativamente ao trabalho na construção do edifício. Ao contrário dos custos operacionais, os custos capitais são despesas únicas, embora o pagamento possa ser distribuído ao longo de muitos anos nos relatórios financeiros e declarações fiscais. Os custos capitais são fixos e, portanto, independentes do nível de produção.

Os custos fixos de um centro de colheitas incluem a compra do terreno onde o centro é construído, despesas legais e licenciamento. Inclui também o custo do equipamento necessário para gerir o centro, construir, financiar e comissionar antes de começar o seu funcionamento.

Os custos capitais não incluem os custos com a água, a electricidade ou o aquecimento assim que o Centro começa a funcionar, ou quaisquer taxas dos componentes sanguíneos que são produzidos. Também não incluem o trabalho que resulta do funcionamento do centro ou necessário para o seu fornecimento e manutenção.

Custos fixos e variáveis

Os custos fixos ocorrem independentemente dos níveis de produção do sistema. Por exemplo, a hipoteca paga pelo edifício de um centro de colheita ou escritório administrativo mantêm-se a mesma, independentemente do número de colheitas feitas.

Em contraste, os custos operacionais podem variar com o nível de produção. A utilização de produtos descartáveis é um exemplo óbvio de custos variáveis. Geralmente os custos com pessoal são fixos por ETI (Equivalente tempo integral). Contudo, o número de ETI actualmente contratados pode variar.

Custos directos e indirectos

Os custos directos envolvem os processos essenciais na gestão de dadores e incluem os custos fixos e variáveis. *Itens* importantes nos custos directos são aqueles com o pessoal pelo tempo (horas) gasto directamente nas actividades essenciais: por exemplo, nas actividades de colheita; as horas directas são as horas de trabalho dentro de um período de tempo em que os dadores têm acesso a sessões de dádvia, exemplo: horas de funcionamento. As horas indirectas, que são (parcial ou totalmente) pagas à equipa, incluem o seguinte:

- Tempo de viagem da equipa ao local de colheita;
- Tempo necessário para preparar e desmontar a unidade móvel de colheita;
- Horas de treino/formação;
- Encontros/reuniões;
- Feriados, férias, absentismo-doença.

3.4.4 Custos de cada *item*

Cada etapa na cadeia de gestão de dadores inclui um ou mais dos seguintes *items* com custos relevantes, **ver Tabela 3.1**. De novo, sublinhe-se que esta não é uma lista de custos pagos apenas pelo serviço de sangue; pode também incluir custos pagos por outros ou outras organizações.

Pessoal

Pessoal directamente envolvido na acção acima mencionada. Não são incluídos os custos com pessoal para actividades de apoio, como na área da garantia de qualidade, tecnologias da informação, transportes ou despesas gerais.

- Euros por ETI por ano

Equipamento

Aparelhos; mobiliário. Dependendo da esperança de vida que está envolvida devem ser utilizados quer os custos totais de investimento directo ou os custos de amortização.

- Custos de investimento
- Custos de amortização e/ou *leasing*

Materiais: consumíveis, descartáveis

- Custos de compra directa

Espaço físico

Os custos com o espaço físico relacionam-se com os custos feitos para os edifícios de propriedade do serviço de sangue, para locais não pertencentes; para a colocação de unidades móveis e veículos de colheita.

- Custos com hipoteca/leasing por m2
- Custos de aquisição; custos de amortização de unidades móveis e veículos de colheita
- Aluguer
- Electricidade, aquecimento, água
-

Sistema de Tecnologias de Informação

Sistemas de tecnologias da informação exigem pessoal especializado e equipamento. Para além disso, é utilizado um Sistema Especial de Informação para Bancos de Sangue (ver Capítulo 12). Inclui:

- Técnicos de tecnologias da informação;
- *Hardware*;
- *Software*.

Transporte/logística

O transporte inclui, entre outros, materiais, descartáveis, equipas de colheita, componentes sanguíneos, tubos de sangue.

- Motoristas
 - Custos com o pessoal
- Carros, veículos de transporte
 - Custos de aquisição; ou amortização; leasing por m².

Garantia de Qualidade (GQ)

Os bancos de sangue modernos não podem funcionar sem sistemas de qualidade especializados, como Boas Práticas de Fabricação (BPF), que requer pessoal especializado.

- GQ- custos com pessoal;
- GQ- custos com sistemas;
- Auditorias (internas/externas): custos extra directos.

Despesas gerais (“overheads”)

Esta parte inclui outros custos, não especificados nos grupos anteriores.

- Gestão de serviços
 - Limpeza; catering
 - Custos com pessoal
 - Custos de manutenção
 - Custos de aquisição
- Gestão de Recursos Humanos, GRH (ver Capítulo 11)
 - GRH- custos com pessoal
 - Custos com formação: pessoal e materiais
 - Custos de angariação
 - Gestão executiva, incluindo trabalho administrativo (financeiro).
 - Custos com seguros
- Custos com dadores, não especificados noutro lado, incluindo compensações e remunerações (se aplicável)

Ao comparar diferentes unidades ou serviços de sangue (“*benchmarking*”) deve ter-se em conta o tipo de colheita. A colheita de sangue total envolve menos tempo do que outro tipo de colheitas, como as colheitas por aférese. A Tabela 3.2 lista os factores de tempo a serem considerados quando se comparam centros de colheita. Neste exemplo, como regra de ouro, é esperado que sejam feitas 1.800 colheitas de sangue total, por ano por cada ETI da equipa de colheita. Isto pode variar, dependendo do rácio das horas de trabalho directas e indirectas e do número de dadores que visitam o centro de colheita.

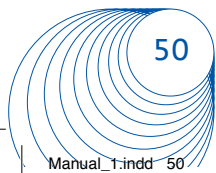


Tabela 3.2. Comparar os custos de pessoal entre dois centros requer conhecimento do número e tipo de colheitas. Neste exemplo, o Centro A tem os mesmos procedimentos de colheita que o Centro B. Contudo, o Centro A necessita de menos 18 pessoas TCE que o centro B, porque estes não colhe plasma para fraccionamento por aférese.

	Número de colheitas		Factor de tempo	Unidades calculadas	
	Centro A	Centro B		Centro A	Centro B
Sangue total	220.000	160.000	1.0	220.000	160.000
Plasma para transfusão (aférese)	10.000	15.000	2.0	20.000	30.000
Plasma para fraccionamento (aférese)	0	50.000	1.6	0	80.000
Componentes sanguíneos (aférese)	1.250	1.000	3.0	3.750	3.000
Procedimentos terapêuticos (aférese)	0	250	12.0	0	3.000
Total	231.250	231.250		243.750	276.000
Pessoal em ETI			18.00	135 ETI	153 ETI

3.4.5 Observação final

Por vezes, os serviços de sangue desenvolvem outras actividades que podem ou não estar relacionadas com a dádiva de sangue. As seguintes são as mais importantes:

- Aconselhamento dos dadores relativamente ao estilo de vida;
- Investigação científica e outras: pesquisa de mercado, pesquisa comportamental, pesquisa biomédica.

Estes *itens* não foram incluídos aqui, mas poderão ser acrescentados.

COMPETIÇÃO DE EMPRESAS PRIVADAS

3.5.1 Introdução

A competição só apareceu muito recentemente no mundo da colheita de sangue. Com o crescimento e ascensão no mercado Europeu, contudo, o debate geral e político sobre a aceitação da competição está a ganhar força. Esta secção discute aspectos que merecem atenção neste debate. Inclui uma subsecção sobre a perspectiva da European Blood Alliance (EBA), que foi publicado no seu *website* em 2009. Uma terceira subsecção aborda em particular as possíveis consequências da competição para a gestão de dadores em particular.

3.5.2 Competição por componentes sanguíneos

Até agora, a competição pelas colheitas de sangue total tem, historicamente, sido limitada. Contudo, o questionário DOMAINE mostra que os serviços de sangue comerciais já existem em 20% dos países europeus, membros e não membros da EU. Organizações comerciais que colhem e processam plasma estão activas nestes países. A produção e distribuição de derivados de plasma farmacêutico é um mercado orientado, em negócio internacional, onde as leis da competitividade no comércio são perfeitamente aplicáveis. Uma distinção importante, contudo, deve ser feita entre a colheita de sangue (componentes) para uso directo nos doentes e a colheita para uso como matéria-prima para farmacêuticas, predominantemente plasma.

Em geral, o fornecimento de componentes sanguíneos para uso directo em doentes através de serviços de sangue não é uma actividade orientada para o mercado. A maior parte dos países Europeus tem serviços de sangue que estão organizados a nível regional ou nacional. Nesses países, existem sistemas de apoio regionais e nacionais e a competição entre serviços de sangue ocorre apenas ocasionalmente.

Efeitos da competição: Contudo, o debate na introdução da competição no campo do fornecimento de sangue para uso directo nos doentes está a crescer em toda a Europa. O preço dos componentes sanguíneos e o acesso aos dadores são os maiores argumentos para este debate. Por exemplo, os preços dos componentes sanguíneos diferem muito entre países Europeus. As seguradoras e os gestores hospitalares perguntam como podem essas diferenças ser explicadas ou se podem ser diminuídas. Para além disso, as indústrias farmacêuticas querem ter igual acesso aos dadores (plasma), o que ainda não é permitido em muitos países.

Questão de direitos: Muitos países designaram exclusividade na angariação de dadores e colheita de componentes sanguíneos aos serviços de sangue, por vezes mesmo por lei. Isto não excluiu competição no fornecimento de componentes sanguíneos a hospitais em diferentes regiões ou países. O serviço de sangue no país X pode possuir o monopólio da colheita de sangue nesse país, prevenindo a competição aos dadores no país Y. Contudo, é concebível que um hospital no país X seja autorizado a receber componentes sanguíneos do país Y.

Noutro sistema, a livre competição quer por dadores, quer por componentes sanguíneos existe. Este sistema permite a qualquer pessoa estabelecer uma organização para a colheita de sangue e componentes que são vendidos tanto para hospitais como para indústrias.

Realidade da competição: Dado o mero facto que há uma necessidade de produtos e serviços, é provável a ocorrência de competição. Isto é verdade para entidades comerciais e para entidades sem fins lucrativos. Até agora tem-se sentido que a comercialização de partes do corpo, como órgãos, tecidos e sangue têm implicações éticas importantes que têm que ser abordadas com grande precaução. Portanto, a não remuneração de dadores – fornecedores destes produtos – é ainda o princípio básico escrito aceite por toda a Europa (ver Caixa 1). Contudo, no negócio farmacêutico de derivados de plasma, o pagamento a dadores por todo o mundo, incluindo Américas e Europa é uma realidade. É uma situação em que há competição por dadores entre serviços de sangue por um lado e a indústria farmacêutica, por outro, relativamente à colheita de sangue (componentes) para uso em doentes, ou como matéria-prima, respectivamente.

