



ANGARIA- ÇÃO E MANU- TENÇÃO DE DADORES

Autores:
Ingrid Veldhuizen
Gilles Folléa
Angelo Degiorgio,

Thomas Bart
Stefano Fontana
Anita Tschaggelar

Guy Lévy

05

5.1.1 Introdução

A angariação e manutenção de dadores são actividades chave para todos os serviços de sangue em todo o mundo. Contudo, os princípios actuais do *marketing* têm de ser aplicados a estas actividades para se poder garantir um fornecimento estável e seguro.

Esta primeira secção foca os resultados do questionário DOMAINE aplicados ao *marketing* para angariação de dadores na Europa e identifica os seus indicadores de *performance*. Serão salientados os princípios de *marketing* efectivo aplicados à angariação de dadores. O próximo capítulo foca os princípios de *marketing* como podem ser aplicados principalmente na manutenção/fidelização de dadores.

5.1.2 Estratégias de *marketing* na Europa

Os resultados do questionário DOMAINE sobre estratégias de *marketing* (ver Capítulo 2) mostram que maior parte dos serviços de sangue têm uma estratégia de *marketing* ou publicidade para angariação de dadores. Os serviços de sangue indicaram que usam vários critérios para decidir se devem ou não angariar novos dadores (ver Figura 1 e Caixa 1).

Caixa 1. Diferentes estímulos para decidir sobre a angariação de novos dadores

- Rotina diária
- Baixo *stock* de sangue (esperado)
- Baixo *stock* de um tipo de sangue específico (esperado)
- Aumento da necessidade de componentes sanguíneos
- Diminuição da população dadora
- Início de novas sessões de colheita
- Frequência de dádiva

A maioria dos serviços de sangue angaria numa base regular, guiados pela saída permanente de dadores por envelhecimento, suspensão, ou abandono. Para além disso, vários outros estímulos de angariação resultam de baixo *stock* de sangue (esperado) ou início de novas sessões de colheita de sangue. A frequência de dádiva é também mencionada como um estímulo de angariação, enquanto os serviços de sangue lutam para manter uma frequência de dádiva média por período de tempo específico. Por exemplo, a frequência de dádiva de dadores de sangue total é 1.6 vezes por ano. Uma descida ou au-

mento deste índice tem implicações no número de dadores que é necessário convocar e, portanto, no número de dadores disponíveis. Contudo, é necessária uma análise detalhada da frequência de dádiva dado que estas diferenças podem ser causadas por motivos opostos.

Os alvos de angariação têm de ser definidos incorporando dados demográficos (regionais), tendências no desenvolvimento da população dadora e tendências da necessidade de componentes sanguíneos. Uma troca de informação regular entre serviços de sangue e hospitais permite adaptar a produção de componentes sanguíneos segundo as necessidades transfusionais, prevenindo a falta ou elevadas taxas de inutilizações por validade.

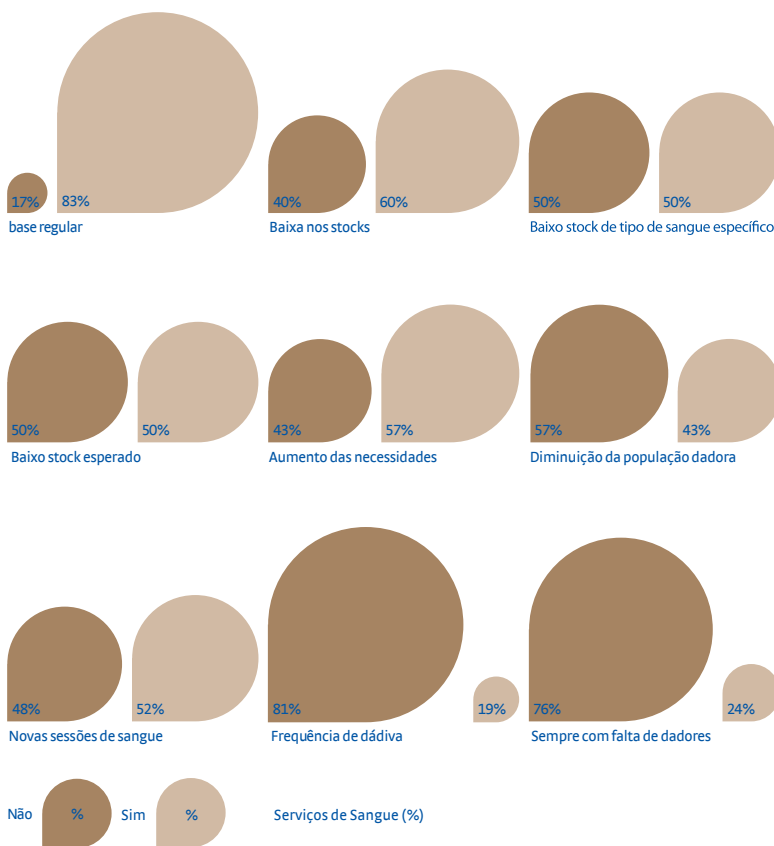


Figura 5.1 Razões para angariar novos dadores

O questionário DOMAINÉ indica que a maioria dos serviços de sangue enfrenta factores que são obstáculos na angariação de dadores. Os inquiridos mencionam vários constrangimentos:

- Orçamento reduzido;
- Alteração dos regulamentos, ex. critérios de elegibilidade mais rígidos devido a proibição de dadores transfundidos ou da doença de Creutzfeldt-Jacob;
- Existência de bancos de sangue comerciais;
- Outros factores, como mudanças de estilo de vida e comercialização da sociedade.

5.1.3 Recrutadores /angariadores

As actividades de angariação podem ser desenvolvidas por vários departamentos ou organizações. Na Europa, mais de metade dos serviços de sangue têm o seu próprio departamento de angariação quer a nível regional, quer a nível nacional. Este é responsável pela selecção, planeamento e implementação de actividades de angariação de dadores. Com frequência, estes departamentos têm actividades de angariação alocadas em várias organizações ao mesmo tempo. Por exemplo, tanto o departamento do dador como as equipas de colheita de sangue são responsáveis pela angariação de (novos) dadores (ver Caixa 2).

Caixa 2. Departamentos ou organizações que desenvolvem actividades de angariação

- Departamento de *marketing*
- Departamento / serviço de dadores
- Equipas de colheita de sangue
- Cruz Vermelha
- Organizações voluntárias
- Organizações de estudantes
- Contratação externa para outra organização diferente (privada)

5.1.4 Indicadores de *performance* para angariação

A *performance* das actividades de angariação não é fácil de avaliar. Muitas actividades acontecem em simultâneo, complicando a interpretação das campanhas individuais. Os indicadores de *performance* (IP) aqui listados são úteis:

- Número de novos dadores registados num determinado ano;
- Percentagem de novos dadores registados relativamente ao número to-

- tal de dadores num determinado ano;
- Número de dadores de primeira vez, num determinado ano;
 - Percentagem de dadores de primeira vez relativamente ao número total de dadores num determinado ano;
 - Custos de angariação e/ou registo por novo dador registado;
 - Custos de angariação, registo e convite para dadores de primeira vez.

PRINCÍPIOS DE *MARKETING* APLICADOS A DADORES

5.2.1 Introdução

Entidades profissionais definem *marketing* de muitas formas, mas o *marketing* na prática de Serviço de Sangue difere significativamente do que é necessário no *marketing* “clássico”. Num ambiente sem fins lucrativos, o *marketing* para a dádiva de sangue não trata de vender ou oferecer produtos mas vender uma boa sensação aos dadores. O *marketing* na dádiva de sangue tenta alcançar vários objectivos: angariação e manutenção de dadores de sangue. Luta-se para estabelecer um relacionamento “para a vida” entre o dador e o serviço de sangue, dado que tal aumenta a relação custo-eficácia e a segurança do sangue¹⁻⁴. Uma vez que estes objectivos têm de ser alcançados sem haver nenhuma forma de remuneração e dado que também é difícil avaliar com precisão tanto o fracasso como o sucesso nos diferentes métodos de angariação e manutenção e necessidade, os nossos procedimentos são complicados.

Há vários modelos de *marketing* que podem ser aplicados à gestão de dadores, ex. o modelo AIDA (at^{en}ção, in^{ter}esse, dese^{jo}, ac^{ção}). Para o actual manual DOMAINE, o *marketing* aplicado a dadores descrito será o “ciclo de quatro fases” que foi introduzido em 2004 pelos Serviços de Sangue do Quebec (Héma-Québec) e pelo Donor Loyalty Group⁵. O modelo foi provado como útil quer para angariação, quer para manutenção/ fidelização de dadores.

O *marketing* é habitualmente definido como “processo no qual uma gestão planeada e executada dum produto ou serviço, preço, promoção e distribuição de bens e/ou serviços leva a uma troca que satisfaz tanto as necessidades dos clientes como das organizações”. No nosso contexto, o *marketing* é um processo usado para promover a dádiva de sangue. Serve para informar a população sobre as necessidades de sangue assim como mudar atitudes sobre a dádiva de sangue para que mais membros da comunidade se tornem dadores de sangue (angariação de dadores). O *marketing* é também uma ferramenta poderosa para encorajar dadores a repetir as suas actividades de dádiva (manutenção/ fidelização de dadores, Capítulo 6).

Cada serviço de sangue tem de desenvolver estratégias de planeamento e

colheita adaptadas às necessidades de sangue previstas, que devem servir como ponto de partida para um plano de *marketing* mais detalhado.

Este capítulo irá apresentar e aplicar os princípios do “ciclo de marketing” à gestão de dadores de sangue. Também identificará as quatro principais fases desse ciclo.

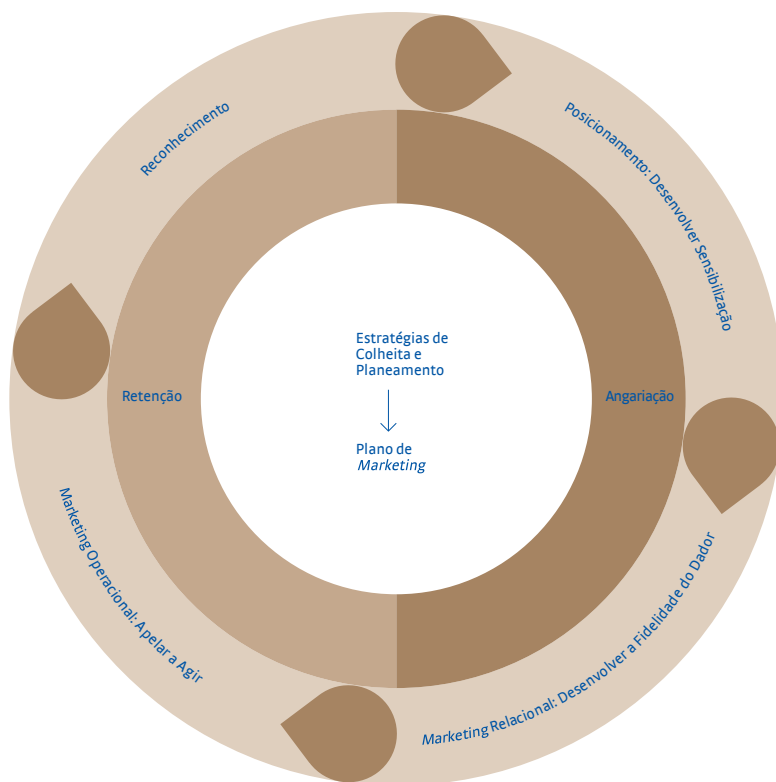
5.2.2 Ciclo de *marketing*

As actividades de *marketing* para serviços de sangue seguem um ciclo de quatro fases⁶ (ver Figura 5.2).

- 9. **Posicionamento:** desenvolver a sensibilização do público;
- 10. **Marketing operacional:** chamar a agir;
- 11. **Marketing relacional:** desenvolver a fidelização/lealdade do dador;
- 12. **Reconhecimento.**

As duas primeiras fases (posicionamento e *marketing* operacional) relacionam-se com a angariação de dadores. As últimas duas (*marketing* relacional e reconhecimento) relacionam-se com a manutenção/fidelização de dadores e serão objecto do próximo capítulo.

Figura 5.2 As quatro fases do marketing (reproduzido com a permissão de Héma Québec)



Fase 1: Posicionamento

Dado que as percepções que existem sobre dádiva de sangue podem ser positivamente influenciadas por acções estratégicas, o posicionamento tem como objectivo aumentar a sensibilização do público sobre a necessidade para a dádiva de sangue, considerando os seus benefícios para a comunidade. Idealmente, criará imagens positivas sobre dádiva de sangue na atitude do público, aumentando o sentimento de pertença e de significado social por ser um dador de sangue.

O posicionamento desempenha um papel tanto na angariação de dadores (ver Secções 5.3) como na manutenção (ver Secção 6.2). Para novos dadores, o posicionamento tem como objectivo a criação da motivação inicial e diz respeito ao processo de angariação antes da primeira dádiva. Para dadores reconhecidos, tem como objectivo manter a sua motivação a doar e diz respeito ao processo de angariação para subsequentes dádivas.

Fase 2: *Marketing* operacional

O *marketing* operacional actua de forma a aumentar o número de dadores de sangue que comparecem no serviço de sangue. A principal questão é: como podemos aumentar o número de pessoas que se apresentam para doar? As acções do *marketing* operacional podem variar tanto na forma como no conteúdo, mas têm de ser repetidas numa base regular. Quando se desenvolvem estratégias que levem as pessoas a doar, deve ter-se presente que as pessoas não são iguais. A maneira de ser bem sucedido é adaptar as ferramentas de comunicação e mensagens a diferentes segmentos de dadores; por exemplo, novos dadores registados, dadores de primeira vez e dadores regulares.

O *marketing* operacional é importante tanto para a angariação de dadores (ver Secção 5.4) como para as actividades de manutenção de dadores (ver Secção 6.3).

Fase 3: *Marketing* relacional

O *marketing* relacional é essencial para a manutenção de dadores (ver Secção 6.4) e, portanto, tem como objectivo obter o retorno regular dos dadores. Pode ser definido como um negócio de comunicação mensurável que procura estabelecer relações directas, interactivas e duráveis entre o Serviço de Sangue e os dadores. Reconhece o valor a longo prazo em manter os dadores e salienta o *marketing* de manutenção de dadores como um processo ao longo do tempo.

O objectivo do *marketing* relacional é construir a lealdade e assegurar uma plena satisfação dos dadores. O *marketing* relacional preocupa-se com as medidas de manutenção implementadas nesse processo e os programas de fidelidade de dadores alvo. Por vários motivos, para assegurar o sucesso de cada sessão de colheita, e especialmente para responder a necessidades urgentes, as ferramentas de comunicação do *marketing* relacional têm de ser adaptadas: gerar respostas imediatas dos dadores, reagir e reajustar o nível de reservas de sangue para (certos) componentes sanguíneos a longo prazo ou na relação com grupos sanguíneos específicos.

Fase 4: Reconhecimento

A quarta e última fase, reconhecimento, é um conjunto de acções com objectivo de conhecer/reconhecer/dar a conhecer o extraordinário gesto dos dadores e para os manter motivados para que repitam as suas dádivas. O reconhecimento permite aos serviços de sangue desenvolver relações próximas com os dadores e é essencial para desenvolver o seu sentido de orgulho. Tal aumenta a valorização do dador relativamente à dádiva de sangue e encoraja-o a fazer dádivas múltiplas. Mais importante, aumenta o significado de dar sangue na perspectiva do público. A Secção 6.5 descreve como o reconhecimento pode ser utilizado na manutenção/fidelização de dadores.

FERRAMENTAS DO POSICIONAMENTO (FASE 1) PARA ANGARIAÇÃO

5.3.1 Introdução

O posicionamento, a primeira fase do ciclo de *marketing* do dador, tem como objectivo desenvolver e aumentar a sensibilização sobre a necessidade do acto da dádiva de sangue no público em geral. As actividades de angariação são directamente direccionadas para esse efeito e tanto a mensagem (conteúdo do angariação) como os meios (método) são importantes para aumentar a intenção de doar.

5.3.2 Angariação: conteúdo da mensagem de angariação

As actividades de angariação têm tipicamente um sucesso limitado ⁷. Isto pode dever-se, pelo menos em parte, a uma abordagem teórica que é muitas vezes adoptada nas estratégias de angariação ⁸.

O material de angariação contém habitualmente informação, entre outros, sobre a necessidade contínua de sangue, do procedimento de dádiva, aspectos de segurança, critérios de elegibilidade, etc. Apesar destes materiais fazerem um excelente trabalho a convencer potenciais novos dadores, o seu impacto no angariação é marginal. A informação contida nestes materiais não se traduz num reforço da angariação dado que as mensagens não incidem em atitudes ou auto-eficácia ⁹. Para ser eficaz, os materiais de angariação têm de salientar na mensagem que doar sangue é uma coisa boa para se fazer, aprovada por outros e que é uma acção que cada um pode conseguir.

A eficácia da angariação pode ser melhorada para um alvo específico com antecedentes psicológicos que são conhecidos por influenciar a decisão de doar ¹⁰⁻¹³. Um modelo cognitivo social que é amplamente aplicado no contexto da dádiva de sangue é a *Teoria do Comportamento Planeado*. De acordo com esta teoria, a motivação primária determinante do comportamento é a intenção. Quanto mais uma pessoa tem intenção de doar sangue, mais provavelmente realmente o fará ^{13,14}. Criar intenções de doar é, portanto, importante no de-

senho dos materiais de angariação. A intenção de doar é determinada por três factores: atitudes, normas subjectivas e auto-eficácia.

Atitude refere-se à avaliação geral duma pessoa ao comportamento proposto, ex. dádiva de sangue. Uma atitude positiva aumenta a intenção de doar.

Normas subjectivas referem-se à avaliação de “outros aspectos importantes” do comportamento intencional: compreensão do suporte social. Aqueles que são importantes para o novo dador pensam que doar sangue é importante?

Auto-eficácia refere-se ao sentimento que uma pessoa tem assim que executa o comportamento, ex. doar sangue.

Para sumarizar, uma mensagem de angariação bem sucedida tem a capacidade de aumentar a intenção de doar sangue através dos seguintes métodos:

- Criar uma atitude positiva perante a dádiva de sangue;
- Responder à necessidade de aprovação de outros;
- Aumentar o sentimento de auto-eficácia: dar aos potenciais novos dadores o sentimento que doar sangue é algo que eles são capazes.

Os materiais de angariação que abordem especificamente estas questões gerarão alterações positivas e consistentes nos comportamentos ^{15,16}.

5.3.3 Conteúdo das mensagens de angariação na Europa

O questionário DOMAINE mostrou que em toda a Europa o conteúdo das mensagens de angariação é bastante diverso. O que chama a atenção é que a maior parte dos serviços de sangue focam-se na transmissão de informação aos dadores: sobre o sangue em geral assim como o processo de dádiva em particular. Com vista a atingirem a atitude dos potenciais novos dadores, os serviços de sangue usam histórias dos doentes assim como de heróis para servirem de exemplos.

Permanece por esclarecer se os materiais de angariação se dirigem à necessidade dos novos dadores sentirem que outros apoiam a sua decisão de doar. Também não é claro se os materiais focam o aumento do sentimento de auto-eficácia.

Sumário: O conteúdo das mensagens de angariação centra-se na transmissão de informação e, em menor medida para valorizar a atitude do dador. O impacto positivo do material de angariação na intenção de uma pessoa doar

será relativamente baixo. O efeito do angariação irá provavelmente aumentar quando as mensagens de angariação focam estes factores:

- Doar sangue é algo bom;
- Gera aprovação social;
- Pode ser facilmente alcançado: “sim, posso ser um dador de sangue”.

É importante salientar que a cultura nacional e local também influenciará a eficácia da mensagem de angariação. Por exemplo, muitos serviços de sangue usam conteúdos que referem os benefícios para o doente porque apela a certos valores muito valorizados pela sociedade onde se inserem.

