

Reflexão ética sobre o conceito de descarte subjetivo de sangue, sua utilização e problemas éticos gerados pelo seu uso, à luz da RDC n. 153/2004*

An ethical reflection on the concept of subjective blood wasting, its use and ethical problems produced by its use, in the light of RDC n. 153/2004

Una reflexión ética acerca del concepto de desperdicio subjetivo de sangre, su uso y problemas éticos producidos por su uso, a la luz de RDC n. 153/2004

Samanta Tatiane Guilger Gonzaga**

Marcos de Almeida***

Márcio Fabri dos Anjos****

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo discorrer sobre o conceito do Descarte Subjetivo de bolsas de sangue, bem como refletir sobre os dilemas éticos levantados diante dessa problemática e discutir, à luz da RDC nº.153, de 14 de junho de 2004, os motivos pelos quais algumas situações são consideradas como risco acrescido à proteção do receptor de sangue, através de revisão bibliográfica em teses, livros, artigos e na resolução vigente. Utilizou-se a análise dos dilemas criados por esta prática e concluiu-se que alguns entrevistadores sentem constrangimento ao dispensar determinados doadores e baseados em uma impressão subjetiva, tornam-no um falso apto, aceitando a doação, e sem autorização prévia descartam o sangue (sem comunicá-lo) independente do resultado da sorologia, desrespeitando aos seguintes preceitos éticos: autonomia (doador perde o poder de tomar decisões que afetem sua vida), vulnerabilidade (fere o doador tornando-o um “perigo” sem que ele tenha conhecimento) e consentimento livre e esclarecido (para autorizar o médico a realizar procedimentos após ter recebido e entendido todas as informações) e empregando erroneamente o preconceito (fazendo julgamento prévio negativo estigmatizando o doador), a eugenia (que visa “melhoramento biológico do tipo humano”), a subjetividade (que é inválida para todos) e o paternalismo (interferindo na liberdade do indivíduo capacitado de tomar suas decisões).

PALAVRAS-CHAVE: Ética. Sangue-descarte. Doação de sangue.

ABSTRACT: The present study had as its aim to discuss the concept of Subjective blood bags Wasting, as well as to think about the ethical dilemmas this raises and discuss in the light of RDC n. 153 the reasons why some situations are considered high risk to the protection of blood receptors, through a bibliographical survey in theses, books, articles and in enforced resolutions. We used the analysis of the dilemmas created by this practice and we concluded that some interviewers feel constrained when they would have to dismiss some donors and based on a subjective impression accept their blood donation, and without prior authorization discard the blood (without making no one know it) independently of test results, disregarding the following ethical precepts: autonomy (donor loses the power of taking decisions that affect his own life); vulnerability (donor suffers a damage when considered a “danger” without being in the known); free and informed consent (to authorize the doctor to carry out procedures after having received and understanding all needed information); an erroneous judgment based on prejudice (doing a negative previous judgment that inserts donors in labels), eugenics (who aims at the “biological improvement of human beings”), subjectivity (that is invalid for all) and paternalism (interfering in the freedom of able individuals taking their decisions).

KEYWORDS: Ethics. Blood-wasting. Blood donation.

RESUMEN: Este estudio pretende discutir el concepto de Desperdicio Subjetivo de Sangre, así como pensar en los dilemas éticos que esto levanta y hablar a la luz de RDC n. 153 acerca de los motivos por qué algunas situaciones se consideran de riesgo alto a la protección de receptores de sangre, por una revisión bibliográfica en tesis, libros, artículos y resoluciones implantadas. Usamos el análisis de los dilemas creados por esta práctica y concluimos que alguna sensación de los entrevistadores es reprimida cuando ellos tienen que despedir a algunos donantes y, basados en una impresión subjetiva aceptan su donación de sangre pero, sin la autorización previa, desechan la sangre (sin que nadie lo sepa) independientemente de los resultados de testes, desatendiendo los preceptos éticos siguientes: la autonomía (el donante pierde el poder de tomar decisiones que afectan su propia vida); la vulnerabilidad (el donante sufre un daño cuando es considerado “un peligro” sin saberlo); consentimiento libre e informado (para autorizar al doctor a realizar procedimientos después de haber recibido y entendido toda la información necesaria); un juicio erróneo basado en el prejuicio (se hace un juicio anterior negativo de los donantes que los encuadra en etiquetas), eugenesia (que apunta a la “mejora biológica de los seres humanos”), subjetividad (que es inválida para todos) y paternalismo (interferencia en la libertad de individuos capaces tomaren sus decisiones).

PALABRAS LLAVE: Ética. Sangre-desperdicio. Donación de sangre.

* Texto elaborado a partir da Dissertação de Mestrado em Bioética – Programa de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo.

** Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo.

*** Médico. Livre-docente pela Universidade de São Paulo. Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo. Professor de Medicina Legal, Deontologia e Bioética na Universidade Federal de São Paulo.

**** Doutor em Teologia. Professor da Academia de Teologia Moral da Pontifícia Universidade Lateranense de Roma. Membro da Câmara técnica de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Professor do Programa de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo.

INTRODUÇÃO

Atualmente vivencia-se, nos bancos de sangue, uma transição no atendimento, em que o profissional deve compartilhar com o doador as informações, ato desconfortável, pois a equipe que antes se julgava protetora dos direitos dos pacientes e tomava as decisões por estes e pelos fornecedores do sangue, hoje, com o desenvolvimento tecnológico e a facilidade do acesso às informações, perde esta autonomia e deve, juntamente das outras partes envolvidas, tomar as decisões sobre a transfusão.