Caixa 1. Definição de “voluntário, dádiva voluntária não remunerada de sangue” do Conselho da Europa:

“A dádiva considera-se voluntária e não remunerada se a pessoa der sangue, plasma ou componentes celulares por sua livre vontade não recebendo qualquer pagamento em dinheiro ou substituto deste. Isto inclui o tempo fora do trabalho não necessário para a dádiva e a deslocação. Pequenas ofertas, refeições leves e reembolsos dos custos directamente decorrentes da deslocação são compatíveis com a dádiva voluntária e não remunerada.”

Cherry picking (escolher elementos relevantes de uma forma não isenta): Claro que não é necessariamente o caso de um novo «jogador» que quer fornecer toda a gama de serviços e produtos. Uma organização pode decidir colher e produzir componentes rentáveis (“cherry picking”), deixando os componentes de produção dispendiosa, ex.: dadores de concentrado de pla-

quetas de determinado grupo HLA ou concentrado eritrocitário de grupos sanguíneos raros.

Competição em instituições de caridade: Competição num ambiente não lucrativo não é invulgar. Um exemplo importante é a competição que existe entre organizações de caridade. O mercado de caridade é enorme, mas há limite na quantia de dinheiro que as pessoas estão dispostas a doar para a caridade. Dependendo de muitos factores, as pessoas decidem doar dinheiro para uma ou mais organizações de apoio. Consequentemente, estas tentam atrair o máximo de benfeitores possível. Existe verdadeira competição aqui. Competir por dadores de sangue ainda não é frequente.

Apesar de existirem semelhanças entre o perfil dos dadores de sangue e os que contribuem para os fundos de caridade, as diferenças são igualmente conhecidas³. Para além disso, existem grandes diferenças auto-explicativas relativas tanto ao acto de doar partes do próprio corpo como “apenas” dinheiro. Doar dinheiro não implica a intrusão no corpo; pode ser efectuado em casa e não há medos a serem superados.

3.5.3 Aspectos reguladores, pontos de vista da European Blood Alliance

Deve ser considerado que a competição na colheita (análise e processamento) de sangue, assim como na provisão de componentes sanguíneos aos hospitais na UE, deve ser feita de modo a salvaguardar a segurança do fornecimento, dos componentes sanguíneos e a eficácia do próprio processo transfusional. Para que estes objectivos sejam atingidos, a European Blood Alliance considera vitais os seguintes princípios⁴:

Dádiva de sangue voluntária não-remunerada: A UE deve continuar a defesa do seu princípio de que os dadores de sangue devem ser voluntários e não-remunerados, como definido pelo Conselho da Europa. Isto deve ser aplicado a todos os dadores de componentes sanguíneos que são transfundidos na UE, sejam ou não dadores residentes na UE. Esta regra deve ser aplicada mesmo se o sangue for colhido fora da UE. Este princípio é fortemente apoiado pela UE e OMS de forma a melhorar a segurança do sangue, evitar erros e, acima de tudo, minimizar os riscos para os doentes. Se alguns dos componentes sanguíneos forem obtidos de dadores pagos, os rótulos dos mesmos devem indicar claramente se são provenientes de dadores “pagos” ou “não pagos”.

Conformidade com as Directivas da Comissão Europeia: Qualquer componente sanguíneo fornecido a um Estado Membro da UE deve cumprir todos os requisitos da Directiva sobre Sangue na UE. Isto deve ser reforçado pelo

Estado Membro, mesmo quando aquele ainda não transpõe a directiva para o ordenamento jurídico interno. Antes da implementação da Directiva num Estado uma falha nesse Estado Membro poderá permitir o fornecimento de sangue inadequado, colocando os doentes em risco.

Inspecções: Qualquer serviço de sangue que colha, teste ou processe componentes sanguíneos para uso num Estado da UE (mesmo que o serviço de sangue esteja situado fora da UE) deve ser sujeito a inspecções pela entidade reguladora no Estado receptor. O regulador deve ter em conta a epidemiologia da população de onde o sangue é colhido, caso contrário os requisitos legais definidos na Directiva sobre Sangue serão prejudicados.

Obrigações: Deve ser exigido a todos os fornecedores de componentes de um Estado Membro que participem nos elevados custos hospitalares e dos produtos e o cumprimento de todas as obrigações de um serviço normal sem fins lucrativos (ex.: responder a picos de necessidade, fornecer componentes sanguíneos de todos os tipos, incluindo produtos especializados; fornecer um serviço de aconselhamento sobre o uso de um produto, etc.). Se o novo fornecedor não conseguir cumprir estas obrigações, deve remunerar totalmente os serviços sem fins lucrativos existentes, para em seu lugar agir como fornecedor de último recurso assumindo os serviços essenciais. A capacidade dos serviços sem fins lucrativos poderá ficar esgotada devido a pressões financeiras, ou poderão perder os seus dadores e os hospitais mais económicos, se o Governo do Estado não assegurar que isto aconteça. Nessas condições os produtos essenciais e hospitais poderão ficar comprometidos. Tal poderá causar a deterioração do sistema de prestação de cuidados de saúde e problemas a longo prazo ao Estado.

Infra-estruturas: Os Estados Membros devem assegurar que a infra-estrutura necessária para proporcionar um serviço de transfusão de sangue abrangente e moderno deve manter-se de modo a ser sustentável e capaz de se actualizar continuamente à luz das novas tecnologias, desenvolvimentos médicos e ameaças à saúde pública.

Garantia contra reclamações no caso de suspensão de actividade: Todos os serviços de sangue a funcionar na UE devem providenciar uma garantia que vá de encontro a todas as reclamações contra si ou financiar uma ruptura causada por uma retirada repentina do mercado (ex.: financiar os custos para encontrar novos dadores, etc.). Se tal garantia não for assegurada, o Estado poderá ter custos elevados se a empresa entrar em liquidação ou cessar a sua actividade no Estado em causa.

3.5.4 Competição e gestão de dadores

Quando há competição pelos dadores de sangue, é provável que a gestão de dadores mude. É necessária atenção especial em alguns aspectos, como por exemplo, os que estão incluídos na seguinte lista, que não pretende ser uma lista exaustiva:

1. Fornecimento de sangue e plasma

Conforme uma declaração de consenso recente, embora não aprovada por todos os participantes na reunião⁵, a existência de dois sistemas de colheita independentes, um para sangue e outro para plasma, na mesma região ou país, poderá criar um risco de escassez no fornecimento de componentes sanguíneos. A cooperação entre os sectores de sangue e plasma é importante para assegurar que são atingidos os melhores resultados na comunidade incluindo a disponibilidade de sangue (componentes) suficiente para os doentes. Estes princípios foram sublinhados numa recente resolução da OMS relativa à disponibilidade, segurança e qualidade de componentes sanguíneos⁶. Esta resolução incentiva os Estados Membros “a tomar todas as medidas necessárias para estabelecer, implementar e apoiar programas coordenados de sangue e plasma, geridos eficientemente e sustentáveis”.

2. Base de dadores potenciais/convocados

Até um certo nível, os hospitais e indústrias necessitam em conjunto de determinar a base de dadores necessária para dar resposta à exigência de componentes sanguíneos. Contudo, a partilha da gama de componentes e o mercado dos serviços de sangue em questão são os únicos requisitos qualitativos e quantitativos da base de dadores necessária, e não a procura de componentes sanguíneos nessa região ou país. Por exemplo, se um serviço de sangue decide produzir apenas plasma por aférese e apenas eritrócitos ABO sem subtipos e concentrado de plaquetas ao menor preço possível, então a base de dadores será essencialmente diferente da base de dadores necessária para dar resposta às necessidades da gama completa de produtos e componentes sanguíneos. Mais ainda, é expectável que o preço dos produtos de sangue entre dois serviços seja diferente. Os serviços de sangue que só produzem alguns produtos poderão provavelmente estabelecer preços mais baixos comparando com serviços que produzam todos os componentes e produtos. A diferenciação de preços será a consequência provável, onde o valor dos produtos de sangue raro inevitavelmente aumentará de forma enorme. (ver também Subsecção 3.5.2).

3. Equilíbrio qualidade/segurança

Os padrões mínimos para a qualidade e segurança estão definidos nas Directivas Europeias e devem ser cumpridas por todos os serviços de sangue. Contudo, o aumento da garantia de qualidade tem inevitavelmente o seu preço. O princípio de precaução (ver Capítulo 13 para mais informações), por definição, confronta os serviços de sangue com possíveis custos mais elevados.

Contudo, os ganhos na saúde ou prevenção de doenças não são facilmente calculáveis ou óbvios. Portanto, em circunstâncias económicas apertadas, o princípio de precaução será, provavelmente, o primeiro a ser atacado com um subsequente potencial aumento do risco para os doentes.

Um problema especial relativamente à segurança de dadores surge quando estes decidem ir dar sangue aos serviços de sangue. A única maneira de prevenir alguma reacção adversa, (ex. devido a dádivas frequentes em diferentes serviços de sangue), será a troca de informações/dados entre os diferentes serviços a funcionar na mesma zona. Os serviços de sangue têm de ter cuidados especiais nos aspectos de privacidade, ainda mais quando trabalham em regiões fronteiriças.

4. Equilíbrio custo/serviço

Um serviço razoável não é necessariamente caro. Se, por exemplo, o serviço for eficiente na manutenção/fidelização de dadores, os custos de angariação acabarão por ser mais baixos. Isto é especialmente verdade no campo da remuneração de dadores. Apesar de haver um consenso geral relativo à não remuneração de dadores, os serviços de sangue já se mostraram muito criativos e engenhosos a interpretar esta orientação. O questionário DOMAINE mostra vários exemplos (ver Capítulo 2).

5. Produtos e serviços adicionais

Para se manter como parceiros de negócio atractivos para os hospitais, um serviço de sangue pode decidir oferecer serviços adicionais, permitindo preços mais baixos, por exemplo:

- Outros produtos e subtipos: eritrócitos, plaquetas, grupos sanguíneos raros;
- Células estaminais e seu processamento, incluindo unidades do sangue do cordão umbilical;
- Aconselhamento sobre produtos; consultoria;
- Tecidos, como osso, cartilagem pele, tendões musculares, válvulas cardíacas e córneas.