5.3.4 Métodos de angariação

Os serviços de sangue na Europa usam uma ampla variedade de métodos de angariação (ver **Tabela 5.1**). Os estudos em que os dadores foram questionados sobre qual o seu motivo inicial para fazer uma primeira dádiva descrevem claramente que os apelos nos *media* e o *dador-recruta-dador* foram os meios mais eficazes para recrutar novos dadores ¹⁶. Os resultados do questionário DOMAINE confirmam estes dados, constatando que o *top 5* dos métodos de angariação mais eficazes são:

1. Anúncios em canais de televisão nacionais;
2. *Dador-angaria-dador*;
3. Anúncios nas rádios nacionais;
4. Campanhas de correio directo;
5. Acções por telefone.

Tabela 5.1 Métodos de angariação

Métodos de angariação	Usado em(%) de Serviços de Sangue
Folhetos	83%
Angariação em grandes empresas	83%
Programas de sensibilização nas escolas	80%
Anúncios nas rádios locais	81%
<i>Website</i>	79%
Anúncios nos jornais locais	79%
Pequenos brindes	71%
Voluntários	71%
Informação de angariação em edifícios públicos	69%
Equipas de angariação em eventos	69%
<i>Dador-recruta-dador</i>	64%
Anúncios na televisão nacional	62%
Anúncios nas rádios nacionais	62%
Cooperação com autoridades locais	62%
Anúncios nos jornais nacionais	60%
Cooperação com organizações sem fins lucrativos	57%
Anúncios nas televisões locais	55%
Campanhas de correio directo	55%
Estudantes recrutadores	55%
Cooperação com forças militares	52%
Cooperação com a polícia	50%
Cruz Vermelha Local	45%
Informação de angariação em igrejas	43%
Anúncios em revistas	41%
Cooperação com forças de resgate	33%
Campanhas de <i>e-mail</i> directo	27%
<i>Marketing</i> telefónico	24%
Dadores de dádiva dirigida	19%
Angariação porta-a-porta	14%

Media: Anúncios na televisão ou nos jornais locais têm um longo alcance na divulgação de sessões de colheita de sangue ou da mensagem de dádiva de sangue. A maior parte destes não são personalizados; ou seja, fazem um apelo ao público em geral para doar (ver **Tabela 1**). Na **Caixa 3** é descrita uma cam-

panha suíça que usou um autocarro londrino. A Caixa 4 contém um exemplo de uma campanha belga de larga escala.

Caixa 3. Campanha suíça com autocarro londrino

Objetivos: Aumentar a atenção para a dádiva de sangue e prevenir a possibilidade de escassez de falta de componentes sanguíneos durante o Verão.

Métodos: Desde 14 de Junho (Dia Mundial do Dador de Sangue) até 22 de Agosto de 2009, um autocarro londrino de dois andares visitou as principais cidades suíças e parou nos locais mais frequentados. As pessoas foram convidadas a dar sangue no autocarro. A divulgação foi feita de várias maneiras, tal como panfletos, folhetos e cartas de compromisso nos *media* locais e nacionais¹⁸.

Resultados: 12 em cada 13 serviços de transfusão de sangue participaram e reportaram experiências muito positivas. Também os peões reagiram positivamente ao autocarro londrino. Durante aqueles 55 dias, foram feitas 2245 dádivas, maioritariamente por novos dadores, que provavelmente não teriam ido doar a um serviço de sangue.

Resultados da Campanha do Autocarro Londrino (de 14.06.2009 a 22.08.2009)		
Serviço de transfusão de sangue	Número de dádivas no autocarro	Novos dadores no autocarro
1	838	381
2	152	84
3	93	Não disponível
4	35	19
5	144	97
6	137	19
7	55	Não disponível
8	18	10
9	0	0
10	649	Não disponível
11	46	24
12	178	107



Caixa 4. Campanha na Bélgica

A Cruz Vermelha Belga lançou uma ampla campanha nos *media* em 2009 com o objectivo de recrutar novos dadores. Todos os meses uma ou mais celebridades belgas tinham o desafio de recrutar 4000 novos dadores de sangue. Juntas, as celebridades gravaram uma canção de um vídeo para a campanha. Os apresentadores de TV, actores e cantores usaram vários *media* para atrair a atenção dos potenciais dadores: jornais, canais de televisão nacionais e regionais, SMS, *websites*, *blogs* e eventos¹⁷.

Contactos pessoais: É importante ter familiares ou amigos que apoiem a dádiva de sangue ou que sejam dadores^{8, 13, 19}. O contacto interpessoal com amigos, parentes ou colegas serve como uma ferramenta motivacional forte e é normalmente a principal (ou das principais) razão para dar sangue pela primeira vez^{9, 20-23, 25}. Mais ainda, os dadores estão muitas vezes disponíveis para ajudar e tentar recrutar amigos ou familiares²⁴.

Os métodos *dador-angaria-dador* ou *traga um amigo* implicam novas maneiras de recrutar novos dadores. A força centra-se na influência directa do dador sobre o potencial dador. A **Caixa 5** mostra a abordagem holandesa do *dador-angaria-dador*.

Caixa 5. *Dador-angaria-dadorna* Holanda

A Sanquin Blood Supply Foundation usa campanhas *dador-angaria-dador* sempre que são necessários novos dadores em locais específicos de colheita ou quando é necessário um grupo de sangue específico. Os dadores recebem um *kit* informativo em casa, contendo os formulários de registos no formato de postais ou de folhetos informativos. Estes explicam as necessidades de angariação e fornecem aos dadores exemplos de como abordar o assunto da dádiva de sangue com outros potenciais dadores. O dador pode distribuir os formulários de registo para servirem de lembrete e estímulo para o potencial dador registar-se e dar sangue.



5.3.5 Grupos alvo

É uma prática comum para maior parte dos serviços de sangue definir o alvo dos seus esforços de angariação para grupos de dadores específicos:

- Dadores jovens;
- Grupos étnicos;
- Grupos sanguíneos específicos.

a. Dadores jovens

O questionário DOMAINE indica que cerca de metade dos serviços de sangue têm campanhas de angariação direccionadas para os jovens (menos de 25 anos). A ideia subjacente é que os dadores de sangue jovens podem fornecer sangue por mais tempo que os dadores mais velhos. Contudo, os jovens dadores são aqueles que têm taxas de suspensão mais altas relacionadas com o estilo de vida; têm mais complicações e param de doar mais frequentemente do que outros grupos etários²⁵⁻²⁸.

Jovens dadores e métodos de angariação

As campanhas de angariação direccionadas para jovens são bastante diversas. O questionário DOMAINE indica que os serviços de sangue europeus usam os seguintes métodos:

- Educar os jovens ainda na escola, fornecendo informação sobre a necessidade de sangue, serviços de sangue e processo de dádiva;
- Recrutar estudantes recrutadores para definirem potenciais novos dadores entre os estudantes através de contacto directo, ex. *dador-recrutador*;
- Usar novas tecnologias como campanhas de divulgação na *internet*, *e-mail* e mensagens de texto (SMS)

b. Grupos étnicos

Como resultado de grupos sanguíneos polimorfos, tipos de sangue distintos evoluíram nas populações em todo o mundo ²⁹. Existem diferenças biológicas e genéticas nos vários tipos e composição de sangue. Por exemplo, os africanos ou pessoas com ascendência africana, poderão precisar de eritrócitos com ou sem antigénios específicos para tratamento de hemoglobinopatias (ex. anemia de células falciformes). Pode ser um desafio encontrar tipos de sangue raros para práticas transfusionais, no entanto, historicamente, as minorias étnicas são substancialmente sub representadas no *pool* de dadores ³⁰.

Aumentar a participação e manutenção dos dadores de minorias étnicas é imperativo, de forma a garantir que há componentes sanguíneos compatíveis para todos os doentes ^{30,31}. Apesar das recentes tendências na emigração por toda a Europa poucos serviços de sangue aplicam, na prática, estratégias para enfatizar a necessidade de campanhas de angariação entre os diferentes grupos étnicos.

Estratégias específicas para minorias (étnicas)

O questionário DOMAINE revelou que apenas um em cada dez serviços de sangue dirige atenção especial ao desenvolvimento de campanhas de angariação dirigidas a dadores de sangue de minorias étnicas e/ou dadores de minorias culturais. Distingue-se um método: o uso de uma abordagem antropológica para angariar dadores na comunidade imigrante que vive uma cidade grande em França. Ao dirigirem-se directamente às pessoas, com uma mensagem cultural adaptada, os dadores imigrantes são angariados com sucesso ²⁹.

c. Grupos de sangue específicos

Alguns doentes crónicos têm necessidades especiais de transfusão de sangue a longo prazo (ver também Capítulo 9 sobre doentes multi-transfundidos). Por exemplo, os doentes com talassémia e hemoglobinopatias hereditárias que afectam a produção normal de hemoglobina, dependem a longo prazo de transfusões de sangue. A Talassémia é particularmente prevalente nos povos mediterrânicos, e é exigente em termos de necessidade de transfusões de sangue. Estes doentes multi-transfundidos são especialmente vulneráveis à formação de anticorpos e reacções a componentes sanguíneos. Portanto, precisam de transfusões com um fenótipo conhecido e compatível.

Outro grupo alvo frequentemente abordado na prática de bancos de sangue é o de dadores com sangue O negativo. O questionário DOMAINE apurou que cerca de 40% dos serviços de sangue usam campanhas de angariação dirigidas a dadores de O Rh (D) negativo.

Estratégias de angariação específicas para doentes crónicos

Uma estratégia de angariação possível é a de dizer aos dadores que as suas dâdivas são importantes porque estão especialmente destinadas a doentes com necessidades transfusionais de longo prazo. Ao fornecer esta informação, os dadores podem ser angariados para integrar um painel de dadores, servindo apenas um doente.

Estratégias de angariação específicas para dadores O Rh (D) negativo

O questionário DOMAINE apurou que de forma a angariar dadores de O Rh (D) negativo, alguns serviços de sangue confiam nos próprios dadores de O Rh(D) negativo para angariar potenciais novos dadores entre os seus familiares.

FERRAMENTAS DO *MARKETING* OPERACIONAL (FASE 2) PARA ANGARIAÇÃO

5.4.1 Introdução

O *marketing* operacional, a segunda fase no ciclo de *marketing* de dador (ver Secção 5.2), tem como objectivo aumentar o número de dadores que se apresentam numa sessão de dádiva. As actividades de angariação são dirigidas para a comunicação da necessidade de sangue e divulgar a possibilidade de doar sangue numa base regular. O *marketing* operacional consiste em chamar os dadores a agir, incentivando-os a ir a uma sessão de colheita e fazer uma dádiva. As ferramentas do *marketing* são direccionadas para os dadores de primeira vez e para os dadores existentes.

5.4.2 Métodos de angariação

Existe uma variedade de métodos de angariação por toda a Europa para chamar os (potenciais) dadores:

- (a) Convites pessoais para instar os dadores a fazerem uma dádiva;
- (b) Apelo de dádiva ao público em geral, tanto dadores como não dadores.

Ambos os métodos contêm uma mensagem de angariação clara focada tanto no convite para doar como, mais genericamente, na informação sobre as possibilidades de dádiva ou sessões de dádiva num futuro próximo. É uma prática comum presentear os (potenciais) dadores com pequenos brindes ou símbolos de apreço. Nas subsecções seguintes, são discutidos ambos os métodos e o uso de brindes.

5.4.3 Métodos de convite pessoal

Quando os dadores já conhecidos são convocados a visitar o serviço de sangue para fazer uma dádiva, os serviços de sangue utilizam múltiplos métodos de convite. Os métodos de convite pessoal listados no questionário DOMAINE estão apresentados na Tabela 5.2.

Tabela 2.5 Métodos de convite pessoal

Métodos para convite pessoal	Uso pelos Serviços de Sangue (em %)
Envio de cartas	88%
Convite por telefonema	88%
Envio de mensagens de texto (SMS)	60%
Envio de e-mails	48%

Todos estes métodos assumem que aqueles que são convidados a doar nem sempre se apresentam devendo portanto ser enviados mais convites de modo a obter o número necessário de dadores que comparecem. Uma estratégia para lidar com esta incerteza é permitir aos dadores que marquem uma hora para a dádiva subsequente enquanto ainda estão no serviço de sangue a fazer a sua dádiva.

Vale a pena salientar que algumas campanhas de angariação estão especialmente planeadas para jovens e incitam-os a visitar um serviço de sangue e doar. Vários métodos estão listados pelo questionário DOMAINE:

- Enviar postais de aniversário aos dadores no seu 18^o ou 19^o aniversário;
- Programas de sensibilização nas escolas;
- Campanhas de divulgação na *Web*;
- Organizar eventos especiais para jovens.

5.4.4 Notificações gerais

À parte dos métodos de convite pessoal, são também amplamente usadas outras notificações gerais de hora e local de futuras sessões de dádiva. Estas notificações apelam tanto ao dador como à população em geral. A maior parte dos serviços de sangue Europeus usam as notificações gerais nos *media* locais (ex. jornais, rádio, televisão). Alguns serviços de sangue convidam o público através do seu *site* ou cartazes em locais como edifícios públicos, igrejas e lojas.

5.4.5 Informação para dadores de primeira vez

Os dadores que visitam pela primeira vez um serviço de sangue recebem muita informação assim que se apresentam para doar. À parte da informação que é utilizada nos materiais de angariação (ver Secção 5.3), os dadores de primeira vez recebem informação como definido pela Directiva 2004/33/CE da Comissão³². Esta directiva determina no artigo 2 sobre disponibilidade de

informação aos potenciais dadores de sangue e componentes que os Estados Membros devem assegurar que os serviços de sangue providenciam a informação dada na Parte A do Anexo II (ver também Secção 13.2 Considerações Ético-legais). Os serviços de sangue nos Estados Membros da UE são obrigados a providenciar aos seus dadores a informação presente na Directiva (ver Caixa 6).

Para além desta informação, a maioria dos serviços de sangue na Europa fornece aos dadores informação suplementar em vários tópicos. O questionário DOMAINE mostrou que maior parte dos serviços de sangue apresentam aos seus dadores informação sobre os procedimentos de dádiva, critérios de elegibilidade, grupos sanguíneos, modo como o sangue ou componentes sanguíneos colhidos são processados, vários tipos de testes de segurança ao sangue e outras formas de dádiva, como de medula óssea e órgãos.

**Caixa 6. Directiva 2004/33/CE da Comissão anexo II.
Exigências em matéria de Informação, parte A ³².**

**Informações a prestar aos candidatos a dadores de sangue
ou componentes sanguíneos**

1. Material didáctico preciso, que possa ser compreendido pelo grande público, sobre a natureza essencial do sangue, o processo de dádiva de sangue, os componentes derivados das dádivas de sangue total e aférese, bem como os importantes benefícios para os doentes.
2. Tanto no caso das dádivas homólogas como das autólogas, as razões pelas quais se exige um exame, a história clínica e a análise das dádivas e o significado do «consentimento informado». Relativamente às dádivas homólogas, à auto-exclusão e à suspensão temporária e permanente, as razões pelas quais os indivíduos não devem dar sangue nem componentes sanguíneos, caso possa haver risco para o receptor. Relativamente às dádivas autólogas, a possibilidade de suspensão e as razões pelas quais o procedimento não deveria realizar-se, por poder pôr em risco a saúde do doente enquanto dador ou receptor do sangue ou dos componentes sanguíneos autólogos.
3. Informação relativa à protecção dos dados pessoais: não autorização da revelação da identidade do dador, de informações relativas à saúde do dador, bem como dos resultados das análises efectuadas.
4. As razões pelas quais os indivíduos não devem fazer dádivas susceptíveis de serem prejudiciais para a sua própria saúde.
5. Informações específicas sobre a natureza dos procedimentos envolvidos quer no processo de dádiva homóloga ou autóloga, bem como os riscos associados a cada um deles. Em relação às dádivas autólogas, a possibilidade de o sangue e os componentes sanguíneos autólogos poderem não ser suficientes para as necessidades transfusionais.
6. Informações sobre a possibilidade de os dadores mudarem de ideias antes de procederem à dádiva, ou sobre a possibilidade de livremente se retirarem ou auto-excluírem, a qualquer momento, durante o processo de dádiva, sem embaraço ou desconforto indevidos.
7. Os motivos pelos quais é importante que os dadores informem os serviços de sangue de todo e qualquer incidente subsequente que possa tornar uma dádiva anterior imprópria para transfusão.
8. Informações sobre a responsabilidade de o serviço de sangue informar o dador, através de um meio adequado, se os resultados das análises revelarem alguma alteração importante para a saúde do dador.
9. Informações sobre os motivos que levam a que o sangue e os componentes autólogos não utilizados sejam rejeitados e não transfundidos a outros doentes.
10. Informação sobre o facto de os resultados de análises que detectem marcadores víricos como o VIH, VHB, VHC, ou outros agentes microbiológicos transmissíveis pelo sangue, levarem à exclusão do dador e à destruição da unidade colhida.
11. Informações sobre a possibilidade de os dadores fazerem perguntas em qualquer momento.

5.4.6 Presentes

O Conselho da Europa promove o princípio da dádiva voluntária e não remunerada do sangue ou componentes sanguíneos. Este princípio restringe os métodos e materiais que podem ser usados no angariação (e manutenção) de dadores ³³. Está estabelecido que os dadores não receberão pagamento “nem sob a forma de dinheiro ou outro modo que possa ser considerado substituto de dinheiro”. Contudo, “pequenas ofertas, refrescos e reembolsos de custos directos de viagem são compatíveis com a dádiva voluntária não remunerada” ³⁴.

Para expressar a sua gratidão aos dadores é amplamente aceite e usado pelos serviços de sangue uma grande variedade de brindes, essencialmente pequenos produtos, (ver Caixa 7). Estes presentes são também oferecidos como material de angariação em feiras e eventos para atrair a atenção para a dádiva de sangue.