Porém, para não ter que fornecer explicações, como a importância de uma doação, seus riscos e responsabilidades frente ao paciente e ao próprio doador, o médico, com o advento da AIDS na década de 1980, passa a decidir qual é o bom doador e qual não é considerado tão bom assim, criando o *Descarte Subjetivo* (DS) do sangue, que é utilizado até hoje sem critério razoável, o que gera grandes problemas éticos, como a formação de grupos vulneráveis; a falta do uso da veracidade; a utilização do preconceito; o emprego dos conceitos de eugenia e subjetividade; o tolhimento da autonomia dos doadores e o uso do paternalismo médico. Na impossibilidade de fazer justiça, a sociedade torna-se tolerante sem se preocupar em discutir essas dificuldades. Suprime-se a ética esquecendo-se a discussão.

Doar sangue é um ato ético, levando em consideração que o doador deve ser livre para decidir e ter consciência das conseqüências em relação a ele e ao receptor. Para isso, o profissional da área da saúde deve fornecer todas as informações necessárias ao doador; sendo assim, o DS é um artifício que fere os princípios éticos do ser humano.

SANGUE: IMPORTÂNCIA, EVOLUÇÃO HISTÓRICA E SEGURANÇA

O sangue tem um valor simbólico tão remoto que dados da antiga civilização egípcia evidenciam que esses povos banhavam-se nele. Os gregos o reconheciam como um sustentáculo da vida e o homem moderno o transfunde⁽¹⁾. O imaginário popular geralmente associa o sangue tanto à vida quanto à morte, e uma vez que não é possível ainda substituir o sangue por um derivado sintético, este material biológico tem que ser obtido por meio da doação feita por um cidadão.

No Brasil, o sangue é um produto que não pode ser comprado, portanto, depende da solidariedade das pessoas, sendo, em muitas situações, imprescindível. É o início de um processo que não se encerra na coleta do sangue, mas se prolonga quando até seis pessoas podem receber os seus componentes ou derivados.

A transfusão de sangue no mundo é dividida em dois períodos: um, empírico, que vai até 1900, e outro, científico que se inicia a partir de então. Com a descoberta do sistema ABO, por Landsteiner, em 1900, as transfusões foram realizadas com mais sucesso. No Brasil, foi realizada a primeira transfusão de sangue, usando-se o aparelho de Agote, improvisado por Garcez Fróes, transfundindo o sangue do doador para uma paciente operada de pólipos uterino com metrorragia importante⁽²⁾. Quase quatro décadas após a descoberta do sistema ABO, foi descoberto o fator Rh, seguido de outros achados de anticoagulantes, por cientistas como Loitt e Mollison, estabelecendo-se um marco na criação dos bancos de sangue. E entre os fatores que determinaram o grande desenvolvimento da medicina transfusional, no século XX, destacam-se as duas grandes guerras mundiais, as guerras da Coreia e do Vietnã, e recentemente a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

No início, os doadores eram pagos e altamente selecionados, sendo essa uma das causas da baixa doação de sangue; outro problema estava na falta de doadores, levando os serviços públicos à exigência de doação de sangue para internar os pacientes ou à realização de coletas de sangue em presídios. Os bancos de sangue privados, por sua vez, recorriam nas capitais e cidades de médio porte à doação remunerada, criando, assim, uma profissão - a do doador gratificado⁽³⁾.

Em 1950, foi promulgada a lei nº. 1075, de 27 de março, que dispõe sobre a Doação Voluntária de Sangue. Em 1979, a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia estimulou em São Paulo a utilização de estratégias para a obtenção de doador altruísta, a exemplo de países desenvolvidos, que era conseguir o chamado doador de reposição, sensibilizados e conscientizados para o ato de doar. Houve uma reversão e de 80% de doação remunerada, passou-se a ter exclusivamente doadores voluntários⁽²⁾.

Diferente de outros países, as principais mudanças no sistema hemoterápico brasileiro não ocorreram por intervenção dos especialistas ou por influência direta do governo, e sim por razões econômicas e causas aleatórias,

como, por exemplo, o advento da AIDS. Em 1981, foi estabelecido que as transfusões de sangue, componentes e derivados poderiam ser considerados fontes de transmissão do HIV. Com o aparecimento da AIDS, introduziram-se novos procedimentos, tais como: a substituição da doação anônima pela personalizada, o incremento de todos os métodos de autotransfusão e a disciplina do uso do sangue, de seus componentes e derivados por meio de judiciosa avaliação dos trinômios riscos/benefícios/custo.

Nas décadas que se sucedem, acentua-se o acelerado crescimento em pesquisa e tecnologia, com o desenvolvimento de novas formas de armazenagem do sangue coletado – havendo a substituição das garrafas para acondicionamento do sangue por bolsas plásticas resistentes, o desenvolvimento de centrífugas refrigeradas; introdução de novos testes de controle do sangue coletado para uso terapêutico – testes para detecção de hepatite B; HIV, anti HBc e ALT; anti HTLV-1; implementação dos testes HIV-1 e HIV-2 e NAT (Teste de amplificação dos ácidos nucleicos).

Hoje, se destaca no Brasil a doação como um ato voluntário, não sendo admitido qualquer tipo de remuneração. A doação altruísta é, assim, a fonte de matéria-prima das unidades hemoterápicas. A busca do doador voluntário e habitual se deve não somente à segurança, mas também à economia, pois doadores testados e retestados significam bolsas de sangue com margem maior de segurança para o receptor e menos exames sorológicos desprezados⁽⁴⁾.