Para se manter atractivo para os dadores, o serviço de sangue pode oferecer serviços como os seguintes:

- Aconselhamento sobre modo de vida;
- Exame global de saúde periódico;
- Ofertas (ex.: redução nos prémios dos seguros de saúde).

Todos estes serviços adicionais e a mudança na abordagem ao dador poderão trazer uma mudança na composição da base de dados de dadores existente. Actualmente, o conhecimento é insuficiente para prever a extensão ou a direcção desta mudança.

6. Investigação e troca de informação

A investigação pode ser dispendiosa e não é provável que os serviços de sangue a paguem se não estiver previsto um retorno desse investimento. Consequentemente, a troca de informação sobre a gestão de dadores ou outra informação sensível relativa à partilha de mercado deverá ser classificada como confidencial.

3.5.5 Observações finais

A introdução da competição na gestão de dadores trará grandes mudanças. Estas serão sentidas pelos hospitais/médicos e dadores. Os dois grupos vão experimentar vantagens, assim como desvantagens. Os hospitais (médicos) conseguirão provavelmente obter componentes sanguíneos a preços mais baixos; contudo, os custos serão muito mais elevados para produtos especializados. Está para além do âmbito deste manual prever o efeito geral.

O mesmo se aplica aos dadores. Poderão experimentar um aumento do nível do serviço. Contudo, não pode ser excluída uma alteração na atitude ou na motivação. Os serviços de sangue têm de antecipar flutuações maiores ou menores na sua base de clientes (hospitais compradores) e na base de dadores. No Capítulo 13 são discutidas considerações adicionais sobre ética na competição da gestão de dadores.

Bibliografia:

1. Proctor R (2006). *Managerial Accounting for Business Decisions*. Prentice Hall: Pearson Education Ltd.
2. Conselho da Europa. *Recommendation No. R (95) 14 on the protection of the health of donors and the recipients in the area of blood transfusion*
3. Bekkers R & Veldhuizen I (2008). Geographical differences in blood donation and philanthropy in the Netherlands: what role for social capital? *Journal of Economic & Social Geography*, 99 (4), 483-496
4. Aliança Europeia do Sangue (2009). *EBA position paper: Competition in the EU blood component market*. Retrieved March 17 2010 from <http://www.european-blood-alliance.eu>
5. Mahony BO & Turner A (2010). The Dublin Consensus Statement on vital issues relating to the collection of blood and plasma and the manufacture of plasma products. *Vox Sanguinis*, 98(3) 447-450
6. Organização Mundial de Saúde. *Resolution on Availability, safety and quality of blood products*. Adoptado pelo Quadro Executivo na sua 125ª sessão a 25 de Março de 2010. Ainda não publicado.

DÁDIVA



Autores:
Wim de Kort
Ingrid Veldhuizen

04

DEFINIÇÕES

4.1.1 Introdução

Este manual refere frequentemente várias definições de tipos de dadores e dádvas de sangue. Como pré requisito, é necessário um conjunto específico de definições relativas tanto a dadores como a dádvas de sangue para prevenir falhas de comunicação. A aplicação de tais definições permite avaliar tendências na base de dadores e fazer estudos comparativos entre serviços de sangue dentro ou entre países.

O conjunto de definições DOMAINE baseia-se na recomendação 98/463/CE¹ do Conselho da UE. Contudo, as definições da UE e as definições DOMAINE diferem em alguns aspectos e, nessas situações, é importante salientá-las, explicar como apareceram e a lógica subjacente para a sua adopção.

Este capítulo salienta primeiro as definições da UE e DOMAINE, depois ilustra-as e compara-as. A primeira secção apresenta-se como indicado: definições da UE: 4.1.2; definições DOMAINE: 4.1.3; comparações detalhadas: 4.1.4; ilustração DOMAINE dos tipos de dador: 4.1.5; resumo dos tipos de dador DOMAINE: 4.1.6; Tipos de dádva DOMAINE: 4.1.7.

As subsecções desenvolvidas posteriormente desenvolvem as definições DOMAINE e elaboram vários tipos de dádva e a situação corrente na Europa, recolhida a partir do inquérito DOMAINE.

4.1.2 Definições da Directiva da Comunidade Europeia

Para facilitar as comparações entre países da UE relativamente ao número de dadores, número de colheitas, uso de componentes sanguíneos e aspectos de segurança, a UE estabeleceu definições para alguns tipos específicos de dadores (Recomendação do Conselho da UE 98/463/CE). Este conjunto de definições tem sido utilizado no tratamento de questões macro-económicas no fornecimento de sangue. Por exemplo, o Conselho da Europa tem aplicado essas definições no questionário de colheita, teste e uso de sangue e componentes sanguíneos na Europa².

Tabela 1: Definições da UE de tipos de dadores. Desde que as organizações de processamento de plasma usam componentes sanguíneos provenientes do mesmo *pool* de dadores, aplicam-se as mesmas definições no denominado *Plasma Master File* (Guideline on epidemiological data on blood transmissible infections; European Medicines Agency)³. Contudo, para servir o seu objectivo específico, a European Medicines Agency inclui na sua série de definições duas adicionais, também citado na Tabela 1.

Tabela 4.1. Definições da UE e definições *Plasma Master File* de tipos de dador

Categoria de Dadores	Definição da UE e da Plasma Master File
Dador	Uma pessoa com uma saúde normal e com um bom historial médico que dá voluntariamente sangue ou plasma para uso terapêutico.
Dador de primeira vez	Pessoa que nunca doou nem sangue nem plasma.
Dador potencial	Pessoa que se apresenta num serviço de colheita de sangue ou plasma e manifesta o seu desejo de doar sangue ou plasma.
Dador regular	Pessoa que regularmente doa o seu sangue ou plasma (exemplo, dentro dos dois últimos anos), de acordo com os intervalos mínimos, no mesmo centro de dádiva.
Dador retornado	Pessoa que já doou mas não o fez nos últimos dois anos no mesmo centro de dádiva.
Categoria de Dadores	Definição <i>Plasma Master File</i>
Dador testado de primeira vez	Pessoa cujo sangue/plasma é testado pela primeira vez para marcadores de doenças infecciosas (com ou sem dádiva) sem evidencia de testes prévios num determinado “sistema” de sangue.
Dador re-testado	Pessoa cujo sangue/plasma foi testado anteriormente para marcadores de doenças infecciosas num determinado sistema de sangue.

a. Os serviços de sangue estão definidos na Directiva 2002/98/CE⁴ como «Serviço de sangue», uma estrutura ou organismo responsável pelos aspectos da colheita e análise de sangue humano ou de componentes sanguíneos, qualquer que seja a sua finalidade, bem como pelo seu processamento, armazenamento e distribuição quando se destinam à transfusão.’ De acordo com as guideline [EMA] “centro de colheita” significa um local específico onde o sangue/plasma são colhidos, incluindo todos os espaços móveis associados.

b. No *Plasma Master File*, um dado “sistema de sangue” significa um sistema que tem o registo quer das dádivas anteriores do dador quer o resultado dos testes anteriores.

O actual número de dádivas e o padrão de dádivas (o intervalo de tempo entre as dádivas do dador) dos dadores determina o currículo do dador e algumas das suas características têm implicações na sua segurança. Portanto, a quantificação do número e padrão de dádivas ajuda a distinguir e compreender os diferentes tipos de dadores.

Tabela 2: Tabulação comparativa das definições da UE de tipos de dadores com os respectivos padrões de dádiva. Desta tabela pode concluir-se que não

é simples quantificar em tipos de dadores de forma não ambígua, de acordo com as definições da UE. Contudo, a gestão de dadores requer informação actualizada sobre a base de dadores, de forma a poder intervir com tempo e de forma adequada na angariação e nas actividades de manutenção.

Tabela 4.2. Tabulação comparativa dos tipos de dadores da UE com o número de dádvas, usando as definições da UE e definições da *Plasma Master File*

	Dádvas		
	Antes de 2008	2008	2009
Dador	≥ 0		
Dador potencial	0		
Dador de primeira vez	0		
Dador regular	≥ 0	$\geq 1^a$	
Dador retornado	≥ 1	$\geq 0^b$	
Dador testado de primeira vez	0	0 ou 1	
Dador re-testado	irrelevante	irrelevante	

a. Não há um número inequívoco de dádvas dedutível da definição. Um dador regular nesta definição pode ter doado num dado serviço, noutro centro de dádvas do mesmo serviço de sangue ou noutro sítio. Mais ainda, não há definição clara do intervalo de tempo entre dádvas.

b. Este dador pode ou não ter doado no presente centro de dádva, outro centro do mesmo serviço de sangue ou noutro sítio.

4.1.3 Definições DOMAINE

O conjunto de definições da UE já mostrou a sua aplicabilidade nos questionários macroeconómicos. A gestão de dadores está um passo à frente e requer informação mais detalhada sobre o percurso actual do dador. Para essa finalidade, são indispensáveis definições inequívocas. Portanto, baseado nas definições da UE e *Plasma Master File*, o DOMAINE reformulou um conjunto elaborado de definições para *tipos de dadores* e *tipos de dádva*.

Definições de tipos de dadores são apresentadas, discutidas e ilustradas nas subsecções 4.1.4 a 4.1.6.

Definições de tipos de dádvas são formuladas na subsecção 4.1.7.

Tipos de dadores DOMAINE

Tanto o número de dádvas que uma pessoa já fez como o seu padrão de dádvas constituem o ponto de partida de uma boa gestão de dadores, permitindo

ajustamentos nas estratégias de angariação e manutenção/fidelização. O número de dádvas é uma dimensão importante que pode ser usada para categorizar dadores em, por exemplo, dadores de primeira vez, dadores regulares ou dadores que estão em extinção eminente da base de dadores activos. O padrão de dádva fornece informação sobre os intervalos entre dádvas subsequentes.

Vantagens de ter os tipos de dadores bem definidos

De forma a obter e gerir adequadamente a informação da base de dadores, a utilização de uma base de dados de dadores electrónica é quase um pré-requisito. Os gestores de dadores têm de ser informados sobre a base de dadores existente, quantitativa e qualitativamente, com o objectivo de planear e fazer previsões. Os gestores de dadores têm de ter informação actualizada para responder às necessidades de gestão. Quantos dadores estão disponíveis para uma dádva hoje? Qual o número de novos dadores angariados este ano? O número de dadores inactivos está a aumentar?

A composição da base de dadores em termos de diferenças dos tipos de dadores fornece informação valiosa sobre a robustez e composição da base de dadores. Por exemplo, por um lado, um serviço de sangue que depende em grande parte dos novos dadores depende fortemente das suas acções de angariação de dadores e a informação da base de dados pode ser usada para esse fim. Por outro lado, um serviço de sangue com uma grande população de dadores regulares dependerá na informação da base de dados para decidir se deve ou não investir mais na manutenção de dadores.