Caixa 7. Exemplos de presentes usados pelos serviços de sangue Europeus

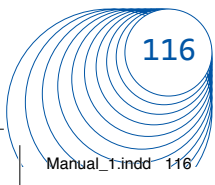
- Reflector de braço
- Bandanas
- Sacos/bolsas
- Marcadores de livros
- Selins de bicicleta
- Protecções
- Crachás
- CD
- Calendários
- Chocolate
- Copos
- Chapéus
- Preservativos
- Rebuçados
- Ambientador para o carro
- Diário
- Euro conversor/ calculadora
- Lanternas
- Kits de primeiros socorros para condutores
- Mel
- Raspadores de gelo para os vidros do carro
- Porta-chaves
- Mochilas pequenas
- Fósforos
- Canecas
- Tapetes para o rato
- Ímanes
- Cadernos
- Canetas
- Pins
- Cartas de jogar
- Post-it
- Pensos
- Ponchos
- Pendentes para telemóveis
- Cartas de angariação
- Réguas
- Cartões de SMS
- Bolas anti-stress
- Meias
- Autocolantes
- T-shirts
- Brinquedos
- Toalhas
- Chávenas de chá
- Relógios de mesa
- Ursos de peluche
- Guarda-chuvas
- Pens USB
- Garrafas de água
- Bolsas de pulso
- Blocos



Bibliografia

1. Masser BM, White KM, Hyde MK & Terry DJ (2008). The psychology of blood donation: Current research and future directions. *Transfusion Medicine Reviews*, 22(3), 215-233
2. Chamla JH, Leland LS & Walsh K (2006). Eliciting repeat blood donation: Tell early career donors why their blood type is special and more will give again. *Vox Sanguinis*, 90(4), 302-307
3. Callero PL & Piliavin JA (1983). Developing a commitment to blood donation: The impact of one's first experience. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(1), 1-16
4. Royse D & Doochin KE (1995). Multi-gallon blood donors: Who are they? *Transfusion*, 35(10), 826-831
5. ABO Donor Loyalty Group (2005-2010), <http://www.blooddonorloyalty.org>
6. Daigneault S (2007). Le marketing dans l'univers du don de sang. *Transfusion Clinique et Biologique*, 14(1), 147-151
7. Ferguson E (1996). Predictors of future behaviour: A review of the psychological literature on blood donation. *British Journal of Health Psychology*, 1(4), 287-308
8. Lemmens KPH, Abraham C, Ruiter RAC, Veldhuizen IJT, Dehing CJG, Bos AER & Schaalma HP (2008). Modelling antecedents of blood donation motivation among non-donors of varying age and education. *British Journal of Psychology*, 100(1), 71-90(20)
9. Nilsson Sojka B & Sojka P. (2008). The blood donation experience: self-reported motives and obstacles from donating blood. *Vox Sanguinis*, 94(1), 56-63
10. Armitage CJ & Conner M (2001). Social cognitive determinants of blood donation. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(7), 1431-1457
11. Giles M & Cairns E (1995). Blood donation and Ajzen's theory of planned behaviour: An examination of perceived behavioural control. *British Journal of Social Psychology*, 34(2), 173-188
12. Giles M, McClenahan C, Cairns E & Mallet J (2004). An application of the theory of planned behaviour to blood donation: The importance of self-efficacy. *Health Education Research*, 19(4), 380-391
13. Lemmens KPH, Abraham C, Hoekstra T, Ruiter RAC, de Kort WLAM, Brug J & Schaalma HP (2005). Why don't young people volunteer to give blood? An investigation of the correlates of donation intentions among young donors. *Transfusion*, 45(6), 945-955
14. Armitage CJ & Conner M (1999). The theory of planned behaviour: assessment of predictive validity and perceived control. *British Journal of Social Psychology*, 38(1), 35-54
15. France CR, Montalva R, France JL & Trost Z (2008). Enhancing attitudes and intentions in prospective blood donors: evaluation of a new recruitment brochure. *Transfusion*, 48(3), 526-530
16. Lemmens, K.P.H. *The systematic recruitment of new blood donors*. PhD thesis. Maastricht: F&N Eigen Beheer
17. Mais informação em <http://www.bloedgevendoetleven.be>, consultado a 17 de Março de 2010
18. Mais informação em <http://www.bsd-be.ch/VerticalDefault.aspx?tabindex=0&tabid=2511&lang=g>, consultado a 17 de Março de 2010
19. Godin G, Sheeran P, Conner M, Germain M, Blondeau D, Gagné C, Beaulieu D & Nacache H (2005). Factors explaining the intention to give among the general population. *Vox Sanguinis*, 89(3), 140-149
20. Misje AH, Bosnes V, Gåsdaal O & Heier HE (2005). Motivation, recruitment and re-

- tention of voluntary non-remunerated blood donors: a survey-based questionnaire study. *Vox Sanguinis*, 89(4), 236-244
21. Moore RJ (1991). Promoting blood donation: a study of the social profile, attitudes, motivation and experience of donors. *Transfusion medicine*, 1(4), 201-207
 22. Glynn SA, Kleinman SH, Schreiber GB, Zuck T, McCombs S, Bethel J, Garratty G & Williams AE (2002). Motivations to donate blood: demographic comparisons. *Transfusion*, 42(2), 216-225
 23. Mikkelsen N (2004). Who are the donors in 2003? *Transfusion Clinique et Biologique*, 11(1), 47-52
 24. Lemmens KPH, Abraham C, Ruiter RAC, Veldhuizen IJT, Bos AER & Schaalma HP (2008). Identifying blood donors willing to help with recruitment. *Vox Sanguinis*, 95(3), 211-217
 25. Misje AH, Bosnes V & Heier HE (2008). Recruiting and retaining young people as voluntary blood donors. *Vox Sanguinis*, 94(2), 119-124
 26. Veldhuizen IJT, Doggen CJM, Atsma F & de Kort WLAM (2009). Donor profiles: demographic factors and their influence on the donor career. *Vox Sanguinis*, 97(2), 129-138
 27. France CR, Rader A & Carlson B (2005). Donors who react may not come back: Analysis of repeat donation as a function of phlebotomist ratings of vasovagal reactions. *Transfusion and Apheresis Science*, 33(2), 99-106
 28. Reiss RF, Harkin R, Lessig M & Mascari J (2009). Rates of Vaso-Vagal reactions among first time teenaged whole blood, double red cell, and plateletpheresis donors. *Annals of Clinical & Laboratory Science*, 39(2), 138-143
 29. Grassineau D, Papa K, Ducourneau A, Duboz P, Boëtsch G & Chiaroni J (2007). Improving minority blood donation: anthropologic approach in a migrant community. *Transfusion*, 47(3), 402-409
 30. Murphy EL, Shaz B, Hillyer CD, Carey P, Custer BS, Hirschler N, Fang J & Schreiber GB (2009). Minority and foreign-born representation among US blood donors: demographics and donation frequency for 2006. *Transfusion*, 49(10), 2221-2228
 31. Shaz BH, Zimring JC, Demmons DG & Hillyer CD (2008). Blood donation and blood transfusion: special considerations for African Americans. *Transfusion Medicine Reviews*, 22(3), 202-214
 32. 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, pág. 25.
 33. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM), European Committee (Partial Agreement) on Blood Transfusion (CD-P-TS), (Ed. Council of Europe). *Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components*. 14th Edition, 2008
 34. Conselho da Europa, *Nº. R (95) 14* do Comité de Ministros aos Estados-Membros do Conselho da Europa relativa à protecção da saúde dos dadores e receptores no âmbito da transfusão sanguínea. Artigo 2





RETENÇÃO DE DADORES

Autores:
Gilles Folléa
Ingrid Veldhuizen
Gordon Redpath

Markus Jarnig
Maria Kral

06

MARKETING E MANUTENÇÃO

6.1.1 As quatro etapas do *marketing*

A retenção de dadores pode ser definida como um conjunto de acções implementadas pelos serviços de sangue de modo a encorajar os dadores a tornarem-se dadores regulares. Estes normalmente contribuem para a maior parte do fornecimento de sangue e são considerados os dadores mais seguros no que diz respeito às doenças transmissíveis¹⁻⁴. Por estes dois principais motivos, otimizar a retenção de dadores é, para além do angariação e selecção de pré-dáviva de dadores, um factor chave na manutenção de um fornecimento de sangue seguro, estável e suficiente para os doentes que precisam de transfusões⁵.

Os métodos usados para angariar e manter dadores consistem maioritariamente em estratégias de *marketing* e de comunicação. No Capítulo 5 Angariação (Secção 5.2) o ciclo de *marketing* e actividades aplicadas na manutenção de dadores de sangue são descritas em quatro etapas: posicionamento, *marketing* operacional, *marketing* relacional e reconhecimento⁶. Este capítulo descreve o *marketing* com o objectivo de manutenção de dadores. Será revista a importância crucial dos indicadores de realização ou performance e os inquéritos de satisfação de dadores serão também revistos.

FERRAMENTAS DE POSICIONAMENTO PARA A MANUTENÇÃO

6.2.1 Objectivos e métodos usados

O posicionamento tem como objectivo aumentar a sensibilização do público para as necessidades de sangue. Para a manutenção de dadores, estes métodos de *marketing* são meios para manter a motivação dos dadores e encorajá-los a doar de novo.

Esta fase do *marketing* usa vários métodos, e os métodos de angariação e manutenção são frequentemente combinados. O questionário DOMAINE sobre gestão de dadores na Europa indica que as seguintes ferramentas são muito utilizadas pelos serviços de sangue. (Tabela 6.1)

Tabela 6.1 Ferramentas de comunicação para o angariação e manutenção de dadores

“Ferramentas”	Serviços de sangue que o utilizam (%)
Distribuição de folhetos	83%
Anúncios nas rádios locais	80%
Informação disponibilizada no <i>website</i>	79%
Anúncios nos jornais locais	79%
Anúncios nas rádios nacionais	62%
Anúncios na televisão nacional	62%
Campanhas de correio directo	55%
Envolvimento de voluntários na manutenção de dadores	19%

FERRAMENTAS DE *MARKETING* OPERACIONAL PARA A MANUTENÇÃO

6.3.1 Condições para o sucesso

O objectivo do *marketing* operacional é levar a cabo determinada acção para aumentar o número de dadores de sangue que comparecem em todas as sessões de colheita de sangue na área servida pelo serviço de sangue.

São necessárias duas condições para se ser bem sucedido:

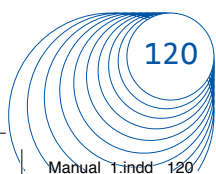
- **Público-alvo**, ex. adaptar as ferramentas de comunicação e mensagens aos diferentes segmentos de dadores;
- **Uma base de dados de dadores actualizada**. Esta é uma ferramenta essencial para analisar os diferentes segmentos de dadores

A definição do grupo alvo permite a concentração de esforços mais promissores nos actuais (e potenciais) dadores. É necessário um bom entendimento dos diferentes segmentos de dadores de forma a ir ao encontro das necessidades e expectativas dos dadores e desenvolver programas de manutenção/fidelização para grupos definidos com uma abordagem diferencial para dadores específicos.

6.3.2 Ferramentas não personalizadas

Os dadores podem ser chamados a agir em várias situações não personalizadas. O questionário *DOMAINE* sobre gestão de dadores de sangue indica que revistas e *newsletters* periódicas são regularmente enviadas por cerca de 29% dos serviços de sangue: A maior parte são editadas duas ou três vezes por ano. Mails, folhetos, cartazes, jornais locais, *placards* e *banners* são ferramentas comuns frequentemente usadas para divulgar sessões de colheita. Contudo, a frequência exacta do seu uso é ainda desconhecida.

Algumas experiências recentes demonstraram que as redes sociais e aplicações para *smartphones* podem ser usadas tanto para angariação como *para a* manutenção/fidelização de dadores. A EFS Alsace desenvolveu uma aplicação



que fornece informação actualizada sobre a necessidade de sangue (**Figura 6.1**). Aquela pode ser obtida por qualquer pessoa a partir de um *website* público.

A aplicação permite aos dadores saberem qual a oportunidade de dádiva mais próxima. Fornece informação actualizada, morada e horas de funcionamento do centro de dádiva mais próximo do dador (data, horário, localização com mapas e itinerários). Inclui ainda uma versão simplificada do questionário de saúde pré-dádiva, que permite ao dador auto-excluir-se em caso de evidente contra-indicação. Desde modo, os dadores podem evitar visitas desnecessárias ao serviço de colheita de sangue. A aplicação constitui uma ferramenta que pode ser usada no *marketing* operacional e de manutenção. A EFS Alsace oferece também a informação que disponibiliza no *smartphone* numa página do Facebook.



Figura 6.1 Aplicação para *Iphone* desenvolvida por EFS Alsace

Os Serviços de Sangue usam cada vez mais as redes sociais, como *Facebook*, *MySpace* e *Orkut* para o angariação e manutenção/fidelização. Tal permite às pessoas construir uma rede social *online*. Normalmente consistem numa representação de cada utilizador (habitualmente um perfil), com as suas li-

gações e uma variedade de serviços adicionais. Os *sites* de redes sociais são usados por milhões de pessoas, muitos dos quais os têm integrado nas suas práticas diárias. A **Caixa 1** fornece mais informação sobre o *Facebook* do Irish Blood Transfusion Service (IBTS). O North Estonian Regional Hospital usa uma página do Orkut: www.orkut.com. Após autenticar-se, o utilizador pode visitar a comunidade “I am a donor”.

Caixa 1. Página do *Facebook* do IBTS

O IBTS lançou uma página do *Facebook* na Primavera de 2009: www.facebook.com/giveblood. Esta tinha quase 10.000 “fãs” após um ano. A rede social permite ao IBTS falar com os dadores, receptores de sangue e apoiantes dum modo menos formal.

Interagir com os fãs de modo positivo e proactivo eram os objectivos para a página, usando-a como meio para responder a questões e dissipar mitos sobre a dádiva de sangue. As comunicações de um serviço de sangue são maioritariamente feitas num sentido e apela sempre ao tempo e generosidade das pessoas. O *Facebook* fornece ao serviço de sangue uma oportunidade para agradecer aos seus dadores. Para além disso, é ainda um espaço onde os dadores podem partilhar a sua história. O maior investimento numa página do *Facebook* é tempo e, mais importante, respostas em tempo útil a mensagens e questões médicas e sobre elegibilidade dos seus fãs.

6.3.3 Ferramentas personalizadas

Outro meio utilizado para recrutar dadores é a correspondência pessoal para convocar dadores conhecidos para fazerem uma dádiva num serviço de sangue. São utilizados postais, cartas personalizadas, *e-mails* ou mensagens de texto (SMS). É muito difícil saber a proporção de serviços de sangue que usam estas ferramentas ou avaliar a sua eficácia.

EFS Alsace tem a sua aplicação desenvolvida e personalizada para *smartphones* descrita na Subsecção 6.3.2, de forma que pode permitir ao dador aceder ao seu historial de dádiva, ser informado de possíveis datas para a próxima dádiva e ser lembrado da próxima sessão de colheita planeada.

6.3.4 Telemarketing

Telemarketing consiste em telefonar a um(a) determinado(a) dador(a) de forma a recrutá-lo(a) para a próxima dádiva. A eficácia do *telemarketing* pode ser avaliado com facilidade e parece ser bem sucedido quando a mensagem é

claramente definida e destinada ao segmento a que o dador pertence. Poucos serviços de sangue usam o *telemarketing* como uma ferramenta para marcar compromissos para os dadores convidados a irem a um local fixo/definido. O *telemarketing* é ainda menos usado para convocar um grande número de dadores. Alguns serviços de sangue subcontratam empresas desta área com esse fim.

6.3.5 Programas de manutenção/fidelização directa de dadores

Seria um mundo mais simples se houvesse “um tamanho que servisse todos” no formato de regra no voluntariado de manutenção de dadores de sangue. Infelizmente, os nossos voluntários de dádiva de sangue têm estilos de vida muito ocupados. Os compromissos sociais, profissionais e considerações de saúde podem ter impacto na sua capacidade para se manter um dador regular. O desenvolvimento de programas de manutenção directa de dadores para grupos de dádiva específicos (ex. dadores pela primeira vez, regulares, inactivos, suspensos ou voluntários pela primeira vez dum grupo de jovens) é importante para manter a actividade de dadores voluntários suficientes.

Novos dadores

O contacto pessoal entre o novo dador e o serviço de sangue é importante quando se induz uma segunda dádiva aos novos dadores. Especialmente durante o primeiro processo de dádiva, assim como imediatamente depois, é crucial fazer um contacto pessoal entre o dador e o serviço de sangue de forma a construir um bom relacionamento.

Dadores com grupo sanguíneo específico

O questionário DOMAINE sobre gestão de dadores de sangue mostra que cerca de 62% dos serviços de sangue usam medidas de angariação para grupos de sangue específicos. Tais medidas estão directamente relacionadas com a situação do fornecimento de sangue e têm como objectivo manter o equilíbrio entre dadores e receptores de grupos sanguíneos e fenótipos raros. Estes programas são usados para corrigir falhas específicas de sangue nos países com níveis baixos nos *stocks* de sangue. Estas campanhas não respondem apenas a requisitos a curto prazo mas também reforçaram a sensibilização para a constante necessidade urgente de sangue e a manutenção/fidelização de dadores.

É importante manter períodos de silêncio entre apelos às dádivas, de modo a prevenir a fadiga dos dadores e que os mesmos sejam convocados com demasiada frequência. As pessoas que administram as transfusões de sangue têm de ser lembradas com regularidade da pressão aos dadores com, por exemplo, tipo de sangue Rhesus-D.

Nos países onde a falta de sangue é frequente, a televisão, a rádio e a divulgação externa têm um papel primordial na manutenção de dadores voluntários. Podem ser passadas diferentes mensagens:

- “Temos uma constante necessidade urgente de dadores de sangue”;
- “Dadores de sangue, compareçam antes que a crise (falta de sangue) tenha lugar”;
- “Dadores de sangue, ajudem outros”.

A ajuda de “doentes embaixadores” pode ser muito útil aqui. Actualmente dadores de sangue activos beneficiam também destas mensagens motivacionais, reforçando a sua atitude perante a dádiva de sangue.

Dadores não comparecentes

A maior parte dos serviços de sangue continua a enviar convites após a não comparência de um dador, por exemplo, após ter recebido um pedido para a dádiva. O número de não comparências antes da intervenção dos serviços de sangue varia amplamente. Pode ser discutido que quanto maior for o período antes da intervenção menor é a eventual taxa de resposta e passagem de dadores não comparecentes para dadores activos. O princípio de intervir após três ou quatro não comparências parece ser adequado. É importante que o serviço de sangue esclareça o estado actual do dador e questões de comunicação como “Sentimos a sua falta, por favor contacte-nos se houver alterações nas circunstâncias”. Tal comunicação deverá ser tão pessoal quanto possível e idealmente comunicada por telefone ou correio directo.

Dadores suspensos temporariamente

De um modo geral, o questionário DOMAINE mostra que maior parte dos serviços de sangue (74%) têm um programa especial para encorajar o retorno dos dadores suspensos. Vários programas especiais são usados e a maior parte dos serviços de sangue utilizam múltiplos programas. Incluem-se os seguintes:

- Aconselhamento imediato e encorajamento dos dadores suspensos a voltarem a tentar doar no futuro
- Enviar convite para nova visita aos dadores suspensos, por correio normal, *e-mail* ou telefone;
- Contacto específico com os dadores no final do período de suspensão;
- Programas especiais para dadores que foram suspensos devido a baixo nível de hemoglobina:
 - Prescrever suplementos de ferro;
 - Medir a ferritina;
 - Referenciar os dadores com um baixo nível de hemoglobina para um exame global de saúde.

Dadores inactivos

Os dadores inactivos são classificados como dadores que doaram antes mas não nos últimos 24 meses. Deve ser salientado que qualquer dador que chegue a este ponto terá recebido vários convites para dádiva e talvez lembretes de grupo de sangue específico e uma iniciativa “sentimos a sua falta”. Quando um dador é identificado como inactivo, é prudente verificar se a relação com o serviço de sangue ainda é efectiva.

Quase 75% dos serviços de sangue Europeus têm programas especiais para lidar com dadores inactivos. Alguns serviços de sangue têm programas especiais para dadores cujo estado inactivo e não comparecente se deveu a uma suspensão inicial. O serviço de sangue envia uma convocação final com a mensagem de que os voluntários serão removidos da lista de dadores activos e não receberão mais convites para sessões de dádiva se não responderem à convocação final. Contudo, se os dadores aparecerem a sua inscrição mantém-se automaticamente. É importante que a razão para não comparecerem seja avaliada antes de qualquer acção conclusiva.

FERRAMENTAS DE *MARKETING* RELACIONAL PARA A MANUTENÇÃO

6.4.1 Introdução

O *marketing* relacional consiste essencialmente em criar um serviço ao cliente com a intenção de cativar os dadores pela primeira vez para repetir a sua dádiva de forma a tornarem-se dadores regulares e, possivelmente, até Super-dadores. As ferramentas principais são:

- Desenvolver uma experiência positiva para o dador;
- Estabelecer um contacto personalizado entre o dador e o serviço de sangue;
- Conceber métodos específicos para relacionar com dadores pela primeira vez

6.4.2 Desenvolver uma experiência positiva para o dador

O dador de sangue voluntário terá já estabelecido uma atitude positiva relativamente à dádiva. Esta poderá ter resultado de uma exposição anterior a divulgação motivacional dum familiar ou por respeito do grupo ou conhecimento dos benefícios para o doente. Os serviços de sangue devem procurar manter e desenvolver esta atitude positiva e assegurar que as actividades operacionais e serviços ao dador não se percam e primam por motivar o dador de sangue voluntário.

Caixa 2. Aspectos mais citados como adversos no serviço prestado aos dadores:

- Tempo de espera;
- Procedimentos (chamada, processo de dádiva, bebidas);
- Limitações logísticas (comodidade, estacionamento, privacidade);
- Comportamento/atitude da equipa;
- Suspensão de dadores;
- Horário de abertura;
- Informação insuficiente (falta de folhetos informativos/detalhes da sessão);
- Cuidados de saúde.