Como segurança transfusional, entende-se o conjunto de medidas quantitativas e qualitativas adotadas que vise a um menor risco aos doadores e receptores de sangue, além da garantia de estoques estratégicos capazes de atender à demanda. Mas mesmo com o avanço à busca desta segurança, “não existe transfusão isenta de riscos”. Daí a importância de se cumprir com eficiência o ciclo hemoterápico cujo processo se inicia com a captação e seleção de doadores, seguindo-se a triagem sorológica e imuno-hematológica, processamento e fracionamento das unidades coletadas, dispensação, transfusão e avaliação pós-transfusional⁽⁵⁾.

Há diferentes fatores que intervêm na segurança da fonte do sangue pelo mundo inteiro, como, por exemplo, a inabilidade dos governos em reforçarem leis, regulamentos, e/ou normas; a ineficiência das equipes em garantir a qualidade e/ou as práticas de boa fabricação do produto e a falta do treinamento do pessoal de saúde em seguir padrões da prática médica para prescrever o sangue ou

seus produtos. A falta dos doadores de sangue altruístas e de repetição, mostrado como sendo mais saudável do que doadores de reposição, também é um fator que intervém na segurança⁽⁶⁾.

No Brasil, por sua própria cultura, não há o costume de doar sangue por medo de adquirir uma doença no ato da doação ou por medo da picada da agulha, diferente dos países desenvolvidos, onde a população doa sangue por hábito. Este comportamento necessita de um estímulo moral forte ou o exemplo de uma figura com grande autoridade para a indução de tal ato. Deve existir a consciência de que é necessário para salvar vidas, não se esquecendo que na Europa, no século XX, houve duas grandes guerras que, sem dúvida forjaram o espírito cívico e amadureceram, nesse aspecto, a sociedade, que começou a doar sangue para proteger a saúde dos que lutavam pela pátria, ato que se transformou, com o passar do tempo, em um hábito aprendido, passado de geração em geração, persistindo até hoje⁽⁷⁾.

Durante a captação de doadores de sangue, o início propriamente dito da hemoterapia, deve-se ter uma preocupação epidemiológica, objetivando evitar o direcionamento de candidatos à doação que possam estar sob risco de infecção de alguns agentes passíveis de transmissão pelo sangue. Nessa etapa, é fundamental afastar pessoas que vivam em maior exposição, a exemplo daqueles indivíduos confinados em regime carcerário, usuários de drogas, promiscuidade sexual, dentre outras. Buscar doadores espontâneos, benévolos, altruístas e habituais é uma missão para os serviços de hemoterapia em todo o mundo. Trabalhos demonstram que a melhoria do perfil dos doadores de sangue influencia diretamente na qualidade e segurança das unidades coletadas. As normas brasileiras determinam que toda doação seja precedida de triagem clínico-epidemiológica criteriosa dos candidatos. Por meio de profissional capacitado, a triagem clínica é realizada visando à identificação de sinais e sintomas de enfermidades nos candidatos a doação que possam causar riscos para si próprio ou para o receptor⁽⁵⁾.

Portanto, uma triagem clínica rigorosa, realizada por profissionais competentes e comprometidos com a ética, garante que o uso do DS é desnecessário.

METODOLOGIA

Assim, este estudo será dividido em duas partes: uma discussão sobre o uso do Descarte Subjetivo, seu conceito

e os dilemas éticos levantados a partir dele, como a perda da autonomia do doador, a criação de grupos vulneráveis dentro dos bancos de sangue, a falta da veracidade dos triagistas para com os doadores, o preconceito dos triadores e o uso da eugenia e da subjetividade pelos entrevistadores, e uma discussão sobre os itens da RDC nº. 153, de 14 de junho de 2004, ligadas aos conceitos éticos que levam ao DS, suas possíveis causas e sua desnecessidade, pela análise da portaria referida e um levantamento bibliográfico acerca dos dilemas éticos criados com o uso do DS do sangue.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Primeiramente será discorrido sobre o conceito de DS e dos preceitos éticos que são infringidos com o seu uso, precedido de uma breve discussão sobre os dilemas gerados pela sua utilização.

Descarte Subjetivo (DS)

O sangue coletado, após sua análise sorológica, deverá ser encaminhado para uso nos pacientes, se estiver com o resultado sorológico negativo, ou ser descartado. Porém, em alguns casos, o entrevistador, baseado em uma impressão subjetiva, torna o doador um falso apto devido à suspeita de risco aumentada, aceita a doação, mas não utiliza o sangue e torna o doador inapto sem autorização prévia, e em nenhum passo da doação ele fica ciente de que seu sangue será descartado independente do resultado dos exames.

Na década de 80, este artifício foi muito utilizado, pois não se sabia ao certo como a Aids podia ser contraída, qual o seu tempo de janela imunológica e quais eram os grupos de pessoas com risco para transmitir tal patologia. Hoje, porém, com a evolução científica e tecnológica, as novas descobertas sobre o HIV, e os documentos, tais como as portarias vigentes no momento, que respaldam a dispensa das pessoas com comportamentos de risco, não há mais necessidade de jogar sangue fora e sim dispensar o doador caso ele apresente algum comportamento suspeito para doenças infecciosas antes da doação.