Definir tipos de dadores

O percurso de dádva de um dador começa quando se apresenta num serviço de sangue, seja espontaneamente ou no seguimento de uma angariação activo. Uma carreira de dádva pode terminar por diferentes motivos: por descontinuidade activa, exclusão permanente ou ocorrência de incidentes graves na vida do dador.

Uma vez registado, o novo dador pode contribuir para o fornecimento de sangue pela dádva. Deve ser verificado que o novo dador ainda não efectuou dádvas. Contudo, a intenção é que os dadores registados de novo façam uma ou (preferencialmente) mais dádvas. Através dos seus percursos, os dadores agrupam-se em diferentes tipos. Seja ou não uma pessoa que realmente doou sangue ou não é o facto mais fácil de quantificar para distinguir os dadores dos não-dadores, e também permite distinguir os dadores entre si. Portanto, o DOMAINE usa o número de dádvas como uma ferramenta para construir e definir os diferentes tipos de dadores. Os tipos de dadores estão descritos nas Tabelas 4.3 e 4.4. A Tabela 4.3 fornece uma descrição textual dos tipos de dadores.

Tabela 4.3 Definições DOMAINE que descrevem a composição da base de dados de dadores

Tipos de dadores	Definição DOMAINE
Dador	Pessoa que dá voluntariamente sangue ou componentes sanguíneos.
Dador potencial	Alguém que manifesta o desejo de doar sangue ou plasma mas ainda não está registado como dador.
Dador recentemente registado	Pessoa que foi registada como dador mas que ainda não doou.
Dador de primeira vez	Alguém que fez a sua primeira e, até à data, única dádiva nos últimos 12 meses.
Dador regular	Pessoa que fez pelo menos duas dádivas nos últimos 24 meses. A última dádiva foi feita nos últimos 12 meses.
Dador retornado	Pessoa que fez pelo menos duas dádivas. Este dador fez apenas uma dádiva nos últimos 12 meses E o intervalo entre esta e a anterior é de mais de 24 meses.
Dador em pausa	Pessoa que fez pelo menos uma dádiva nos últimos 24 meses mas NÃO nos últimos 12 meses.
Dador inactivo	Alguém que fez pelo menos uma dádiva. Este dador fez a última dádiva HÁ MAIS de 24 meses, mas ainda está registado na base de dados de dadores.
Dador parado	Alguém que esteve registado como dador e fez ou não uma ou mais dádivas, mas foi subsequentemente removido como dador da base de dados de dadores por algum motivo.

A Tabela 4.4 compara os mesmos tipos de dadores na base do número e padrão de dádivas. Os serviços de sangue podem, assim, utilizar o número de dádivas para determinar o tipo de dadores, fornecendo-lhes informação valiosa para a sua estratégia na gestão de dadores.

É importante perceber que as informações adquiridas pela construção de diferentes tipos de dadores da base de dados dão uma imagem clara da composição da *pool* de dadores num ponto específico no tempo. Para avaliar a base de dados dos dadores é feito um ponto de situação numa data específica. Por conveniência, neste manual a data estabelecida é 31 de Dezembro de 2010.

Tabela 4.4 Comparação dos tipos de dadores com o número de dádvas, usando as definições DOMAINE

	Dádvas		
		2008	2009
Dador		≥ 0	
Dador potencial		0	
Dador recém-registado		0	
Dador de primeira vez	0		1
Dador regular	≥ 0	≥ 0	≥ 1
		≥ 2	
Dador repetente	≥ 1	0	1
Dador retornado	≥ 0	1	0
Dador inactivo	≥ 1	0	
Dador parado		≥ 0	

4.1.4 Comparação das definições DOMAINE com as definições da UE

Algumas das definições da UE não permitem uma recolha simples de informação do sistema de processamento que contém dados relevantes dos dadores. Por isso, baseadas nas definições da UE, as definições DOMAINE indicam quais os parâmetros que devem ser utilizados quando são recolhidos dados. Estas definições são um aprofundamento das definições da UE e permitem uma ligação com as definições da UE e vice-versa.

Tabela 4.5 mostra uma comparação mais detalhada entre as definições DOMAINE e as definições da UE

Tabela 4.5 Diferenças e semelhanças entre as definições DOMAINE e as definições da UE

Definição DO-MAINE		Definição da UE	Comentário
Dador	\supset^1	Dador	A definição DOMAINE é mais ampla que a da UE porque inclui pessoas que não estão necessariamente com estado de saúde “normal” (ex. utilização autóloga) E pessoas que doam componentes sanguíneos para além de plasma (ex. plaquetas, leucócitos, células estaminais). Além disso, com o consentimento informado do dador, a dádiva OU parte da dádiva pode ser usada para outros propósitos para além dos terapêuticos.
Dador potencial	\supset	Dador potencial	A definição DOMAINE é mais ampla que a da UE porque incluiu pessoas que atestaram a sua intenção de doar de modo diferente, ex. através da internet, questionários gerais ou actividades de angariação. O número DOMAINE de dadores potenciais é desconhecido e pode apenas ser estimado.
Dador recém-registado	\subset	Dador recém-registado	Um dador recém-registado na definição DOMAINE é um dador potencial na definição da UE que é aquele que foi registado na base de dados de dadores. O número de dadores potenciais de acordo com a definição da UE não pode ser avaliado.
Dador de primeira vez	\neq	Dador de primeira vez	Como o número de dádivas é o aspecto distintivo nas definições DOMAINE, nas definições da UE não é adequado para retirar dados relevantes da base de dados de dadores. Para além disso, na definição da UE (“alguém que nunca doou nem sangue nem plasma”) pode englobar pessoas que não têm relação nenhuma com um serviço de sangue, ex. todas as crianças abaixo dos 16 anos.
Dador Regular		Dador Regular	O conjunto DOMAINE Regular, dadores 3 do dador regular. Esta distinção é importante na política de manutenção/fidelização de dadores.
Dador retornado			
Dador em pausa			
Dador inactivo	\approx	Dador de repetição	O termo da UE dador de repetição é indistinto. É facilmente confundido com dador regular ou dador retornado. Para além disso, um dador repetido pode ter dado sangue noutros centros.
Dador parado		Sem equivalência	-
Sem equivalência		Dador testado pela primeira vez	-
Sem equivalência		Dador testado repetidamente	-

1 $A \supset B$ significa que cada elemento do grupo B é também elemento do grupo A, mas o inverso não é necessariamente verdade. Resumindo: o grupo B é parte do grupo A. $A \subset B$ significa que o grupo A é parte do grupo B.

4.1.5 Ilustração dos tipos de dadores DOMAINE

Nos parágrafos seguintes cada categoria de dadores será ilustrada através de padrões de dádiva exemplares. Os padrões de dádiva usados para clarificar os tipos de dadores fornecem uma “visão rápida” da composição duma base de dadores (definido para o dia 31 de Dezembro de 2009).

Dador potencial

Dadores potenciais são pessoas da população geral que manifestaram o seu desejo de dar sangue ou plasma mas ainda não são dadores registados. Eles formam o número de dadores potenciais, mas ainda não fizeram nenhuma dádiva e não estão registados na base de dadores (ver **Figura 4.1**).

Alguns serviços de sangue oferecem às pessoas a possibilidade de manifestarem o seu desejo de serem dadores por *websites* ou *e-mail*. Contudo, a dimensão do grupo de dadores potenciais é amplamente desconhecido para os serviços de sangue.



Figura 4.1 Exemplo de padrão de dádiva de um potencial dador

Dador recém-registado

Assim que um potencial dador é realmente registado na base de dadores, torna-se um dador recém-registado, e pode ser convidado para uma primeira dádiva. Os dadores recém-registados não fizeram nenhuma dádiva (ver **Figura 4.2**).



Figura 4.2 Exemplo de padrão de dádiva de um dador recém-registado

Dador de primeira vez

Dadores de primeira vez são novos dadores sem história anterior de dádiva, que efectuaram dádiva pela primeira vez nos últimos 12 meses (ver **Figura 4.3**). Quando estes dadores fazem uma segunda dádiva nesses 12 meses, tornam-se dadores regulares.



Figura 4.3 Exemplo de padrão de dádiva de um dador pela primeira vez

Dador regular

Os dadores regulares são aqueles que fizeram pelo menos duas dádivas, tendo a última dádiva sido nos últimos 12 meses. Para além disso, o intervalo entre a última dádiva e a anterior tem de ser inferior a 24 meses (ver **Figura 4.4**). O questionário DOMAINE (ver Capítulo 2) revelou a frequência média de 1.9 dádivas para dadores de sangue total no ano 2007 na Europa.

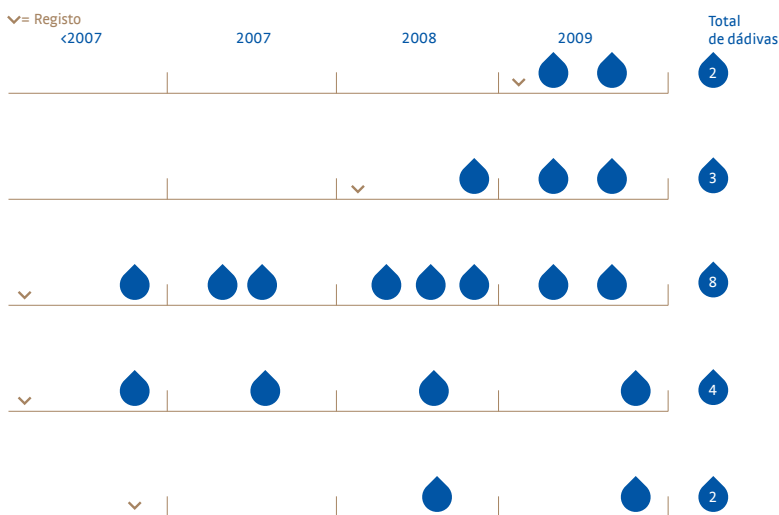


Figura 4.4 Exemplo de cinco padrões de dádiva de dadores regulares

Dador retornado

Dador retornado é alguém que já doou antes, mas apenas fez uma dádiva nos últimos 12 meses. Para além disso, o intervalo entre a última dádiva e a anterior foi maior do que 24 meses (ver **Figura 4.5**). Este tipo de dador é especialmente relevante para avaliar a manutenção/fidelização de dadores e estratégias de angariação.