O questionário DOMAINE salientou as reclamações mais frequentes de 29 serviços de sangue europeus. Revelou que a maior parte delas se devem a tempos de espera, problemas logísticos no Serviço de Sangue, comportamento da equipa e suspensão de dadores (ver **Caixa 2**). Tal sugere que os serviços de sangue devem trabalhar de modo a melhorar continuamente as duas principais áreas: primeiro na logística de colheita e organização (Subsecção 6.4.3), e segundo, nas atitudes da equipa (Subsecção 6.4.4).

6.4.3 Logística de colheita e organização

Localização

Os locais fixos têm a vantagem de serem preparados para a colheita de sangue e, como tal, devem maximizar a manutenção de um ambiente acolhedor (“*merchandising*”). Contudo, mesmo os locais fixos podem ter acesso limitado e restrições de estacionamento que podem cercear as oportunidades dos dadores. As oportunidades de doar em sítios móveis ou temporários tendem a ter constrangimentos que poderão afectar o funcionamento da sessão, o acesso dos dadores, o aquecimento e a iluminação. Os voluntários devem ter presente que alguns factores que fazem parte de toda a experiência de dádiva podem não ser evitáveis.

Gestão do tempo de espera

As queixas mais frequentemente recebidas pelos serviços de sangue Europeus são relativas ao tempo de espera demasiado longo. Há muitas razões que prolongam o tempo de espera (ver **Caixa 3**):

Caixa 3. Motivos que prolongam o tempo de espera

- Atrasos na abertura do serviço de sangue;
- Recursos humanos (equipa) insuficientes;
- Número limitado de cadeiras disponíveis;
- Congestionamento de dadores que chegam ao mesmo tempo;
- Falta de trabalho de equipa;
- Aumento de dadores presentes devido a apelos.

A Dádiva com marcação através de sistemas de grelha, que derivaram do mapeamento do processo de dádiva podem ser modificados para melhorar os problemas relativos ao tempo de espera citados. Isso pode ser apenas uma solução prática para aquilo que é um factor complicado e generalizado no desenvolvimento de uma experiência positiva para os dadores. Cerca de 55%

dos Serviços de Sangue Europeus têm actualmente sistemas de marcação de sessão para dádiva (81% para aférese).

Material de leitura: Disponibilizar material de leitura, televisão, acesso à *internet*, *WiFi-spots* e refrescos pode ajudar a aliviar as queixas de tempo de espera prolongado. Contudo, essas acções não são uma solução a longo prazo.

Oportunidade de dádiva

Os serviços de sangue nunca serão capazes de acomodar todos os voluntários a potenciais dadores em tempo útil para estes. Contudo, horas de abertura inconvenientes são claramente uma causa significativa para reclamações por parte dos dadores voluntários de sangue (ver **Caixa 2**).

Actualmente cerca de 92% dos serviços Europeus de colheita de sangue total funcionam em dias úteis. Aqueles têm de assegurar que os planos das equipas de colheita estão cientes das alterações dos hábitos sociais – como as actividades diárias, o horário de trabalho ou as actividades de tempos livres – que podem exigir uma alteração no horário de funcionamento dos serviços. Sempre que possível, os departamentos devem tentar oferecer uma oportunidade para doar que também seja conveniente para a maioria dos voluntários (ver **Caixa 4**).

Caixa 4. Critérios para criação de uma oportunidade de dádiva

I. Horário de abertura

Preferência de dádiva manhã/tarde/noite;
Dia útil de preferência;
Oportunidade ao fim-de-semana.
Oportunidade de dádiva regular (ex. seis dias por semana)

II. Localização

Conveniência geográfica (cidade, localidade, rua importante);
Próximo ou no ambiente de trabalho de dadores;
Próximo a espaços públicos, como centros comerciais, mercados, instalações desportivas.

6.4.4 Atitude das equipas

Um meio importante para promover com sucesso a manutenção/fidelização dos dadores é a formação do pessoal de atendimento relativamente aos cuidados e comunicação pessoal com os dadores. O instrumento poderoso de comunicação cara-a-cara é utilizado pelos serviços de sangue para este fim que devem ter consciência do seu impacto.

Para além de aspectos médicos e operacionais, a equipa de atendimento tem a oportunidade única para motivar ainda mais o dador e fortalecer a sua atitude positiva numa situação de um-para-um. É crucial que a equipa esteja disposta a expressar de forma convincente a gratidão pela presença do dador. São importantes reacções imediatas e pessoais sobre o significado da dádiva. Tal pode consistir em recentes histórias de doentes embaixadores, estado do *stock* de sangue e as limitações existentes na resposta de dadores. Consequentemente, as equipas de atendimento dinamizam uma forte mensagem que salienta a importância da próxima dádiva do dador. Os serviços de sangue devem ter programas de formação abrangentes e contínuos que enfatizem a importância do cuidado ao dador e actividades de relacionamento no local de colheita de sangue, para apoio aos utentes.

Boas-vindas: Uma recepção calorosa é a chave para evaporar sentimentos negativos causados pelas limitações inevitáveis como tempos de espera, horas de colheita, alimentação e bebidas. Requer uma capacidade de comunicação bem desenvolvida por parte do pessoal de atendimento e os serviços de sangue estão bem aconselhados a investir no desenvolvimento das suas aptidões sociais.

Suspensão de dadores: É necessária uma particular aptidão de apoio ao utente para lidar com a suspensão de dadores. A suspensão dum dador pode causar frustração e desilusão e requer uma gestão sensível e uma notificação clara do fim de período de suspensão (ver Secção 8.3 Serviços de Aconselhamento).

Pós dádiva: No período de pós dádiva, as ferramentas de comunicação focam a reactivação do dador. Isto pode incluir o uso das comunicações de agradecimento (carta, SMS, telefonemas) imediatamente após a dádiva. Uma boa experiência de dádiva seguida de um agradecimento pode melhorar significativamente a fidelização dos dadores e aumentar as hipóteses de uma resposta positiva para a um convite futuro para uma sessão de dádiva.

A Gestão do relacionamento com os dadores é cada vez mais importante. Idealmente, cada contacto entre um dador e um serviço de sangue deve ser registado para que seja mantido um registo completo do dador de sangue. Isto é particular e crescentemente importante em caso de auto-suspensão do dador. É claramente evidente o benefício para o serviço de sangue evitar falhas desnecessárias na presença das sessões. Contudo, o dador preferivelmente comunica a decisão ao serviço de sangue que deverá ser registada para política de relacionamento e comunicações futuras. É necessário um sistema de registo computadorizado fiável para a gestão de relacionamento com os dadores (ver Capítulo 12). Os contactos podem ser positivos (ex. auto-suspensão) ou negativos (reclamações do dador).

6.4.5 Estabelecer um contacto personalizado entre o dador e o serviço de sangue

Para além das ferramentas acima indicadas os cartões de dadores e informação sobre o seu historial de dádiva são a principal ferramenta utilizada para desenvolver um relacionamento a longo prazo.

Cartão de dador

O questionário DOMAINE sobre gestão de dadores de sangue mostrou que na maioria dos serviços de sangue (93%) os dadores têm um cartão pessoal de dador. Geralmente o cartão de dador é entendido como uma forma de outorgar ao dador um sentimento de pertença a uma organização que está empenhada em ir de encontro às necessidades dos doentes.

No futuro, poderá ser possível utilizar um *smartphone*, como um *e-card*, de dador ao adicionar uma aplicação especialmente desenhada. Contudo, é necessário que seja garantido que o *e-card* seja estritamente confidencial e contenha a mesma informação que um cartão tradicional (nome, detalhes de contacto, grupo de sangue, etc.). O *e-card* de dador pode também ser fornecido ao dador com acesso pessoal restrito ao seu historial de dádiva.

Informação aos dadores sobre o seu historial de dádiva

O questionário DOMAINE mostrou que a maioria dos serviços de sangue (62%) informam os seus dadores sobre o seu historial pessoal de dádiva. O conteúdo da informação fornecido ao dador é variável.

Todos os serviços de sangue informam o dador durante o processo de selecção, pelo menos oralmente. Fornecem informação sobre os resultados dos testes de hemoglobina pré-dádiva, tensão arterial e pulso (quando disponível) e todas as razões para suspensão. Alguns serviços de sangue indicam ao dador os motivos para mudarem o tipo de dádiva (ex.: aférese de plaquetas convertido em plasmaférese, dependendo da situação de fornecimento).

Todos os serviços de sangue informam os dadores, tanto oralmente como por escrito, sobre o seu número de dádivas. Isso é muito importante dado que reflecte a eficácia da manutenção de dadores. Para além disso, alguns serviços de sangue fornecem ao dador um documento escrito no final do processo de dádiva com a indicação da data a partir da qual é possível fazer a próxima dádiva. Esta pode ser a altura para marcar a próxima dádiva, quando a organização do serviço o permite. Finalmente, todos os serviços de sangue informam o dador sobre as alterações dos resultados nos testes (ver Capítulo 7 e 13). Tal é sempre feito para informar o dador sobre contra-indicações das futuras dádivas.

O modo como a informação é transmitida aos dadores varia amplamente. A informação pode ser dada na própria sessão ou por carta pessoal ou disponibilizada *online*. Uma maneira frequente de transmitir essa informação é de forma escrita no final do processo de selecção.

6.4.6 Medidas específicas para novos dadores

O primeiro passo dum “carreira” de dádiva de sangue fornece a oportunidade ideal para estabelecer uma relação entre o dador de sangue voluntário e o serviço de sangue. Mostrar gratidão após a primeira dádiva pode levar à fase de adesão. Um modo tangível de institucionalizar o sentimento de pertença/membro é através da criação de um clube de membros de dadores de sangue ou uma associação de dadores. O último também pode ser uma iniciativa dum grupo de dadores. Os tópicos de discussão/informação e actividades de tais clubes ou associações podem incluir algum ou todos os itens mencionados na Caixa 5:

Caixa 5. Tópicos de discussão/informação sugeridos para associações e clubes de dadores

Dádivas

- Frequência dos convites para dar;
- Detalhes dos programas de fidelização de dadores para novos elementos como três dádivas em dois anos ou Clube 25 para jovens voluntários;
- Comunicação do grupo de sangue;
- Formato para notificar os voluntários para pedidos específicos de grupos de sangue;
- Detalhes da “viagem do sangue” após a dádiva até ao doente;
- Importância de informar os serviços de sangue de qualquer impedimento que impeçam o dador de estar presente na data de dádiva
- Detalhes dos critérios médicos de selecção ou indicação de onde podem ser encontrados, ex: *site* na internet.

Reconhecimento

- Doentes embaixadores para as cartas de agradecimento/prémio ;
- Para novos dadores angariados no trabalho, podem ser adequadas algumas formas de reconhecimento da organização;
- Para novos dadores angariados nas escolas, liceus ou universidades, podem ser adequadas algumas formas de mensagens para manter em contacto.

Logística

- Detalhes de locais de dádiva de sangue onde os dadores serão convidados a comparecer, incluindo o da localização mais próxima (aberto 5/6 dias por semana);
- Informação relativa ao comparecimento na sessão de sangue, como “apareça, não é necessário marcar” ou “contacte para marcação”;
- Detalhes da nova estratégia de retenção/fidelização (e.g. entraremos em contacto por telefone /mensagem sms/carta antes da sua próxima oportunidade para doar).

Aspectos Administrativos

- Importância de notificar o serviço de sangue de qualquer alteração nos detalhes de contacto;
- Detalhes do reencaminhamento das queixas ou sugestões.

RECONHECIMENTO

6.5.1 Introdução

O objectivo do reconhecimento é valorizar o gesto extraordinário feito pelos dadores; tal gera um sentido de orgulho e é essencial para manter os dadores receptivos a repetir as suas dádivas. O reconhecimento permite aos serviços de sangue desenvolver uma boa relação com o dador. Este reconhecimento pode ser feito imediatamente após a dádiva ou em relação a dádivas precedentes.

6.5.2 Imediatamente após a dádiva

O reconhecimento pós-dádiva é o último passo antes dos dadores deixarem o centro de dádiva. Tal contribuí com frequência para a memória de uma boa da experiência de dádiva e da equipa de colheita. Um dador que deixe o centro a sorrir estará ainda mais disposto a voltar a doar.

Bebidas: Quase todos os serviços de sangue (91%) oferecem bebidas aos dadores após a dádiva. São oferecidas apenas bebidas (café, chá, sumo de laranja) ou acompanhadas com algo para comer, como sanduíches, bolachas ou chocolate. Como este é a última etapa no processo de dádiva, tais bebidas, mesmo simples, contribuem para criar uma boa experiência de dádiva e facilitam o processo de manutenção na mente do dador. Esta etapa, antes dos dadores irem embora deverá ser também utilizada para entregar mensagens de manutenção orais e/ou escritas, preferivelmente, dessas duas formas.

Mensagens de manutenção: Habitualmente, as mensagens de manutenção escritas são dadas em simultâneo com a informação necessária pelo regulamento (CE/33/2004) sobre a necessidade dos dadores informarem os serviços de sangue sobre algum evento subsequente que possa tornar qualquer dádiva anterior inadequada para transfusão.

6.5.3 Em relação às dádivas precedentes

Mensagens de agradecimento: A maioria dos serviços de sangue (57%) não enviam mensagens de agradecimento pouco tempo após a dádiva. Contudo, parece útil fazê-lo após a primeira dádiva, dado que a retenção/fidelização de novos dadores é certamente uma das tarefas mais difíceis para um serviço de sangue. Apesar de tal poder ser feito por carta ou postal, sempre que for útil, deve considerar-se a utilização de um meio diferente, como SMS ou *e-mail*.

Historial de dádiva: A maioria dos serviços de sangue (62%) informam os dadores sobre o seu historial de dádiva detalhando, pelo menos, o número

de dádivas feitas. Esta informação pode ser facultada através de meios diferentes: na própria sessão (na entrevista pré-dádiva, após a determinação da hemoglobina, num folheto) ou através de carta, postal pessoal de dador ou disponibilizada *online*. A partilha desta informação fornece sempre uma oportunidade para encorajar o dador a fazer uma dádiva subsequente.

Pequenos brindes: Por regra, os serviços de sangue presenteiam os seus dadores como modo de agradecimento após uma dádiva. Por vezes estes são dados após cada dádiva ou em dias especiais (dia Mundial do Dador, Natal) como canetas USB ou cupões (ex. para comprar uma sandes, 21%). Medalhas, *pins*, alfinetes ou certificados são outros elementos usados pelos serviços de Sangue e são oferecidos aos dadores após um determinado número de dádivas (ex. após 3, 5 ou 10 dádivas). Os dadores podem ser premiados em cerimónias especiais para reconhecimento de um número grande de dádivas (50, 100, etc.). Também poderão receber brindes mais importantes (lembrança de vidro com inscrição, convite para jantar, etc.) após um número elevado de dádivas. Apesar destas expressões de gratidão variarem entre os serviços de sangue, são sempre considerados meios importantes para reconhecer a generosidade dos dadores e encorajá-los a fazer mais dádivas.

MONITORIZAR A SATISFAÇÃO DOS DADORES

6.6.1 Avaliar e melhorar a satisfação dos dadores

Avaliar a satisfação: De acordo com o inquérito DOMAINE, cerca de 76% dos serviços de sangue monitorizam a satisfação dos dadores. A maior parte deles fá-lo regularmente, usando um questionário que os dadores têm de preencher. A frequência varia desde avaliações diárias a três a quatro vezes por ano ou a cada quatro anos. Apesar de só ser usado por dois serviços de sangue, um questionário *top box* parece uma ferramenta muito eficaz para medir a satisfação individual e colectiva. É solicitado aos dadores para pontuarem vários *itens* entre 1 e 10, nomeadamente, a experiência de dádiva de um modo global, o tempo de espera e acolhimento da equipa. O método *top box* mede a proporção de dadores que dão a um determinado *item* a pontuação máxima: 10.

Questionário padrão: O questionário padrão do Donor Loyalty Group inclui questões sobre o profissionalismo da equipa, simpatia, precisão das indicações sobre o que fazer a seguir, avaliação da clareza, a picada do dedo, colocação da agulha, tempo de espera, nível de consideração mostrado e experiência de um modo geral. Cada factor pode ser pontuado entre 1 e 10, onde 1 significa “totalmente insatisfeito” e 10 significa “totalmente satisfeito”. Esta ferramenta pode dar uma visão muito precisa de quais os motivos de insatisfação e possíveis causas. Um serviço de sangue pode então determinar soluções a implementar e avaliar novamente a satisfação dos dadores.

Benchmarking: Num serviço de sangue com vários centros de colheita e departamentos, esta ferramenta permite comparações com os melhores (processo *benchmarking*). Esta ferramenta permite receber sugestões de dadores, comentários e queixas simultaneamente. A análise desta informação fornece também ao serviço de sangue a oportunidade de elaborar medidas correctivas e avaliar a sua eficácia após terem sido implementadas.

6.6.2 Reclamações de dadores

A maioria dos serviços de sangue tem procedimentos relativamente a reclamações (81%). As organizações de sangue usam várias maneiras para registo das queixas dos dadores (ver **Caixa 6**).

As experiências registadas mostram que as reclamações dos dadores têm de ser descritas como Procedimento Operacional Normalizado com os seguintes passos principais:

1. Registo do modo como a reclamação foi feita (ex. por carta ou telefone);
2. Conhecimento da reclamação ter sido recebida;
3. Tempo de resposta à reclamação (ex. carta entre 10 a 21 dias);
4. Análise regular das queixas e respostas dadas, de forma a fazer o seu seguimento;
5. A recorrência e eficácia das medidas correctivas implementadas num processo de melhoria contínua .

O número de queixas de dadores recebidas por serviços de sangue varia amplamente. Em geral, as queixas nos diferentes serviços de sangue por toda a Europa são bastante semelhantes.

Caixa 6. Modos de registar queixas

- Oralmente, na sessão de dador;
- Formulário especial para reclamações;
- Queixa por escrito colocada num recipiente próprio na sessão de dador;
- Por escrito no livro de reclamações;
- Telefone;
- *E-mail*;
- SMS;
- Carta;
- Através de Associações de Dadores;
- Através de pessoas escolhidas num centro de aconselhamento (provedor)

Tempos de espera: A queixa mais comum é relativa aos tempos de espera demasiado longos. Outras queixas frequentes incluem problemas logísticos como horário de funcionamento, o estacionamento e o próprio local de colheita.

Equipa: Algumas queixas são relativas às equipas, tais como ser ajudado por alguém pouco “amigável” ou pouca comunicação com o dador.

Suspensões: Os dadores reclamam também sobre serem suspensos e sobre não compreenderem os motivos para tal.

Técnicos: Queixas sobre complicações na dádiva, como hematomas, são muito limitadas mas merecem muita atenção.

INDICADORES DE DESEMPENHO (ID) DA MANUTENÇÃO

6.7.1 ID

Tipicamente, o número e percentagem de dadores regulares fidelizados reflectem actividades de manutenção bem sucedidas. Pequenos números de dadores inactivos por motivos não-médicos são outro ID da manutenção. Os ID mais frequentemente usados nas actividades de manutenção são os seguintes:

Base de dadores actual

- Número e percentagem de dadores regulares na base de dados de dadores;
- Tendência do número de dadores regulares.

Perda de dadores

- Percentagem de dadores inactivos na base de dadores;
- Percentagem de dadores em pausa na base de dadores;
- *“Deterioração do dador”*. Este índice, usado no campo da dádiva benévola, tem uma forte semelhança (mas não igual) com a percentagem de dadores inactivos na base de dados de dadores. A diferença reside no numerador para a taxa. Para calcular a inactividade é usado o número total de dadores no período actual de tempo (ex. este ano e o ano passado). Para *“deterioração”* é usado o número de dadores que realmente doaram num período anterior de tempo (ano anterior);
- *Definição de Deterioração do dador: daqueles dadores que deram sangue no ano anterior, a percentagem de dadores que não deram sangue no ano a que diz respeito.*
- *Percentagem de dadores parados na base de dadores* num determinado ano
 - No número total de dadores;
 - Subdividido por motivo de paragem, como idade, razões médicas, não-comparências recorrentes, emigração. Entrevistas padrão de saída em amostras são necessárias para avaliar os motivos de paragem.