Autonomia

A autonomia significa o poder da pessoa humana de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua inte-

gridade físico-psíquica e suas relações sociais. Refere-se à capacidade do ser humano de decidir o que é “bom”, o que é seu “bem-estar” de acordo com valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias. A pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, livre de coerções internas ou externas, para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas. Para que exista uma ação autônoma é necessária a existência de alternativas de ação, pois se existe apenas uma alternativa, um único caminho a ser seguido, uma única forma de algo ser realizado, não há exercício da autonomia⁽⁸⁾.

Para tal, a informação é a base da fundamentação das decisões autônomas dos pacientes, necessária para que ele possa consentir ou recusar-se a medidas ou procedimentos de saúde a ele propostos. Os dados gerados nas relações entre profissionais de saúde e seus pacientes constituem direito moral e legal destes últimos.

Vulnerabilidade

Vulnerabilidade é uma palavra de origem latina, derivando *vulnus (eris)*, que significa ferida. Assim sendo, ela é definida como a susceptibilidade de ser ferido⁽⁹⁾. É também caracterizada como “uma capacidade ou liberdade limitada”, mostrando que os grupos específicos podem ser considerados vulneráveis⁽⁸⁾.

Vulnerável é toda a pessoa que se encontra menos apta a se proteger⁽¹⁰⁾. No seu sentido concreto, o vulnerável é aquele que pode ser atingido por algo no plano físico, psíquico, social ou moral. Pode ser afetado de modo negativo por um mal que lhe causa danos. Isso remete à idéia de risco eminente que pode provocar sofrimento⁽¹¹⁾.

O conceito de vulnerabilidade foi incorporado aos debates bioéticos nos últimos anos, mais especificamente na década de 1990, devido ao susto provocado pelo amplo crescimento da epidemia causada pelo HIV/Aids entre populações social e economicamente menos favorecidas⁽¹²⁾.

Consentimento / Informação

O consentimento é entendido, no âmbito da medicina, como um ato autônomo, livre e consciente, pelo qual o paciente autoriza o médico a iniciar os procedimentos necessários para o tratamento após ter entendido todas as informações fornecidas⁽¹¹⁾. Portanto, para que o consentimento, seja realizado de forma conscienciosa deve haver um esclarecimento ao doador. Este é um aspecto ético de

grande importância. Tal elucidação deve ser a mais completa possível, abordando as possibilidades de sucesso e as possíveis conseqüências acarretadas ao doador e ao paciente, a curto, médio ou longo prazo⁽¹³⁾. As informações a serem fornecidas devem conter os riscos normalmente previsíveis em função da experiência habitual e dos dados estatísticos⁽⁸⁾.

Preconceito

Preconceito é uma indisposição, um julgamento prévio negativo que se faz de pessoas estigmatizadas por estereótipos. (<http://www.dhnet.org.br>) Classicamente, tem sido estudado como uma característica psicológica do indivíduo: uma frustração reprimida e deslocada para grupos mais fracos⁽¹⁴⁾.

A sexualidade, nas sociedades ocidentais modernas, tornou-se um foco de produção de discursos pretensamente verdadeiros sobre o sujeito e é interessante notar que pessoas, guiadas pelo senso comum, acreditam existir uma divisão muito nítida e simples entre as identidades sexuais. Nesse sentido, haveria os “normais” (heterossexuais) e os “anormais” (homossexuais e bissexuais). Pela explicitação da identidade sexual individual, seria possível prever um dos grandes ideais da ciência moderna, as suas qualidades morais, bem como se seria possível (ou não) a sua felicidade⁽¹⁵⁾.

Eugenia

A palavra ‘eugenia’, cunhada por Francis Galton em 1883, significa “a ciência do melhoramento biológico do tipo humano”. Galton estava convencido de que a maioria das qualidades físicas, mentais e morais dos humanos eram herdadas; desse modo, o progresso humano dependeria de como essas qualidades seriam passadas para as gerações futuras⁽¹⁶⁾. É essa idéia que empresta ao nome eugenia o conceito de bem-nascido.

A prática da eugenia desde muito cedo tem acompanhado a história da humanidade, a exemplo das medidas em prol do controle rigoroso dos nascimentos em Esparta. Antes, defendia-se o aborto eugênico, o controle das fontes de degeneração, como o alcoolismo e as doenças venéreas e algumas limitações nas políticas imigratórias do país; discutia-se sobre segregação e esterilização de doentes mentais e outros degenerados. Hoje pode ser definida como a “ciência que se ocupa de todas as influências que melhoram as qualidades inatas da raça humana, particularmente através do controle de fatores hereditários”⁽¹⁷⁾.

Para os adeptos da sócio-biologia, existe uma “natureza humana” ou, melhor dizendo, uma “condição humana” via genoma. Desse modo, genes adquirem estatuto antropomórfico, podendo ser perversos ou bons, ou gay, criminoso, aditivo, entre outras qualificações⁽¹⁸⁾.

Subjetividade

Subjetividade relaciona-se ao sujeito; ao que está no sujeito; que se passa na consciência; ou ao que é próprio de um ou de vários sujeitos e que não é válido para todos. (<http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx>) É, prioritariamente, um composto de sensações. É a sensação primária que somos que define o nosso processo, definindo também as mudanças subjetivas que irá impor à vida uma nova direção⁽¹⁹⁾.

A noção de subjetividade que se inaugura com Descartes e Hobbes incluía dois elementos fundamentais: a capacidade do indivíduo se autoconhecer e definir, de um lado, e a capacidade de ação do sujeito, que o faria capaz de levar à prática suas volições, influenciando então sobre o mundo de forma ativa⁽²⁰⁾.