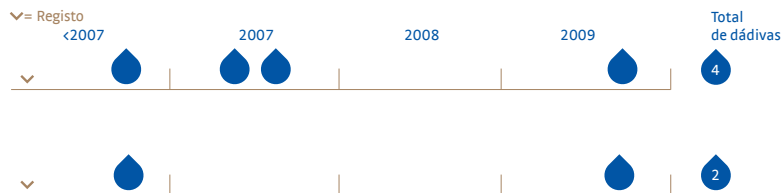


Figura 4.5 Exemplo de dois padrões de dívida de doadores retornados

Dador em pausa

Dador em pausa é alguém que doou nos últimos 24 meses, mas não fez nenhuma dívida nos últimos 12 meses (ver **Figura 4.6**). Dador **em pausa** são doadores em risco de se tornarem doadores inativos ou até doadores parados. São, portanto, um foco especial nas estratégias de manutenção de doadores. Esta categoria de doadores é um componente no cálculo das denominadas taxas de desgaste (ver Capítulo 6 Manutenção).

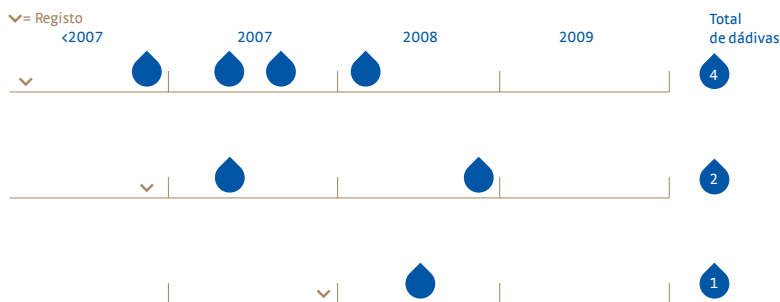


Figura 4.6 Exemplo de três padrões de dívida de doadores em Pausa (lapsing donor)

Dador inativo

Um dador inativo é alguém que doou pelo menos uma vez, mas NÃO nos últimos 24 meses (ver **Figura 4.7**). Para além disso, um dador inativo continua registado na base de dados de doadores e ainda não passou a ser um dador parado. Os doadores inativos podem ser um alvo de estratégias de manutenção/fidelização específicas

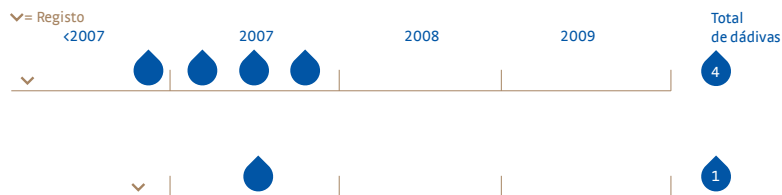
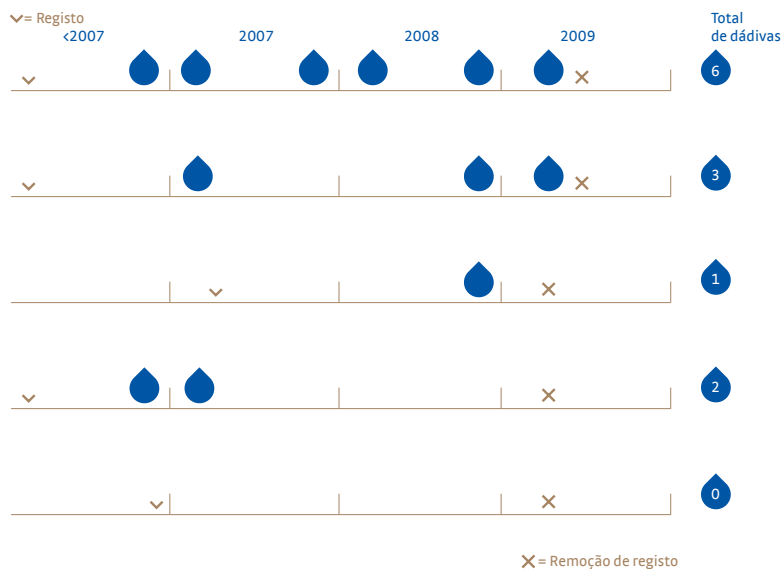


Figura 4.7 Exemplo de dois padrões de dívida de dadores inativos

Dador parado

Dador parado é alguém que foi registado e que pode ou não ter feito dadas. Por qualquer motivo, o serviço de sangue decidiu parar de contactar este dador. O registo deste foi removido da base de dados de dadores (ver **Figura 4.8**) e não será convidado/convocado para fazer dadas novamente. Os dados relevantes são arquivados de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.



X = Remoção de registo

Figura 4.8. Exemplos de cinco padrões de dívida de dadores parados (stopped donors)

4.1.6 Resumo dos tipos de dador DOMAINE

As definições DOMAINE distinguem oito tipos diferentes de dador. A **figura 4.9** fornece uma visão geral desses tipos assim como um exemplo em cada categoria dum padrão de dádiva exemplar.

Sumário: Uma boa gestão de dadores requer informação actualizada relativa ao número de dadores em cada categoria e os diferentes tipos de dadores permitem a análise da base de dados num determinado ponto no tempo. É importante por exemplo, saber quantos dadores são dadores em pausa, ex. dadores em risco de se tornarem inactivos. É igualmente importante ter informação actualizada sobre o número de dadores regulares. As definições DOMAINE fornecem assim uma ferramenta a ser utilizada para a gestão da população de dadores.

Apenas os dadores que estão registados na base de dados e que são elegíveis para doar podem ser convidados directa e pessoalmente a deslocarem-se ao serviço de sangue para doar. Ao usar as definições DOMAINE o grupo elegível incluiu todos os seguintes tipos de dador que não estão temporariamente suspensos: dadores registados de primeira vez, dadores de primeira vez, dadores regulares, dadores retornados, dadores em pausa e dadores inactivos.

Todos os dadores são angariados da população geral. O questionário DOMAINE sobre gestão de dadores mostrou que os critérios de elegibilidade por idade para potenciais dadores variam entre os diferentes países Europeus. A maior parte dos países aplicam a idade mínima de 18 anos, enquanto outros permitem que os seus novos dadores façam a sua primeira dádiva aos 17 anos (com frequência, com consentimento dos pais). A idade máxima permitida para novos dadores potenciais varia consideravelmente entre países, entre 57 e 65 anos. Um serviço de sangue referiu que não utiliza idade máxima limite para novos dadores potenciais.

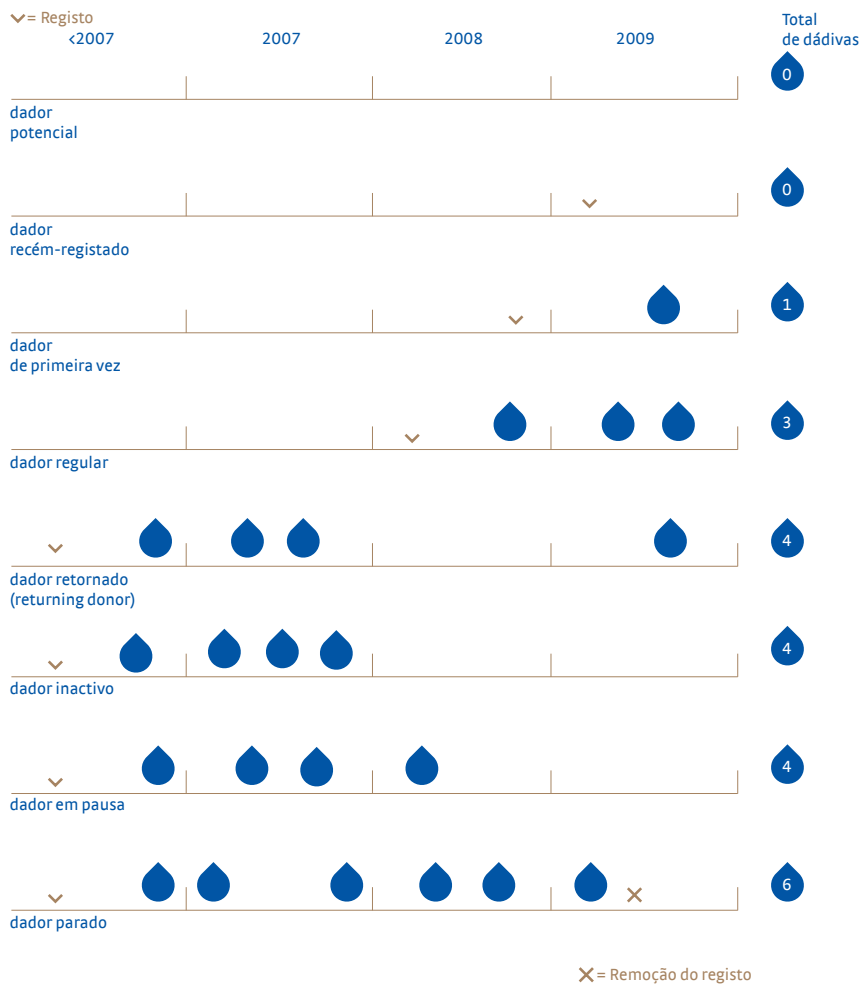


Figura 4.9 Resumo dos diferentes tipos de dador e respectivos exemplos de padrões de dádva típicos

4.1.7 Tipos de dádva DOMAIN

Para além de usar diferentes *tipos de dador* para compreender a composição da base de dadores, uma revisão do típico *número e tipo de dádvas* num determinado período de tempo é igualmente importante. O seguinte conjunto de definições refere-se aos diferentes tipos de dádvas (Tabela 4.6).

Tabela 4.6 Tipos de dádiva e produtos resultantes

Tipos de dádiva	Resultado
Dádiva, Dádiva	O resultado da colheita de sangue total ou componentes sanguíneos de um indivíduo num procedimento único; a dádiva conta a partir do momento da punção da pele.
Dádiva bem sucedida	Dádiva onde a punção da pele do dador resultou em colheita de sangue total ou componentes sanguíneos adequados para processamento
Primeira dádiva	Primeira dádiva não autóloga na vida de um dador
Repetição da dádiva	Qualquer dádiva não autóloga menos a primeira dádiva
Dádiva autóloga	Dádiva de um dador, colhida para uso terapêutico no mesmo dador

Nota: o procedimento de dádiva é dito como mal sucedido quando a punção na pele do dador *não* resultou em sangue total ou componentes sanguíneos adequados para processamento

O número total de dádivas num determinado ano inclui dádivas de dadores de primeira vez, dadores regulares, dadores retornados, e parte de dadores parados, assim como dádivas autólogas e dádivas para fins não transfusionais. O número de dádivas mal sucedidas está também incluído, reflectindo o total de actividades de dádiva no serviço de sangue. O número total de dádivas não incluiu, por definição, as dádivas de dadores em pausa ou dadores inactivos. O número total de dádivas repetidas num determinado ano é o total do somatório das dádivas feitas por dadores regulares, dadores retornados e dadores parados, sendo os últimos dadores com uma dádiva num período específico de tempo mas que pararam de doar desde aí. A **Figura 4.10** retrata um exemplo da distribuição dos diferentes tipos de dádiva num período de tempo específico.