Dadores recuperados

Percentagem de dadores retornados na base de dados num determinado ano:

- No número total de dadores;
- No número de dadores inactivos.

Custos

Custos de angariação e actividades de retenção (em euros) por dádiva:

Bibliografia

1. Callero PL & Piliavin JA (1983). Developing a commitment to blood donation: The impact of one's first experience. *Journal of Applied Social Psychology, 13*(1), 1-16
2. Royse D & Doochin KE (1995). Multi-gallon blood donors: Who are they? *Transfusion, 35*(10), 826-831
3. Masser, M, White, KM, Hyde, MK, Terry, DJ & Robinson, NG (2009). Predicting blood donation intentions and behaviour among Australian blood donors: testing an extended theory of planned behaviour model. *Transfusion, 49*(2), 320-329
4. Ferguson, E, France, CR, Abraham, C, Ditto & B, Sheeran, P (2007). Improving blood donor recruitment and retention: integrating theoretical advantages from social and behavioural science research agendas. *Transfusion, 47*(11), 1999-2010
5. Masser BM, White KM, Hyde MK & Terry DJ (2008). The psychology of blood donation: Current research and future directions. *Transfusion Medicine Reviews, 22*(3), 215-233
6. Daigneault S (2007). Le marketing dans l'univers du don de sang. *Transfusion Clinique et Biologique, 14*(1), 147-151

COLHEITAS



Autores:
Gilles Folléa
Zoe Sideras
Moira Carter

Socrates Menelaou
Alina-Mirella
Dobrota
Charles Kinney

Gordon Redpath
Crispin Wickenden
Les Bartlett
Mário Muon

07

ORGANIZAÇÃO DAS COLHEITAS

7.1.1 Introdução

Sessões bem organizadas são um elemento importante da gestão de dadores dado que asseguram colheitas suficientes e estimulam os dadores a fazer dádivas subsequentes. Este capítulo trata os vários aspectos da colheita de sangue: organização inicial, instalações, logística, indicadores de desempenho, selecção de dadores, gestão de suspensões e flebotomias.

As actividades de angariação e manutenção/fidelização de dadores bem sucedidas trarão potenciais dadores para um dos centros de colheita geridos pelo serviço de sangue. De forma a alcançar os principais objectivos dum serviço de sangue é crucial que seja gerada uma avaliação positiva durante a visita dos dadores potenciais.

As Secções 7.1 a 7.4 identificam, ordenam e partilham “bons elementos” numa infra-estrutura de colheita. Estas permitem aos serviços de sangue otimizar a gestão de planeamento de colheita, instalações, logística, organizações e infra-estruturas e também medir, avaliar e melhorar o desempenho do processo de colheita.

Será necessário gerir as seguintes passos e factores:

Satisfação do dador

- Melhorar continuamente a satisfação do dador proporcionando-lhes uma boa experiência de dádiva e encorajando-os a repetir a dádiva;
- Seguir os padrões actuais de qualidade e segurança para o dador no processo de colheita, desde a sua recepção até à sessão e assegurando até ao final, que saem satisfeitos;
- Obter credibilidade e apoio da comunidade, baseados na qualidade dos serviços fornecidos.

Padrões

- Colher o número apropriado de unidades de sangue e componentes sanguíneos (aférese) de acordo com as necessidades de sangue dos doentes;
- Seguir os regulamentos de qualidade para sangue e componentes sanguíneos que serão administrados a doentes quer directamente (produtos sanguíneos lábeis) ou indirectamente (derivados de plasma);

- Melhorar continuamente o desempenho do processo de colheita baseado em indicadores quantitativos.

Equipas

- Manter as condições de trabalho das equipas a um nível aceitável, para alcançar os dois objectivos anteriores.

7.1.2 Três principais tipos de locais de colheita

- **Locais fixos:** locais onde o material de colheita para as sessões está permanentemente presente;
- **Locais móveis:** locais onde o material de colheita de sangue para as sessões não está permanentemente presente. Têm de ser transportados para (e de) cada local em cada sessão;
- **Locais móveis em veículos:** locais que são visitados por veículos móveis. Trata-se de um veículo automóvel ou “*roulotte*” com todo o material necessário para a sessão de sangue. O dador dá sangue no interior do veículo.

O número de locais de colheita e a proporção entre os diferentes tipos de locais existentes varia consideravelmente entre serviços de sangue. O questionário DOMAINE sobre gestão de dadores na Europa (ver Capítulo 2) registou as seguintes estatísticas:

- **Locais fixos:** o número de locais fixos nos serviços de sangue participantes varia entre 1 e 156;
- **Locais móveis:** o número de locais móveis varia entre 0 e 13.294;
- **Locais móveis em veículos:** o número de locais em veículos varia de 0 a 4.810

Na Europa, os locais fixos constituem uma pequena parte de todos os locais de colheita, São usados, predominantemente, os locais móveis mas os locais de colheita em veículos móveis também aparecem regularmente. A maior parte dos serviços de sangue colhem sangue tanto em locais fixos como móveis (veículos), enquanto alguns serviços de sangue fazem toda a colheita apenas em locais fixos. Na maior parte dos serviços de sangue a proporção dos locais fixos é cerca de 2-3%, enquanto a percentagem de locais móveis é de mais de 90%.

As sessões móveis podem ser organizadas em vários locais: entre outros, mercados, centros comerciais, parques empresariais, universidades, escolas, igrejas, hotéis, etc.. É recomendado que, sempre que possível, as localizações sejam escolhidas de acordo com, pelo menos, os seguintes critérios:

- Capacidade suficiente para recrutar e receber um número determinado de dadores na área servida pelo serviço de sangue;
- Boa acessibilidade para dadores;
- Boa acessibilidade para as equipas;
- Possibilidades suficientes para transportar todo o equipamento e materiais necessários para e do local de colheita e de volta ao serviço de sangue;
- Padrões aceitáveis de condições sanitárias e de segurança.

Equipamento: O peso de todo o equipamento e materiais a serem transportados deve ser o menor possível para minimizar o risco de provocar lesões nos funcionários encarregues do seu transporte e instalação. Ao fixar o equipamento devem ser tidas em conta questões práticas como assegurar o melhor modo de colocar no local móvel e necessidade de facilitar o acesso para carregamento, transporte, descarregamento, montagem e desmontagem de todo o equipamento para a sessão.

Parâmetros físicos: A distância entre os pontos de início e retorno e locais de colheita são parâmetros adicionais importantes: em muitos serviços de sangue tal influencia directamente a viagem e tempo de trabalho para muitos funcionários.

Estradas apropriadas para viajar, locais adequados com espaço suficiente à volta do carro de colheita e fornecimento de energia suficiente são os principais parâmetros adicionais a serem considerados para locais visitados por veículos móveis.

7.1.3 Programação da colheita de sangue

A programação da colheita é parte duma gestão mais global de fornecimento de sangue. Os principais objectivos da gestão de fornecimento de sangue são os seguintes:

- Evitar a escassez de produtos sanguíneos;
- Limitar as taxas de produtos fora de validade .

Os factores abaixo descritos são relativos a concentrados de eritrócitos preparados a partir de sangue total. Contudo, estes princípios podem ser transpostos para qualquer um dos outros componentes sanguíneos, incluindo o concentrado de plaquetas, o plasma fresco congelado e o plasma para fracionamento e, se aplicável, o concentrado de eritrócitos colhido por aférese.

Método geral para a programação de colheita

Sempre que for compatível com a disponibilidade de sangue existente são recomendados os seguintes passos na programação:



Programação avançada: Sempre que possível, a **programação** com antecedência é preferível à programação a curto prazo, para evitar a escassez (ou excesso) temporário de sangue. Idealmente, deve iniciar-se a programação das colheitas para o ano seguinte no primeiro trimestre do ano, estimando as necessidades de eritrócitos para o ano seguinte (baseado na avaliação do número de unidades libertadas e da sua tendência).

Esta programação inclui a definição do número total de colheitas necessárias para todo o ano seguinte e para cada semana do ano. Com base no historial dos diferentes locais de colheita móveis e fixos, nomeadamente as taxas de comparência, pode ser programado o objectivo semanal de colheita desses locais. Esta projecção pode ainda levar a medidas que melhorem a organização e o ajuste da programação às necessidades. Pode iniciar-se a colheita em alguns locais e outros podem ser desactivados.

A programação de colheita para o ano seguinte deverá incluir o impacto da frequência das sessões de colheita num local móvel. O aumento do número de sessões anuais num local móvel resulta muitas vezes no aumento da retenção/fidelização de dadores.

Cooperação local: A programação de colheita deve ocorrer em estreita colaboração com os contactos locais do serviço de sangue de cada local móvel (ver em baixo). Os serviços de sangue podem gerir a programação das sessões de sangue entre si ou chamar serviços como a Cruz Vermelha ou as associações de dadores.

Relacionamento com os processos subsequentes: processamento, análise e distribuição

A programação da colheita deve ter presente o impacto na actividade de processamento e distribuição dos componentes sanguíneos. Conhecer e partilhar os constrangimentos de cada um dos processos relacionados contribui amplamente para a coerência entre cada processo na “cadeia de transfusão de sangue”.

Coordenação da equipa interna: Devem ser tidos em conta os horários, já que podem impedir actividades e frustrar colegas e outros profissionais. Por exemplo, planejar uma colheita na véspera de um feriado pode ter um impacto negativo nas horas de trabalho do laboratório de processamento ou análise. Ao finalizar o plano de colheita é sempre útil considerar observações e sugestões dos responsáveis pelo processamento e análise. Isto aplica-se não apenas à preparação do plano do ano seguinte, mas também ao acompanhamento e ajuste diário e semanal do plano de colheita, tendo em conta os resultados observados e as taxas de distribuição. Em cada serviço de sangue deve ser organizada comunicação interna adequada.



Escolher dias e horas de funcionamento

A maioria dos serviços de sangue colhem mais sangue durante os dias da semana do que ao fim-de-semana. Nos dias úteis, os serviços de sangue Europeus colhem mais de 90% da quantidade de sangue total. Menos de 8% de sangue total é colhido ao fim-de-semana. Ocasionalmente, as organizações colhem mais sangue durante o fim-de-semana que nos dias úteis.

Horário da sessão: Nos dias úteis quase todos os serviços de sangue organizam sessões de colheita no período da manhã. Um pequeno número de serviços de sangue têm sessões à tarde e cerca de metade organizam sessões à noite. Esta grande variedade de horários e dias de abertura mostra que cada serviço de sangue tem de ter em conta os aspectos locais e os e factores culturais. Deverão ser tidas em conta duas recomendações gerais:

- Os horários e dias de funcionamento de um local fixo numa área urbana devem permitir receber dadores durante todo o dia, especialmente se o serviço colher plaquetas e plasma por aférese.
- Para colheitas móveis o período das 16-20h é muitas vezes mais adequado para a maior parte dos dadores, uma vez que dado que é pós-laboral e antes do horário nobre.

Contactos locais

Cada serviço de sangue deve trabalhar com contactos locais para organizar todo o processo de colheita em brigadas móveis, em locais distantes dos serviços. Estes contactos locais podem ser voluntários de associações de dadores, representantes de organizações governamentais e autoridades como empresas, escolas, universidades, serviços municipais, polícia ou bombeiros. Este relacionamento entre serviço de sangue e os organizadores locais poderá abranger vários aspectos (ver **Caixa 1**). Quando apropriado, a preparação pode ser acordada entre o serviço de sangue e os contactos locais que poderá, por exemplo, incluir uma taxa pela utilização das instalações por parte do serviço de sangue.

Caixa1. *Itens a serem organizados com os correspondentes locais*

- Definir datas para as sessões móveis num determinado local no ano seguinte;
- Reservar os espaços necessários;
- Verificar as medidas de segurança com especial atenção na prevenção de incêndios e contrato do seguro do espaço
- Verificar as medidas de higiene (limpeza do espaço);
- Verificar fornecimento energético, de água, aquecimento e ar condicionado;
- Rever o histórico de colheitas no local em termos de número de candidatos a dador recebidos e unidades colhidas nas sessões anteriores;
- Organizar a sinalização do local da sessão e publicitar o evento .

Por fim, para facilitar a garantia de qualidade e a melhoria continua, os contactos locais devem desempenhar um papel importante na ajuda ao serviço de sangue a avaliar e acompanhar os locais de colheita e a implementar medidas correctivas sempre que necessário. Por exemplo, poderão ajudar a localizar um novo local de colheita quando os padrões de qualidade ou a capacidade do local em causa forem insuficientes.

Desempenho da programação de colheita

A comparação entre o número de colheitas programadas (previstas) e o número de colheitas efectuadas poderá ser usada como um modo simples de avaliar o desempenho da programação do processo, relativamente a cada sessão de colheita (seja móvel ou fixa). Este indicador, expresso em percentagem, é graficamente ilustrado na **Figura 7.1**. Neste exemplo, o serviço de sangue decidiu avaliar cada sessão cujo rácio era $< 80\%$ ou $> 120\%$. Analisaram os motivos para as discrepâncias observadas e tentaram antecipar anomalias e prevenir a sua ocorrência nas sessões seguintes.

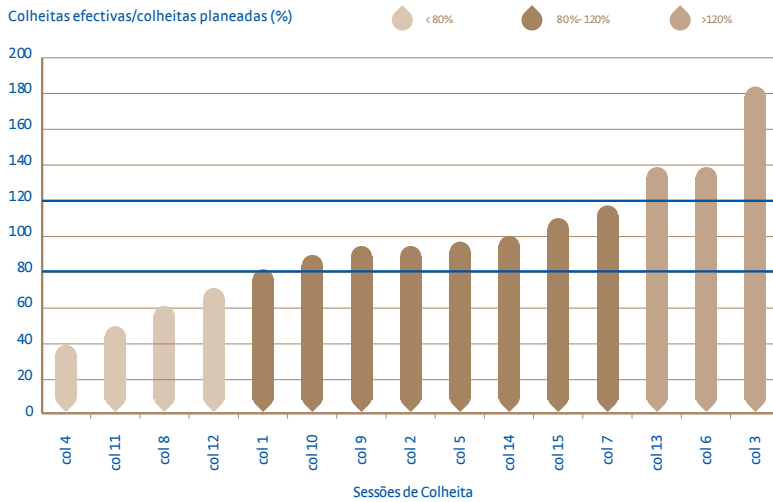


Figura 7.1 Medir o desempenho da programação de colheita: uma ferramenta simples para ajudar a melhoria contínua da programação do processo de colheita

PROCESSO DE DÁDIVA E INSTALAÇÕES

7.2.1 Fluxograma do processo e requisitos gerais

As instalações e recursos usados para colher sangue e componentes sanguíneos, num local fixo ou móvel ou em veículo, deverão sempre permitir a organização de áreas distintas num processo de sentido único. O gráfico típico é apresentado na **Figura 7.2** (baseado em¹). É altamente recomendado que tal fluxograma seja desenhado para todos os processos de colheita em todos os serviços de sangue. É também fortemente recomendável que este gráfico seja adaptado, com antecedência, para definir a organização de cada local de colheita fixo ou móvel. O principal objectivo é evitar voltar atrás em qualquer ponto e assegurar a segurança do dador e qualidade dos produtos colhidos.

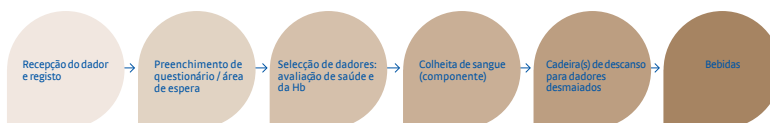


Figura 7.2 Exemplo de fluxograma geral do processo de colheita

7.2.2 Requisitos para a segurança dos dadores

Os princípios do *'Lean Manufacturing'* são facilmente aplicáveis ao processo de dádiva. São muito úteis para tornar todo o processo de colheita mais seguro para o dador (evitando reacções incómodas e gerindo as que possam acontecer) e para o receptor (pela qualidade dos produtos colhidos). Os princípios básicos da *'Lean Manufacturing'* aplicados ao processo de colheita são apresentados na **Caixa 2**.

Caixa 2. Princípios básicos Lean para o processo de colheita

- Organizar o processo com sentido único para evitar o retorno ou cruzamentos nas diferentes etapas, que são fontes de desordem;
- Considerar qualquer tipo de dádiva como processo separado e organizar a actividade de forma a que os profissionais sejam envolvidos no processo com sentido único em cada etapa (ex.: plasmáfereze com um tipo de separador e materiais descartáveis);
- Tentar eliminar qualquer passo do processo que não traga valor adicional: “*Value Stream Mapping*”;
- Avaliar o ambiente de trabalho de forma a eliminar tudo o que for inútil ao processo para obter um “ambiente minimalista”;
- Respeitar o princípio da *linha farmacêutica*, vaga que consiste em verificar antes de cada dádiva que a cama do dador e ambiente envolvente estão livres de qualquer material ou documentação de outro dador ou dádiva;
- Posicionar o material descartável de forma a que o dador presente não fique confuso com a utilização de material num processo inapropriado (ex.: citrato ou soro fisiológico para plasmáfereze).

7.2.3 Requisitos específicos para locais fixos

As actividades de colheita num local fixo podem ser relacionadas com outras actividades no mesmo edifício, como processamento e teste, ou podem ser feitas separadamente num local específico para dádiva. Independentemente da situação, o principal objectivo é planear a dimensão do local de colheita (número de camas) para o número esperado de dadores locais e para tornar o local acessível. A sua localização é, portanto, de extrema importância, particularmente a proximidade aos transportes públicos e a parques de estacionamento.

É também importante definir e adaptar o horário de abertura. Alguns poderão ainda optar por acesso restrito a dadores convidados ou permitir também apresentações espontâneas de dadores não convocados.

A organização de sessões de colheita em locais fixos incluindo a possibilidade de fazer a marcação pessoal de dádivas em agendas adequadas contribui para a satisfação de dadores e funcionários e para uma melhoria geral.

Ambiente: Para os dadores e funcionários deverá ser prestada atenção relativamente ao ambiente que deverá ser agradável tanto quanto possível. A decoração pode estar de acordo com a moda mas de forma adequada. As instalações e a mobília podem ajudar a criar um ambiente atractivo para os dadores, funcionários e voluntários, tornando-se positivo para a dádiva.

Sinalização: A sinalização e a publicidade adequadas tornarão o local de colheita mais visível e facilmente localizável, favorecendo as primeiras três etapas do marketing de doadores: posicionamento, marketing operacional e relacional (ver Capítulos 5 e 6).

Para além do fluxograma relativo ao processo de colheita (ver atrás), devem estar também disponíveis fluxogramas para descartáveis, equipamentos, documentos e resíduos. A forma dos fluxogramas adicionais é influenciada pelo tipo de colheitas realizadas num local fixo, seja misto ou limitado a um tipo de colheita.

7.2.4 Requisitos específicos para sessões móveis

Aplicam-se os mesmos princípios para locais móveis e para os locais fixos relativamente ao potencial número de doadores a serem recrutados, ao número de doadores que se prevê que vão comparecer e às acessibilidades. Para cada espaço móvel deve ser desenhado um fluxograma do processo de colheita adaptado ao local, de acordo com as condições e constrangimentos. A **Figura 7.3** é disso um exemplo.

É fortemente recomendada a aplicação de dois princípios ilustrados na **Figura 7.3**, independentemente dos fluxogramas de colheita terem de ser adaptados a cada sítio individual e para cada sessão de colheita,

Zonas de trabalho: O trabalho de assistência aos doadores em zonas de três camas em vez de duas é um modo inteligente de limitar o tempo de espera entre a avaliação de saúde e a dádiva. Para além disso, os doadores compreendem melhor quando estão envolvidos, mesmo enquanto esperam pela colheita numa cama.