Toda experiência que concretiza uma subjetividade envolve modos historicamente peculiares de se fazer a experiência do si. A subjetividade é um efeito massivo que provém de um processo singular⁽²¹⁾.

Paternalismo

Paternalismo é a interferência na liberdade de um indivíduo eticamente capacitado para tomada de decisões, mediante uma ação beneficente justificada por razões referidas exclusivamente ao bem-estar, às necessidades da pessoa que está sendo coagida, e não por interesses de terceiros, do próprio profissional de saúde ou mesmo interesses da sociedade. Na ação paternalista, os profissionais de saúde decidem, perante uma pessoa autônoma, o que é bom para elas, o que deverá ser seu bem-estar, sua qualidade de vida, se fundamentando em seus próprios valores⁽⁸⁾.

A justificativa mais alegada é que a ética médica naturalmente a exigiria. No próprio juramento de Hipócrates é citado: “Aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja”. Disso pode ser entendido que é responsabilidade do médico fazer, segundo seu julgamento ou habilidade, o que for possível no melhor interesse do seu paciente, independente do paciente con-

cordar ou dar seu consentimento e independentemente se o paciente conhece as prováveis conseqüências e as alternativas disponíveis⁽²²⁾. Para que o comportamento seja considerado paternalista, é necessário que o profissional de saúde deva acreditar que sua ação é benéfica à outra pessoa e não a ele próprio ou a terceiros, e que sua ação envolve uma violação de regra moral. Deverá, também, não ter, em nenhum instante, o consentimento da outra pessoa, que deve ser competente para tomar decisões⁽⁸⁾.

Analisando estes preceitos, percebe-se que o doador, quando tem o seu sangue descartado de modo subjetivo é tolhido do direito de exercer sua autonomia, pois, com a invasão da privacidade do profissional em suas decisões, perde a liberdade de agir de acordo com sua consciência. Torna-se parte de um de grupo vulnerável, que não tem como se defender, sendo afetado de modo negativo e ferido no seu bem-estar moral.

O profissional de saúde, ao utilizar o DS do sangue está faltando com a verdade ao doador, e a doação torna-se inválida sem o seu consentimento. O triador, ao agir de acordo com suas convicções, desrespeita o doador por seu preconceito e esquece que, acima da própria crença, há um documento que os respalda legalmente. Volta-se a utilizar o conceito de eugenia, havendo a escolha de alguns sangues para serem “descartados”, mesmo apresentando sorologia negativa, julgando, segundo a própria convicção, qual o gene (sangue) é bom ou não para ser utilizado, e ao agir de acordo com sua vivência pessoal, desconsidera as respostas do doador.

Mesmo aceitando que decidir pelo doador é uma forma de protegê-lo, não é convincente que esse fim possa ser alcançado por evasivas ou mentiras. É claro que tal tipo de atitude reduz a perturbação dos médicos, pois discussões abertas e divisão de responsabilidades com o doador são muito cansativas e é mais fácil cogitar apenas as possibilidades amenas. Geralmente, a razão para um comportamento tão protetor do entrevistador é a cessação do seu próprio desconforto em ter que lidar com o assunto. O médico, ao acreditar que pelo bem do paciente pode desconfiar do doador e tomar decisões por ele sem consultá-lo, torna seu sangue um risco para a população, e o doador não desconfia que sua decisão no ato de doar não é levada em consideração. Não sendo informado em hipótese alguma de que seu sangue nunca foi utilizado, ele retorna ao banco de sangue gerando um ciclo vicioso.

DISCUSSÃO ÉTICA

A RDC n.153, de 14 de junho de 2004⁽²³⁾, visa à proteção do paciente, doador e profissional que manuseia o sangue, e expressa claramente qual doador deve ser considerado apto segundo bem-estar geral, doenças, uso de medicações, drogas e álcool e comportamento sexual. O profissional deve estar atualizado com os dados desta documentação e aplicá-los de forma coesa, sem perder de vista um atendimento respeitoso, fornecendo dados necessários para uma doação segura. Deve, também, honestamente, explicar ao doador que se encontra em alguma situação que coloque em risco a si ou às demais pessoas envolvidas neste processo o motivo e o tempo de inaptidão e oferecer quando necessário encaminhamento a outros serviços de interesse, como, por exemplo, os centros de aconselhamento sorológico.

Serão apresentados alguns princípios da portaria que levam alguns profissionais a utilizarem o DS e discutidos de modo a desmistificar esta necessidade, demonstrando que a portaria não oferece suporte para tal conduta.

A.1 - Toda transfusão de sangue traz em si um risco, seja imediato ou tardio, devendo, portanto, ser criteriosamente indicada.

Este princípio prevê que possa haver riscos em toda e qualquer doação, tendo o funcionário da hemoterapia a obrigação de alertar a população quanto a importância da veracidade das respostas fornecidas durante a entrevista para que estes riscos sejam minimizados ao máximo. O doador deverá responder sempre a verdade, portanto é necessário que não haja pelos hospitais pressão sobre os familiares de doentes que se encontram internados, levando-os a se sentirem obrigados a mentir apenas pelo medo do parente ou amigo não ser atendido pela falta de sangue. Ter dessa forma, uma equipe de captação treinada a solicitar a doação como um ato altruísta e não como a única maneira de salvar a vida de seu familiar internado.