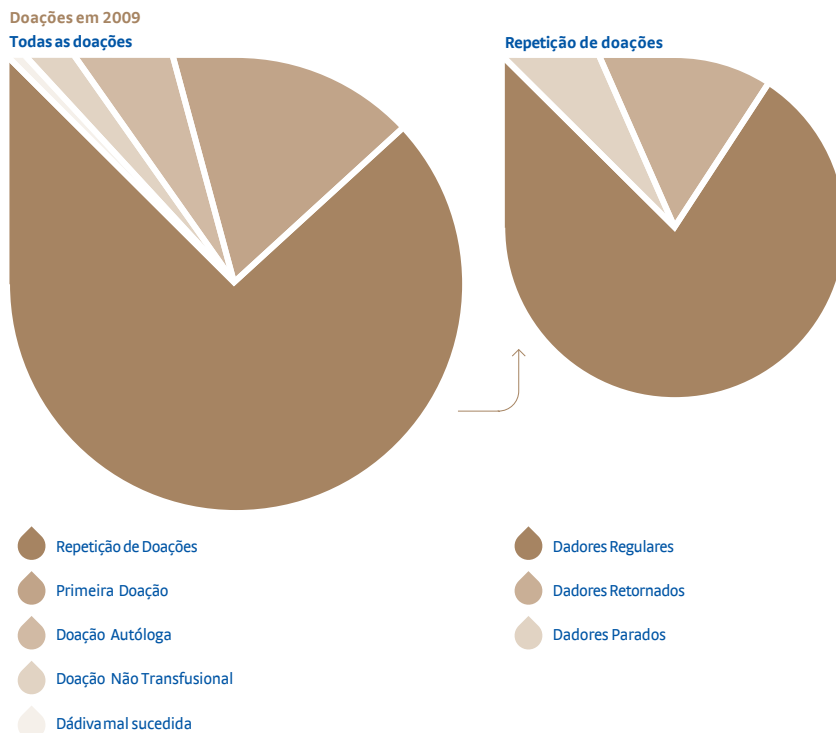


Figura 4.10 Exemplo da distribuição dos diferentes tipos de doações que constituem o número total de doações num Serviço de Sangue

Uma conclusão geral do projecto DOMAINE é que muitos serviços de sangue têm dificuldade em recolher informação do número de dádivas num intervalo de tempo específico. Portanto, a informação da dádiva deve ser gravada numa base de dados de dadores (ver também Capítulo 11 sobre Tecnologias da Informação) e a base de dados deve ser construída de modo a permitir a fácil obtenção da informação para propósitos de gestão. Para construir correctamente uma base de dados com diferentes tipos de dadores, o registo preciso de cada procedimento de dádiva é uma condição *sine qua non*.

BASE DE DADORES E O PROCESSO DE GESTÃO DE DADORES

4.2.1 Introdução

Os serviços de sangue lutam continuamente para fornecer produtos sanguíneos necessários para transfusões e fins farmacêuticos⁵. Assegurar um fornecimento de sangue adequado requer a manutenção de um rácio equilibrado entre as necessidades dos hospitais de produtos sanguíneos e o número de dádavas⁶.

Todos os dias são necessários dadores de sangue para dar o “presente para a vida”. Uma população dadora adequada é de extrema importância para toda a cadeia transfusional de sangue e constitui o suporte duma boa gestão de dadores. Assim, os serviços de sangue estão envolvidos numa luta constante para atrair e manter dadores suficientes. Quer a angariação de dadores quer a manutenção são necessárias para manter uma população dadora estável e suficiente.

O conjunto de dadores registados constituem a base de dados de dadores, um registo preciso do número de dadores e dádavas e as suas variadas características são importantes tanto para o angariação como para a manutenção⁷. A boa gestão de dadores requer conhecimento concreto da base de dadores de forma a poder intervir com tempo, e com actividades de angariação e manutenção adequadas. Esta secção descreve o processo de gestão de dadores e a sua relação com a base de dadores.

4.2.2 Descrição do processo de gestão de dadores

A gestão de dadores para colheita de produtos de sangue é um processo em cadeia, onde o passo seguinte depende do sucesso do anterior. O processo consiste num conjunto de acções e etapas sequenciais, começando na angariação de dadores até à obtenção dos produtos de sangue necessários. A actual secção descreve brevemente os passos do processo na gestão de dadores como ilustrado na Figura 1.1. Uma descrição mais detalhada no processo de gestão de dadores é dada no Capítulo 3.

Os dadores de sangue são angariados na população geral (**Caixa a**)

Nem todos os cidadãos estão dispostos a tornar-se dadores de sangue. As pessoas que estão interessadas são denominadas potenciais dadores e formam esse grupo: dadores potenciais **(Caixa b)**.

As actividades de angariação **(Caixa 1)** têm que estar direccionadas para este grupo de potenciais dadores para aumentar a sensibilização para a dádiva de sangue e persuadir para que se tornem dadores. Um determinado número de potenciais dadores irá realmente decidir-se a apresentar-se num serviço de sangue para se tornar dador. Será registado na base de dadores **(Caixa c)** como dadores registados de novo.

Os dadores registados que são elegíveis para dar receberão um convite para fazer uma dádiva **(Caixa 2)**. Os dadores convidados podem responder ou não ao convite. Os que não respondem **(ver Caixa d2)** serão convidados novamente. Os dadores que nunca aparecem após serem convidados a dar serão eventualmente removidos da base de dados de dadores **(Caixa g)**. Os dadores também podem ser convidados de modo mais geral através de apelos nos *media*. Para além disso, há pessoas que visitam os serviços de sangue espontaneamente e que são registadas no momento.

Tanto dadores convidados de modo pessoal ou geral que se apresentam para doar são denominados dadores comparecentes **(Caixa d1)**. Estes candidatos a dadores aparecem num serviço de sangue para se submeter a uma avaliação (selecção ou triagem de dadores) para determinar a sua elegibilidade como dador **(Caixa 3)**. Em alguns países, os dadores registados de novo apenas serão submetidos a procedimentos mais ou menos específicos e testes laboratoriais. O procedimento de dádiva não é realizado nesta primeira visita. Quando um dador não é elegível para doar, recebe estatuto de excluído (temporário ou permanente) **(Caixa e2)**. Os dadores suspensos temporariamente receberão um novo convite para doar, enquanto os excluídos permanentemente serão removidos da base de dados **(Caixa g)**.

Todos os dadores que passam pela fase de selecção com sucesso podem fazer uma dádiva **(Caixa e1)** e quase todos os processos de dádiva **(Caixa 4)** são bem sucedidos e resultam em produtos sanguíneos **(Caixa f1)**. Um pequeno número de dádivas falha devido a eventos adversos ou processos mal sucedidos **(Caixa f2)**. Algumas destas complicações poderão levar ao fim do estatuto de dador **(Caixa g)**. Contudo, em geral, os dadores bem sucedidos são novamente convidados a doar após um determinado período de tempo.

O passo final no processo de gestão de dadores foca-se na manutenção do dador **(Caixa 5)**. Uma manutenção de dadores bem sucedida visa minimizar a população de dadores parados.

Os dadores poderão ser removidos da base de dados pelos seguintes motivos:

- Não comparecem repetidamente para fazer uma dádiva após terem sido convidados (**Caixa d2**)
- São dadores excluídos permanentemente (**Caixa e2**)
- Os seus procedimentos de dádiva são mal sucedidos (**f2**)
- Os próprios desistem de doar

O conjunto de dadores parados é formado pelos dadores que não comparecem, dadores excluídos permanentemente e dadores que têm complicações durante os procedimentos de dádiva, cujos dados são arquivados (**Caixa g**).

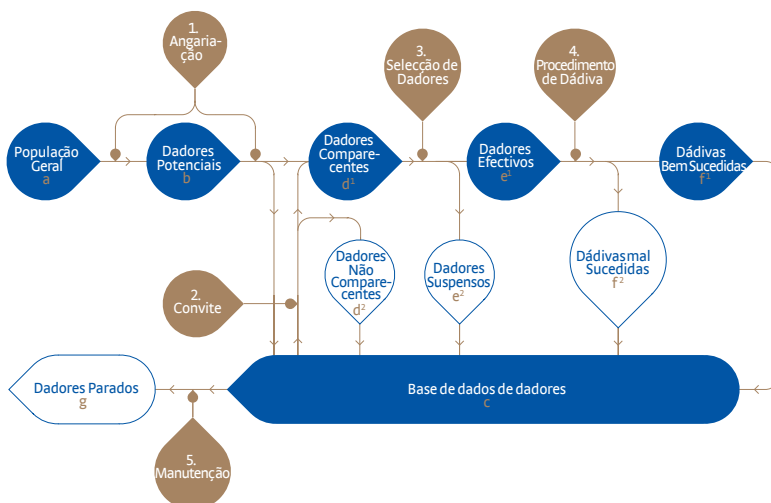


Figura 4.11. Processo de gestão de dadores

BASE DE DADOS DE DADORES E TIPOS DE DADORES

4.3.1 Introdução

Apesar do objectivo comum dos dadores, todos os dadores que constituem a base de dados de dadores variam muito entre si. Esta secção aborda a composição em termos de categorias de idades e estado de actividade do dador.

4.3.2 Actual situação na Europa: composição da população dadora

Em geral, o questionário DOMAINE evidenciou que a composição da população dadora varia amplamente entre serviços de sangue Europeus, especialmente no que refere ao número de dadores de primeira vez e regulares. Alguns serviços de sangue dependem dum grande número de dadores de primeira vez para dar resposta às necessidades de sangue. Para estes serviços, as primeiras dádivas são responsáveis até 35% do total de dádivas. Num serviço de sangue as primeiras dádivas constituíam 81% da quantidade total de dádivas. Outros serviços de sangue têm um grupo grande de dadores regulares à sua disposição.

A **Figura 4.12** mostra a composição da população Europeia dadora de sangue, baseada nos dados fornecidos por vinte serviços de sangue. A proporção de dadores inactivos é relativamente alta, porque muitos serviços de sangue nunca os removeram da base de dados de dadores.