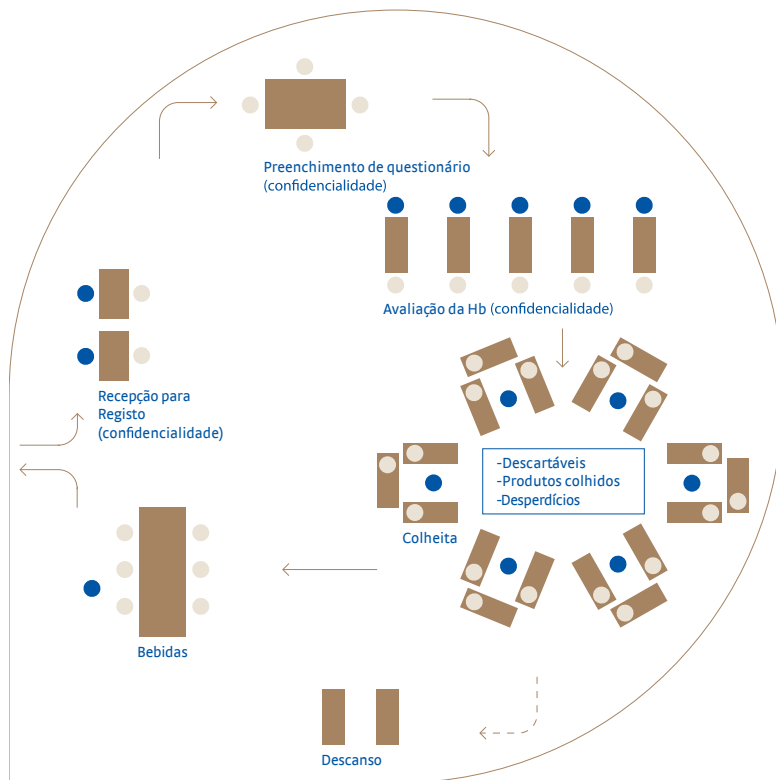


Figura 7.3 Fluxograma para uma sessão móvel. Neste exemplo, 2 secretárias, 5 médicos (ou outro pessoal necessário para a avaliação de saúde), 6 assistentes aos dadores e um motorista foram planeados para participar na sessão para 125 colheitas esperadas de sangue total em 3 horas (horário para dadores)

●: dadores; ●: funcionários do serviço de sangue

Espaço para a equipa: É importante fora do “círculo” organizar um espaço fechado interno para os funcionários do serviço de sangue envolvidos na área de colheita e no acesso dos dadores às camas para que a equipa tenha boas condições de trabalho, favoráveis para o cumprimento dos Procedimentos Operacionais Normalizados (PON) e padrões de trabalho. Isso não impede a intervenção dos assistentes aos dadores em caso de lipotímia ou necessidade de deitar um dador numa cama perto da área de colheita.

Sempre que possível, e com a adaptação necessária, estes princípios são também recomendados para locais fixos e veículos móveis.

7.2.5 Validação de recursos

Em todas as boas práticas é necessário a validação das instalações e equipamentos, assim como do processo de colheita.

Instalações: Os principais *itens* a verificar na validação das instalações de colheita (seja móvel ou fixo) estão indicadas na **Caixa 3**. O processo de validação deve levar a uma das seguintes avaliações: conformidade, conformidade com reservas ou não conformidade.

Caixa 3. *Itens* actuais para verificação e validação iniciais de instalações de colheita móveis e fixas

- Acessibilidade de veículos;
- Acessibilidade às instalações;
 - Condições do solo
 - Chão/andares
 - Escadas
 - Elevadores
- Capacidade de organizar áreas distintas com confidencialidade adequada :
 - Recepção / Registo
 - Preenchimento de questionário de saúde
 - Avaliação de saúde e Hb
 - Zona de colheita
 - Descanso
 - Bebidas
- Ausência de plantas fora da área da recepção;
- Capacidade para limitar a entrada de insectos e outros animais;
- Conformidade com todos os regulamentos de segurança;
- Conformidade com os regulamentos de higiene;
- Fornecimento de água;
- Fornecimento de energia;
- Condições de Iluminação;
- Aquecimento
- Limpeza

Equipamento: A validação do equipamento e o processo de colheita devem seguir as regras clássicas apresentadas em todas as boas práticas para serviços de sangue. A rastreabilidade de todos os processos de validação são, obviamente, obrigatórias.

7.3.1 Organização do transporte

O transporte para os funcionários deve ser organizado em condições aceitáveis de conforto. A organização de uma reunião da equipa para um *briefing* antes de sair e outra reunião para verificação no final da sessão, antes da viagem de regresso é comprovadamente muito útil para partilhar informação e criar um “espírito de equipa”.

Listas de equipamento: Para cada sessão móvel é necessário disponibilizar uma lista de materiais e equipamentos necessários. Esta lista baseia-se na avaliação dos rácios do número de dádivas planeadas e esperadas, para permitir levar as quantidades necessárias de equipamento, materiais descartáveis e outros para um número esperado de dádivas, que pode ser facilmente definido e computadorizado. Deve ser prestada atenção às condições de carga e descarga por parte dos profissionais.

Transporte e temperatura: Organizar e adaptar o transporte dos produtos colhidos para o número e tipo de produtos. Deverá ter-se em conta o tempo de viagem entre as instalações de colheita e os locais fixos que servem como ponto de partida. É recomendado manter uma temperatura ambiente constante para transportar unidades de sangue total, uma vez que a qualidade da separação entre eritrócitos e plasma é afectada pelas condições térmicas. Os valores da temperatura usados podem depender da primeira etapa do processo. Por exemplo, alguns serviços de sangue fazem o primeiro passo com redução de leucócitos, filtrando sangue total a 4°C. Quando o sangue total é usado para preparar concentrado de plaquetas, a temperatura deverá ser mantida entre os 20 e os 24°C até ao processo de separação. Estas especificações de temperatura também são aplicáveis ao transporte de concentrado de plaquetas por aférese.

7.3.2 Limpeza

Em todas as sessões de colheita, fixas ou móveis, deve organizar-se a limpeza e desinfecção dos equipamentos de acordo com os PON. Os profissionais, e em particular os assistentes a dadores, devem ter acesso fácil a um ponto de água para lavarem as mãos sempre que necessário.

7.3.3 Manutenção

A organização da manutenção de equipamentos, materiais e instalações deverá efectuar-se de acordo com os PON e conforme regras correntes descritas em todas as boas práticas aplicáveis aos serviços de sangue.

INDICADORES DE DESEMPENHO PARA O PROCESSO DE COLHEITA

7.4.1 Indicadores de desempenho para a colheita

A melhoria contínua do processo de colheita é essencial para medir o desempenho do processo e comunicar os resultados às equipas envolvidas. O trabalho desenvolvido pelo grupo de *benchmarking* da European Blood Alliance (EBA) levou às seguintes conclusões relativamente à avaliação do desempenho:

- A avaliação do desempenho do processo de colheita deve utilizar indicadores simples e focar-se em cada sessão;
- Deverá ser designado um profissional responsável em cada sessão. Este chefe de equipa é, juntamente com a equipa, responsável por analisar os indicadores e encontrar e implementar soluções para melhorar os desempenhos.

Em qualquer situação e no momento, podem ser implementados dois indicadores simples: um indicador de eficiência e um indicador de contribuição. Um terceiro ID pode ser útil, mas requer um registo mais complexo, ex.: o tempo médio e pico do tempo de espera para dadores.

Indicador de eficiência

A maneira mais simples de estabelecer um indicador de eficiência é dividir o número de unidades colhidas pelo número total de horas de trabalho das equipas envolvidas numa determinada sessão de colheita. Para sessões móveis pode incluir-se o tempo de viagem. Estes indicadores podem ser expressos pelo número de unidades colhidas por hora ou o número de unidades colhidas equivalente de tempo integral (ETI). Para aplicar este indicador em qualquer tipo de colheita, excepto para colheita de sangue total, é aconselhável converter cada tipo de colheita, num equivalente a colheita de sangue total. Os rácios actualmente estabelecidos pelos contabilistas de custos para França são dados como exemplo na **Caixa 4** (ver também Secção 3.3; diferem ligeiramente dos mencionados na Secção 3.4 Aspectos Financeiros).

Caixa 4. Equivalência da capacidade da colheita de sangue total (exemplo)

- Aférese de plasma : 1.50
- Aférese de plaquetas : 2.2
- Aférese de plaquetas + plasma : 2.2
- Aférese de plaquetas + CE : 2.2
- Aférese CE + plasma : 1.4
- Aférese eritrocitária (duas unidades) : 1.6
- Aférese de granulócitos : 2.7
- Consulta + colheita para Voluntário para Dador de medula óssea : 1.0
- Consulta + colheita para testes biológicos : 0.5 (ver também Secção 3.3)

A Figura 4 ilustra o rácio de eficiência para um serviço de sangue regional num determinado período. Uma experiência recente francesa mostrou que as diferenças de uma sessão para outra podem atingir um factor de um a quatro no mesmo serviço regional de sangue. Isto indica que a ferramenta de *benchmarking* interno pode fornecer aos gestores meios importantes para analisar a causa das diferenças entre sessões muito eficientes e sessões pouco eficientes e indicar as medidas correctivas apropriadas. No exemplo abaixo, o serviço de sangue decidiu focar em sessões com o indicador de eficiência com um desvio padrão de +1 e -1 acima e abaixo da média abaixo da média. É importante decidir pontos de corte de forma a identificar as sessões como eficientes e não eficientes.

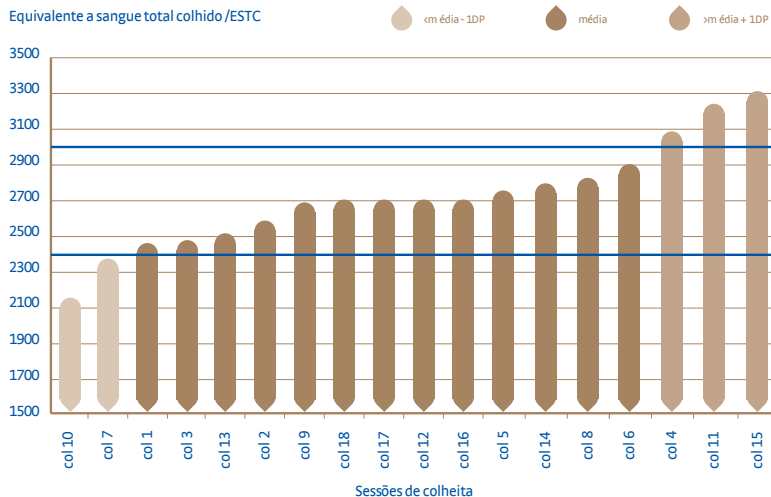


Figura 7.4 Indicador da eficiência de colheita: equivalente a sangue total colhido / horas de trabalho dispendido na ESTC

Indicador de contribuição

O indicador de contribuição pode ser definido como o número de unidades de sangue total (ou equivalentes) colhidas numa determinada sessão divididas pelo número de unidades de sangue total (ou equivalentes) colhidas na semana e serviço de sangue correspondente. Este indicador reflecte a contribuição de cada sessão ao fornecimento de sangue dessa semana. No exemplo dado na **Figura 7.5**, um indicador inferior a 1% poderá levar à decisão de suspender o local de colheita ou estimular a colheita nesse local para melhorar a contribuição para o fornecimento de sangue.

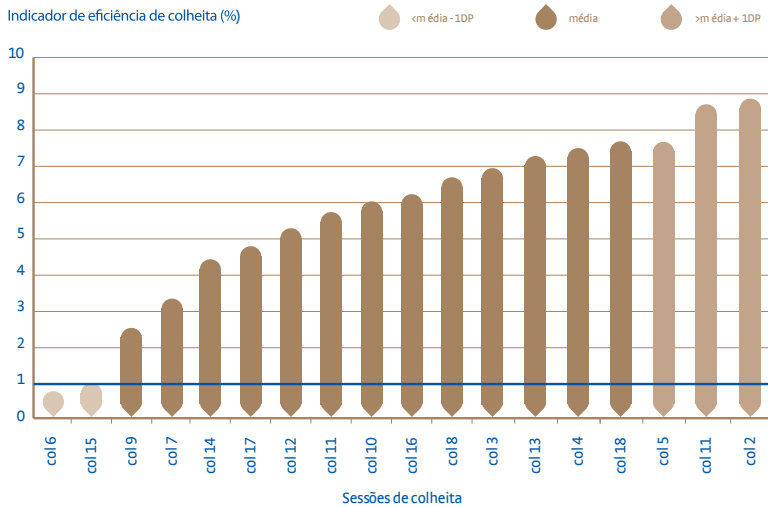


Figura 7.5 Indicador de contribuição (exemplo). Indicador de eficiência de colheita = ao número de unidades de sangue total (ou equivalentes) colhidas numa determinada sessão divididas pelo número de unidades de sangue total (ou equivalentes) colhidas na semana do Serviço de Sangue correspondente x 100%

Qualquer que seja o indicador aplicado por cada serviço de sangue é importante que cada gestor de colheitas disponibilize indicadores simples e os siga, numa espécie de quadro, numa base diária. O uso deste tipo de ferramentas pode potencialmente ter um grande impacto, melhorando a eficiência e a eficácia da colheita.

SELECÇÃO DE DADORES

7.5.1 Introdução

A selecção do dador de sangue tem como duplo objectivo a segurança do receptor e do dador. A selecção efectiva de dadores deve ser aplicada por todos os serviços de sangue de forma a identificar aqueles que não preenchem os critérios para dar sangue, temporária ou permanentemente. A selecção cuidadosa de todos os dadores voluntários é fundamental, independentemente de serem dadores pela primeira vez, regulares ou retornados (ver Secção 4.1). Uma consequência inevitável da selecção de dadores efectiva é a necessidade de deferir ou de excluir algumas pessoas de doar. É essencial que tal seja efectuado de forma a não desencorajar o dador a efectuar dádivas no futuro.

Esta secção centra-se em aspectos importantes da avaliação da saúde e da selecção de dadores. Apesar da Directiva da Comissão Europeia 2004/33² sobre os requisitos técnicos para sangue e componentes sanguíneos definir os padrões mínimos é reconhecido que há diferenças entre os critérios de selecção e a prática e as políticas nos Estados Membros da UE.

Esta secção irá rever estas práticas e identificar elementos chave para boas práticas no processo de selecção de dadores. Salientará também as opções para potenciais intervenções durante a avaliação clínica para melhorar a assistência e a satisfação dos dadores e promover o regresso do dador após o período de suspensão.

7.5.2 Requisitos legislativos da UE para os critérios de selecção de dadores

Na última década, a implementação das directivas da UE sobre sangue e dádiva de sangue, em conjunto com aconselhamento e acompanhamento do Conselho da Europa, Organização Mundial de Saúde, *European Blood Alliance* e outros órgãos relevantes, tiveram um importante papel na padronização e harmonização da selecção de dadores. Um princípio basilar é o consenso que todos os dadores de sangue na UE são voluntários não remunerados. Este requisito, em conjunto com uma selecção de dadores eficaz, ajuda a assegurar a segurança do sangue e promove a sua consistência em toda a Europa. A Directiva 2004/33/CE da Comissão² estabelece os requisitos técnicos mínimos para a selecção médica e avaliação clínica dos dadores de sangue. Esta directiva é sustentada pela orientação de várias fontes:

- Recomendação 98/463/CE do Conselho, de 29 de Junho de 1998³, respeitante à elegibilidade dos dadores de sangue e plasma e ao rastreio das dádivas de sangue na Comunidade Europeia;
- Recomendações do Conselho da Europa;
- Opinião do Comité Científico dos Medicamentos e Dispositivos Médicos;
- Monografias da Farmacopeia Europeia, particularmente relativas ao sangue ou componentes sanguíneos como matéria-prima para a produção de produtos com propriedades medicinais;
- Recomendações da Organização Mundial de Saúde;
- Experiência internacional nesta área.

Para além disso, a directiva define os critérios mínimos para a selecção de dadores^{1, anexo III}, particularmente em relação a:

- Critérios de suspensão permanente para dadores de dádiva alogénica;
- Critérios de suspensão para dadores de sangue para transfusão;
- Suspensão para situações epidemiológicas particulares;
- Critérios de suspensão para dadores de dádivas autólogas.

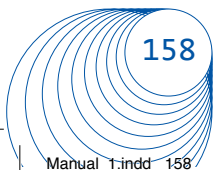
Esta secção não reproduzirá a directiva mas o conteúdo e opções serão compatíveis com estes critérios mínimos. Os Estados Membros podem, individualmente, ter orientações adicionais relativas à avaliação clínica e critérios de suspensão de dadores mais rigorosos aos definidos pela Directiva 2004/33/CE da Comissão. Portanto, antes da utilização de métodos ou ferramentas, é aconselhável verificar se os critérios cumprem ou não os requisitos de um Estado Membro específico, autoridades reguladoras ou políticas do serviço de sangue.

7.5.3 Orientações e ferramentas para a selecção de dadores

A Directiva Europeia define os critérios mínimos para a selecção de dadores. Tal constitui a base para as orientações de selecção de cada Estado Membro. É uma boa prática geral converter os critérios base em orientações mais compreensivas para serem seguidas por todos os envolvidos no processo de selecção de dadores. Estas orientações devem incluir todos os critérios adicionais utilizados pelo Serviço de Sangue ou necessários no Estado membro. Os elementos chave estão descritos na **Caixa 5**.

O fornecimento de orientações à equipa para a selecção de dadores tem vários benefícios:

- Permite consistência nas decisões entre membros da equipa;
- Minimiza suspensões desnecessárias;
- Melhora a segurança;
- Assegura que aos dadores são esclarecidos e explicados de forma clara e precisa os motivos de suspensão.



Estes benefícios podem ser aumentados usando material e programas de treino e ferramentas de avaliação para assegurar as competências. A Directiva da UE requer que todos os elementos da equipa que desempenham estas tarefas sejam regularmente treinados e avaliados para essa competência.

Caixa 5. Elementos chave para as boas práticas na orientação da selecção de dadores

- As orientações devem ser claras, concisas e numa linguagem inequívoca;
- Índice compreensível para permitir uma utilização rápida;
- Fornecimento de bases e justificações para os critérios de suspensão;
- Cruzamento de referências extensivo entre registos relacionados;
- Informação adicional útil:
 - Lista de medicamentos que afectam a a capacidade de efectuar a dádiva ou produção de componentes, tais como medicamentos anti-inflamatórios não esteróides;
 - Endereços de sites úteis:
 - www.cdc.gov (Centros de Prevenção e Controle das Doenças)
 - www.ecdc.europa.eu (Centros Europeus de Prevenção e Controle das Doenças)
 - Lista de vacinações;
 - Deslocação para áreas geográficas e Índice de risco para doenças como VIH, malária, doença de Chagas, vCJD ou WNV
 - Lista de vacinas;
 - Selecção de algoritmos para orientações complexas como hepatites ou malária;
 - Códigos de suspensão usados pelo serviço de sangue para registar e monitorizar suspensões

Todos os elementos devem ser revistos e actualizados numa base regular.

Formato das orientações para a selecção de dadores

As orientações para a selecção de dadores podem ser fornecidas tanto por escrito como por via electrónica. Vários serviços usam actualmente versões virtuais em navegadores tanto na sessão como no *website* do serviço de sangue. A utilização das plataformas nos navegadores é extremamente eficaz e promove a utilização mais rápida e precisa das orientações através da permissão do uso de sinónimos como palavras-chave, como alergia ou febre dos fenos para encontrar um registo de hipersensibilidade. Um benefício adicional dos formatos electrónicos é que são mais fáceis e rápidos de actualizar e de modo controlado. Para além disso, esta informação, ou extractos simplificados, po-

dem ser disponibilizados no *website* para permitir aos dadores aceder a informação precisa sobre a selecção.

7.5.4 O processo de selecção de dadores: os quatro principais passos

O processo de selecção de dadores consiste em quatro passos principais interligados:

- Aconselhamento e informação pré-dádiva (7.5.5);
- Questionário sobre a saúde do dador (7.5.6);
- Entrevista ao dador (7.5.7);
- Avaliação clínica do dador (7.5.8).