A.3 - A responsabilidade técnica e administrativa pelos serviços de hemoterapia deve ficar a cargo de um médico especialista em hemoterapia e ou hematologia, ou ser qualificado por órgão competente devidamente reconhecido para este fim pelo Sistema Estadual de Sangue. A este médico, o responsável técnico, cabe a responsabilidade final por todas as atividades médicas, técnicas e administrativas. Estas responsabilidades incluem o cumprimento das normas técnicas

cas e a determinação da adequação das indicações da transfusão de sangue e de componentes.

Princípio que visa à responsabilidade dos profissionais quanto ao cumprimento técnico deste documento, principalmente o uso das normas por ele estabelecida. Não existem medidas que descrevam a aplicação do DS, portanto, sua prática não faz parte desta resolução.

A.8 - O serviço de hemoterapia deve implementar protocolo para controlar as indicações, o uso e o descarte dos componentes sanguíneos.

A.11 - Cada serviço de hemoterapia deve manter um manual de procedimentos operacionais padrões (POP), técnicos e administrativos. Estes POP devem ser acessíveis, a qualquer momento, a todos os funcionários.

O cumprimento das disposições contidas nos POP é obrigatório para todo o pessoal atuante.

Estes itens prevêm que, se os hospitais optarem pela implantação do uso do DS como rotina na unidade, deverão, então, protocolar o procedimento e torná-lo como uma das indicações de descarte do sangue. Deverá fazer parte do manual de rotina e ser acessível a todos os funcionários a qualquer momento, pois uma vez estipulado como ato obrigatório, não deverá ser usado apenas por parte da equipe (a qual sente dificuldades em lidar com a verdade diante do doador) e sim por todos.

A.10 - O serviço de hemoterapia deve implementar programas destinados a minimizar os riscos para a saúde e garantir a segurança dos receptores, dos doadores e dos seus funcionários.

Propõe o uso de medidas que não prejudiquem a tríade envolvida na doação de sangue (doador/paciente/funcionário). O DS seria, então, desestimulado como tal, já que fere o trio: o primeiro envolvido é enganado, pois pensa que seu sangue é utilizado; o segundo tem menos investimento em si, já que é gasto uma quantia em descartes desnecessários no lugar de material para transfusão; e o terceiro que entra em contato com um material que supostamente está contaminado e pode então se contaminar.

A.16 - Todos os registros e documentos referentes às atividades desenvolvidas pelo serviço de hemoterapia devem possibilitar a identificação do técnico responsável.

Neste item, o técnico que utilizar o DS deve identificar o uso e responsabilizar-se por tal atitude, principalmente frente ao doador.

B.1 - A doação de sangue deve ser voluntária, anônima, altruísta e não remunerada, direta ou indiretamente. Por anonimato da doação entende-se a garantia de que nem os receptores saibam de qual doador veio o sangue que ele recebeu e nem os doadores saibam o nome do paciente que foi transfundido com componentes obtidos a partir da sua doação, exceto em situações tecnicamente justificadas.

Este princípio proporciona ao triador uma segurança maior de obter veracidade nas respostas do doador, pois se esclarecer que a doação não será necessariamente ao seu conhecido, o doador terá um compromisso moral em dizer a verdade, acreditando que outro fará o mesmo e este sangue poderá ser usado por seu familiar, criando assim uma conscientização coletiva do ato de doar.

B.2 - O sigilo das informações prestadas pelo doador antes, durante e depois do processo de doação de sangue deve ser absolutamente preservado.

No dia da doação, sob supervisão médica, um profissional de saúde de nível superior, qualificado, capacitado e conhecedor destas normas, avaliará os antecedentes e o estado atual do candidato a doador, para determinar se a coleta pode ser realizada sem causar-lhe prejuízo, e se a transfusão dos hemocomponentes preparados a partir desta doação pode vir a causar problemas nos receptores. Esta avaliação deve ser feita por meio de entrevista individual, em ambiente que garanta a privacidade e o sigilo das informações prestadas.

O DS contraria este princípio, pois quando um doador é considerado um risco e mesmo assim sua doação é aceita, o resto da equipe toma conhecimento do ocorrido, pois na bolsa de sangue há uma identificação, quebrando, assim, o sigilo das informações fornecidas de forma confidencial na sala de entrevista, expondo o doador a toda equipe.

B.3 - Todo candidato à doação de sangue deve assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual declara expressamente consentir em doar o seu sangue para utilização em qualquer paciente que dele necessite e consentir, também, na realização de todos os testes de laboratório exigidos pelas leis e normas técnicas vigentes. O doador deve, ainda, consentir que o seu nome seja incorporado a um arquivo de doadores potenciais, se for o caso.

Deve constar do termo de consentimento a autorização para que o seu sangue, quando não utilizado em

transusão, possa ser utilizado em produção de insu-
mos e hemoderivados, autorizados legalmente.

Antes que o candidato assine esse termo, devem ser-
lhe prestadas informações, com linguagem compre-
ensível, sobre as características do processo de doação,
os riscos associados ao mesmo, os testes que serão re-
alizados em seu sangue para detectar doenças infec-
ciosas e a possibilidade da ocorrência de resultados
falso-positivos nesses testes de triagem.

Deve ser oferecida ao candidato à doação a oportuni-
dade de fazer todas as perguntas que julgar necessárias
para esclarecer suas dúvidas a respeito do procedimento
e de negar seu consentimento, se assim lhe aprouver.

Este item especifica como deve ser o consentimento à
doação, ou seja, o doador deve saber o destino do seu san-
gue, independente do resultado do exame, deve ter ciência
que seu sangue será jogado somente se o resultado da soro-
logia der positivo ou que será utilizado em algum paciente.
No caso do DS, o doador não é informado que seu sangue
será “jogado” independente do resultado do exame e não
consentiu em nenhum momento tal conduta.