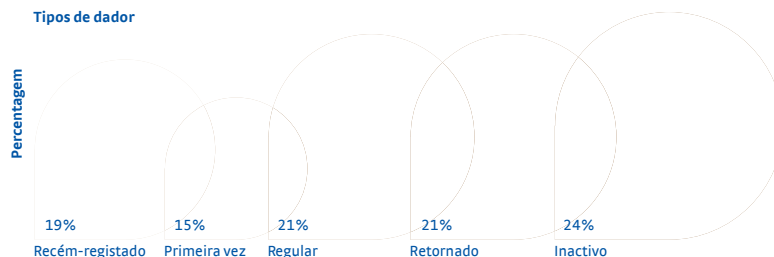


Figura 4.12 Composição da população Europeia dadora usando os tipos de dador

Situação desejável

Uma população dadora adequada é de importância vital para uma boa gestão de dadores. Idealmente, os serviços de sangue podem depender dum grande grupo de dadores que são activos nas suas dádvas. Se existe uma grande proporção de dadores regulares e uma pequena parte dos dadores parados ou inactivos significa que a maioria dos dadores registada na base de dados pode ser convocada para fazer uma dádva. Por outras palavras, o número de dadores activamente comprometidos nas actividades de dádva é bastante elevado. Ser capaz de depender de dadores regulares para fornecer sangue e produtos de sangue suficientes é benéfico para a segurança do sangue e também para os custos de angariação. Em geral, manter um dador para uma subsequente dádva de sangue é menos dispendioso do que angariar outro dador.

4.3.3 Dadores activos, em pausa e inactivos

O conjunto de definições DOMAINE sobre os diferentes tipos de dadores (ver Subsecção 4.1.3) providencia aos serviços de sangue informação relevante sobre a composição da base de dados de dadores. Os diferentes tipos de dadores foram definidos usando tanto o número de dádvas como o padrão de dádva. Estas duas dimensões fornecem informação sobre o “quão activo” um dador é. Um dador, que doa regularmente a cada dois anos é potencialmente diferente dum dador que doou seis vezes em dois anos mas que não fez nenhuma dádva no último ano. O grau de “actividade” pode ser distinguido através dos tipos de dador DOMAINE.

Os dadores activos são divisíveis em três grupos (ver Tabela 7):

1. Dadores de primeira vez;
2. Dadores regulares;
3. Dadores retornados.

Dadores activos são aqueles que fizeram pelo menos uma dádiva nos últimos 12 meses.

Dadores em pausa não fizeram nenhuma dádiva nos últimos 12 meses mas doaram pelo menos uma vez nos últimos 24. Os dadores em pausa compõem o grupo de dadores que podem facilmente tornar-se dadores inactivos. Constituem um potencial risco e, portanto, requerem especial atenção nas actividades de gestão de dadores.

Dadores inactivos já doaram mas não nos últimos 24 meses. Não participaram activamente no processo de dádiva durante este período e estão em risco de parar todas as actividades de dádiva.

Sumário: É importante monitorizar a distribuição e desenvolvimento ao longo do tempo dos diferentes tipos de dadores. Os dadores em pausa estão em risco de pararem as suas dádivas e tornar-se inactivos e finalmente dadores parados. O conhecimento actualizado sobre os diferentes tipos de dadores pode ser uma ferramenta poderosa para usar para uma boa gestão de dadores de modo a focar a atenção naqueles grupos de dadores que estão potencialmente a sair do processo de dádiva. Conhecer a composição da base de dadores permite fazer uma manutenção directa imediata e, se necessário, actividades de angariação.

Tabela 4.7 Tipos de dadores comparados pelo seu padrão de dádiva

Tipo	Situação de actividade	Dádivas		
		Antes de 2008	2008	2009
Dador	PENDENTE	≥0		
Potencial dador		0		
Dador registado de novo		0		
Dador de primeira vez	ACTIVO	0		1
Dador Regular		≥0	≥0	≥1
			└──────────┘ ≥2	
Dador retornado		≥1	0	1
Dador em pausa	ACTIVO?	≥0	1	0
Dador inactivo	INACTIVO	≥1	0	
Dador parado		≥0		

BASE DE DADOS DADORES E CARACTERÍSTICAS DE DADORES

4.4.1 Introdução

Uma vez que os dadores são o ponto de partida da cadeia para o fornecimento de sangue é imperativo saber a composição e características a população dadora, assim como categorizá-la em tipos de dadores, como foi descrito na secção anterior. Medir e registar as características dos dadores é igualmente importante para as estratégias de angariação e manutenção. Em certa medida estas actividades também têm implicações para a segurança dos componentes sanguíneos. Esta secção também refere o tamanho da base de dados de dadores e sugere um modo simples de a estimar.

4.4.2 Características do dador de sangue

A gestão de dadores tanto para a angariação como para a manutenção requer uma visão completa sobre as características da população dadora existente.

Género: Os homens e as mulheres estão igualmente representados na população dadora?

Idade: Qual a média de idades do grupo de dadores regulares? Está a população dadora a envelhecer?

Grupos sanguíneos: Há dadores suficientes para as provisões de cada grupo sanguíneo?

Elegibilidade: É ou não um dador elegível para doar? Que proporção de dadores não é elegível para doar?

Suspensos: Qual a proporção de dadores suspensos temporariamente?

A angariação e a manutenção/fidelização podem ser direccionadas de forma mais precisa quando é possível responder a estas e outras questões. Informações acessíveis e precisas relativas às características dos dadores são, portanto, indispensáveis para a gestão.

As características dos dadores englobam tanto dados médicos como demográficos.

ficos. O primeiro registo de um dador é especialmente importante para listar e gravar a informação demográfica. Esta inclui dados sobre o género, a data de nascimento, o país de origem, o endereço (e-mail) e o número de telefone.

Os dados clínicos do dador incluem características medidas durante a avaliação médica e laboratorial, incluindo as relativas a exclusão permanente ou temporária (ex.: grupo sanguíneo, frequência cardíaca, tensão arterial, altura, peso). Cada visita subsequente, ou contacto com o dador, é uma oportunidade de verificar, a informação e, se necessário, actualizá-la na base de dados dos dadores.

4.4.3 Situação actual na Europa

Uma parte importante do questionário DOMAINE teve por objectivo adquirir informações sobre a composição demográfica na população dadora Europeia no que diz respeito a idade e género. Os seguintes parágrafos descrevem a composição demográfica de dadores na Europa e compara a população dadora com a população geral dadora Europeia.

Distribuição etária

Os novos dadores são angariados da população geral. Os critérios de elegibilidade por idade diferem um pouco entre serviços de sangue Europeus mas, em geral, é aceite a idade mínima de 18 anos para novos dadores. A maior parte dos serviços de sangue autorizam os dadores regulares a doar até aos 70 anos. O critério de elegibilidade por idade para dadores é maioritariamente entre 18 e 70 anos.

É instrutivo saber a composição da população geral por idades, onde os novos dadores são angariados (ver **Figura 4.13**).

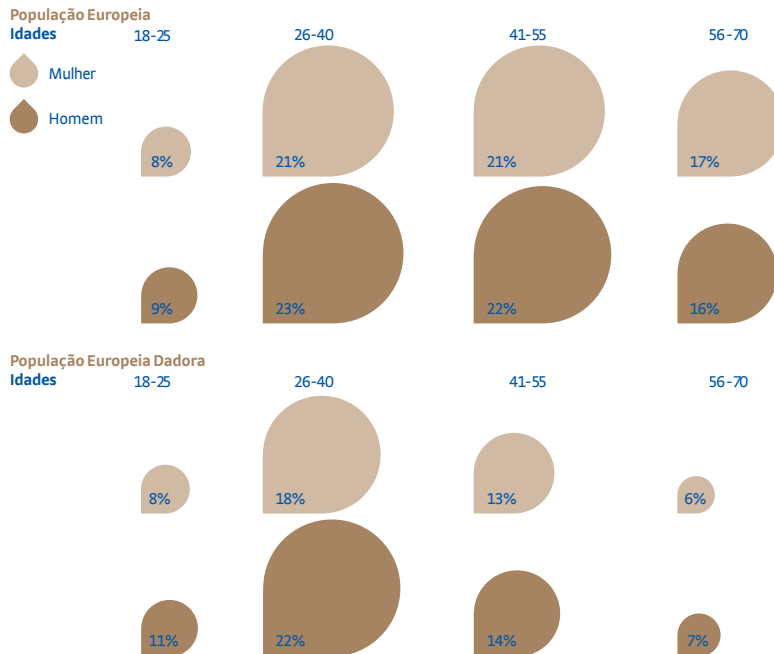


Figura 4.13 Distribuição por idades da população Europeia e da população Europeia dadora

A comparação da distribuição de idades da população dadora existente e a população dadora potencial permite obter conhecimento importante que pode ser usado para a gestão de dadores. Todos os grupos de idades estão igualmente presentes na população dadora? Existem determinados grupos etários não representados, com interesse para a dádiva e que possam ser alvo de campanhas?

Composição da população Europeia dadora dentro das categorias de idades

Para além de conhecer a composição geral por idades da população dadora (ex. maior parte dos dadores têm idade inferior a 40 anos), a gestão de dadores também lucra com o conhecimento interno da composição dos diferentes tipos de dadores por categoria de idades. Quando se analisa os grupos de dadores mais novos, estes são apenas constituídos por dadores de primeira vez ou também por jovens dadores regulares? É igualmente interessante saber se os dadores de primeira vez estão presentes na categoria de idades mais velhas ou se estes são na sua maioria dadores regulares ou retornados.

O questionário DOMAINE mostrou que a presença e distribuição de diferentes tipos de dadores (dadores registados de primeira vez, dadores re-

gulares, dadores retornados e inactivos) varia consoante cada categoria de idades.

A **Figura 4.14** mostra a percentagem de novos registos de dadores de primeira vez, regulares, retornados e inactivos para cada categoria de idades, baseado nos dados de 20 Serviços de Sangue. Verifica-se que os dadores de idade inferior a 25 anos são predominantemente dadores registados de primeira vez ou dadores de primeira vez. Entre os 41 e os 55 anos os dadores regulares dominam o conjunto. Os dadores acima dos 55 anos são maioritariamente inactivos ou regulares. A percentagem de novos dadores registados e dadores de primeira vez diminui com o aumento da idade e a percentagem de dadores inactivos aumenta.