É importante salientar que todos os passos devem ter lugar sempre que o dador se apresenta para a dádiva. A necessidade de identificar o dador positivamente antes da selecção e dádiva é extremamente importante para assegurar a segurança. Os sistemas de colheita devem ser desenhados de forma a garantir que a identificação do dador é confirmada em todos os passos chave do processo de dádiva. Adicionalmente, os contactos do dador devem ser registados de modo claro pelo serviço de sangue.

7.5.5 Aconselhamento e informação pré-dádiva

O aconselhamento e informação pré-dádiva são considerados de grande importância para todo o processo de optimização da selecção de dadores dado que ajudam a minimizar suspensões desnecessárias. Ajudam também a assegurar que os dadores não prejudiquem a sua saúde pelo acto da dádiva e que os componentes resultantes dessa dádiva não ponham em risco nenhum receptor. A Directiva da Comissão da UE define que a informação e aconselhamento devem ser fornecidos aos dadores de sangue antes da dádiva de forma a que estes possam tomar uma decisão informada sobre se devem doar ou não^{2, artigo 2 e anexo II}, (ver também Secção 13.2 neste tópico). Esta informação deve ser precisa, explícita e escrita numa linguagem simples para permitir aos dadores uma total compreensão de todos os aspectos que envolvem a dádiva de sangue.

- A necessidade de honestidade;
- Riscos potenciais da dádiva;
- A necessidade de proteger o receptor;
- Motivos comuns para a suspensão;
- Os testes realizados na dádiva;
- O processo de dádiva .

Esta informação pode ser fornecida em diferentes formatos:

- Verbalmente, na forma de aconselhamento;

- Folhetos via correio;
- Formato electrónico num *website*.

Auto-exclusão: O fornecimento desta informação de modo claro e conciso permite aos dadores decidir pela auto-exclusão, isto é, decidir antes da sua elegibilidade para a dádiva.

O questionário DOMAINE indica que a maioria dos serviços de sangue na Europa usam práticas que permitem a auto-exclusão, o que significa que um dador decide antes da dádiva se é elegível ou não para doar. Enquanto a auto-suspensão deve ser promovida, os dadores devem ser também encorajados a comunicar ao Serviço de Sangue os seus motivos para a auto-exclusão. Tal assegura a sua compreensão dos critérios de selecção válidos e permite ao serviço manter registos actualizados em relação à saúde do dador e factores de risco.

Suspensão pós-dádiva: Cerca de um terço dos serviços de sangue têm uma política equivalente para a auto-exclusão: os dadores indicam após a dádiva que o que doaram não deve ser usado para transfusão.

Necessidade de discrição: É essencial que os dadores tenham várias oportunidades para discretamente se retirarem da dádiva. A disponibilização de informação adequada antes da dádiva é altamente eficaz para cumprir este objectivo. É geralmente considerada boa prática oferecer ao dador a oportunidade de se retirar, sem perguntas, a qualquer momento. Tal torna-se particularmente importante quando se lida com factores de risco e comportamentos que podem resultar na transmissão de doenças infecciosas pelo sangue. Isso é vital, considerando que apenas 13 (48%) dos serviços de sangue, dos 27 países membros da UE, fazem testes de ácidos nucleicos a todas as dádivas colhidas.

Formatos não-padronizados: Os serviços de sangue devem considerar formatos alternativos para a informação pré-dádiva como versões noutras linguagens ou formatos para dadores com requisitos especiais, como Braille ou áudio para dadores cegos ou amblíopes, ou vídeo com legendas ou linguagem gestual para surdos.

7.5.6 Questionário sobre a saúde do dador

Quando os dadores decidem ir a uma sessão de dádiva de sangue com base na informação e conselhos pré-dádiva serão convidados a responder a um questionário. As perguntas incluídas no questionário de saúde devem servir para identificar qualquer risco de infecção ao doente, resultante da história clínica do dador, estilo de vida, comportamento sexual ou viagens que tenha efectuado. Se um dador não cumprir os critérios de elegibilidade, será suspenso, temporária ou definitivamente.

Formato

É geralmente aceite como boa prática que a verificação da saúde do dador deva ser de auto-preenchimento, com escolha múltipla. Deverá ainda ser escrito numa linguagem clara e simples para promover uma comunicação clara e eficaz. As questões devem ser inequívocas e progressivas, com questões adicionais apropriadas para identificar motivos ocultos para a suspensão e assegurar que todos os dados da história clínica são obtidos.

Há agora outras alternativas ao uso dos questionários de avaliação de saúde pré-impressos, como a disponibilização das plataformas *online* e programas de computador assistidos. Um benefício adicional é a o procedimento sistemático de assegurar que todas as questões são respondidas e apropriadamente e analisadas por um profissional de saúde antes da dádiva.

7.5.7 Entrevista ao dador

Após o preenchimento do questionário de saúde do dador deve seguir-se uma entrevista realizada por um profissional de saúde qualificado e adequadamente treinado. O formato e extensão das questões podem variar dependendo da condição do dador. Novos dadores ou retornados podem ser alvo de questões adicionais e uma entrevista mais rigorosa com particular incidência na segurança do sangue e comportamentos de risco.

Mais ainda, em alguns Estados Membros não é permitido aos novos dadores doar na sua primeira visita: apenas são colhidas amostras para testes de marcadores infecciosos e grupo sanguíneo.

7.5.8 Avaliação da saúde do dador

Se a informação obtida através do questionário do dador e a entrevista não indicarem motivos para a suspensão, a elegibilidade física do dador para doar é avaliada, geralmente, com os seguintes parâmetros:

- Nível de hemoglobina;
- Tensão arterial;
- Frequência cardíaca;
- Peso.

Para segurança do dador ou para outros produtos ou componentes sanguíneos podem ser efectuados testes adicionais como a medição da temperatura, o hematócrito, a ferritina, o perfil lipídico e a Alaninaaminotransferase (ALT):

- Nível de proteínas (para dadores de plasma por aférese)
- Nível de plaquetas (para dadores de plaquetas por aférese)

A Directiva 2004/33/CE da Comissão², anexo III define o nível mínimo de hemo-

globina para mulheres e homens e requer o uso de um método validado para a medição. Para as mulheres, o mínimo é ≥ 125 g/l; para os homens ≥ 135 g/l. De acordo com o questionário DOMAINE, a maior parte dos Estados Membros usam uma amostra capilar para esta medição; contudo outros usam um teste espectrofotométrico numa amostra de sangue venoso. Um serviço de sangue da UE não testa a Hb aquando da dádiva, mas usa o resultado das amostras colhidas na dádiva anterior. A maior parte dos serviços de sangue definem também um peso mínimo para a dádiva de sangue.

A mesma Directiva requer que a avaliação de saúde seja efectuada por um profissional de saúde qualificado. A definição de “profissionais de saúde qualificados” pode variar entre Estados Membros, mas todos requerem que sejam adequadamente treinados, as competências avaliadas e a formação regularmente actualizada relativamente à Avaliação Clínica do Dador. O questionário DOMAINE indica que, na maioria dos Estados Membros, a avaliação médica do dador é ainda efectuada por médicos. Contudo, um número significativo de serviços permite enfermeiros especificamente treinados para desempenhar esta função.

7.5.9 Consentimento ou declaração do dador

Após completar os quatro passos no processo de selecção de dadores – informação e aconselhamento pré-dádiva (7.5.5), questionário de saúde do dador (7.5.6), entrevista (7.5.7) e avaliação médica (7.5.8) – o dador assina o questionário, que poderá ser também assinado pelo responsável da equipa que conduz a entrevista sobre a história médica², anexo II, parte B. Esta acção em particular confirma que o dador concorda com o seguinte:

- Leu e compreendeu o material educacional fornecido;
- Teve a oportunidade de colocar questões e receber respostas satisfatórias;
- Que a sua dádiva seja testada e uma amostra arquivada;
- Consentimento informado para prosseguir com o processo de dádiva;
- Assume responsabilidade que a informação que fornece é verdadeira tanto quanto lhe é dado saber.

7.5.10 Compreensão do dador

No processo de selecção de dadores, estes devem demonstrar que compreenderam o processo; isto é particularmente importante para a segurança do sangue. Há uma aceitação geral que os serviços de sangue não devem utilizar intérpretes na avaliação do dador ou processo de consentimento; é explicitamente proibido em alguns Estados Membros. Contudo, há opções que facilitam a comunicação entre o serviço de sangue e dadores com problemas

comunicacionais resultantes de dificuldades de leitura, barreira linguística ou deficiência, nomeadamente:

- Fornecer material em formatos alternativos como impressão grande (ou óculos), áudio, *Braille*, material de vídeo com legendas ou linguagem gestual;
- Fornecer material em línguas alternativas;
- Disponibilizar assistência por um membro do serviço de sangue para completar os formulários.

Estas opções existem para facilitar a compreensão e melhorar a comunicação mas é importante que o dador possa demonstrar claramente o entendimento do processo; caso contrário, a dádiva deve ser recusada. O uso deste material em vários formatos deve ser rigorosamente controlado do ponto de vista de qualidade para assegurar consistência em todas as versões utilizadas.

7.5.11 Confidencialidade dos dadores

Durante o preenchimento do questionário de saúde, a entrevista e a avaliação clínica, o espaço deve promover um nível apropriado de confidencialidade para o dador^{4, artigo 24}. Tal pode ser apoiado através da oferta das seguintes opções:

- Permitir ao dador completar o questionário de saúde em casa ou através da *internet*;
- Fornecer espaços privados para a entrevista e avaliação;
- Usar pastas ou pranchas desenhadas para evitar que os dadores sejam observados (informações escritas);
- Usar música de fundo na sessão para prevenir que os dadores se sintam a serem ouvidos;
- Usar materiais de insonorização nos locais de observação;
- Providenciar distâncias apropriadas entre as zonas de avaliação.

Adicionalmente, a gestão e armazenamento da documentação dos dadores sobre a sessão de dádiva de sangue deve manter a confidencialidade do dador.

A necessidade de respeitar adequadamente a privacidade e a confidencialidade é particularmente importante em comunidades pequenas e no espaço de colheita no trabalho. Há uma maior probabilidade dos dadores se conhecerem e tal pode levar a uma pressão social da comunidade para doar, mesmo quando não é apropriado. O sistema de auto-exclusão também pode ser útil (ver Subsecção 7.5.5).

7.5.12 Indicadores de Desempenho

Vários Indicadores de Desempenho (ID) podem ser úteis na avaliação da selecção de dadores. Os ID podem qualificar relativamente a aspectos de capacidade ou de resultados dos procedimentos da selecção de dadores.

- Número e nível de treino (médico/enfermeiro) do pessoal envolvido na avaliação clínica ou procedimentos de dádiva, medido em unidades de Equivalente a Tempo Integral (ETI):
 - Por 1.000 dádivas;
 - Por 1.000 avaliações clínicas.

Este ID implica a necessidade duma definição clara do que está e não está incluído na selecção de dadores.

- Percentagem de suspensões
 - Percentagem de todas as suspensões no grupo de dadores comparecentes;
 - Percentagem de suspensões no grupo de dadores comparecentes; categorizando por causas: médica/não médica/ comportamental;
 - Reactividade, reactividade repetida e doenças infecciosas conhecidas

Este ID não é um indicador de gestão de dadores por si só. Contudo, estes dados podem ser usados em análises epidemiológicas e podem ter importância para as estratégias de angariação ou manutenção.

- Tempo de espera em minutos por dádiva.

SUSPENSÕES

7.6.1 Introdução

Foi reconhecido que até as suspensões a curto prazo podem ter impacto a longo prazo no comportamento do dador e, em última instância, na retenção do dador^{5,6}. Na gestão da suspensão dos dadores é essencial usar estratégias para manter a motivação dos dadores e assegurar um regresso com brevidade para uma dádiva activa no final do período de suspensão.

Está secção irá considerar o processo de suspensão, incluindo os cuidados ao dador e conselhos e opções para uma boa prática. Irá também considerar opções para potenciais intervenções durante os processos de avaliação clínica e suspensão para melhorar a assistência ao dador e a satisfação e para promover o retorno do dador no final do período de suspensão.

7.6.2 O processo de suspensão

A maior parte das suspensões são temporárias: uma minoria dos resultados são de suspensão permanente. Tal é suportado pelos dados obtidos no questionário DOMAINE onde um considerável número de serviços de sangue indicaram que têm uma percentagem total de suspensões de 15% nos dadores comparecentes, dos quais 90% são consideradas temporárias e apenas 10% são suspensões permanentes.

Independentemente da duração da suspensão é essencial que este processo seja bem gerido e com o respeito e entendimento adequados. Adicionalmente, é essencial que se lide discretamente com as suspensões, especialmente em pequenas comunidades e sessões nas empresas dado que os dadores expressam com frequência, embaraço assim como desilusão por serem excluídos de uma dádiva (ver Secção 8.3 Aconselhamento).

Suspensão na sessão

Suspensões temporárias

Etapas essenciais para as suspensões temporárias incluem o seguinte:

- Reassegurar e informar o dador sobre o motivo da suspensão;
- Explicar se a suspensão é para proteger a segurança do dador ou do doente;
- Explicar o tempo de suspensão claramente para encorajar o dador a ver tal apenas como uma pequena interrupção nos seus hábitos de dádiva;
- Promover o retorno assim que o dador for novamente elegível. Poderá ser útil fornecer ao dador uma data em que o dador pode voltar a doar.

Suspensões permanentes

Para suspensões permanentes é muito importante que o dador seja reasssegurado sobre a sua própria saúde e bem-estar. Isto pode ser, por vezes, extremamente difícil de atingir quando o motivo de suspensão for controverso em relação ao risco comportamental ou quando suspenso por uma condição prévia da qual o dador recuperou totalmente, como de doença maligna.

Informação sobre a suspensão

É essencial que qualquer dador que é suspenso receba uma clara explicação sobre a razão para tal. Contudo, os dadores tendem a não se lembrar da informação fornecida verbalmente. A utilização de materiais suplementares e folhetos poderá ajudar a assegurar que o dador compreende totalmente o motivo de suspensão e quando será possível regressar. Quando apropriado, esses folhetos podem ser utilizados para dar informação adicional sobre saúde ou nutrição.

Tópicos úteis que podem ser abordados

- Níveis de Hb;
- Riscos associados a viagens;
- Infecções;
- Gravidez;
- Vacinação;
- Medicação.

Em alternativa, esta informação pode ser fornecida no *website* do serviço de sangue e os dadores podem ser para lá direccionados para mais informações. Tanto os dadores suspensos, temporária como definitivamente, devem ter a oportunidade para conversar sobre qualquer assunto relativo a eles e, quando apropriado, ter aconselhamento e apoio por um especialista como um médico (ver Secção 8.3 outro Aconselhamento). Adicionalmente, gerir bem as suspensões minimiza o risco de incomodar os dadores que poderão activamente desencorajar os familiares, amigos, colegas e outros potenciais dadores a dar sangue. Bem geridos, os dadores suspensos podem tornar-se dadores voluntários para angariação e, desse modo, promover a melhor prática na retenção de dadores. Um bom relacionamento será mantido com a comunidade e uma cultura criada onde todos os dadores, estejam ainda ou não a doar sangue, ainda pertençam à comunidade de dadores de sangue.

7.6.3 Registo e monitorização de dadores suspensos

Os serviços de sangue devem manter os registos dos dadores suspensos de forma rigorosa e ter mecanismos de controle para que o dador não doe enquanto suspenso. Tal é grandemente facilitado pela utilização de um sistema informático que pode evitar a convocação de dadores enquanto suspensos,

por exemplo, assinalando electronicamente a ficha do dador com um código médico ou de suspensão. Na ausência de sistemas de gestão computadorizados, os serviços de sangue devem assegurar que têm processos manuais protegidos e seguros para a “quarentena” dos dadores durante a suspensão.

Registo das suspensões

É importante desenvolver procedimentos tanto para registo como para a monitorização das suspensões de dadores (questionário DOMAINE: 86% dos serviços de sangue têm PON). Os benefícios estão descritos na **Caixa 6**. O efeito a curto-prazo da suspensão temporária nas taxas de retorno dos dadores e subsequentes dídivas de sangue é uma questão importante e não deve ser subestimada. Numerosos estudos^{6,7} têm mostrado que, nos dadores da primeira vez, a suspensão temporária pode ser psicologicamente interpretada como uma desculpa permanente para não doar.

Caixa 6. Aspectos benéficos do uso de códigos de suspensão estruturados

- Permite a categorização de suspensões;
- Facilita a verificação das dídivas anteriores se afectadas pelo motivo de suspensão;
- Fornece um mecanismo útil para rever a história do dador;
- Serve para identificar grupos de dadores afectados pelas alterações nas orientações de selecção de dadores;
- Permite a análise de tendência dos problemas de suspensão;
- Permite que o dador seja contactado no final do período de suspensão quando tal data é registada .

Monitorizar suspensões

É importante que os serviços de sangue desenvolvam sistemas para monitorizar eficazmente as suspensões e ter uma análise de tendências. Isso pode ser útil de várias maneiras:

- Avaliar o impacto da mudança na selecção de dadores;
- Identificar diferenças na prática entre membros da mesma equipa ou diferentes serviços;
- Identificar necessidades de formação para elementos da equipa;
- Conduzir a análise de tendências.

As taxas de suspensão de dadores afectam directamente a produtividade de todos os serviços de sangue e, portanto, uma gestão eficaz das suspensões e monitorização do seu impacto é de importância crucial como parte do pro-

cesso de planeamento. A necessidade de recrutar novos dadores pode ser reduzida através da minimização de suspensões desnecessárias enquanto se promove o retorno do dador logo que se torne novamente elegível.

7.6.4 Vias alternativas para a suspensão

Deve ser reconhecido que há diferentes etapas onde o dador é suspenso ou pode auto-suspender-se havendo cada vez mais serviços com centros de atendimento, *websites*, SMS e *e-mail* com opções para a comunicação dos dadores. Tal requer que os serviços de sangue considerem no desenho da sua estratégia as implicações para encorajar o apoio constante e manutenção dos dadores de sangue.

Elementos chave para a boa prática

- A informação fornecida deve permitir aos dadores suspenderem-se a si mesmos com precisão ou levá-los a contactar o serviço de sangue para confirmar a sua elegibilidade (ou o contrário);
- Os dadores devem ser encorajados a contactar o serviço para comunicar a sua decisão de auto-suspensão;
- O pessoal do serviço de atendimento deverá estar bem treinado para fornecer informações sobre a suspensão ao dador ou contactar um profissional de saúde para responder às questões;
- A equipa de atendimento deve registar com rigor a informação dos dadores para seguimento médico, se necessário;
- Os *websites* devem fornecer informação clara e permitir uma gestão rápida de todas as questões dos dadores sobre elegibilidade;
- As auto-suspensões dos dadores devem ser registadas e geridas com os mesmos padrões utilizados nas sessões. Isto promoverá o seu retorno e assegurará que o dador não será chamado para doar antes do final da sua suspensão.

7.6.5 Motivos mais comuns para a suspensão

O questionário DOMAINE apurou que a percentagem média do total de suspensões de cerca de 60% dos serviços que responderam é de 12,9%, o que é considerado bastante alto. Em geral, as mulheres dadoras têm uma taxa mais alta de suspensões do que os homens. Os dados recolhidos pelo DOMAINE são apoiados pelo seguinte estudo independente⁸ que mostra que entre maior parte dos dadores regulares (64,1%), os dadores suspensos totalizam 5,6% dos quais a maior parte são mulheres.

Principais motivos para a suspensão

- Hemoglobina baixa: 40,7% (maioria mulheres);
- Tensão arterial elevada: 29,4% (predominantemente nos homens)^{9,10};

- Doença: 15.6% (tensão arterial baixa, baixo peso, hemoglobina elevada).

Dois motivos distintos para a suspensão foram seleccionados como exemplos de monitorização de dadores: suspensão por Hb baixa e marcadores infecção transmissível por transfusão (ITT).