B.4 - É obrigatório que seja entregue ao candidato à
doação, material informativo sobre as condições bá-
sicas para a doação e sobre as doenças transmissíveis
pelo sangue.

Este material deve também mostrar ao candidato a
importância de suas respostas na triagem clínica e os
riscos de transmissão de enfermidades infecciosas pe-
las transfusões de sangue e componentes.

Antevê que o uso da veracidade e divisão de responsa-
bidades entre triador e doador descarta a necessidade de
mentiras ou omissões do fornecedor do sangue e, conse-
qüentemente, torna-se desnecessário o uso do DS.

B.5.1.10 - Volume a ser coletado

O volume de sangue total a ser coletado não pode ex-
ceder 8 ml/kg de peso para as mulheres e 9 ml/kg de
peso para os homens. O volume admitido por doação
é de 450 ml \pm 50 ml, aos quais podem ser acrescidos
até 30 ml para a realização dos exames laboratoriais
exigidos pelas leis e normas técnicas.

Estabelece a quantidade de sangue que deve ser retira-
do, contrariando o DS, em que o volume coletado é cerca
da metade do mínimo permitido.

B.5.1.12 Alcoolismo

Qualquer evidência de alcoolismo agudo ou crônico é
causa de rejeição. O alcoolismo agudo contra-indica a

doação por 12 horas. O alcoolismo crônico é causa de
inaptidão definitiva.

Princípio muito importante, pois visa à proteção do
doador, principalmente o usuário crônico de álcool que
pode sofrer um mal-estar durante ou após a coleta. O
uso do DS, neste caso, colocaria em risco sua integridade
física.

B.5.2.7.1 - Uso de drogas ilícitas

História atual ou pregressa de uso de drogas injetáveis
ilícitas é contra-indicação definitiva para a doação de
sangue. Deverão ser inspecionados ambos os braços
dos candidatos à doação para detectar evidências de
uso repetido de drogas parenterais ilícitas. A presença
destes sinais determina a rejeição definitiva do doador.
O uso de cocaína por via nasal (inalação) é causa de
exclusão da doação por um período de 12 meses, con-
tados a partir da data da última utilização.

A evidência de uso de qualquer outro tipo de droga
deve ser avaliada.

B.5.2.7.2 - Situações de Risco Acrescido

a) Serão inabilitados de forma permanente como doa-
dores de sangue os candidatos que tenham evidências
clínicas ou laboratoriais de doenças infecciosas que
sejam transmitidas por transfusão sanguínea.

b) Serão inabilitados de forma permanente os candi-
datos que tenham doado a única unidade de sangue
transfundida em um paciente que tenha apresen-
tado soroconversão para hepatite B ou C, HIV, ou
HTLV, sem ter qualquer outra causa provável para
a infecção.

c) Serão inabilitados por 12 meses após a cura, os can-
didatos a doador que tiveram alguma Doença Sexual-
mente Transmissível - DST.

d) Serão inabilitados por um ano, como doadores de
sangue ou hemocomponentes, os candidatos que nos
12 meses precedentes tenham sido expostos a uma
das situações abaixo:

Homens e ou mulheres que tenham feito sexo em
troca de dinheiro ou de drogas, e os parceiros sexuais
destas pessoas.

Pessoas que tenham feito sexo com um ou mais par-
ceiros ocasionais ou desconhecidos, sem uso do pre-
servativo.

Pessoas que foram vítimas de estupro.

Homens que tiveram relações sexuais com outros ho-
mens e ou as parceiras sexuais destes.

Homens ou mulheres que tenham tido relação sexual com pessoa com exame reagente para anti-HIV, portador de hepatite B, Hepatite C ou outra infecção de transmissão sexual e sangüínea.

Pessoas que estiveram detidas por mais de 24 horas em instituição carcerária ou policial.

Pessoas que tenham realizado “piercing” ou tatuagem sem condições de avaliação quanto à segurança.

Pessoas que tenham apresentado exposição não estéril a sangue ou outro material de risco biológico;

Pessoas que sejam parceiros sexuais de hemodialisados e de pacientes com história de transfusão sanguínea;

Pessoas que tiveram acidente com material biológico e em consequência apresentaram contato de mucosa e ou pele com o referido material biológico.

Estes dois princípios são os mais polêmicos, pois descrevem os comportamentos considerados como riscos acrescidos para a contaminação dos vírus da Aids, das hepatites B e C e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Explícita desta maneira, quais doadores devem ser dispensados e se necessário encaminhados a outros lugares de referência. Não havendo a necessidade do uso do DS, pois, não há dúvidas quanto ao que está escrito, basta o triador utilizar estes dados com conhecimento e confiança e abdicar da sua análise subjetiva, pois ao dividir com o doador as responsabilidades da doação, não há a necessidade de omissão de informações ou de inverdades.

CONCLUSÃO

Há muita discussão sobre o avanço tecnológico da doação de sangue. Elaboram-se leis e normas para ampliar a segurança, estudam-se novas formas de triagens sorológicas e descobre-se mais sobre as doenças infecciosas, ou

seja, uma época de alta tecnologia na hemoterapia. Porém, sem debates a respeito da triagem clínica, anula-se, portanto, a parte ética da doação.