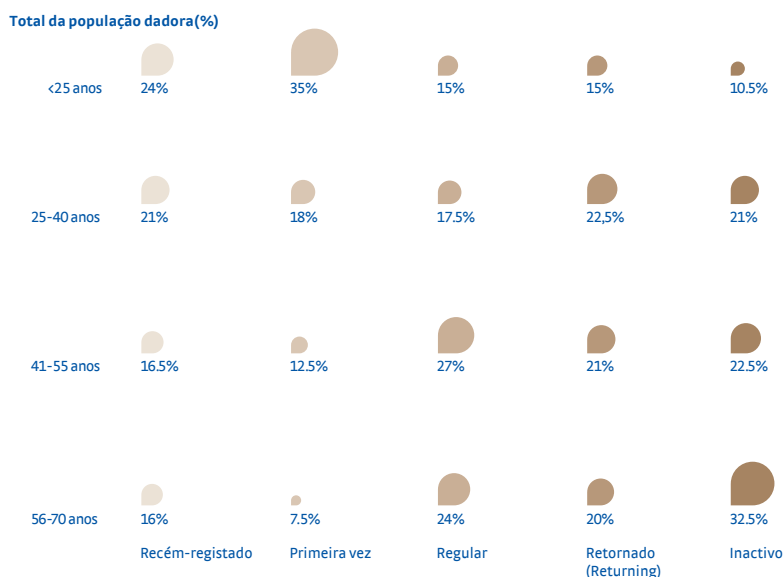


Figura 4.14 Composição da população Europeia dadora por categoria de idades

Composição desejável da população

Uma boa gestão de dadores requer uma avaliação da composição da população dadora. Conhecer a composição da população dadora existente permite a comparação com a população geral. Tal fornece informação sobre o número existente de pessoas da população geral que são dadoras.

Faixa etária: Em geral, é desejável e considerado viável que cerca de 3-4% da população geral de idades entre os 18 e os 70 anos sejam dadores de sangue (ver também Subsecção 4.4.4).

Regularidade: Adicionalmente, é desejável ter uma elevada proporção de dadores regulares, preferivelmente de todas as categorias de idades. Os dadores regulares são os mais activos e preferivelmente constituem a maior parte da população dadora. Portanto, a frequência de dádivas de cerca de duas vezes por ano de dadores de sangue total e cinco vezes por ano para dadores de plasma é garantida.

Diversidade étnica

O registo da origem étnica dos dadores não é uma prática frequente nos serviços de sangue Europeus. Contudo, várias origens étnicas têm fenótipos e genótipos especiais que podem ser importantes para doentes com necessidades especiais de sangue. O registo da origem étnica pode ser relevante para gerir os dadores para doentes com necessidades especiais de transfusão (ver Capítulo 9 Doentes multi-transfundidos). Especificamente, poderá facilitar a pesquisa de dadores por compatibilidade HLA. Contudo, é necessário ter presente que o registo da etnia deve ser efectuado de acordo com a legislação em vigor.

4.4.4 Tamanho desejado da base de dados de dadores

Antes de fazer planos de *marketing* angariação de dadores, a gestão dos serviços de sangue deve determinar o tamanho desejado da sua base de dadores. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem no seu *website*, várias publicações sobre sangue e dádivas de sangue, incluindo publicações com o número de dádivas a nível mundial. O número de dádivas necessário é geralmente expresso em número de dádivas por 1.000 habitantes. A OMS usa o limite mais baixo de 10 dádivas por 1.000 habitantes por ano para o fornecimento de sangue minimamente adequado⁸. Habitualmente, um dador activo doa várias vezes por ano. Num estudo de *benchmarking* efectuado pela EBA o número médio de dádivas de sangue total por dador activo por ano revelou-se aproximadamente 2.0 a 2.3.

Para calcular o número mínimo (A) de dadores activos necessários para cumprir as necessidades de um ano, é necessário saber a média anual do número de dádivas por dador activo (B) e o número de dádivas necessárias num ano (C). Ou seja, $A = C / B$ (ver **Caixa 1** para exemplo de cálculo do tamanho da base de dadores necessário).

Caixa 1. Cálculo do número de dadores activos

Se a média do número de dadas de dadores activos for de dois por ano é necessário colher o mínimo indicado pela OMS de 10 dadas por 1.000 habitantes, então a base de dadores deve conter $10/2=5$ dadores activos por 1.000 habitantes, ou 0,5%.

Num país com 20 milhões de habitantes, isto implicaria necessitar de 100.000 dadores activos.

Contudo, este número precisa de dois ajustes para cima (ver **Caixa 2**).

Primeiro, é um facto que a base de dados de dadores inclui dadores temporariamente suspensos, em pausa ou inactivos. A percentagem de dadores activos pode variar (ver Secção 2.2).

Segundo, nem todas as pessoas num país (ou região) são elegíveis para doar, porque a maior parte dos países tem definido um limite de idade. São necessários dados demográficos para ajustar este factor.

Caixa 2. Calcular o tamanho da base de dados de dadores, ajustar para dadores inactivos e situação demográfica

O número médio de dadas na Europa é aproximadamente 40 dadas por 1.000 habitantes².

Com uma média de 2,0 dadas por dador activo por ano, é necessário um total de 20 dadores activos por cada 1.000 habitantes, constituindo uma percentagem de cerca de 2,0% da população geral.

Se a percentagem de dadores temporariamente suspensos, em pausa ou inactivos na base de dadores é 16,7% (um em seis) o tamanho da base de dados completa tem de ser $2,4\% = 6/5 * 2,0\%$ da população geral.

Se os limites de idades para a dádiva de sangue são 18-65 anos, então os dados demográficos indicam que aproximadamente 75% (3 em cada 4) da população geral na Europa é elegível para se tornar um dador. Isto significa que as pessoas da faixa etária 18-65 anos, $3,2\% (=4/3 * 2,4\%)$ devem estar na base de dadores.

Um país “médio Europeu” com 20 milhões de habitantes e uma necessidade média de sangue de 40 dadas de sangue total por 1.000 habitantes necessitará de 480.000 dadores na sua base de dadores, dos quais 400.000 são dadores activos. A base de dados de dadores, neste exemplo, constitui 2,4% da população geral e 3,2% da população dentro do grupo etário dos 18-65 anos.

É importante ter presente que esta percentagem deve ser corrigida para as necessidades actuais e disponibilidade de componentes sanguíneos numa região ou país. É necessário salientar que todos os exemplos dados referem-se apenas a colheitas de sangue. As necessidades de plasma não estão incluídas.

TIPO DE DÁDIVA E RESPOSTA AO CONVITE PARA DOAR

4.5.1 Introdução

A verificação precisa do número de dadores dum tipo específico de dádiva é um elemento essencial na prática num banco de sangue. Esta informação é também importante para uma boa gestão do *stock*. De modo a determinar o número de dadores que precisam de ser convidados para manter um *stock* de sangue óptimo, o conhecimento tanto sobre a composição do conjunto de dadores como das taxas de resposta dos dadores aos convites (pessoais) é essencial.

4.5.2 Situação actual na Europa: tipo de dádiva

Na maioria dos serviços de sangue na Europa, os dadores de sangue total representam uma média de 96% do conjunto total de dadores. Os restantes 4% são compostos por dadores de plasma (2%) dadores de plaquetas (1%) e outros dadores de aférese (2%).

Aproximadamente num terço dos serviços de sangue na Europa são efectuados procedimentos de aférese de plasma. Cerca de metade dos serviços de sangue colhem plaquetas de dadores de plaquetas. Cerca de um quarto dos serviços de sangue colhem outros componentes sanguíneos a partir de procedimentos especiais por aférese.

4.5.3 Situação actual na Europa: taxa de resposta aos convites para dádiva

A taxa de resposta é definida pelo número de dadores que comparecem a uma sessão de colheita dividido pelo número total de dadores convidados. A taxa de resposta aos convites feitos a pessoas para dar varia amplamente entre os diferentes tipos de dádiva.

Os Dadores de Sangue total têm uma taxa de resposta baixa, variando entre 5 e 80%, com uma taxa média de resposta de 35%.

Os Dadores de plasma têm uma taxa de resposta alta variando entre 90 e 95%, com uma taxa média de resposta de 92%.

Os Dadores de plaquetas têm uma taxa de resposta entre 50 e 95%, com uma média de 83%

As taxas altas de resposta de dadores de plasma e plaquetas podem ser explicadas pelo facto de que podem com frequência marcar momentos específicos para doar. Para além disso, uma forte motivação e compromisso também fazem a diferença. Pode ser significativo que os dadores de plasma sejam autorizados a fazer mais dádivas por ano do que os dadores de sangue total e passar mais tempo por dádiva no serviço de sangue.

Situação desejável

As visitas frequentes dos dadores reforçam o relacionamento entre o dador e o serviço de sangue. Portanto, é desejável ter taxas de resposta altas aos convites para dádiva. Isto assegura uma aproximação entre o dador e o serviço de sangue e aumenta a eficácia do processo de convite ao dador.

Bibliografia

1. Recomendação do Conselho de 29 de Junho de 1998 respeitante à elegibilidade dos doadores de sangue e plasma e ao rastreio das dádvas de sangue na Comunidade Europeia (98/463/CE). Jornal Oficial das Comunidades Europeias, L203, 21.07.1998, p.14
2. Van der Poel CL, Janssen MP & Borkent-Raven B (2007). *Report on the collection, testing and use of blood and blood components in Europe in 2004*. Conselho da Europa, Comité Europeu (Acordo Parcial) na Transufusão de Sangue
3. European Medicines Agency. *Guideline on epidemiological data on blood transmissible infections*. EMEA/CPMP/BWP/125/04. Rev 1, London, 20 May 2009
4. Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de Janeiro de 2003 que estabelece normas de qualidade e segurança em relação à colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de sangue humano e de componentes sanguíneos e que altera a Directiva 2001/83/CE. Jornal Oficial da União Europeia, L33, 8/02/2003, p.30
5. Nilsson Sojka B, Sojka P (2008). The blood donation experience: self-reported motives and obstacles fro donating blood. *Vox Sanguinis*, 94(1), 56-63
6. Greinacher A, Fendrich K, Alpen U, Hoffman W. (2007). Impact of demographic changes on the blood supply: Mecklenburg-West Pomerania as a model region for Europe. *Transfusion*, 47(3), 395-401
7. Veldhuizen IJT, Doggen CJM, Atsma F, De Kort WLAM (2009). Donor profiles: demographic factors and their influence on the donor career. *Vox Sanguinis*, 97, 129-138
8. World Health Organisation (2009) *Global blood safety and availability. Facts and figures from the 2007 Blood Safety Survey*. Retrieved March 17 2010 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/index.html>