Monitorização do nível de hemoglobina

A suspensão por baixo nível de hemoglobina nas mulheres é frequente dado que são mais atreitas a esgotar as reservas de ferro e, conseqüentemente, a ter baixos níveis de hemoglobina. Dadores mulheres e dadores regulares homens devem¹¹ ter aconselhamento sobre alimentação e suplementos de ferro. Cancado et al¹² concluíram que a dádiva de sangue é uma das maiores causa de deficiência de ferro entre os dadores de sangue, especialmente nas mulheres.

Os dadores frequentes têm um risco maior de ter níveis baixos de hemoglobina e, conseqüentemente, suspensão na dádiva. De acordo com os dados descritos em vários estudos^{13,14}, dadores regulares têm risco de desenvolver carências de ferro dado que cada dádiva de sangue remove aproximadamente 4mmol ou 236mg de ferro do corpo. De facto, foi mostrado que o número total de dádivas em tempo de vida não é factor de previsão de carência de ferro; contudo, a frequência de dádiva ¹⁵.

Monitorizao de Infecoes Transmissíveis por Transfusão (ITT)

Um dos maiores objectivos da segurança no sangue é evitar IT através da transfusão. Contudo, é sabido entre a comunidade de transfusão que a avaliao para marcadores de doenças infecciosas  uma soluço incompleta. Um dos passos mais importantes para melhorar a segurança do sangue e produtos sanguíneos é identificar aqueles dadores cuja história médica ou os estilos de vida apresentem um risco conhecido para a sua suspensão na dádiva numa base temporária ou definitiva.

Uma óptima selecoo de dadores começa com a formao do público em geral sobre doenças transmissíveis na dádiva. Pessoas que pertençam a grupos de alto risco normalmente não se voluntariam para doar sangue, mas outros que podem ocasionalmente contactar com riscos apresentam-se para doar com maior frequência. Estas pessoas, que podem não se aperceber que o seu comportamento errático pode aumentar o risco de contrair uma doença infecciosa transmissível por transfusão.

Qualquer potencial dador deve fornecer informao verdadeira, respondendo com rigor a um questionário, que  construído especificamente para identificar factores de risco para estas infecoes. Esta etapa de avaliao é a primeira linha de protecoo contra maior parte das infecoes.

Todas as dádivas devem ser testadas¹⁶ embora, quando testados no período

de janela, os dadores recentemente infectados poderão ainda não ser detectáveis pelos testes actualmente usados. Devido a essa possibilidade a transmissão de doenças não pode ser completamente eliminada e os receptores de sangue têm sempre um ligeiro risco, valorizando a importância de uma avaliação clínica e de estilo de vida saudável.

Estratégias para reduzir a transmissão de ITT

A obrigação de suspender, temporária ou definitivamente, aproximadamente 10% dos seus potenciais dadores, (de acordo com o questionário DOMAINE) constitui uma fragilidade de triagem de dadores que é do conhecimento de todos os serviços de sangue.

Em alguns Estados Membros da UE é dada a oportunidade aos dadores de ter o seu sangue excluído com base numa notificação de risco confidencial. Esta auto-exclusão permite aos dadores que não querem (devido a pressões da família, social ou comunidade) admitir um factor de risco no local de dádiva para impedir o seu sangue de ser transfundido¹⁷. Para a redução de risco, este não é um método óptimo; contudo, por vezes pode ser uma opção possível.

Outros Estados da UE aplicam abordagens diferentes para eliminar os problemas do período janela. Quando um novo dador se regista para dádiva, apenas são colhidas amostras para testes, retirando-se sem ter tido autorização para doar. Se os resultados dos testes forem negativos, o potencial dador é novamente chamado e se a restante avaliação o permitir, o dador é autorizado a doar.

De acordo com o questionário DOMAINE a maior parte dos serviços de sangue têm processos específicos para a gestão de dadores suspensos. Contudo, apenas 38% usam algoritmos de reentrada, matrizes de decisão ou fluxogramas para dadores temporariamente suspensos, que podem ser benéficos.

O exemplo de um algoritmo pode ser usado para monitorizar dadores para ITT é mostrado na **Figura 7.6**.

7.6.6 Gestão da suspensão pós-dádiva

Por motivos médicos

O acompanhamento médico de doentes que foram temporariamente suspensos de doar por motivos de saúde é, por vezes, necessário. Estes casos incluem a toma de alguma medicação temporariamente (como antibióticos) ou níveis de hemoglobina baixos. Suspensões a curto-prazo, cujo período de suspensão terminou, poderão também necessitar de acompanhamento médico. Nestes casos, os dadores necessitam de uma indicação de quando pode-

rão voltar para doar e se possível (para encorajar a manutenção) se poderão fazer uma marcação.

Entretanto, o perito designado deve assegurar que os dadores compreendem totalmente os conselhos específicos dados, que estão a receber a medicação prescrita e, se necessário, que estão suspensos numa base temporária. Finalmente, deve ser assegurado aos dadores de que serão elegíveis para doar sangue novamente assim que a sua condição médica particular seja reavaliada.

Por motivos de risco de ITT

Se o resultado dos testes do sangue doado indicarem a presença de uma infeção transmissível por transfusão (ITT) é necessário acompanhar o dador

ITT Positivos: Nos casos claros, onde o resultado dos testes foi confirmado como positivo, o dador deve ser informado pessoalmente por um elemento treinado da equipa ou por um médico designado para aconselhamento e apoio. A maioria dos serviços de sangue europeus conduz uma entrevista presencial para dar ao dador a oportunidade de receber a informação e aconselhamento em questões que poderão ser apenas pessoais. Contudo, uma minoria dos serviços de sangue informa os dadores de alguns resultados de testes positivos.

Comportamentos de alto risco: Há diferenças entre os Estados Membros da UE relativamente a questões que dizem respeito à suspensão de dadores e potencial exposição a ITT. Um exemplo é a suspensão de homens que já tiveram contacto sexual com outros homens (MSM). Alguns países têm uma política de suspensão permanente relativa a MSM, enquanto outros países têm um período de suspensão no qual um dador MSM não pode doar. Esta política tem sido criticada por ser discriminatória contra os homossexuais homens, que são sujeitos a mais critérios de elegibilidade do que outro grupo de alto risco. Cabe a cada país reunir e interpretar os seus próprios dados epidemiológicos e definir os seus próprios critérios de exclusão e critérios de suspensão considerando ainda a Directiva da UE (ver também Secção 13.1 Questões éticas na dádiva de sangue).

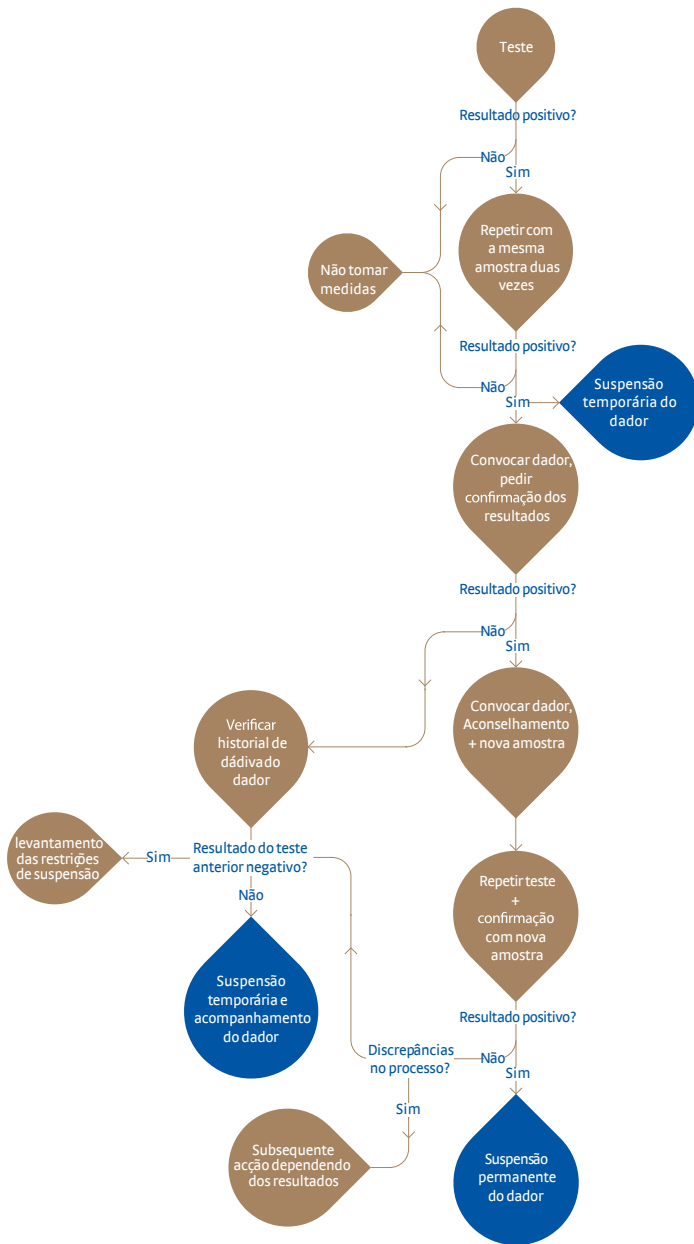


Figura 7.6 Exemplo de algoritmo de infecção transmissível na transfusão

FLEBOTOMIA

7.7.1 Venopunção

Uma vez completos os procedimentos de selecção de dadores e considerado elegível para doar, o dador é convidado a realizar a colheita de sangue. A venopunção efectuada por enfermeiras qualificadas é a prática mais comum na UE (91% dos Serviços de Sangue). Em cerca de 20% é efectuada por médicos, enquanto noutros 20% é realizada por flebotomistas com formação específica. Uma pequena minoria de venopunções é realizada por técnicos de laboratório ou outros técnicos. Antes da realização da venopunção a identidade do dador deve ser verificada pela equipa.

7.7.2 Mobiliário de dádiva

A posição do dador durante a dádiva é importante pelo que deve ser disponibilizado o seguinte:

- Uma posição de descanso confortável;
- Segurança em caso de desmaio;
- Boa posição para o(s) braço(s) para a venopunção;
- Visibilidade dos dadores pelo pessoal clínico.

Normalmente os dadores são instalados em equipamento especial: cama plana, sofá ou cadeira. Estes poderão ser feitos em série, comprados num fornecedor de material médico ou desenhados especificamente para um serviço de sangue (como, por exemplo, na Irlanda do Norte). Os dadores em cadeira de rodas devem ter a oportunidade de doar nesse equipamento ou na própria cadeira.

As políticas variam, mas a maior parte dos serviços de sangue definiram rácios de pessoal por cama, que variam, não só em termos do rácio em si mas também em dadores de primeira vez, retornados ou regulares. O tipo da equipa também influencia esse rácio.

7.7.3 Flebotomia e Descanso

Durante a colheita de sangue (após a venopunção) são levadas a cabo pelas equipas uma série de actividades:

- Preenchimento de documentos;
- Etiquetagem/identificação de embalagens;
- Data de colheita: manual ou electrónica;

- Conclusão do registo do dador;
- Actividades de manutenção de dadores;
- Actividades de angariação de dadores.

Após a dádiva estar completa, os dadores descansam habitualmente cerca de 10 minutos ou mais, se necessário. Tal poderá acontecer na mesma cama/sofá onde doaram ou noutro local. A maioria (>70%) dos Serviços de Sangue da UE têm um procedimento que requer que os dadores se mantenham na cama de dádiva por este período. Esta prática pode variar de acordo com o tipo de dador, reflectindo o risco de lipotímia de novos dadores comparativamente com dadores regulares. Os dadores poderão também ser convidados a irem para uma zona apropriada de pós-dádiva para ingestão de líquidos.

7.7.4 Pesagem do saco de sangue

É vital que o volume de sangue doado seja adequado ao tipo de colheita e saco utilizado, com agitação contínua durante toda a colheita. São utilizados vários métodos para assegurar que as dádivas estejam dentro do intervalo correcto.

- Balança agitadora;
- Balanças;
- Mistura manual.

7.7.5 Terminar a dádiva de sangue

Cuidados pós flebotomia

Imediatamente após a retirada da agulha, é necessário fazer pressão no local de punção com protecção com penso para impedir a hemorragia. Isto pode ser feito na própria cadeira de colheita de sangue ou noutro local e consiste na aplicação no local de um adesivo, dispositivo de pressão, penso, almofada de pressão ou outro suporte ou pressão digital por um membro da equipa ou pelo dador.

Selagem da tubuladura do saco

Após a finalizaçãodo processo de flebotomia, as tubuladuras devem ser seladas. A selagem pode ser efectuada recorrendo à selagem pelo calor (com selador), *clips* metálicos ou outro método. Além disso, a selagem pode ser efectuada imediatamente no local ou por outro profissional em outro posto de trabalho.

7.7.6 Outros cuidados

Quando um dador termina a dádiva é importante fornecer cuidados pós-dádiva antes do dador sair do centro de dádiva. Esses cuidados poderão incluir:

Fornecer refrescos e líquidos

A maior parte dos serviços de sangue fornece bebidas e refrescos, com um duplo propósito. Primeiro reduzir o risco de incidente adverso à dádiva (ver Capítulo 8 Questões relativas à dádiva de sangue). Segundo, corresponde a um agradecimento. Alguns serviços de sangue dão ainda senhas de alimentação, alimentos ou doces como chocolate para compensar o tempo e despesas. As bebidas fornecidas pelo serviço de sangue para ajudarem a hidratação são mais eficazes se tomadas na pré-dádiva e servidas frias. Contudo, existem outros modelos: servir bebidas durante ou após a sessão de dádiva ou assim que os dadores saem cadeira de colheita.

A existência, se possível, de uma cantina para dadores para fornecimentos de refeições satisfaz as normas vigentes relativas à higiene e segurança. Nas actividades de *catering* estão envolvidos, predominantemente, voluntários, mas também enfermeiras e dadores comparecentes.

Observação do dador

Uma observação cuidada ajuda a lidar adequadamente com as complicações que acontecem antes ou logo após o dador deixar o centro de dádiva. As enfermeiras, dadores comparecentes e voluntários podem desempenhar as funções da observação dos dadores. O seu aconselhamento deve ser dado, se necessário (ver Secção 8.3).

Notificações pós-dádiva

Se um dador se sentir indisposto após a dádiva, ou no espaço de duas semanas após doar, é importante que o serviço de sangue seja informado.

Agradecimento ao dador pela dádiva

Um tratamento cuidado ao dador é considerado vital para a sua satisfação. É muito mais provável que um dador volte para uma subsequente dádiva se for bem tratado. Agradecer aos dadores é um modo simples mas eficaz para melhorar a satisfação e manutenção/fidelização dos dadores.

Dar um pequeno presente ou brinde ao dador

Oferecer um pequeno presente ou brinde ao dador pode ser visto como sinal de reconhecimento e é uma forma de manter os dadores (ver Capítulo 6 sobre retenção/fidelização de dadores).

Outras actividades pós dádiva

O momento após a dádiva cria também a oportunidade para as seguintes actividades:



Marcar dádivas: Se for possível no sistema informático poderá ser agendado um compromisso para a próxima dádiva.

Medir a satisfação do dador: O tempo em que os dadores estão a saborear as bebidas pós-dádiva é uma oportunidade para pedir opinião sobre vários aspectos da dádiva de sangue. O capítulo 6 inclui mais informação sobre a avaliação da satisfação dos dadores.

Lidar com as queixas dos dadores: Deve ser dada a oportunidade aos dadores para apresentarem as suas preocupações ou registo de queixas enquanto ainda estão no centro de dádiva. Tal pode ser feito através do preenchimento de um formulário ou oralmente. Lidar adequadamente com esta situação é necessário para a satisfação e manutenção dos dadores. Podem ser encontradas na Secção 6.6 mais informações sobre satisfação de dadores sobre lidar com reclamações.

Fornecer ajuda quando ocorrem pequenos incidentes: Se ocorrer um acidente durante (ou logo após) a dádiva (ex.: quando sangue é derramado ou salpicado na roupa ou quando material pequeno danifica carros ou motas) deve ser dada informação ao dador sobre procedimentos de eventual reembolso de despesas.

7.7.7 Indicadores de desempenho para procedimentos de dádiva

Monitorizar o desempenho e a qualidade na colheita, usando as diferentes ferramentas é um pré-requisito para a melhoria constante. O desempenho durante as sessões de dádiva pode ser medido usando os seguintes ID:

- Percentagem de procedimentos de dádiva bem sucedidos: Um procedimento é denominado bem (mal) sucedido quando a punção (não) resultou em produtos sanguíneos (sangue total ou componentes sanguíneos) adequados para processamento.
 - Percentagem de dádivas bem (mal) sucedidas do número total de procedimentos de dádiva iniciados;
 - Percentagem de dádivas bem (mal) sucedidas do número total de procedimentos de dádiva iniciados, categorizados por causas: técnicas (como aparelhos, materiais descartáveis ou punção venosa) ou relacionadas com o dador (como desmaio, hipotensão);
 - Percentagem de complicações com dadores do número total de procedimentos de dádiva iniciados, subdividido por tipo de complicação.
- Percentagem de perda de dadores ou produtos de sangue que não ocorreram na colheita:
 - Notificação de risco de doença infecciosa após a dádiva;
 - Falha material;
 - Eventos inadvertidos na logística.



Bibliografia

1. Daigneault S & Blais J (2004). Rethinking the donation experience: an integrated approach to improve the efficiency and the quality of each blood donation experience. *Vox Sanguinis*, 87(2), 72-75
2. 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
3. Recomendação 98/463/CE do Conselho, de 29 de Junho de 19983, respeitante à elegibilidade dos dadores de sangue e plasma e ao rastreio das dádivas de sangue na Comunidade Europeia, *Jornal Oficial da União Europeia*, L203, 21.07.1998, p.14
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. Thomson RA, Bethel J, Lo AY, Ownby HE, Nass CC & Williams AE (1998). Retention of 'safe' blood donors. The Retrovirus Epidemiology Donor Study. *Transfusion*, 38(4), 359-367
6. Halperin D, Beatens J & Newman B (1998). The effect of short-term, temporary deferral on future blood donation. *Transfusion*, 38(2), 181-183
7. Piliavin JA (1987). Temporary deferral and donor return. *Transfusion* 27(2), 199-200
8. Rabeya Y, Raplaah M, Rosline H, Ahmed SA, Zaidah WA & Roshan TM (2008). Blood pre-donation deferrals: a teaching hospital experience. *Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 39(3), 571-574
9. Kojima S, Murakami K, Kimura G, Sanai T, Yoshida K, Imanishi M, Abe H, Kawamura M, Kawano Y, Ashida T, et al (1992). A gender difference in the association between salt sensitivity and family history of hypertension. *American Journal of Hypertension*, 5(1), 1-7
10. Higashino H, Miya H, Mukai H & Miya Y (2007). Serum nitric oxide metabolite [NO(x)] levels in hypertensive patients at rest: A comparison of age, gender, blood pressure and complications using normotensive controls. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 34(8), 725-31
11. Finch CA, Cook JD, Labbe RF & Culala M (1977). Effect of blood donation on iron stores as evaluated by serum ferritin. *Blood*, 50(3) 441-447
12. Cançado RD, Chiatton CS, Alonso FF & Langhi Júnior DM (2001). Iron deficiency in blood donors. *Sao Paulo Medical Journal*, 119(4), 132-134
13. Simon TL, Garry FJ & Hooper EM (1981). Iron Stores in Blood Donors. *JAMA*, 245(20). 2038-2043
14. Mittal R, Marwaha N, Basu S, Mohan H & Ravi Kumar A (2006). Evaluation of iron stores in blood donors by serum ferritin. *Indian Journal of Medical Research*, 124(6), 641-6
15. Norashikin J, Roshan TM, Rosline H, Wan Zaidah A, Suhair AA, & Rapiaah M (2006). A study of serum ferritin levels among male blood donors in Hospital Universiti Sains Malaysia. *Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 37(2), 370-373
16. 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. Artigo 21, Anexo IV
17. Petersen LR, Lackritz E, Lewis WF, Smith DS, Herrera G, Raimondi V, Aberle-Grasse J & Dodd RY (1994). The effectiveness of the confidential unit exclusion option. *Transfusion*, 34(10), 865-869