A triagem clínica é importante, para garantir um sangue com o máximo de segurança possível, porém, é desvalorizada pelos profissionais, talvez pela dificuldade que apresenta. Diferente das outras etapas, em que se trabalha essencialmente com máquinas, neste passo se lida somente com os doadores, ou seja, com outro ser humano que, como o entrevistador, tem um conjunto de emoções. Desta proximidade é que surgem os grandes problemas éticos citados neste estudo, visto que o triador pode, em alguns momentos, sentir-se intimidado em dispensar um doador.

Alguns entrevistadores espelham suas atitudes com a do doador e ao torná-lo inapto tem que admitir a si mesmo que também não pode doar. Outros triadores, por preconceito, não contam que o mesmo não poderá realizar a doação. Alguns agem de forma paternalista, acreditando que sua desconfiança vale mais que a palavra do doador, e sem lhe dizer nada, o torna inapto para, supostamente, proteger o receptor. Em todos os casos, esquecem-se do perigo a que submetem os funcionários que poderão se contaminar e desrespeitam os direitos do doador. E, o pior de tudo, deixam de comunicar que ele foi excluído do rol dos doadores, em consequência da avaliação que foi subjetivamente realizada na entrevista, apesar do doador ter todo o direito de saber a verdade sobre si próprio.

Às vezes, por receio de desagradar o doador, às vezes para evitar o desconforto que ele mesmo sente, o entrevistador apela para a farsa, omitindo a real informação que é seu claro dever moral. Contudo, profissional de banco de sangue deve ter um compromisso ético com o doador e nunca lhe faltar com a verdade, transmitir informações corretas e esclarecedoras, permitindo-lhe usufruir plenamente da sua cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Bastos MLA, Vilela RQB, Silva SMC. O ato de doar sangue sob a ótica de técnicos e doadores. Revista Brasileira de hematologia e hemoterapia;2001.
2. Junqueira PC, Rosenblit J, Hamerschlag N. História da Hemoterapia no Brasil. Rev. Bras Hematol Hemoter 2005; 27 (3).
3. Guerra CCC. Fim da doação remunerada de sangue no Brasil faz 25 anos. Rev Bras Hematol Hemoter 2005;27 (1): 1-3.
4. Ludwig ST, Rodrigues ACM. Doação de sangue: uma visão de marketing. Cad Saúde Pública 2005; 21 (3): 932-939.

5. Carrazzone CFV, Brito AM, Gomes YM. Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. *Rev Bras Hematol Hemoter*; 2004.
6. Schmunis GA, Cruz JR. Safety of the Blood Supply in Latin America. *Clin Microbiol Rev* 2005; 18: 582.
7. Dorlhiac-Llacer PE. Doação de sangue e testes laboratoriais no Sangue do doador. *Manual de Transfusão Sangüínea*. São Paulo:Roca;2001. cap 1.
8. Fortes PAC. Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU; 1998.
9. Neves MCP. Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: Barchifontaine CP, Zoboli E. (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. Aparecida, SP: Idéias & Letras/ Centro Universitário São Camilo;2007.
10. Diniz D, Corrêa M. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública* 2001;17 (3).
11. Zuben NA. Vulnerabilidade e decisão: tensão no pacto médico. In: Barchifontaine CP, Zoboli E. (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo:Centro Universitário São Camilo/Idéias e Letras; 2007.
12. Barchifontaine CP. Vulnerabilidade e Cuidados. In: Barchifontaine CP, Zoboli E. (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/ Idéias e Letras; 2007.
13. Oliveira CF, Vieira TR. Amparo Bioético da Vulnerabilidade do Doador. In: Barchifontaine CP, Zoboli E. (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo:São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Idéias e Letras; 2007.
14. Lacerda M, Pereira C, Camino L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicol Reflex Crit* 2002; 15 (1).
15. Madureira AFA, Branco AMCUA. Identidades sexuais não-hegemônicas: processos identitários e estratégias para lidar com o preconceito. *Psic Teor e Pesq* 2007; 23 (1).
16. Castañeda LA. Eugenia e casamento. *Hist cienc saúde* 2003;10 (3):901-930.
17. Mai LD, Angerami ELS. Eugenia negativa e positiva: significados e contradições. *Rev Latino-Am Enf* 2006; 14 (2):251-258.
18. Cardoso MHCA, Castiel LD. Saúde coletiva, nova genética e a eugenia de mercado. *Cad Saúde Pub* 2003; 19 (2) :653-662.
19. Maciel Junior A, Melo DAS. A fundação do subjetivo: o hábito para além da psicologia. *Rev Dep Psicol* 2006; 18 (2):69-82.
20. Domingues JM. Desenvolvimento, modernidade e subjetividade. *Rev Bras Ci Soc* 1999; 14 (40):83-91.
21. Pedroza RLS. Aprendizagem e subjetividade: uma construção a partir do brincar. *Rev Dep Psicol* 2005; 17 (2):61-76.
22. Almeida M. Comentários sobre os princípios fundamentais da Bioética – perspectiva médica. In: Pessini L, Barchifontaine CP. (Orgs.). *Fundamentos da Bioética*. São Paulo: Paulus; 1996. (Nova Práxis Cristã)
23. Brasil. Resolução RDC n.153, de 14 de junho de 2004. Dispõe sobre a regulamentação técnica para os procedimentos hemoterápicos. Cartilha Cidadania para Todos – Preconceito, racismo e discriminação social. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/w3?ceddhc?bdados?cartilha14.htm>. Dicionário on line. Disponível em <http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx>

Recebido em: 26 de fevereiro de 2008.
Versão atualizada em: 18 de março de 2008.
Aprovado em: 26 de abril de 2008.